

УДК 161-002.5-079:614.21
DOI: 10.26435/UC.V012(31).213

Е.В. Корж¹, Н.А. Подчос², А.Ф. Завгородний²

¹ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²Республиканская клиническая туберкулезная больница, Донецк

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Донецкая республиканская клиническая туберкулезная больница (РКТБ) является лечебным учреждением 3-го уровня, предназначенным для оказания высокоспециализированной медицинской помощи, что предполагает проведение всех диагностических процедур на догоспитальном этапе. Вместе с тем встречаются случаи, когда у пациентов диагностируют ту или иную форму туберкулеза без надежной верификации диагноза, что создает угрозу суперинфекции и требует материально-технических затрат на установку окончательного диагноза в условиях специализированных отделений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать случаи расхождения предварительного диагноза туберкулеза и окончательного клинического диагноза у пациентов, находившихся на обследовании и лечении в стационарном отделении РКТБ г. Донецка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 34 медицинских карт стационарных больных, которые находились на лечении в РКТБ в 2015-2017 гг. и у которых после проведения дополнительного обследования диагноз туберкулеза был снят. С учетом существенного влияния ВИЧ-инфекции на клинико-лабораторную картину туберкулеза пациентов разделяли на группы: ВИЧ-негативные (1-я группа, 20 человек) и ВИЧ-инфицированные (2-я группа, 14 человек).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследуемые группы не различались по гендерному составу и продолжительности нахождения в стационаре: преобладали больные мужского пола: 11 и 8 человек, медианы койко/дней составляли 10,5 и 9 соответственно.

Все больные, неинфицированные ВИЧ, поступали в отделение с диагнозом туберкулеза легких, у одного пациента предполагалось одновременное наличие туберкулезного менин-

гита (ТМ). В структуре предварительных диагнозов лидировал инфильтративный туберкулез – 12 случаев, затем следовал диссеминированный – 5 случаев. Оставшиеся случаи были представлены предположительным очаговым, фиброзно-кавернозным туберкулезом и тубэриодобронхитом. Из 20 пациентов 1-й группы трое начали лечение туберкулеза амбулаторно, получив от 30 до 90 доз противотуберкулезных препаратов 1 ряда. Изучение полноты обследования на догоспитальном этапе показало, что после лучевых методов в данной группе наиболее часто выполняли микроскопию мазка мокроты для выявления кислотоустойчивых бактерий (КУБ) – у 16 больных, в том числе у трех лиц исследовали бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ). Из обследованных пациентов у 7 КУБ были обнаружены, что послужило основанием для вынесения предварительного диагноза туберкулеза. Из общего количества положительных результатов микроскопии в трех случаях КУБ обнаружили в БАЛ, в одном – в плевральном экссудате. От предполагаемой пневмонии на догоспитальном этапе получали лечение более половины больных – 13 человек, его продолжительность колебалась от 5 до 15 дней (медиана – 13), и только одного больного лечили от «хронического абсцесса» в течение 120 дней. Наиболее часто использовали цефтриаксон, затем препараты группы макролидов – азитромицин, кларитромицин, четырем пациентам назначали фторхинолоны.

В группе ВИЧ-инфицированных лиц основным диагнозом при поступлении в стационарное отделение РКТБ был туберкулез легких – 8 случаев из 14: по 4 пациента с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом, и один больной госпитализирован с предполагаемым туберкулезным плевритом. Специфиче-

ское поражение нервной системы подозревали у 5 человек. Перед госпитализацией в РКТБ микроскопию мазков мокроты на КУБ выполнили только трем из 8 больных с подозрением на туберкулез легких, неспецифическую антибактериальную терапию по поводу предполагаемой пневмонии получили 6 человек. Всем пяти пациентам с предполагаемым туберкулезом нервной системы на догоспитальном этапе исследовали спинномозговую жидкость, троим больным выполнили МРТ головного мозга. При этом на момент госпитализации у 4 лиц отсутствовали менингеальные знаки и характерные для ТМ изменения ликвора, и один больной поступил без лучевого обследования органов грудной клетки. Все лица с подозрением на ТМ перед госпитализацией в РКТБ были осмотрены фтизиатром.

Таким образом, на догоспитальном этапе главными критериями диагностики туберкулеза легких у ВИЧ-негативных лиц были отсутствие эффекта от лечения пневмонии и обнаружение КУБ в мокроте, у ВИЧ-инфицированных пациентов – неэффективная антибактериальная терапия легочного процесса. При этом более чем у половины больных 2-й группы не проводили микроскопию мазка мокроты на наличие КУБ. Развитие неврологической симптоматики на фоне ВИЧ-инфекции служило основным поводом подозревать туберкулезное поражение нервной системы.

После госпитализации в РКТБ всем пациентам проводили углубленное обследование, из которого ведущее значение для верификации диагноза имела спиральная компьютерная томография (СКТ). В группе ВИЧ-негативных больных СКТ выполнили 9 лицам: в 8 случаях исследовали грудную и в 1 случае – брюшную полость, что позволило в двух случаях определить отсутствие изменений в легких, в остальных – уточнить характер патологического процесса. При исследовании мокроты микроскопическим (у всех больных) и молекулярно-генетическом (у пяти больных) методами бактериовыделения выявлено не было.

Во 2-й группе СКТ выполнили у 11 больных: у 9 исследовали грудную полость и у 2 – головной мозг. В результате у 4 больных с подозрением на ТМ патология в легких не обнаружена, что, с учетом данных исследования ликвора, позволило исключить туберкулезную этиологию заболевания. Один пациент с предварительным диагнозом туберкулеза обследован не был из-за тяжести состояния, на третьи сутки пребывания в отделении наступила смерть, на вскрытии диагностирована глиобластома мостомозжечковой области. Меньшее значение имело микроскопи-

ческое исследование мокроты, которое удалось выполнить у 8 человек, при этом у всех обследованных результаты были отрицательными.

Оценка динамики процесса и данных дополнительного обследования в условиях стационара позволила уточнить диагноз в сроки от 5 до 90 дней (медиана – 10,5 дней). В результате установлено, что наиболее частым окончательным диагнозом среди больных 1-й группы была онкологическая патология (10 случаев), при этом с одинаковой частотой (по 5 случаев) встречались рак легкого и карциноматоз легких из опухолей внелегочной локализации (см. рис.).

Как видно из рисунка, после онкологических заболеваний в структуре окончательных диагнозов ВИЧ-негативных пациентов большой удельный вес занимали неспецифические воспалительные заболевания легких: 4 случая пневмоний и 2 – ХОЗЛ (бронхит, бронхоэктатическая болезнь).

Во 2-й группе было зарегистрировано по 5 случаев онкологических и ВИЧ/СПИД-ассоциированных заболеваний. Обращало на себя внимание, что среди ВИЧ-инфицированных больных не было выявлено ни одного случая первичного рака легкого, изменения в легких имели характер карциноматоза. У 2 пациентов окончательным диагнозом стала пневмоцистная пневмония, отсутствие туберкулезных изменений в легких после проведенного курса лечения пневмонии подтверждали СКТ. Больные пневмоцистной пневмонией находились в противотуберкулезном стационаре 43 и 49 дней, что существенно повышало риск суперинфекции. Случаев саркоидоза у ВИЧ-инфицированных лиц не наблюдалось.

Диагноз ВИЧ/СПИД-ассоциированных заболеваний выставлялся преимущественно больным, поступившим с подозрением на туберкулезный менингит, у этих же больных при СКТ грудной клетки не было выявлено патологии в легких. Анализ клинико-лабораторной картины, развития и течения заболевания, результатов дополнительного обследования в РКТБ позволили прижизненно исключить туберкулезную этиологию поражения нервной системы даже без проведения повторной спинномозговой пункции в отделении в сроки от 1 до 17 дней, медиана – 2 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из 20 ВИЧ-отрицательных пациентов с ошибочно установленным диагнозом туберкулеза легких у 7 на догоспитальном этапе в мокроте были выявлены КУБ, что в дальнейшем не нашло подтверждения при обследовании в специализированном отделении. Для повышения точ-

ности диагностики бронхолегочной патологии в учреждениях общей лечебной сети следует направить усилия на предотвращение контаминации образцов биологического материала и повысить качество микроскопического исследования мазков мокроты и/или бронхолегочных смывов.

Применение СКТ (грудной и брюшной полости, головного мозга) в условиях РКТБ позволило в короткие сроки уточнить диагноз у 6 из 14 ВИЧ-негативных пациентов и у 16 из 20 ВИЧ-инфицированных больных, что указывает на необходимость более широкого применения данного исследования на догоспитальном этапе.

С учетом высокого удельного веса онкологической патологии в обследованных группах (10 и 5 человек соответственно) является целесообразным предварительное консультирование пациентов с неясным диагнозом специалистами онкологического диспансера.

При наличии у ВИЧ-инфицированных лиц клиничко-рентгенологических признаков пневмоцистной пневмонии и при отрицательном результате микроскопического исследования мазка мокроты на КУБ лечение таких больных следует проводить в специализированных отделениях СПИД-центра, направляя при необходимости на повторную консультацию фтизиатра.

Е.В. Корж¹, Н.А. Подчос², А.Ф. Завгородний²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²Республиканская клиническая туберкулезная больница, Донецк

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Необоснованная госпитализация пациентов в противотуберкулезные стационары создает угрозу суперинфекции и повышает материально-технические затраты на установку окончательного диагноза.

Цель исследования: проанализировать случаи расхождения предварительного диагноза туберкулеза и окончательного клинического диагноза у пациентов, находившихся на обследовании и лечении в стационарном отделении Республиканской клинической туберкулезной больницы г. Донецка.

Материал и методы. Проанализированы 34 медицинские карты стационарных больных, у которых после проведения дополнительного обследования диагноз туберкулеза был снят. Пациентов разделили на группы: ВИЧ-негативные (20 человек) и ВИЧ-инфицированные (14 человек).

Результаты и обсуждение. На догоспитальном этапе главными критериями диагностики туберкулеза легких у ВИЧ-негативных лиц были отсутствие эффекта от лечения пневмонии (8 человек) и обнаружение КУБ в мокроте (7 человек), у ВИЧ-инфицированных пациентов – неэффективная антибактериальная терапия легочного процесса (6 человек). Из 8 ВИЧ-инфицированных больных с патологией легких микроскопию мазка мокроты на КУБ выполнили у трех. Развитие неврологической симптоматики на фоне ВИЧ-инфекции служило основным поводом подозревать туберкулезное поражение нервной системы, при этом у 4 из 5 больных с предполагаемым диагнозом

туберкулеза отсутствовали менингеальные знаки и характерные изменения ликвора. После обследования установлено, что наиболее частым окончательным диагнозом у ВИЧ-негативных больных были онкологическая патология (10 человек) и неспецифические воспалительные заболевания легких (6 человек). В группе ВИЧ-инфицированных пациентов у 5 выявляли карциноматоз легких, у 2 – пневмоцистную пневмонию, и у всех пациентов с подозрением на туберкулез – ВИЧ/СПИД-ассоциированные заболевания нервной системы.

Выводы. Для повышения точности диагностики бронхолегочной патологии в учреждениях общей лечебной сети следует направить усилия на предотвращение контаминации образцов биологического материала и повысить качество микроскопического исследования мазков мокроты и/или бронхолегочных смывов. На догоспитальном этапе следует шире применять исследование органов грудной клетки методом компьютерной томографии, и в случае неясного диагноза направлять больных на консультацию в онкологический диспансер. При наличии у ВИЧ-инфицированных лиц клиничко-рентгенологических признаков пневмоцистной пневмонии и отсутствии кислотоустойчивых бактерий в мазках мокроты следует проводить лечение пневмонии в специализированных отделениях СПИД-центра, что позволит снизить риск суперинфекции.

Ключевые слова: гипердиагностика туберкулеза.

E.V. Korzh¹, N.A. Podchos², A.F. Zavgorodniy²

¹*SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk*

²*Republican Clinical Tuberculosis Hospital, Donetsk*

ANALYSIS OF TUBERCULOSIS HYPERDIAGNOSIS CASES IN PATIENTS OF ANTI-TUBERCULOSIS HOSPITAL DEPARTMENT

Unreasonable hospitalization of patients in anti-tuberculosis hospitals creates a threat of superinfection and increases the material and technical costs to make a final clinical diagnosis.

The purpose of the study was to analyze the discrepancy between the preliminary diagnosis of tuberculosis and the final clinical diagnosis in patients who were examined and treated in the hospital department of the Republican Clinical TB Hospital in Donetsk.

Material and methods. 34 medical records of inpatients were analyzed. All persons were diagnosed with absent of tuberculosis after additional examination. Patients were divided into groups: HIV-negative (20 people) and HIV-infected (14 people).

Results and discussion. At pre-hospital stage, the main reasons for diagnosis of pulmonary tuberculosis in HIV-negative patients were the ineffective treatment of pneumonia (8 persons) and acid-fast bacteria in sputum (7 persons). For HIV-infected patients the main motivation for the pulmonary tuberculosis was ineffective non-specific pulmonary therapy (6 persons). Of the 8 HIV-infected patients with pulmonary pathology, sputum smear microscopy was performed in three. The presence of neurologic symptoms on the background of HIV infection was the main reason for diagnosing tuberculosis of the nervous system in 5 persons, while 4 of such patients had

no meningeal signs and characteristic changes in the cerebrospinal fluid. After examination it was found that the most frequent definitive diagnosis among HIV-negative individuals was oncological pathology (10 persons) and non-specific inflammatory pulmonary diseases (6 persons). In the group of HIV-infected patients, pulmonary carcinomatosis was detected in 5 persons, pneumocystis pneumonia in 2 persons and HIV/AIDS-associated diseases of the nervous system in all patients with suspected tuberculous meningitis.

Conclusions. To improve the diagnosis of bronchopulmonary pathology in the general health care facility, the quality of microscopic examination of the sputum (bronchial lung flushes) should be increased. Also, efforts should be directed to prevent the contamination of samples of biological material. To clarify the diagnosis at the prehospital stage, the chest organs should be examined more widely using the computed tomography, and at unclear diagnosis, refer patients to the oncology dispensary. At the clinical and roentgenologic signs of pneumocystis pneumonia and at absence of acid-fast bacteria in the sputum the HIV-infected persons should be treated in specialized departments of the AIDS center that will reduce the risk of superinfection.

Key words: tuberculosis hyperdiagnosis.