

карет скорой медицинской помощи непосредственно в г. Турове. С установлением паромной переправы на участке реки, планируется полностью решить возникшие трудности в оказании медицинской помощи населению Туровского региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Житковичский районный исполнительный комитет // Социальная сфера [Электронный ресурс]. — 2018. — Режим доступа: http://zhitkovichi.gov.by/ru/health_protection-ru/. — Дата доступа: 15.03.2018.
2. УЗ «Житковичская Центральная районная больница» // Социальные стандарты [Электронный ресурс]. — 2018. — Режим доступа: <http://zhitkov-crb.by/sotsialnye-standarty>. — Дата доступа: 16.03.2018.

УДК 616.24-00.5:316

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ИНФИЛЬТРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ

Шрэйтэр Д. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. В. Буйневич*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Самыми частыми заболеваниями, сопровождающимися синдромом инфильтрации легочной ткани, являются туберкулез и пневмония. Они оба представляют собой бактериальное поражение легочной ткани (оба имеют инфекционную природу). Клиника и характер течения туберкулеза и пневмонии зачастую очень схожи [1]. Несмотря на высокий уровень диагностических возможностей, проблема дифференциальной диагностики этих заболеваний остается актуальной [2]. По данным российских авторов (2010 г.) ошибки при дифференциальной диагностике пневмоний от других воспалительных заболеваний легких составляют более 30 % случаев. При выявлении синдрома инфильтрации легкого частота гипердиагностики туберкулеза колеблется от 14 до 58 % [1].

По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется 8 млн новых случаев туберкулеза и 3 млн случаев смерти от него, включая 300 тыс. детей в возрасте до 15 лет. В Республике Беларусь около 10 лет регистрируется положительная динамика эпидемической ситуации по туберкулезу. Показатель заболеваемости в 2016 г. составил 27,6 на 100 тыс. населения, что на 13,2 % ниже по сравнению с 2015 г.; показатель смертности — 3,5 на 100 тыс. населения, что на 12,5 % ниже по сравнению с 2015 г. Смертность от туберкулеза населения в трудоспособном возрасте составила 4,1 на 100 тыс. человек (в 2015 г. — 5,4). Но при этом, если не выявлять туберкулез своевременно, то эпидемически опасные пациенты будут поздно изолироваться, продолжать инфицировать окружающих. Кроме того, несвоевременно выявленный туберкулез — это лечение (иногда и длительное время) антимикробными лекарственными средствами, используемыми фтизиатрами, что может приводить к формированию лекарственной устойчивости микобактерий, увеличение сроков лечения и реабилитации пациентов. При поздней диагностике пневмонии, а правильнее при гипердиагностике туберкулеза, мы имеем дело с проведением агрессивной химиотерапии, формированием обширных остаточных изменений, и, наконец, трансмиссией туберкулеза во время пребывания пациента в стационаре.

Необходимость дифференциальной диагностики возникает, когда имеет место атипичное проявление заболевания, полученные результаты обследования характерны для нескольких альтернативных заболеваний, имеется сочетание нескольких заболеваний бронхолегочной системы туберкулезной и нетуберкулезной природы, допущена неправильная трактовка результатов обследования, отсутствует адекватный ответ на лечение [3].

Цель

Сравнительный анализ анамнестических данных у пациентов с инфильтративными изменениями в легких.

Материал и методы исследования

Проанализированы истории болезни пациентов, лечившихся в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице в период с 2014 по 2016 гг. В 1-ю группу были включены пациенты пульмонологического отделения, которым в последующем был установлен диагноз туберкулеза (40 человек). Пациенты фтизиатерапевтического отделения, переведенные в пульмонологическое отделение, составили 2-ю группу (23 человека). Возраст пациентов 1-й группы составил $54,02 \pm 19,4$ лет, 2-й группы — $50,26 \pm 16,4$ лет (статистические различия отсутствуют, $p > 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

При госпитализации острое и подострое начало заболевания отмечалось у 32 (75 %) пациентов 1-й группы и 17 (73,8 %) пациентов 2-й группы.

Составляя социальные портреты пациентов с туберкулезом и пневмонией, определено, что в нашем случае различия между группами практически отсутствовали. В обеих группах незначительно преобладали мужчины (57,5 % (40,9–73) в 1-й группе и 69,6 % (47–86,8) — во 2-й группе), городские жители составили 62,5 % (45,8–77,3) в 1-й группе и 82,6 % (61,2–95) — во 2-й группе. Большинство пациентов были трудоспособного возраста (47,5 % (31,5–63,9) мужчин, 15 % (5,7–29,8) женщин в 1-й группе; 52,2 % (30,6–73,2) мужчин и 21,7 % (7,4–43,7) женщин — во 2-й группе). Были трудоустроены и работали (32,5 % (18,6–49,1) в 1-й группе и 39,1 % (19,7–61,5) — во 2-й группе). Не имели семьи или были разведены (60 % (43,3–75,1) в 1-й группе и 52,2 % (30,6–73,2) — во 2-й группе). Подавляющее большинство составили лица со средним и средне-специальным образованием (72,5 % (25,1–85,4) в 1-й группе и 69,6 % (47–86,8) — во 2-й группе).

Многие пациенты обследовались и лечились в поликлиниках по несколько недель. При этом длительность жалоб у пациентов 1-й группы составила $41,07 \pm 36$ дней, у пациентов 2-й группы — $73,31 \pm 69,68$ дней.

Туберкулезный анамнез нередко становится основополагающим фактором при определении тактики ведения пациента и выборе места лечения. Во 2-й группе ранее болели туберкулезом 6 (26,1 %) пациентов и 1 не проходил РФО более 7 лет. В 1-й группе туберкулез в анамнезе был у 2 (5 %). Это были пожилые женщины (86 и 88 лет), которые перенесли туберкулез в детском возрасте, имели множественную сопутствующую патологию.

Наличие контакта с больным туберкулезом установлено у 2-х пациентов 1-й группы и у 2-х пациентов 2-й группы ($\chi^2 = 0,31$, $p > 0,05$). Курили 20 человек 1-й группы и 18 человек 2-й группы ($\chi^2 = 4,4$, $p < 0,05$). Злоупотребляли алкоголем 18 пациентов 1-й группы и 12 из 2-й группы ($\chi^2 = 0,21$, $p > 0,05$).

Средний срок постановки диагноза в стационаре составил $13,03 \pm 7,35$ дней в 1-й группе и $14,2 \pm 11,14$ дней во 2-й группе ($p = 1$).

Выводы

1. Таким образом, комплексная оценка особенностей анамнеза у пациентов с инфильтративными изменениями в легких не всегда позволяет установить этиологию заболевания легких, но должна дать возможность врачу построить дифференциально-диагностический ряд и определить перечень диагностических мероприятий.

2. Пациент с инфильтративными изменениями в легких — это мужчина трудоспособного возраста, городской житель, со средним образованием, работает и не имеет семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дейкина, О. Н. Проблемы дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и туберкулеза легких в общесоматическом стационаре / О. Н. Дейкина, В. Ю. Мишин, А. Г. Малявин // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 122–123.
2. Кривонос, П. С. Дифференциальная диагностика легких и пневмоний в амбулаторных условиях / П. С. Кривонос, В. Л. Крыжановский // Мед. панорама. — 2010. — № 12. — С. 39–40.
3. Ноников, В. Е. Внебольничные пневмонии: дифференциальная диагностика с туберкулезом легких и антибактериальная терапия / В. Е. Ноников, Г. В. Щербакова // Клиническая фармакология и терапия. — 2013. — № 5. — С. 11–15.