

**Дискуссия****УДК 616.24-16+614.2****ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ФТИЗИАТРА В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ***В.Р.Межебовский**Оренбургская государственная медицинская академия МЗ РФ***PECULIARITIES OF A PHTHYSIOLOGIST'S ACTIVITIES IN GENERAL IN-PATIENT HOSPITALS***Mezhebovskii V.R.**Orenburg state medical academy, Ministry of Public Health, Russian Federation*

Осуществление работы по туберкулезу в лечебно-профилактических учреждениях общей (нефтизиатрической) сети является важной составной частью борьбы с туберкулезом [10]. Эта работа заключается в первую очередь в раннем выявлении туберкулеза среди контингента больных, находящихся под наблюдением данных учреждений [2, 7]. Ей придается не меньшее значение, чем раннему выявлению туберкулеза среди «здорового» населения, а также лиц, уже находящихся под наблюдением фтизиатрических учреждений.

Формы осуществления этой работы в городских условиях всегда были различны. До конца 1980-х годов обычно практиковались консультативные приемы больных, направляемых для этого из больниц общего профиля в противотуберкулезные учреждения. Вариантом этой же формы был консультативный осмотр, проводимый на базе больницы общей сети фтизиатром специализированного учреждения [6].

С начала 1990-х годов в связи с ухудшением эпидемической обстановки по туберкулезу существовала иная форма работы. В некоторых крупных учреждениях общей лечебной сети практиковали введение фтизиатра в штат на постоянной основе.

Оренбургская областная клиническая больница являлась учреждением, которое в 1990-1993 гг. использовала именно этот вариант организации работы.

Ввиду накопленного 18-летнего опыта работы стало возможным подведение итогов и оценка этой деятельности.

Последнее тем более важно, что сегодня в различных кругах медицинской общественности дискутируется вопрос о возможности осуществления противотуберкулезной работы в масштабах всей страны силами не фтизиатрической службы, а общей лечебной сети.

Если эта во многом заимствованная из опыта зарубежной медицины идея получит развитие, то работники общей лечебной сети окажутся в ситуации, требующей от них владения навыками профессии

фтизиатра. Именно поэтому изучение возможности работы фтизиатра в условиях крупной больницы общего профиля представляет особый интерес, поскольку может оказаться альтернативным путем оказания противотуберкулезной помощи.

Кроме того, такой опыт будет полезен каждому врачу, работающему в области бронхолегочных заболеваний в условиях многокочечного лечебного учреждения общего профиля.

Представлен анализ работы штатного фтизиатра областной клинической больницы за 18 лет (1988 – 2006) гг.

Больница имела в своем составе поликлинику, рассчитанную на 600 посещений в день и стационар на 1050 коек.

Стационар включал 11 отделений терапевтического и 11 – хирургического профиля. В числе первых имелись отделения терапии, гастроэнтерологии, нефрологии, неврологии, восстановительного лечения, кардиоаритмологии, гематологии, эндокринологии, пульмонологии, ревматологии и кардиологии общей мощностью на 650 коек.

Хирургическая служба была представлена отделениями урологии, кардиохирургии, сосудистой хирургии, рентгеноконтрастных методов диагностики и лечения, нейрохирургии, общей хирургии, травматолого-ортопедии, отоларингологии, гинекологии и двумя офтальмологическими общей мощностью 400 коек. До 1994 года имелось отделение торакальной хирургии.

Лечебно-диагностические мероприятия по туберкулезу осуществлял фтизиатр, имеющий опыт лечебной, организационной и научной работы в области фтизиатрии и пульмонологии.

Первое, с чего пришлось начинать – это несколько изменить организацию работы.

С этой целью в порядке инициативы была достигнута «трехсторонняя» договоренность (больница-фтизиатр-противотуберкулезный диспансер), согласно которой фтизиатр был наделен правом в пределах больницы самостоятельно решать все лечебно-диагностические

и организационные задачи, связанные с работой по туберкулезу.

Следует отметить, что администрация как Областной клинической больницы, так и Областного противотуберкулезного диспансера сразу же поддержала это предложение, без чего реализация заложенной в него идеи была бы невозможной.

Благодаря данному решению больница в лице фтизиатра получила возможность самостоятельно решать лечебно-диагностические вопросы по туберкулезу независимо от противотуберкулезного учреждения, что упростило работу и существенно сократило временные затраты.

Фтизиатр при этом имел «запасную» возможность представлять отдельных больных на рассмотрение ЦВКК областного противотуберкулезного диспансера. Это позволило согласовать и выработать рациональную тактику обследования и лечения диагностически сложных больных, а в отдельных случаях ускорить их перевод в противотуберкулезное учреждение.

Второе обстоятельство, вскоре обнаруженное в процессе работы и потребовавшее вмешательства, заключалось в недостаточной ориентации врачей относительно больных, представляющих собой группу риска по туберкулезу и поэтому нуждающихся в помощи фтизиатра (речь идет о конце 1980-х - начале 1990-х годов).

Последнее объяснялось тем, что существующие на этот счет приказы и инструкции Минздрава содержат далеко не полный перечень клинических ситуаций такого рода. Хороших же учебных или справочных источников в описываемый период времени не существовало, они появились лишь в последние годы. Наконец, каждый практикующий врач понимает, что невозможно заранее предусмотреть все случаи, требующие помощи «смежного» специалиста, в результате чего иногда приходится принимать решение, исходя из конкретных обстоятельств на рабочем месте [8].

Поэтому администрацией больницы по предложению фтизиатра было введено положение, согласно которому в обязательном порядке направлялись на осмотр больные следующих категорий:

- с указанием в анамнезе на перенесенный в прошлом туберкулез;
- при верхнедолевой локализации воспалительных поражений легких;
- с продолжающейся более 1 мес.

«немотивированной» лихорадкой;

- контактных по туберкулезу;

- с кровохарканием;

- с продолжающимся более 10 дней «немотивированным» кашлем;

- при наличии в легких посттуберкулезных изменений («рентген-положительные» лица);

- с деструктивными поражениями легких;

- с пневмонией при отсутствии эффекта от проводимого в течение 2-х недель адекватного лечения;

- при наличии в бронхиальном содержимом микобактерий туберкулеза;

- с наличием жидкости в плевральной полости.

Третье обстоятельство, потребовавшее внимания и определенных организационных мероприятий – это пусть нечасто, но все-таки встречавшиеся в то время (начало 1990-х годов) ложноположительные результаты исследований мокроты на наличие ВК.

Последнее удалось быстро исправить двояким образом. Один из лаборантов был направлен на один день в областной противотуберкулезный диспансер для уточнения методики обработки и чтения мазков мокроты.

Кроме того, фтизиатр оставлял за собой право в сомнительных случаях обнаружения ВК затребовать стекла с препаратом мазка и представить их в лабораторию тубдиспансера для повторного чтения.

Эти простые действия устранили ошибки. Более того – в последние годы стали встречаться случаи, когда диагноз «туберкулез» определялся исключительно благодаря обнаружению ВК при лабораторном исследовании (например, при такой нечастой форме заболевания, как изолированный туберкулез бронхов).

Наконец, определенные трудности возникали из-за не всегда высокого качества томограмм, что, к сожалению, представляет собой весьма частое явление в учреждениях общей сети. Впрочем, с момента введения в строй компьютерного рентгеномографа этот вопрос в значительной степени потерял свою остроту.

Первое, что обращает на себя внимание при изучении отчетных данных за описываемый период – это неуклонный рост количества больных, нуждающихся в помощи фтизиатра. Если в 1989 году их число составило 195 человек, то в 1998 году – уже 291, а за 2007 год – 336 больных.

При этом увеличилось и количество ежегодно выявляемых больных с активным туберкулезом. В

1993 году их число составило 16 человек, в 1998 году – 25, в 2003 года – 29 больных, в 2007 год – 32 больных.

Всего за 18 лет была проведена диагностическая работа с 3621 больным.

Активный туберкулез был обнаружен у 8,0% (290) больных, причем у 90,0 % (261) из них был выявлен впервые.

Одновременно с туберкулезом у 3,0% больных (9 пациентов) был выявлен ВИЧ. При этом в период 1989 – 1998 гг. ВИЧ был обнаружен у 0,7% (2) больных, в период с 1999 – 2007 года значительно чаще – у 2,3% (7) больных.

Характерно, что доля лиц с выявленным активным туберкулезом оставалась постоянной и составляла 8,1 - 8,4%, несмотря на увеличение общего количества диагностических больных (16 из 195 больных в 1993 году, 25 из 291 в 1998, 24 больных из 345 в 2003 году).

Наиболее часто помощь фтизиатра требовалась в подразделениях, где имелись больные с легочной патологией.

Это были отделения пульмонологии, торакальной хирургии, терапии и реанимации. Доля больных, направленных из этих отделений, составила соответственно 32,7% (591 больной из 1810), 19,5% (38 из 195 больных в 1993 году), 13,4% (351), и 10,0% (261).

Оставшиеся больные (26,8% от их общего числа) распределились между всеми прочими отделениями приблизительно поровну (по 1-2%). При этом не было ни одного подразделения, в котором хотя бы один раз в году не требовалась работа фтизиатра.

Наиболее часто выявлялись инфильтративный и очаговый туберкулез, экссудативный плеврит и туберкулома. Эти формы были обнаружены соответственно у 38,1% (111 из 290) больных, 16,6% (48) больных, 14,5% (42) и 12,1% (35) больных.

Доля лиц с диссеминированным, милиарным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, а также с туберкулезом периферических лимфоузлов, внутрибрюшных лимфоулов и изолированным туберкулезом бронхов колебалась в пределах 0,9% - 3,3% от общего числа больных туберкулезом (290).

Чаще всего требовалась дифференциация туберкулеза с неспецифическими пневмониями (у 53,3% больных) и посттуберкулезным пневмосклерозом (у 18,1% больных).

Несколько реже встречались рак легкого (7,1%), неспецифический плеврит (6,2%), легочный тромбоз (5,1%), нагноительные заболевания типа абсцесса легких (3,2%) и бронхит (3,2%).

Саркоидоз легких, фиброзирующий альвеолит, доброкачественные опухоли (хондромы), легочные поражения при системной красной волчанке и гемобластозах, а также паразитарные кисты встречались у единичных больных и составляли по 0,9% - 1,8%.

Если оценивать значение методов диагностики, то следует отметить, что у 76,3% больных (у 2762 из 3621) диагноз был определен на основании результатов клинико-рентгенологического обследования.

У 15,6% больных (565) установить диагноз оказалось возможным только в ходе динамического наблюдения.

Гистологические исследования биоптатов позволили определить диагноз у 7,1% (257) больных.

У 1,0% (36) больных диагноз был установлен по результатам бактериоскопии.

При этом определить диагноз путем одной консультации оказалось возможным только у 59,6% (у 2158 больных из 3621). Во всех остальных случаях (у 40,4% больных) потребовались две консультации и более. Чаще всего это было связано с необходимостью анализа полученного по дополнительному запросу рентгенархива или дообследования в виде постановки пробы Манту и диаскинтеста, томографии и т.п. На каждые 10 больных в среднем приходилось 14 консультаций.

Время, в течение которого определялся диагноз, колебалось в пределах 1 – 7 дней и составляло в среднем 5,2 - 0,5 дней.

Диагностические ошибки были обнаружены в ходе дальнейшего наблюдения у 7,9% (286) больных.

При этом у 7,6% (275) больных они заключались в гипердиагностике туберкулеза. В дальнейшем наблюдение и результаты лечения в условиях диагностического отделения специализированного учреждения заставили отвергнуть диагноз туберкулеза.

Следует подчеркнуть, что существующая практика традиционно допускает гипердиагностику туберкулеза. Последняя не расценивается, как грубая ошибка, поскольку обычно не имеет фатальных последствий и может наблюдаться у 65,9% больных [5].

Намного серьезнее по своему значению и последствиям гиподиагностика туберкулеза. В данном случае она была допущена у 0,3% (10 из 3621) больных. Для сравнения - отечественные авторитеты указывают на ошибки в выявлении туберкулеза в виде его гиподиагностики в условиях поликлинического

приема у 2,9% больных [4].

В данном случае ошибка у пяти больных были связаны с дифференциацией между туберкулезом и раком легкого. У пяти дифференциация проводилась между туберкулезом, пневмонией и лейкомоидным инфильтратом на фоне системных заболеваний крови.

Кроме диагностических задач, встречались и лечебно-тактические. Чаще всего это было связано с больными, страдавшими активным туберкулезом и попавшим в больницу по экстренным показаниям (0,8% - 29). Обычно это были лица, госпитализированные в отделения общей хирургии, нейрохирургии, травматологии или реанимации.

В таких случаях роль фтизиатра сводилась к проведению антибактериальной терапии на период пребывания пациента в больнице до перевода его в специализированное лечебное учреждение. Поэтому требовались определенные мероприятия по обеспечению необходимыми противотуберкулезными препаратами, контролю за биохимическими показателями функции печени и т.п.

Подводя итог изложенному, можно сформулировать основной вывод: приближение фтизиатрической деятельности к работе общей сети путем введения фтизиатра в штат крупных лечебных учреждений позволяет придать работе по туберкулезу в этих учреждениях системный характер, целенаправленно совершенствовать ее с учетом местных условий и свести до минимума возможность ошибок. При этом фтизиатру следует иметь в виду, что туберкулез встречается во всех отделениях многопрофильной больницы. Наиболее часто требуется диагностика активного и неактивного туберкулеза и пневмонии. Активный туберкулез выявляется более чем у 8% диагностических больных, причем у 90% из них заболевание определяется впервые. Для диагностики туберкулеза приходится использовать все методы исследования, хотя три четверти активного туберкулеза выявляется клинико-рентгенологическим обследованием.

Правы были отечественные клиницисты, утверждавшие, что «чем короче путь к диагнозу, тем он своевременнее и точнее» и считавшие неверным стремление отдельно обследовать с диагностической

целью легочных больных в противотуберкулезных, онкологических, пульмонологических и других учреждениях [11]. Расчленение диагностического процесса в действительности ведет лишь к тому, что «на 1000 госпитализаций больных в пульмонологические отделения требуется 1772 консультации врачей других специальностей» [3]. Поэтому для улучшения диагностики болезней органов дыхания необходимо более плотное сотрудничество фтизиатра с врачами общего профиля.

#### Список литературы:

1. Визель А.А., Гурьева М.Э. Туберкулез: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение.-М: ГЭОТАР Медицина, 2000.-с.41-43.
2. Греймер М.С., Фейгин М.И. Раннее выявление туберкулеза.-Л: Медицина, 1986.-с.11-35.
3. Дедова Н.С. //Сов. здравоохранение.-М, 1981.-№11.-с.12-17.
4. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии.-М:Медицина, 1988.-с.48.
5. Ломако М.Н., Абрамовская А.К., Альхимович В.А. и др. Ошибки в диагностике туберкулеза и неспецифических заболеваний легких //Пробл. туберкулеза.-1983.-№12.-с.17-20.
6. Незлин С.Е., Греймер М.С., Протопопова Н.М. Противотуберкулезный диспансер.-М: Медицина, 1989.-с.43-48.
7. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия.-М:Медицина, 1996.-86-94.
8. Пилипчук В.Н., Сердюк Т.М., Бережной А.Б. Поликлиническая пульмонология.-Київ:Генеза, 2001.-с.116-125.
9. Фтизиатрия: национальное руководство под ред. М.И.Перельмана.-М: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-с. 53-56.
10. Хоменко А.Г. Туберкулез.-М:Медицина, 1996.-с. 174-185.
11. Шулутко М.Л. Виннер М.Г., Ворошилина Е.Н. и др. Как улучшить диагностику болезней органов дыхания (опыт организации диагностических служб в Свердловском пульмонологическом центре) //Тер. архив.-1986.-№12.-с.9-11.