

УДК 616.24-002.05-084:614.2

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ – ОСНОВА КАЧЕСТВЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА**Дробот Н.Н., Кондратьева Е.Г., Зиннурова Л.А., Носуля О.И.**

*ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России;
Клинический противотуберкулезный диспансер Минздрава Краснодарского края, Краснодар,
e-mail: mangust68@mail.ru*

В современных условиях туберкулез характеризуется чертами, которые делают своевременную диагностику крайне затруднительной. Туберкулезный процесс поражает любой орган, любой возраст и любой социальный срез общества. Поэтому диагностика туберкулеза любой локализации должна быть квалифицированной среди врачей общей лечебной сети и врачей «узких» специальностей. Большая доля ответственности в процессе диагностики туберкулеза органов дыхания возлагается на фтизиатров и врачей смежных специальностей – рентгенологов, эндоскопистов, лаборантов, морфологов и др. В связи с этим необходимо повышение качества подготовки специалистов по вопросам фтизиатрии.

Ключевые слова: диагностика туберкулеза, лечение туберкулеза, подготовка специалистов

CROSS-DISCIPLINARY COMPETENCES – THE BASIS OF HIGH-QUALITY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TUBERCULOSIS**Drobot N.N., Kondratyev E.G., Zinnurova L.A., Nosulya O.I.**

*The Kuban state medical university of the Russian Ministry of Health;
Clinical antituberculous dispensary, Krasnodar, e-mail: mangust68@mail.ru*

In modern conditions tuberculosis is characterized by lines which do well-timed diagnostics extremely difficult. Tubercular process strikes any organ, any age and any social section of society. Therefore diagnostics of tuberculosis of any localization has to be the general medical network qualified among doctors and doctors of «narrow» specialties. The larger share of responsibility in the course of diagnostics of tuberculosis of respiratory organs is assigned to phthisiatricians and doctors of interfacing specialties – roentgenologists, endoscopists, laboratory assistants, morphologists, etc. In this regard improvement of quality of training of specialists concerning a phthisiology is necessary.

Keywords: diagnostics of tuberculosis, treatment of tuberculosis, half-cooking of experts

Реализация стратегических приоритетов развития здравоохранения, определяемых Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., предполагает обеспечение качественного и эффективного контроля качества услуг в сфере охраны здоровья граждан. В соответствии с рекомендациями Европейского регионального бюро ВОЗ деятельность по контролю качества медицинской помощи должна учитывать четыре основных компонента: безопасность, доступность, оптимальность и удовлетворенность пациентов [3].

Туберкулез – одна из наиболее распространенных и трудноизлечимых инфекций, поражающих человечество. На протяжении столетий во многих странах мира туберкулез не выходит из состояния эпидемии или эпидемического неблагополучия. Современная эпидемиологическая ситуация поддерживается и отягощается рядом важнейших факторов: наличием и распространением сочетанной с туберкулезом ВИЧ-инфекцией и возрастающей устойчивостью МБТ к наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам. По данным ВОЗ,

почти одна треть населения земного шара инфицирована МБТ. У 3-10% из них, имеющих нарушения со стороны иммунной системы, развивается туберкулез. Остальные, 90% инфицированных лиц практически здоровы, не имеют признаков активного заболевания, не выделяют МБТ и не могут заражать контактирующих с ними людей, но являются угрожаемыми по заболеванию туберкулезом.

В современных условиях ежегодный риск инфицирования детей составляет более 2% и к 30 годам в России почти все население оказывается инфицированным. В чем угроза инфицированности? У инфицированного человека, особенно у детей и подростков, при создавшихся неблагоприятных условиях, велика вероятность заболевания туберкулезом любой локализации.

В нашей стране уделяется большое внимание к состоянию здоровья нации, увеличивается финансирование здравоохранения. В связи с этим остро встают вопросы улучшения качества подготовки врачебных кадров. Все заинтересованы в том, чтобы врач был квалифицированным специалистом, который бы понимал не только свои узко-

профильные задачи. В этом важная роль принадлежит медицинским вузам – обеспечение методологического и содержательного единства в реализации додипломной и последипломной подготовке специалиста, а также ориентирование на удовлетворение нужд «заказчика» кадров. В связи с этим существенным является не только накопление знаний у обучающихся, но и развитие профессионального – клинического мышления.

Возникают проблемы методологических аспектов непрерывного преподавания фтизиатрии на додипломном и последипломном этапе во взаимосвязи со смежными дисциплинами. Методологическая основа профессионального мышления на этапах обучения включает важнейшие мыслительные операции, основные свойства развивающегося клинического мышления и этапы его формирования. При формировании профессионального мышления специалист должен активно овладеть всеми основными мыслительными операциями, включающими анализ, синтез, сравнение, аналогию, логику, обобщение, выделение главного, выдвижение гипотез. Основу формирования системности и динамичности мышления создает система знаний, что неразрывно связано с интеграцией учебного процесса, а именно с системой знаний, умений, и навыков (ЗУН). В процессе обучения и деятельности врача происходит переход от суммы знаний к системе знаний [2,4].

Современная клиника внутренних болезней представляет собой своеобразную среду, где формируется разнообразный контингент пациентов, поступающих по поводу различных симптомов, заставляющих подозревать многие болезни, в том числе туберкулез. Анализ статистических данных свидетельствует о недостаточном уровне своевременного распознавания туберкулеза органов дыхания у больных общесоматической больницы.

Трудности диагностики туберкулеза обусловлены как субъективными, так и объективными причинами. Наиболее частыми клиническими ситуациями, при которых возникают трудности и ошибки диагностики туберкулеза в практике врачей общей лечебной сети (ОЛС), являются следующие: устойчивые к лечению и затяжные пневмонии, различные рентгенологические изменения в легких с наличием респираторной симптоматики или без нее, дети, подростки, больные пожилого и старческого возраста с множественной патологией, больные с иммунодепрессивным фоном, лихорадки неясного генеза, больные с асоциальным статусом.

В современных условиях туберкулез характеризуется чертами, которые делают

своевременную диагностику крайне затруднительной. Как известно, туберкулезный процесс поражает любой орган, любой возраст и любой социальный срез общества. Поэтому диагностика туберкулеза любой локализации должна быть квалифицированной среди врачей ОЛС и врачей «узких» специальностей. Врачи должны знать об особенностях течения туберкулеза, который может протекать иннаперцептно или характеризоваться тяжелым, часто молниеносным течением. В связи с этим важным является своевременная диагностика туберкулеза [6].

Для выявления туберкулеза существуют доступные методы лучевой, морфологической диагностики и микроскопия мокроты. Однако, к сожалению, далеко не все врачи знают, что туберкулез может быть с различными клиническими и рентгенологическими проявлениями. Поэтому эти больные могут попадать к разным специалистам – терапевтам, пульмонологам, инфекционистам, неврологам и др. В связи с чем этими пациентами должны заниматься данные специалисты. Однако в последнее время часто встречаются острые манифестации туберкулезного процесса, сопровождающиеся высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией, продуктивным кашлем, одышкой, выраженными физикальными данными, отсутствием в мокроте МБТ. По полученным клинико-рентгенологическим данным такие больные госпитализируются с диагнозом пневмония или другие легочные заболевания. И если в процессе обследования и лечения возникает подозрение на туберкулез, то эта мысль отвергается врачами из-за отсутствия в мокроте МБТ, а так же общепринятых рентгенологических признаков, низкой чувствительности к туберкулину.

Анализ проводимого обследования, лечения и динамического наблюдения за данными больными показал, что в ряде случаев врачами ОЛС не выполнялись общепринятые методы обследования и наблюдения за данной категорией больных. Это требует повышение качества подготовки как специалистов ОЛС, так и фтизиатров, рентгенологов, морфологов и др. специалистов, так как туберкулез – распространенная полиорганная инфекция и для диагностики необходима содружественная работа многих специалистов.

На этапе додипломной подготовки врача студентам лечебного и педиатрического факультетов на кафедре инфекционных болезней и фтизиопульмонологии Кубанского государственного медицинского университета проводится преподавание фтизиатрии с интеграцией с другими медицинскими специ-

альностями, такими как терапия, пульмонология, педиатрия, рентгенология и др. Но уже в период послевузовской подготовки эта связь теряется и разделы фтизиатрии не преподаются терапевтам, педиатрам на циклах профессиональной переподготовки и усовершенствования врачей, что приводит к поздней диагностике туберкулеза во всех возрастных группах больных [5].

На кафедре разработан системный блок базы данных, содержащий тестовые задания разной сложности, охватывающий все разделы фтизиатрии, имеется архив-картотека классификационных типовых рентгенограмм для тестирования знаний по рентгенологии, клиническим формам туберкулеза с различными вариантами рентгенологических проявлений, рентгенограммы для решения дифференциально-диагностических задач, разработаны типовые и дифференциально-диагностические ситуационные задачи.

Совместная работа кафедры и Центральной врачебной контрольной комиссии (ЦВКК) Клинического противотуберкулезного диспансера позволяет адекватно решать важнейшие вопросы качества диагностики и лечения туберкулеза, что реально и достоверно определяет показатели заболеваемости и болезненности туберкулезом.

У взрослых пациентов, представленных с целью дифференциальной диагностики на ЦВКК (2013-14 гг.), диагноз туберкулеза был снят в 47,8% случаев. При этом члены комиссии руководствовались неопровержимыми доказательствами: рентгенологическими, в том числе КТ-обследование (пересмотр дисков КТ, при необходимости контрольное обследование), бактериологическими, молекулярно-генетическими, гистологическими и другими методами исследования, позволившими исключить диагноз туберкулеза.

К гипердиагностике туберкулеза органов дыхания, в ряде случаев, приводила некачественная интерпретация результатов КТ рентгенологами, некорректные заключения врачей-морфологов, недостаточное лабораторное исследование [1].

Внедрение КТ методов диагностики туберкулеза в практику фтизиатрической службы требует оптимизации ее применения. Необходимо разработать унифицированный алгоритм использования КТ и рутинных методов лучевой диагностики [1,4].

Комиссионная оценка качества лечения больных туберкулезом позволила выявить дефекты в лечении больных, особенно при лекарственной устойчивости (ЛУ) к противотуберкулезным препаратам. При отсутствии доказательной базы (не выполнены в полном объеме рентгенологическое,

лабораторное и другие виды обследования) в 22,6% случаев фтизиатры рассматривали лечение больных как неэффективное. В дальнейшем при выполнении рекомендаций ЦВКК – эффективность лечения была подтверждена.

Следовательно, необходимо повышать ответственность за качество диагностики туберкулеза и эффективность лечения больных конкретного врача-фтизиатра, специалистов смежных специальностей, что обеспечит повышение результативности медицинской помощи конкретному больному. Неукоснительное выполнение нормативных документов, регламентирующих работу фтизиатрической службы, повысит эффективность работы [6].

В современной эпидемиологической ситуации все большее значение имеет строгость медицинских работников в отношении симптомов туберкулеза у пациентов, обратившихся за медицинской помощью. Все методы своевременного выявления и диагностики туберкулеза такие как опрос пациента, уточнение контакта с больным туберкулезом, физикальное обследование, микроскопическое исследование мокроты или другого биологического материала на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) и рентгенография (флюорография) органов грудной клетки, постановка пробы Манту или пробы с аллергоном туберкулезным рекомбинантным (препарат ДИАСКИНТЕСТ) должны быть применены врачами любых специальностей в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи.

Своевременное выявление больных туберкулезом в настоящее время рассматривается как приоритетный фактор оздоровления эпидемиологической обстановки по туберкулезу, опережающей появление бактериовыделения и деструкции легочной ткани.

Несмотря на то, что врачи фтизиатры во время кураторских визитов в учреждения ОЛС выполняют большую методическую и контролирующую работу остаются дефекты в выявлении туберкулеза органов дыхания. Среди причин несвоевременного выявления больных ТОД после обращения за медицинской помощью одной из основных было невыполнение качественного рентгенологического и микробиологического исследования на туберкулез. Микроскопическое исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) в ОЛС проведено у 55,8% человек. Трехкратное исследование мокроты выполнено только у 28,2%. Нерациональная организация диагностического процесса ведет к несвоевременной и поздней диагностике туберкулеза [2].

Выводы. Важнейшим признаком современной фтизиатрической службы является ее поступательное движение вперед. Улучшилось оснащение отрасли, повысилась доступность высокотехнологичной медицинской помощи, появились новые методы диагностики, совершенствуются способы лечения. Однако во фтизиатрии сохраняется и ряд негативных аспектов, во многом осложняющих нынешнюю ситуацию.

Для повышения качества и результативности работы необходимо:

– повышение компетентности и ответственности медицинских работников как фтизиатрической службы, так и первичной медико-санитарной помощи в вопросах выявления и диагностики туберкулеза

– совершенствование системы междисциплинарных связей и управления качеством диагностического процесса туберкулеза органов дыхания

– выполнение нормативных правовых документов Минздрава России

– обучение участковых врачей, врачей-специалистов, лаборантов клинично-диагностических лабораторий медицинских

организаций по вопросам выявления и диагностики туберкулеза.

Список литературы

1. Абрамов А.В., Афанасьева Т.В., Коломиец В.М., Черников А.Ю. Эффективность и парадоксы внедрения новых методов лучевой диагностики туберкулеза // Туберкулез и социально значимые заболевания. – 2015. – №2. – С. 55–56.
2. Коломиец В.М., Лебедев Ю.И., Новиков С.Н., Гольев С.С. Проблемы подготовки врачей по разделу фтизиатрии в условиях социально-экономических реформ и патоморфоза туберкулеза // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №1. – С. 63–66.
3. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.
4. Краснов В.А., Степанов Д.В., Ревякина О.В., Калачев И.В. Стратегические вопросы современной фтизиатрии // Туберкулез и социально значимые заболевания. – 2015. – №2. – С. 41–42.
5. Ситуация по туберкулезу и работа противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2013 году (Электронный ресурс) / ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. – М., 2014.
6. Совершенствование диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания: методические рекомендации / Министерство здравоохранения России. – М., 2014. – 47 с.