

УДК 616-002.5:616.24-002-079.4

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПНЕВМОНИИ

Стальмашко Т. С., Козловский Д. С.

Научный руководитель к.м.н., доцент Г. Л. Бородина

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

С каждым годом достижения в области медицины становятся все более высокотехнологичными, но, несмотря на это, туберкулез (ТБ) продолжает оставаться одной из 10 ведущих причин смерти в мире и является преобладающей причиной смерти от заболеваний инфекционной природы, превосходя ВИЧ/СПИД. В Республике Беларусь ежегодно в консультативный центр «РНПЦ ПФ» обращается около 6 тысяч пациентов. Согласно данным ВОЗ в глобальном масштабе заболеваемость туберкулезом снижается медленно, примерно на 2 % в год, смертность — на 3 % [1]. Актуальность ранней диагностики этого заболевания не вызывает сомнений, учитывая существование проблемы лекарственно-устойчивого ТБ [2]. Большую часть смертей от ТБ можно было бы предотвратить путем ранней диагностики и соответствующего лечения. Каждый год ТБ диагностируется и успешно излечивается у миллионов людей, однако диагностика этого заболевания остается трудной задачей, особенно при отсутствии бактериовыделения.

Цель

Определить частоту подтверждения диагноза «инфильтративный туберкулез» и проанализировать эффективность диагностики ТБ у пациентов с отсутствием бактериовыделения, направленных в «РНПЦ ПФ» из пульмонологических отделений клинических больниц г. Минска.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 5961 медицинских карт пациентов, проконсультированных в «РНПЦ ПФ» с 01.01.2017 по 31.12.2017 гг. Предварительный диагноз «туберкулез» был зарегистрирован у 1188 пациентов. 1092 человека в госпитализации они не нуждались по причине опровержения диагноза ТБ. 288 пациентов без бактериовыделения были госпитализированы в «РНПЦ ПФ» для дополнительного обследования и проведения дифференциальной диагностики ТБ и пневмонии. Из них на уровне приемного отделения консультативного центра диагноз «пневмония» на момент начала госпитализации был установлен 105.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 105 проанализированных случаев мужчины составили 60,6 %, женщины — 39,4 %. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 0,9$ года. Среди них диагноз ТБ подтвердился бактериологически в течение 1-го месяца у 13 пациентов, диагноз пневмонии с исходом в постпневмонический пневмофиброз был выставлен 3 пациентам. 14 пациентов с характерной для ТБ рентгенологической картиной, но без бактериовыделения были переведены в торакальное отделение для выполнения видеоторакоскопии, по результатам которой диагноз ТБ морфологически подтвердился у 7 пациентов. Таким образом, инфильтративный ТБ верифицирован у 19 % (20 пациентов) без бактериовыделения.

Все пациенты были разделены на 2 группы на основании установленных им диагнозов. Первая включает пациентов с диагнозом «пневмония», вторая — «инфильтративный ТБ». Доля мужчин в первой группе составила 58,6 %, во второй — 75 % ($\chi^2 = 5,789$; $p = 0,016$). Далее мы провели сравнительный анализ клинических данных с це-

лю выявлять специфические признаки заболеваний. Типичная локализация воспалительного процесса у пациентов с диагнозом пневмония — нижняя доля, составила 27,6 %, верхняя доля (атипичная локализация) — 31,1 %; во 2-й группе — типичная локализация в верхней доле — 75 %, атипичная — 25 % ($X^2 = 23,766$; $p = 0,001$). Преобладающая часть пациентов 1-й группы предъявляли жалобы на сухой кашель — 37,9 %, у пациентов 2-й группы эти жалобы составили 14,8 %, ($X^2 = 13,748$; $p = 0,001$), 20,7 % 1-й группы и 11,1 % 2-й группы — на кашель с мокротой ($X^2 = 3,557$; $p = 0,060$), 20,7 и 25 % — на боли в грудной клетке ($X^2 = 0,524$; $p = 0,469$), 2,9 и 3,7 % — на кровохарканье ($X^2 = 0,100$; $p = 0,752$). Жалобы отсутствовали у 24,1 % пациентов первой группы и у 50 % пациентов второй группы ($X^2 = 14,500$; $p = 0,001$). Повышение температуры тела выше 37 °С зарегистрировано в единичных случаях в обеих группах.

Выводы

Дифференциальная диагностика туберкулеза при отсутствии бактериовыделения остается трудной задачей. Среди 105 пациентов, направленных с этой целью в «РНПЦ ПФ», диагноз ТБ верифицирован у 20, причем у 7 пациентов был использован метод видеоторакоскопии с биопсией легкого.

У многих пациентов наблюдалось атипичное течение и по клиническим данным, и по рентгенологической картине. Четкие специфические клинические признаки заболеваний не удалось установить. Статистически достоверно, что бессимптомное течение чаще встречается у пациентов с туберкулезом. Сравнительный анализ показал, что туберкулез легких чаще диагностируется у мужчин. Бронхолегочные симптомы (кашель) и лабораторные признаки воспаления статистически чаще встречались у пациентов с пневмонией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017 г. [Электронный ресурс]: Резюме. — Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Европейское региональное бюро. — Режим доступа: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_ru.pdf?ua=1, свободный. — Дата доступа: 10.01.2019.
2. Клиническое руководство по ведению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм / Национальная программа борьбы с туберкулезом (НПТ) / сост.: Е. М. Скрыгина, Г. Л. Гуревич. — Минск, 2012. — 81 с.

УДК [614.21:616.9]-056.257

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР, ИМЕЮЩИХ ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА

Старченко П. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. В. Лиопо*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Избыточная масса тела и ожирение — результат формирования аномальных или чрезмерных жировых отложений, которые могут наносить вред здоровью. Ожирение является фактором риска развития тяжелых неинфекционных и инфекционных заболеваний. Повышение ИМТ у больных с ожирением ассоциировано с формированием хронического системного воспаления и дисбалансом в иммунной системе [1, 2, 4].

Цель

Изучить общую характеристику пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар с сопутствующей избыточной массой тела. Оценить влияние избыточной массы тела на течение инфекционного процесса.