

М.Н.Ломако, П.С.Кривonos, А.П.Рожков, Л.И.Метелица, Л.А.Захарова

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Кафедра туберкулеза Минского медицинского института,
НИИ пульмонологии и фтизиатрии МЗ РБ, Минск

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BRONCHOPULMONARY DISEASES IN PHTHISIATRIC HOSPITAL

M.N.Lomako, P.S.Krivosos, A.P.Rozhkov, L.I.Metelitsa, L.A.Zakharova

S u m m a r y

We investigated case histories of 1230 patients with pulmonary tuberculosis treated in phthisiatric hospital. 340 patients (27.7%) have had lung diseases of non-tuberculosis origin. Nonspecific inflammatory pulmonary diseases such as pneumonia, bronchitis and malignant lung tumors were revealed more often. The basic causes impeding the proper diagnosis of bronchopulmonary diseases at out-patient and in-patient stages were evaluated. Informative methods verifying lung diseases were determined and measures improving differential diagnosis of bronchopulmonary diseases were defined.

Р е з ю м е

Проанализирована медицинская документация 1230 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике туберкулеза. У 340 больных (27,7%) диагностированы заболевания органов дыхания не туберкулезной природы. Чаще выявлялись неспецифические воспалительные процессы (пневмонии, бронхиты) и злокачественные опухоли бронхов и легких. Выявлены основные причины, затрудняющие диагностику бронхолегочной патологии на амбулаторном и стационарном этапах лечения. Установлены наиболее информативные методы верификации диагноза в стационаре и определены мероприятия по совершенствованию дифференциальной диагностики заболеваний органов дыхания.

Современная эпидемическая ситуация в республике характеризуется значительным распространением болезней органов дыхания среди населения. В первую очередь это касается специфических и неспецифических воспалительных заболеваний, аллергических и неопластических процессов [2,3]. В условиях ухудшающейся экологической обстановки, при воздействии на организм людей комплекса негативных эндо- и экзогенных факторов многие болезни подвергаются выраженному патоморфозу с изменением их клинко-рентгенологических, а в некоторых случаях и морфологических проявлений [7]. Среди больных туберкулезом чаще стали встречаться более тяжелые формы, увеличился удельный вес распространенных, остропротекающих и осложненных процессов [1]. Расширяется и изменяется микробный спектр в этиологии неспецифических воспалительных болезней, возрастает роль вирусной, вирусно-бактериальной, микоплазменной, условно-патогенной флоры [8,9]. Это в свою очередь изменяет клинические проявления болезней и затрудняет их диагностику. Несмотря на большой арсенал диагностических методов, используемых в пульмонологии, они не всегда и не во всех лечебных учреждениях могут быть применены из-за

высоких цен на медицинскую аппаратуру, инструменты и реактивы [6].

Все вышесказанное свидетельствует о наличии в настоящее время факторов, затрудняющих проведение дифференциальной диагностики бронхолегочных заболеваний в лечебных учреждениях различного профиля.

Целью настоящего исследования явилась оценка объективности причин, затрудняющих проведение дифференциальной диагностики бронхолегочных заболеваний и поиск резервов организационных мероприятий на различных этапах оказания медицинской помощи.

Нами проанализирована медицинская документация 1230 больных, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиники НИИ пульмонологии и фтизиатрии с 1992 по 1994 г. Отмечено, что за три года значительно увеличилось число больных, направленных в стационар с туберкулезом легких (с 24,5 до 49,0%) и пневмониями (с 34,4 до 40,6%), что соответствует увеличению распространенности данной патологии среди населения. Уже на этапе отбора больных в консультационном центре института диагностированного заболевания не подтвердился в 15,1% случаев по туберкулезу, в 11,9% по саркоидозу,

2,6% по пневмонии и в 3,1% по бронхиту. Основные причины несовпадения диагнозов — недостаточная оценка врачами на амбулаторном этапе наблюдения и лечения данных анамнеза, клинической симптоматики, неправильная интерпретация клинико-лабораторных проявлений болезни и характера рентгенологических изменений. Аналогичные данные были получены ранее другими исследователями [4,5].

Проведенное в стационаре комплексное обследование больных позволило у 340 (27,7%) человек диагностировать заболевания органов дыхания нетуберкулезной природы. Чаще всего выявлялись неспецифические воспалительные заболевания, удельный вес которых составлял 69,3—74,1%. Следующей патологией по частоте выявления были злокачественные опухоли бронхов и легких, их удельный вес колебался от 15,2 до 22,8%. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов и легких встречался в 7,1—8,7% случаев, а диффузный идиопатический пневмофиброз в 1,8—5,4%. В структуре неспецифических воспалительных заболеваний наиболее частыми болезнями были пневмонии (44,7—44,66%) и хронические бронхиты (18,7—24,9%).

Затруднения в правильной постановке диагноза при острых пневмониях в 21,4% случаев, а при затяжных в 21,7% обусловлены были атипичностью клинико-рентгенологических проявлений болезни (скудность симптоматики, торпидное течение, отсутствие физикальных признаков и лабораторных показателей, верхнедолевая локализация процесса). Схожие тенденции имели место и при диагностике бронхитов, острые — в 45,5% случаев, хронические — в 15,3% имели атипичное течение. Довольно часто (46,4%) у больных, находящихся на стационарном лечении, выявлялась сопутствующая патология, которая усугубляла тяжесть состояния больного, затрудняла применение инструментальных методов исследования (49,1%), маскировала проявления основного заболевания и его клинико-лабораторные показатели. Как показал анализ, у 32,2% больных имели место отягощающие факторы (алкоголизм, несоблюдение больничного режима, позднее обращение за медицинской помощью), которые косвенно влияли на диагностику и удлиняли сроки пребывания больных в стационаре.

Большой ущерб дифференциальной диагностике бронхолегочных заболеваний наносит нерегулярность флюорографических осмотров или отсутствие флюорограмм за предыдущие годы. По нашим данным, которые совпадают с исследованиями других авторов [5], у каждого третьего больного, поступившего в стационар, не удалось получить флюорограммы за прошлые годы.

Наиболее распространенным и достоверным методом верификации диагноза является бронхоскопия с различными видами биопсий и исследованием эндопульмональной цитограммы, которая в 71,9% случаев оказалась информативной. По показаниям проводилась компьютерная томография, больные консультировались специалистами НИИ онкологии, гематологии, кардиологии.

Эффективность проведенных исследований оказалась достаточно высокой. Уже на первой неделе госпитализации верификация диагноза была достигнута при острой

пневмонии в 51,3% случаев, при абсцессе легкого в 57,1%, а при саркоидозе в 78,6% случаев. Опухоли легких подтверждены в 60,7% случаев в течение первых трех недель пребывания больных в стационаре. Главными причинами несвоевременной верификации болезни были тяжесть состояния больных и отказ от инструментальных методов исследования (5,3%).

Адекватная этиотропная терапия с учетом результатов бактериологических исследований позволила достичь полного излечения при острой пневмонии в 89,3%, а при деструктивной пневмонии в 59,1% случаев к четвертой неделе лечения.

Анализ результатов исследования свидетельствует, что трудности дифференциальной диагностики бронхолегочных заболеваний обусловлены комплексом причин объективного и субъективного характера, решение которых, с одной стороны, лежит на поверхности рассматриваемой проблемы и требует повышения знаний участковых врачей поликлиник, больниц, противотуберкулезных диспансеров по вопросам фтизиопульмонологии. С другой стороны, необходимы организационные мероприятия по совершенствованию рентгенофлюорографического обследования населения, по улучшению материально-технического оснащения периферийных лечебно-профилактических учреждений. Назрела необходимость восстановления в структуре противотуберкулезных диспансеров дифференциально-диагностических отделений, которые последние годы, из-за нехватки коек для больных туберкулезом, были реорганизованы. Улучшению дифференциальной диагностики бронхолегочной патологии, безусловно, способствует организация фтизиоонкопульмонологических комиссий, работу которых необходимо расширять и совершенствовать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамовская А.К., Гуревич Г.Л., Ломако М.Н. Клинические проявления туберкулеза органов дыхания в условиях современной экологической ситуации // *Здравоохран. Беларуси.* — 1992. — № 3. — С.15—19.
2. Борщевский В.В., Калечиц О.М., Богомазова А.В. Особенности и причины нового подъема заболеваемости туберкулезом в Беларуси // *Проблемы туберкулеза в изменившихся экологических и социальных условиях.* — Гродно, 1994. — С.22—25.
3. Борщевский В.В., Калечиц О.М., Богомазова А.В. Эпидемиология ХНБОД и организация пульмонологической помощи населению Беларуси // *Современные проблемы пульмонологии.* — Минск, 1995. — С.5—12.
4. Гусейнов Г.К., Аминов Ф.С., Муталимов М.А. Дифференциальная диагностика туберкулеза и рака легкого в практике фтизиатра // *Пробл. туб.* — 1992. — № 11—12. — С.52—54.
5. Ивановский В.Б., Лоцинская Н.Н., Остроумова О.М. Причины, затрудняющие диагностику и определение активности туберкулеза органов дыхания // *Там же.* — 1991. — № 1. — С.15—17.
6. Кошелев П.И., Минаков Э.В., Бурсачук В.Г. и др. Организация стационарного лечения пульмонологических больных в условиях крупной многопрофильной больницы // *Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 4-й.* — М., 1994. — № 699.
7. Ломако М.Н., Кривонос П.С. Дифференциальная диагностика болезней органов дыхания // *Здравоохранение.* — 1995. — № 12. — С.22—26.
8. Ducroix J.P. Infections Respiratoires a chlamidia Pneumoniae // *Rev. Prot. Generalt.* — 1994. — Vol.8, № 244. — P.37—42.
9. Yu V. Legionella pneumophilla and related species // *Infect. Med.* — 1991. — Vol.8. — P.29—35.

Поступила 16.02.96.