

Е.В. Сухова, В.М. Сухов

Анализ причин поздней диагностики туберкулеза легких

Самарский военно-медицинский институт

E.V. Sukhova, V.M. Sukhov

Analysis of causes of late diagnosis of lung tuberculosis

Summary

A pilot study was designed to analyze causes of late diagnosis of lung tuberculosis and late start of the specific therapy. Thirty eight inpatients with proven infiltrative lung tuberculosis were randomly involved in the study; they were city and rural dwellers of different age. A special questionnaire was developed to determine reasons of late diagnosis. An analysis of results obtained has shown that 8 patients, or 21 % were diagnosed at a scheduled large-frame photofluorography, 30 % of the late-diagnosed patients were not aware of their disease, 25 % of the females and 64 % of the males were self-treated. Primary care therapists were blamed for the late diagnosis in 33 % of the patients while failed to perform necessary investigations; the delay was 2 to 11 months.

Резюме

Было проведено пилотное исследование по анализу причин отсрочки установления диагноза туберкулез легких (ТЛ) и начала специфической терапии. Методом случайной выборки было взято 38 пациентов с подтвержденным диагнозом инфильтративный ТЛ, проходивших курс стационарного лечения, жителей городской и сельской местности, различного возраста. Для установления причин отсрочки была разработана специальная анкета. Анализ порученных результатов показал, что у 8 пациентов (21 %) патология была выявлена при плановой ККФ. 30 % пациентов с отсрочкой диагноза не располагают информацией о туберкулезе, 25 % женщин и 64 % мужчин проводили самолечение. У 33 % обследованных отсрочка диагноза и начала лечения произошла по вине участкового терапевта, из-за невыполнения диагностического минимума обследования на туберкулез, она составила от 2 до 11 месяцев.

В настоящее время туберкулез является одной из самых актуальных проблем здравоохранения. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России и в мире неблагоприятна. [1–5]. Ее отягощает повышение заболеваемости лиц трудоспособного возраста; людей, контактировавших в очагах с больными; подростков [6–8]. Ухудшению ситуации способствует позднее обращение больных и несвоевременно начатое лечение, следствием которого могут явиться хронизация процесса, развитие множественной лекарственной устойчивости, инвалидизация больного [9–11].

Целью проведенного пилотного исследования явилось изучение причин отсрочки диагноза, а следовательно — начала терапии у больных ТЛ.

Методы исследования

Были обследованы 38 больных ТЛ. Среди них — 12 женщин и 26 мужчин (21 житель городской местности, 17 — сельской), возраст варьировался от 22 до 64 лет. Все обследованные были отобраны методом случайной выборки из пациентов, проходящих курс стационарного лечения по поводу инфильтративного ТЛ.

Методом исследования было анкетирование с помощью специально разработанной анкеты, включающей в себя 20 вопросов с 4 вариантами ответов на каждый вопрос. Если испытуемого не удовлетворяли предложенные варианты ответов, он мог написать собственный, для чего была предусмотрена 5-я пустая строка. Вопросы касались пола, возраста, наличия постоянного места жительства, семьи, вредных

привычек, трудовой занятости на государственном или частном предприятии, наличия постоянного источника дохода, среднемесячного дохода, регулярности прохождения профилактических осмотров, периода от появления первых симптомов до обращения к врачу, проведения самолечения, информированности пациента, интерпретацию им появившейся симптоматики. В случае если пациент не сразу обращался к врачу, он объяснял причину (путем выбора наиболее подходящих для него предложенных ответов анкеты или в виде самостоятельной формулировки).

Результаты

Воспалительный и интоксикационные синдромы у обследованных пациентов были выражены умеренно. Объем поражения варьировался, но не превышал долю легкого. Полости распада на рентгенограмме грудной клетки имелись у 80 % обследованных, диаметр их варьировался. Бацилловыделение было у 70 % больных. Нарушений легочной вентиляции у части пациентов не было, у части — имелись нарушения, преимущественного смешанного типа от I до II степени выраженности. У 50 % больных диагноз был гистологически верифицирован после фибробронхоскопии.

Среди обследованных оказалось примерно равное количество жителей городской и сельской местности (21 и 17 соответственно).

У 8 пациентов патология была выявлена при прохождении плановой флюорографии (на работе — 7 случаев, для допуска в бассейн — 1). Жалоб и нару-

шения самочувствия ни у кого не было. После выявления патологии все были направлены на дообследование, подтвержден диагноз туберкулез и начата стандартная терапия.

У 30 пациентов по разным причинам было отсрочено установление диагноза туберкулез и, следовательно, начало стандартной специфической терапии. Статистически достоверных различий причин отсрочки у жителей городской и сельской местности не было выявлено. Однако у мужчин и женщин причины различаются. Результаты проведенного анкетирования представлены в табл. 1, 2.

Анализ причин отсрочки установления диагноза туберкулез у женщин (табл. 1) показывает, что 5 женщин по разным причинам не обращались к врачу — не придавали значения появившимся симптомам, не расценивали их как серьезный повод для обращения к врачу; многодетные (3 и 4 ребенка) одинокие женщины проводили самолечение, продолжая заниматься детьми и хозяйством. Недостаток информации о туберкулезе не позволил адекватно расценить появление первых симптомов как проявление серьезного заболевания и своевременно обратиться к врачу. Таким образом, отсрочка установления диагноза и начала лечения произошла по вине самих пациенток. 3 женщины при появлении симптомов сразу обратились к участковому терапевту, однако задержка постановки диагноза и начала лечения была и у них, но уже по вине участкового терапевта, т. к. не был выполнен диагностический минимум обследования на туберкулез.

Анализ причин отсрочки установления диагноза туберкулез и, соответственно, начала химиотерапии у мужчин (табл. 2) показывает, что 15 пациентов по разным причинам не обращались к врачу — все они проводили самолечение; 9 мужчин при появлении симптомов не обращались к врачу сознательно — не хотели уходить на больничный, опасаясь из-за болезни потерять работу (работа в частной фирме, в госучреждениях, временные заработки); 5 человек из-за недостаточной информированности не сумели адек-

ватно расценить появление симптомов, проводили самолечение и лишь после его неэффективности обратились к участковому терапевту; 7 мужчин при появлении симптомов сразу обратились к поликлинику, однако туберкулез у них не был выявлен из-за невыполнения диагностического минимума обследования; у 2 пациентов диагноз был поставлен при плановой ККФ; 2 больных по собственной инициативе сделали платную рентгенографию легких, 1 мужчину из-за прогрессирующего ухудшения состояния в экстренном порядке доставили в терапевтическое отделение.

Обсуждение полученных результатов

Пилотное исследование показало, что 30 % обследованных не располагают информацией о туберкулезе, не знают основных симптомов, не умеют адекватно оценить их появление и несвоевременно обращаются к врачу. 25 % женщин и 64 % мужчин проводили самолечение. 30 % обследованных (мужчины) не обращались к врачу сознательно из-за страха лишиться работы и материального дохода. У 33 % пациентов отсрочка установления диагноза (от 2 до 11 мес.) и начала лечения произошла по вине участкового терапевта, из-за невыполнения диагностического минимума обследования на туберкулез. Достоверного различия у городских и сельских жителей не было. Чаще всего больные проходили несколько курсов амбулаторного лечения с диагнозом грипп, без проведения ККФ назначалась неспецифическая терапия. После неэффективности лечения проводилась ККФ, 7 % больных по собственной инициативе сделали платную рентгенографию легких. При невыполнении обследования на туберкулез выявленная на ККФ патология в 3 % была расценена как рак легкого.

Данное исследование является пилотным. Причины отсрочки диагноза туберкулез и начала лечения нуждаются в дальнейшем изучении на более обширной выборке.

Таблица 1
Причины отсрочки установления диагноза туберкулез у женщин

Количество пациенток	Причины отсрочки	Длительность отсрочки (мес.)	Результат
1 / 30	Связывала кашель с курением	6	Доставлена скорой помощью с легочным кровотечением
2 / 30	Одинокая многодетная мать, при появлении симптомов продолжала заниматься детьми, хозяйством, проводила самолечение, не считала заболевание серьезным	6, 7	Выявлены при плановой ККФ
2 / 30	Не придавала значения появившимся симптомам	2, 6	При ухудшении состояния обратилась к терапевту, после ККФ выявлен туберкулез
1 / 30	При появлении симптомов сразу обратилась к терапевту	9	Лечилась в поликлинике неоднократно с диагнозом грипп, после ККФ установлен туберкулез
1 / 30	При появлении симптомов сразу обратилась к терапевту	6	Лечилась в поликлинике неоднократно с диагнозом грипп, туберкулез выявлен при плановой ККФ
1 / 30	Патология расценена как рак легкого	11	Выявлена патология на ККФ, диагноз туберкулез установлен при интраоперационной биопсии

Причины отсрочки установления диагноза туберкулез у мужчин

Количество пациентов	Причины отсрочки	Длительность отсрочки (мес.)	Результат
1 / 30	Боязнь потерять работу, проводилось самолечение	7	Выявлен туберкулез при плановой ККФ
8 / 30	Боязнь потерять работу, проводилось самолечение	1, 3, 5, 6, 7, 11, 14, 16	При ухудшении состояния обратился к терапевту, после ККФ выявлен туберкулез
1 / 30	Мигрант, не имел прописки, документов	24	После получения документов обратился в поликлинику, был госпитализирован в хирургическое отделение, где выявлен туберкулез
5 / 30	Не расценил как серьезное заболевание, проводил самолечение, затем обратился к участковому терапевту	1, 3, 4, 5, 6	Была назначена неспецифическая терапия, после ее неэффективности проведена ККФ, выявлен туберкулез
2 / 30	При появлении симптомов сразу обратился к терапевту	6, 8	Лечился в поликлинике неоднократно с диагнозом грипп, туберкулез выявлен при плановой ККФ
2 / 30	При появлении симптомов сразу обратился к терапевту	8, 11	Лечился в поликлинике неоднократно с диагнозом грипп, после ККФ лечился амбулаторно с диагнозом пневмония, был направлен на консультацию фтизиатра, выявлен туберкулез
2 / 30	При появлении симптомов сразу обратился к терапевту	2, 8	Лечился в поликлинике неоднократно с диагнозом грипп, по собственной инициативе сделал рентгенографию легких, госпитализирован с диагнозом пневмония, выявлен туберкулез
1 / 30	При появлении симптомов сразу обратился к терапевту	6	Лечился амбулаторно с диагнозом пневмония, выписан на работу, доставлен скорой помощью в терапевтическое отделение, диагностирован туберкулез

Выводы

1. Необходимо повышать информированность населения о туберкулезе. При этом следует делать акцент на излечимости заболевания, возможности в последующем вернуться к труду и прежней жизни.
2. Необходимо акцентировать внимание на недопустимости проведения самолечения при появлении признаков поражения легких.
3. При обращении к терапевту больного с симптомами бронхолегочного заболевания необходимо выполнять диагностический минимум обследования на туберкулез, в т. ч. анализ мокроты на кислотоустойчивые бактерии.

Литература

1. Хоменко А.Г. Туберкулез как международная и национальная проблема. Пробл. туб. 1994; 2: 2–4.
2. Godley F. Tuberculosis—A global emergency. Br. Med. J. 1993; 306 (6886): 1147–1147.
3. Jackson M. Pulmonary tuberculosis in a homeless person. Am. J. Infect. Contr. 1996; 24 (4): 294–298.

4. Nisar M., Davies P.D. Tuberculosis on an increase? Respir. Med. 1992; 85 (3): 175–176.
5. Snider D.E., Heper W.L. The new tuberculosis. N. Engl. J. Med. 1992; 326 (10): 703–705.
6. Жукова М.П., Пунга В.В. Современные тенденции в эпидемиологии туберкулеза. В кн.: Резюме II(XI) Съезда научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Саратов: 1994: 122.
7. Ковалева С.И. Особенности эпидемиологии туберкулеза в Москве и меры по ее улучшению. Пробл. туб. 1994; 5: 2–4.
8. Кучеров А.Л. Туберкулез среди социально отягощенных групп населения. Пробл. туб. 1990; 6: 20–23.
9. Капков Л.П. О концепции борьбы с туберкулезом в России в новых социально-экономических условиях. Новости науки и техники. Сер.: Медицина: Реф. сборник. Вып.: Туберкулез 1997; 3: I–IV.
10. Зиновьев И.П., Милеева Л.М., Хайцева Г.А., Аганина Е.Г. Комплексная медико-социальная характеристика впервые заболевших туберкулезом легких больных. Пробл. туб. 1995; 3: 11–12.
11. Шилова М.В. Информативность различных показателей для оценки распространенности туберкулеза. Туберкулез и экология 1993; 1: 29–33.

Поступила 21.06.04
© Сухова Е.В., Сухов В.М., 2005
УДК 616.24-002.5-07-039.12