

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

Камиль Мухаметович Зиятдинов

Филиал РКПД «Казанская туберкулезная больница» (главврач — канд. мед. наук Р.А. Залялиев),
e-mail: ziyatdinov_kamil@mail.ru

Реферат

Исследованы причины поздней диагностики и типичных врачебных ошибок у 270 больных туберкулезным спондилитом. Разработан и апробирован метод раннего выявления туберкулезного спондилита, основанный на организационно-управленческих профилактических мероприятиях и методах сравнительного анализа. В результате работы выявляемость костно-суставного туберкулеза увеличилась в 1,5 раза, а число больных, нуждавшихся в дорогостоящих оперативных лечениях, уменьшилось на 66%.

Ключевые слова: туберкулезный спондилит.

Одной из главных причин низкой эффективности лечения туберкулезного спондилита (ТС) является поздняя диагностика [1]. Больные с осложнениями ТС нуждаются в сложных и дорогостоящих операциях, но даже после операции, как правило, остаются инвалидами [2, 3, 4]. Установлено, что в 2000–2007 гг. в Республике Татарстан до момента проведения операции проходило в среднем 10,5 месяца. Период диагностирования был несколько меньшим, и характер его распределения определялся данными, приведенными в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что ТС у больных

разных факторов и всех больных можно подразделить на две большие группы: с быстрым развитием ТС (острое начало ТС) и с медленно прогрессирующим течением. В 1-ю группу вошли 22% больных (79 чел.), во 2-ю — 78% (281). К группе с медленным протеканием ТС отнесли больных, у которых клинические симптомы проявлялись далеко не сразу, и ухудшение сменялось периодом ремиссии. В связи с этим определилась задача изучить значение ранней диагностики для больных с медленной динамикой развития болезни: позволит ли она излечить заболевание консервативными (антибактериальными и ортопедическими) мерами в пределах возможностей местного республиканского медицинского потенциала и избежать хирургического вмешательства и инвалидности.

В первую очередь был изучен порядок установления окончательного диагноза заболевания, который начинается с обращения больного к участковому врачу по месту жительства. Наиболее длительным и сложным он оказывается для граждан,

Таблица 1

Распределение пациентов по сроку диагностики заболевания

Больные	Сроки установления диагноза, мес							доля, %
	5-6	7-8	9-10	11-12	более одного года	с детства*	всего	
Мужчины	27	54	54	30	24	6	195	54,2
Женщины	24	48	42	24	21	6	165	45,8
Всего	51	102	96	54	45	12	360	100
Доля, %	14,1	28,3	26,6	15	12,5	3,4	100	

* У больных ТС с детства диагноз был установлен при первичном обращении.

был выявлен в относительно поздние сроки. У 51 (14,1%) пациента этот срок был в пределах 5 месяцев, у 84,0% — от 5 месяцев до одного года, у 12,5% — через год и более после появления первых симптомов заболевания. Клинический опыт показал, что динамика ТС зависит от

проживающих в сельской местности. Сложившийся порядок обеспечивается ведомственной нормативной документацией и имеет объективный характер. В каждом лечебном учреждении, в котором по своей инициативе или по направлению пациент проходит обследование,

тратится время на обследование и другие действия, предшествующие постановке диагноза. Изучение истории болезни позволяет определить время, которое требуется для постановки правильного диагноза. Результаты изучения историй болезни пациентов приведены в табл. 2.

Данные, приведенные в табл. 2, не

Таблица 2

Сроки обследования и лечения в разных лечебных учреждениях

Лечебное учреждение	Месяцы
Амбулатория, участковая больница	1-1,5
Поликлиника, центральная районная больница	2,0-2,5
Республиканская клиническая больница	1,0
Городские отделения: неврологическое, общехирургическое, урологическое и др.	1,0
Онкологический диспансер	0,5
Итого	5,0-6,5

учитывают «период хождений» пациента между лечебными учреждениями, который для граждан, проживающих в сельской местности, оказывается большим, чем для горожан.

Другим фактором, оказывающим влияние на постановку правильного диагноза, является врачебная ошибка. В результате медицинской ошибки и соответственно «отсрочки» периода постановки точного диагноза многие пациенты вначале лечатся от болезней, которых у них нет. В большинстве случаев встречаются следующие ошибочные диагнозы: остеохондроз, радикулит, миозит, межреберная невралгия. В таких случаях до проведения рентгенографии позвоночника проходит в среднем 1,5-2 месяца. Однако винить врачей за ошибочный диагноз трудно, так как клиническая симптоматика ТС бывает невыраженной, стертой. Отсутствуют резкие различия в общеклинических и биохимических показателях. Малоинформативными оказываются туберкулиновые пробы. Анализ историй болезни позволил выявить следующий характер ошибочных диагнозов и характер их распределения среди больных (табл. 3). При установке ошибочного диагноза больные могут проводить один-два и более «кругов» обращений в разные медицинские учреждения, получая лечение от несуществующей или сопутствующей болезни. Для

Таблица 3

Виды ошибочных диагнозов при заболевании ТС и частота ошибок

Диагноз	Больные	
	абс.	%
Дегенеративный, сенильный остеохондроз	56	20,8
Обострение хронического бронхита	9	3,3
Язвенный колит	3	1,1
Миома матки	1	0,3
Острый «солярит»	1	0,3
Обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	8	3
Пояснично-крестцовый радикулит	53	19,6
Ишемическая болезнь сердца	18	6,8
Экссудативный плеврит	4	1,5
Межреберная невралгия	4	1,5
Калькулезный холецистит	11	4
Хронический панкреатит	4	1,5
Мочекаменная болезнь	10	3,7
Хронический пиелонефрит	16	6,1
Грыжа Шморля	23	8,54
Остеохондропатия	19	7
Новообразования	30	11,1
Итого	270	100

осуществления ранней диагностики ТС нами проводились консультации на 2 и 3-м уровнях порядка обращений больных в лечебные учреждения, что позволило сократить период обращений и снизить процент ошибочных диагнозов.

С целью усиления настороженности медицинских работников к возможной встрече с больными ТС руководители подразделений РКБ, КОЦ, ДРКБ и других крупных стационаров регулярно и целенаправленно информировались о воспалительных деструктивных заболеваниях позвоночника и типичных ошибках. Это привело к активизации вызова фтизиатра (2 раза в неделю) для этиотропной верификации диагноза. Цель этих организационно-управленческих профилактических мероприятий — увеличение числа больных, взятых на учет по внегочному туберкулезу, в первую очередь, на ранних стадиях. Эффективность указанных мер в результате проведенной работы характеризуется ростом числа учтенных больных на ранних стадиях ТС в 1,5 раза.

Другая задача заключалась в апробации метода дифференциальной диагностики ТС. Данная проблема связана со слабой выраженностью симптомов ТС.

Патогномоничных симптомов болезней значительно меньше, чем самих болезней. В качестве рабочей гипотезы решения проблемы была выбрана следующая. При сходстве симптомов разных болезней динамика их реакции на терапевтические воздействия существенно различается уже на ранних стадиях заболевания. Не столько результаты медицинского обследования, сколько характер изменения этих результатов (характер откликов организма) на терапевтические воздействия носит специфический характер для разных нозологических групп, позволяя осуществлять раннюю диагностику.

Существенным оказывается раннее определение зоны поражения в сравнении со здоровой, находящейся выше и/или ниже проблемного участка. Попытка приблизиться к ранней постановке диагноза за счет «механического» увеличения числа медицинских показателей оказалась безуспешной. Многие показатели оказываются взаимосвязанными, а для выявления специфичности симптомов нужны независимые параметры, например, симптомы болезни в сравнении с картиной патологии при КТ или МРТ. Сравнительный анализ оказался более продуктивным.

В простейшем случае задача врача при постановке диагноза заключается в том, чтобы установить корреляцию между разными комбинациями откликов, полученных разными методами, в следующих целях: 1) определение местоположения зоны поражения; 2) в сравнении со здоровой стороной или выше и ниже расположенными от зоны поражения позвонками; 3) определение соответствия данной комбинации откликов на терапевтические воздействия признакам того или иного заболевания, а также степени достоверности сделанного прогноза; 4) определение соответствия временного ряда получаемых откликов с временным характером протекания болезни по тому или иному механизму (по той или иной причине), что особенно важно и на стадии апробации варианта лечения (выбор лекарств, госпитального режима, диеты и т.п.).

Изучение временного ряда получаемых откликов превращает лечение в осознанно-исследовательскую терапию, основанную на комплексном подходе.

У спинальных больных антибактериальную терапию сочетали с ортопедическим лечением, массажем, лечебной физкультурой. В лечении использовали ноотропы, гепатопротекторы, ферменты, антикоагулянты, витамины, а также осуществляли особый уход, включавший предупреждение пролежней, исправление контрактур в суставах, восстановление функции тазовых органов при неврологических расстройствах, профилактику и лечение осложнений, вызванных гиподинамией, профилактику сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, застойной пневмонии. При раннем установлении диагноза эффективными оказались и другие методы терапии, направленные на улучшение реологических свойств крови, снятие интоксикации, лечение анемии, что способствовало скорейшему выздоровлению больных.

Метод выявления ТС и терапевтического комплекса воздействий на больных с медленным его развитием оказался высокоэффективным. Результатом мероприятий и методов лечения явилось 3-кратное снижение числа больных, нуждавшихся в дорогостоящих реконструктивных операциях за пределами РТ, а также соответственно числа инвалидов.

Таким образом, использованный метод оказался весьма продуктивным. Он привел к отказу от сложных хирургических операций и к полному выздоровлению 66% больных ТС. Предполагается, что резервы такого подхода далеко не исчерпаны. Необходимо выявление сильных корреляций при изучении специфики динамики реакции организма на терапевтические воздействия и включение таких данных в подготовку специалистов по внелегочному туберкулезу. При выполнении работы в условиях реформирования туберкулезной службы стало очевидно, что временной фактор — один из важнейших медицинских ресурсов, который необходимо эффективно использовать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карачунский М.А., Уварова Т.Е. Туберкулез у лиц пожилого возраста в современных условиях// Пробл. туберкул. и болезн. легких. — 2003. — № 4. — С.55-57.
2. Перецманас Е.О., Афонин А.В. Дифференциальная диагностика туберкулезного спондилита в современных условиях специализированного санатория//

Пробл. туберкул. — 2002. — № 7. — С.30–31.

3. Перецманас Е.О. Причины появления инвалидирующих форм туберкулезного спондилита// Пробл. туберкул. — 2002. — № 8. — С.6–7.

4. Соколов Н.И., Евлашкин Д.В., Каржавина Г.И. О проблемах диагностики и хирургического лечения в костно-туберкулезном стационаре// Пробл. туберкул. и болезн. легких. — 2006. — № 7. — С.37–41.

Поступила 03.06.08.

APPROACHES TO IMPROVE THE TREATMENT OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS

K.M. Ziyatdinov

Summary

Studied were the reasons for late diagnosis and the typical medical errors in 270 patients with tuberculous spondylitis. Developed and tested was a method for early detection of tuberculous spondylitis, based on organizational and managerial preventive measures and methods of comparative analysis. As a result the detection of bone and joint tuberculosis has increased by 1,5 times, while the number of patients in need of costly surgical treatment, decreased by 66%.

Key words: tuberculous spondylitis, early diagnosis.

УДК 616.711-002.27-08

ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОЛОНА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Татьяна Викторовна Чернышева, Генриетта Георгиевна Багирова

Кафедра общей врачебной практики (зав. — докт. мед. наук Г.Г. Багирова) Оренбургской государственной медицинской академии

Реферат

Изучены противовоспалительный, анальгетический и хондропротективный эффекты препарата «Хондролон» при длительном курсовом лечении клинически значимого остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Через 2 года у больных уменьшилось количество и размеры протрузий диска при обострении, не диагностировались грыжи диска, снизилась степень деструкции фиброзного кольца на верхних уровнях поясничного отдела позвоночника, улучшилось качество жизни. Эти изменения были более выражены у лиц до 42 лет с небольшой или умеренной степенью фрагментации хряща. Отмечалось снижение частоты и продолжительности обострений остеохондроза.

Ключевые слова: хондролон, остеохондроз позвоночника, хроническая боль в спине.

Распространенность боли в нижней части спины (БНС) варьирует от 40 до 80% в различных группах населения, а ежегодная заболеваемость составляет 5% [5, 6]. В большинстве случаев, в том числе у лиц молодого и среднего возраста, причиной этого состояния является остеохондроз позвоночника. Высокая частота обострений с длительной утратой трудоспособности при этом заболевании обуславливает социально-экономическое значение этой проблемы. Несмотря на то что БНС отнесена к числу приоритетных направлений, рекомендованных ВОЗ к детальному изучению в рамках «Декады костей и суставов 2000-2010», многие воп-

росы диагностики и лечения БНС до сих пор не решены. Разработка методов консервативной терапии и медикаментозной реабилитации больных с БНС перспективна и актуальна [6, 14].

Остеохондроз — это дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, в основе которого лежит дегенерация межпозвонкового диска (МПД) [14], состоящего из пульпозного ядра и фиброзного кольца [7, 11]. Ядро по морфологической структуре соответствует гиалиновому хрящу за счет высокого содержания протеогликанов, гиалуроновой кислоты, коллагена II типа и воды. Фиброзное кольцо относится к фиброзным хрящам с высоким содержанием в его наружных пластинах коллагена (до 68%), преимущественно I типа, и богатым сульфатированными гликозаминогликанами, интегрированными в крупные молекулы протеогликанов с характерной для них способностью удерживать воду [7]. В процессе старения и дегенерации происходит постепенное уменьшение содержания сульфатов в межпозвонковом диске, а в пролабирующем пульпозном ядре их содержание составляет менее 50% от нормальных значений [11, 13]. Таким образом, процессы дегенерации в межпозвонковом диске и периферических суставах принципиально не