

Р.П. Гуслякова, Э.Р. Галиаскарова, А.В. Бондарев, В.И. Ильинский, М.В. Кореева, Н.С. Тютлина (Казань). Выявление фтизиатрических больных в стационаре нетуберкулезного профиля

За последние годы в контингенте стационаров общей лечебной сети отмечается повышение удельного веса выявляемых больных туберкулезом легких и других локализаций. По данным Республиканской клинической больницы (РКБ) МЗ РТ, в 1997 г. было зарегистрировано 23 случая туберкулеза легких, в 1998 г. — 19, в 1999 г. — 32. Приток больных туберкулезом в общесоматический стационар есть основания объяснять не только сходством клинико-рентгенологической картины туберкулеза и пневмонии, но и истинным увеличением числа больных с атипично протекающим туберкулезом.

В 1999 г. были выявлены также случаи внелегочного туберкулеза — туберкулеза кишечника, туберкуломы головного мозга, туберкулеза печени, брюшины, позвоночника, туберкулезного менингита, мочевого пузыря туберкулеза.

С 1999 г. в штат РКБ введена должность фтизиатра. Анализ вновь обнаруженных случаев активного туберкулеза с этого периода по сегодняшний день показал, что среди 41 выявленного больного туберкулезом легких больше тех, у кого имеются осложнения и распространенные формы данного заболевания.

В клинической структуре преобладали инфильтративный туберкулез (у 29), в том числе казеозная пневмония (у 1), диссеминированный туберкулез (у 5), реже туберкулезный плеврит (у 4), очаговый туберкулез (у 3).

Из числа выявленных больных инфильтративным туберкулезом у 46% человек были фазы распада, у 17% — двустороннее поражение, у 83% — одностороннее, у 58% — верхнедолевая локализация, у 42% — нижнедолевая, у 12% — с обсеменением в язычковые сегменты, у 33% — правосторонняя, у 67% — левосторонняя, у 43% — с бацилловыделением, у 5% — с поражением бронха специфическим процессом. У 2 (5%) пациентов туберкулез был подтвержден результатами цитологического анализа, у 9% — гистологического исследования.

Среди больных туберкулезом было 54% женщин и 46% мужчин. Возраст 30% лиц не превышал 25 лет, 27% — варьировал от 25 до 40 лет, 38% — от 40 до 60 лет. 15% больных были старше 60 лет. Преобладала возрастная группа от 40 до 60 лет.

Среди впервые выявленных больных туберкулезом легких из группы риска было 26,8% человек. Сопутствующими заболеваниями были сахарный диабет (4,8%), болезни дыхательных путей — БЭБ, рецидивирующие пневмонии (9,7%). 4,8% лиц длительно получали гормонотерапию. 7% больных находились в заключении.

Профилактическая флюорография в течение года была проведена у 32% человек, год назад — у 30%, 2 года назад — у 17%, более 2 лет — у 21%.

При поступлении в РКБ у 51% больных было отмечено острое начало заболевания, у 36% — постепенное. Симптомы туберкулезной интоксикации в виде потливости, слабости, снижения аппетита, похудание имели место у 63% боль-

ных. Незаметное течение заболевания, выявленное после рентгенологического обследования, констатировано у 12% пациентов. Значительное ухудшение состояния в первый день болезни было у 15% больных, в течение 1—2 месяцев — у 37%, до 0,5 года — у 32%, в течение года — у 4%. При поступлении кашель был сухим у 34% больных, с выделением слизистой, желто-зеленой гнойной мокроты — у 36%, кровохарканье — у 7%. 39% пациентов жаловались на боль в грудной клетке, 26% — на одышку в покое и при ходьбе. При аускультации сухие и влажные хрипы определялись у 17% больных, хрипы в легких не прослушивались у 43%. У 97% больных был лейкоцитоз; у 12% лиц число лейкоцитов было в пределах $10 \cdot 10^9/\text{л}$, у 17% — превышало $10 \cdot 10^9/\text{л}$, у 2% — $15 \cdot 10^9/\text{л}$. СОЭ до 20 мм/ч было у 12% больных, до 40 мм/ч — у 31%, до 60 мм/ч — у 22%.

58% больных до поступления в РКБ лечились без эффекта в стационарах по месту жительства, 29% — в амбулаторных условиях. 12% лиц не лечились, причем каждый четвертый (24%) консультировался по месту жительства у фтизиатра, которым диагноз туберкулеза был отвергнут. 14,6% больных были обследованы онкологом.

Ошибочная диагностика в общей лечебной сети была обусловлена особенностями течения туберкулезного процесса у больных и неправильной интерпретацией имевшихся данных. У части больных она была связана с необычной клинико-рентгенологической картиной заболевания (нижнедолевая локализация процесса, острая клиника). В ряде случаев ошибочный диагноз был поставлен в связи с недостаточно полным обследованием больных в общей медицинской сети по месту жительства. Это касалось прежде всего бактериологического, рентгенологического методов исследования. Дифференциальная диагностика специфического процесса в легких у некоторых больных затруднялась при лечении предполагаемой пневмонии препаратами, действующими на микобактерии туберкулеза. Поэтому выявить у этих больных микобактерии туберкулеза путем прямой бактериоскопии не удавалось, посевы не проводились, что и приводило к ошибочному диагнозу.

После установления диагноза туберкулеза о всех больных подавали экстренные извещения в районы и перевозили их в специализированные стационары. 56% человек перевели в РКПД, 29% — в ГСМО «Фтизиатрия», 9% — в районные диспансеры. 2 человека умерли от туберкулеза в течение 24 часов пребывания в РКБ.

М.Г. Тухбатуллин, Д.К. Баширова, Р.Ф. Раимова (Казань). Токсокароз печени

Н., 18 лет, поступил в хирургическое отделение РКБ № 2 г. Казани с направительным диагнозом: «Киста правого надпочечника». При поступлении больной жаловался на умеренные боли в поясничной области, периодические головные боли. Болен 6 месяцев. В анамнезе — простудные заболевания, пневмония. Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Гемотрансфузий не было.