

TUBERKULOOSI DIAGNOOSIMISEST MITTETUBERKULOOSI- HAIGLATES LAHANGUMATERJALIDE ANDMETEL

V. KÜNG,

meditsiiniliste teaduste kandidaat

Üks aktuaalsemaid probleeme tervishoiu alal Eesti NSV-s on võitlus tuberkuloosiga. Tuberkuloosivastane võitlus on mitte ainult selleks spetsialiseerunud asutuste ülesandeks, vaid see kohustus hõlmab kõigi erialade arste.

Eduka haigusevastase võitluse olulisimaks eelduseks on kõrgetasemeline diagnostika. Ülevaate saamiseks sellest, kuivõrd edukas on tuberkuloosi avastamine statsionaarsetes raviasutustes, mis ei ole spetsialiseerunud tuberkuloosi diagnoosimisele ja ravimisele, on käesolevas töös võetud vaatluse alla Tartu linna mittetuberkuloosi-raviasutustes aastatel 1945—1950 surnud haigete kliinilised ja patoloogilis-anatoomilised materjalid.

Tartu linna prosektooris vaatlusalusel perioodil lahatud surnute arvust langeb kaks kolmandikku haiglata sise-, kirurgiliste ja närvihaiguste osakondades ning lastehaiglas surnud haigetele. Tunduvalt vähem on lahatud surnuid nakkushaiglast, naistehaiglast koos sünnitusosakonnaga, onkoloogilisest haiglast, vaimuhaiguste, kõrva-nina-kurguhaiguste ja tuberkuloosi raviasutustest.

Nii meie praktika kui ka kirjanduse ^(4,2) andmed näitavad küllaltki rohket tuberkuloosi esinemist mitmesugustes mittetuberkuloosi-raviasutustes ravil olevate haigete hulgas. Kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste diagnooside kõrvutamisel selgub, et tuberkuloos on pahaloomuliste kasvajate kõrval niisugune haigus, mille diagnoosimisel kõige sagedamini eksitakse.

Lahangul kinnitust leidnud kliinilised tuberkuloosidiagnoosid erinevad haiguse lokalisatsiooni ja iseloomu poolest sageli väiksemal või suuremal määral anatoomilisest leiust. Käesolevas töös on lähema vaatluse alla võetud need haigusjuhud, kus tuberkuloos jäi kliiniliselt avastamata või kus kliiniline tuberkuloosidiagnoos osutus üleliigseks (diagnoose, mis ei ole põhjendatud ja osutuvad üleliigseteks, nimetatakse kirjanduses hüperdiagnoosideks).

Diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtude raskuse hindamisel on tuberkuloos loetud põhihaiguseks, kui see haigusloo ja lahanguprotokolli andmete põhjal vahetult või tüsistuse tõttu võis põhjustada haige surma. Kaasnevaks haiguseks on tuberkuloos loetud siis, kui ta ei olnud seotud põhihaigusega ja ei olnud otseselt ega tüsistuse kaudu surma põhjuseks. Tuberkuloosi sellisel rühmitamisel on aluseks võetud NSV Liidu tervishoiu-

ministri 1952. a. käskkiri nr. 4, mis annab juhendeid põhihaiguse- ja kaasneva haiguse eristamiseks. Väike osa tuberkuloosijuhtudest, kus tuberkuloos kombineerus teise nosoloogilise ühikuga (näiteks kopsutuberkuloos ja neerupõletik) ja kus kumbki neist, sõltumatult teisest, võis põhjustada haige surma, on meie töös kui vaieldavad või raskestiotsustatavad juhud eraldatud rühmaks — tuberkuloos konkureeriva surmapõhjusena.

Kuue aasta jooksul jäi tuberkuloos mitmesugustes statsionaarsetes ravi-asutustes diagnoosimata 111 korral. Raskuselt jaotuvad diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtud järgmiselt: 1) tuberkuloos põhihaigusena (surmapõhjusena) — 61 juhtu, 2) tuberkuloos konkureeriva surmapõhjusena — 14 juhtu ja 3) tuberkuloos kaasneva haigusena — 36 juhtu.

Diagnooside lahknevuse protsendi arvestamisel võetakse tervishoiuvõrgus aluseks põhihaigused. Kliiniliselt diagnoosimata jäänud 61 põhihaigusena esinenud tuberkuloosijuhtu moodustavad 15,7 protsenti juhtudest, kus tuberkuloos osutus lahanguandmetel põhihaiguseks.

Tehes üldistavaid kokkuvõtteid tuberkuloosi diagnostikas esinevate vigade rohkuse kohta, märgib Dal (⁵), et mittetuberkuloosihaiglates, peamiselt aga terapeutilistes osakondades ja nakkushaiguste raviasutustes ulatub elu puhul avastamata jäänud tuberkuloosijuhtude arv 6—8 protsendini. Beni (¹) poolt toodud andmete järgi jäi 1938. aastal Leningradi haiglates kliiniliselt diagnoosimata 6,2 protsenti kõikidest tuberkuloosivormidest. Vaili (²) järgi jäi Leningradi prosektooride andmeil 1946. aastal 8 protsenti tuberkuloosijuhtudest kliiniliselt diagnoosimata. Nii Dal, Ben kui ka Vail arvestavad lahkdiagnoose põhihaiguste alusel.

Nagu võrdluseks toodud andmetest nähtub, oli Tartu haiglates 6 aasta jooksul diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtude arv märgatavalt suurem. Eriti suur oli lahkdiagnooside arv 1945. ja 1946. aastal, kus üle 30 protsendi põhihaigusena esinenud tuberkuloosist jäi diagnoosimata. Tunduv paranemine diagnostikas toimus alates 1948. aastast, mil diagnoosimata jäi veel 10 protsenti põhihaigusena esinenud tuberkuloosist. Vaatlusaluse perioodi kahel viimasel aastal langes sama näitaja juba 6—8 protsendi piiridesse (joon. 1). Tartu haiglate kohta toodud arvud põhihaigusena esinenud tuberkuloosi kohta võivad konkureeriva surmapõhjusena eraldatud tuberkuloosijuhtude arvel olla mõnevõrra suuremad. Üks osa neist vähestest tähtsuse suhtes vaieldavaks jäänud juhtudest võivad osutuda põhihaiguseks, tõstes lahkdiagnooside arvu.

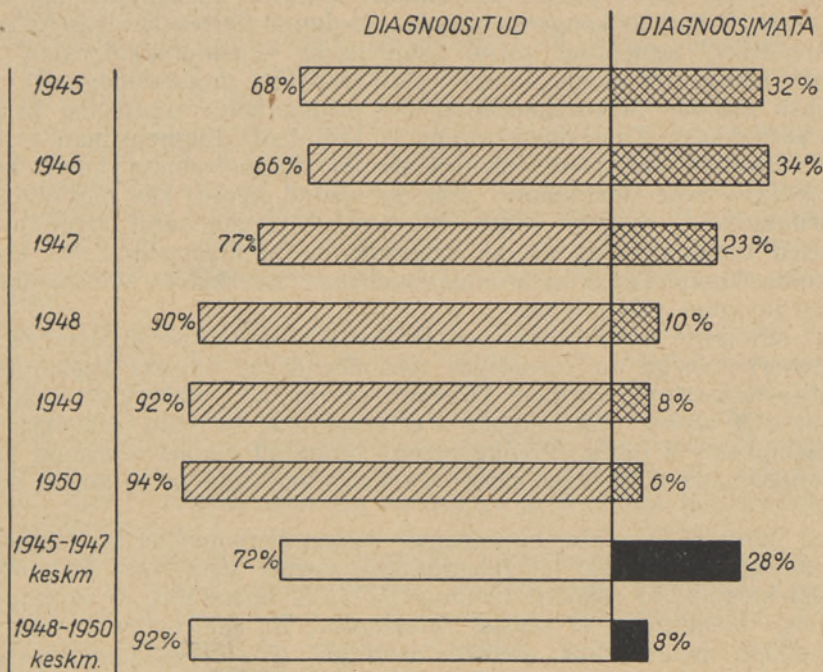
Pidevat protsentuaalset vähenemist näitab samuti üldine diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtude arv, mis sisaldab peale põhihaiguse ka kliiniliselt väiksema tähtsusega juhte. Kui 1945. ja 1946. aastal üldine diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtude arv ületas 40 protsenti, siis 1948. aastal langes see 16,7 ja 1950. aastal juba 12 protsendile. On loomulik, et väiksema tähtsusega tuberkuloosijuhtude diagnoosimine on kliiniliselt raskem ja nende juurdearvestamise korral tõuseb viimaste arvel diagnostiliste vigade protsent.

Vaatlusaluse perioodi esimeste aastate madalat diagnostilist taset on tõenäoliselt põhjustanud mitu asjaolu. Kvalifitseeritud meditsiinilise kaadri vähesuse kõrval raskendas mõnevõrra diagnoosimist sõja tulemusena kujunenud atüüpiliselt kulgevate tuberkuloosivormide esinemine. Suurt järelmõju esimeste aastate diagnostikale avaldas kodanlik kord, mis pärandas Nõukogude Eestile madala tuberkuloosialase diagnostika taseme.

Diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtude arvu hüppelist langust, mis toimus alates 1948. aastast, ei saa seletada ainult tuberkuloosi diagnoosimise taseme tunduva tõusuga. Murrangulist edu avastamata jäänud haigusjuhtude vähenemises on suurel määral põhjustanud Tartu linna pro-

sektuuri sisselülitumine haiglate töösse Nõukogude Liidus juba varem juurdunud põhimõtete alusel.

Prosektuuri mõju haiglate tööle ei olnud vaatlusaluse perioodi erinevatel ajavahemikel ühesugune. Kolme esimese aasta kestel oli prosektuur haiglate juures passiivne. Vastavalt kodanlikust korrast püsinud traditsioonidele teostati lahanguid, ilma et oleks registreeritud lahkdiagnoose. Alates 1948. aastast muutus prosektuur NSV Liidu tervishoiuministri 1948. aasta käskkirja nr. 90 rakendamise tulemusena haiglate töö aktiivseks mõjustajaks. Pärast seda, kui prosektuur asus diagnostiliste vigade registreerimisele ja regulaarselt teostati vigade analüüsimist kliinilis-anatoomilistel konverentsidel, paranes märgatavalt haiguslugude vormistamine, pöörati suuremat



Joon. 1.

tähelepanu haigete uurimisele, õigete diagnooside püstitamisele ja täpsustamisele, mille tulemusena elu puhul avastamata jäänud tuberkuloosijuhtude arv järsult vähenes.

Et sagedam tuberkuloosi diagnoosimine ei ole tingitud ainult diagnostika taseme tõusust, seda näitab tuberkuloosi hüperdiagnooside, samuti küsimärgiga püstitatud diagnooside või kopsu infiltratsioonina diagnoositud kopsuprotsesside arvu samaaegne suurenemine. Käskkirja nr. 90 rakendamise tulemusena kardetakse haiguste mitteavastamist, mistõttu senisest sagedamini ning ka mittepõhjendatud juhtudel diagnoositakse tuberkuloosi.

Pool põhihaigusena ja väiksema tähtsusega haigusena diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtude arvust jaotub haigete vahel, keda on haiglas jälgitud 20 päevast kuni üle 1 aasta. Sama vahetorkord püsib ka siis, kui vaadelda ainult põhihaigusena esinenud tuberkuloosijuhte. Rohke tuberkuloosi mitteavastamine pikemat aega jälgimisel olnud haigetel osutab haigete mitteküllaldasele uurimisele.

Elu puhul mitte avastatud tuberkuloosijuhtude suhtes on nii arvuliselt kui ka protsentuaalselt lahangule saadetud surnute arvust meie materjali

põhjal esikohal sisehaiguste ja kirurgiliste haiguste osakonnad ning nakkushaigla. Diagnoosimata jäänud 111 tuberkuloosijuhust langeb sisehaiguste osakondadele 36 ehk 6,2 protsenti lahangule saadetud surnute arvust, kirurgiliste haiguste osakondadele 27 ehk 6,1 protsenti, nakkushaiglale 13 ehk 6,8 protsenti, närvihaiguste osakonnale 13 ehk 4,2 protsenti, lastehaiglale 5 ehk 1,0 protsenti ja teistele raviosakondadele väiksemal arvul. Ka kirjan-duse andmed näitavad avastamata jäänud tuberkuloosi suhteliselt rohkemat esinemist sise-, kirurgiliste ja nakkushaiguste raviasutustes.

Kliiniliselt diagnoosimata tuberkuloosijuhtudest on 85 kopsutuberkuloosi ja 26 kopsuvälist tuberkuloosivormi. Kopsutuberkuloosi vormideks jaotamisel on aluseks võetud 1938. aasta üleliidulise tuberkuloosi-instituutide nõu-pidamise poolt vastu võetud 10 rühmast koosnev klassifikatsioon, milles 1948. aasta ftisiaatrite kongress muutis „piirdunud fibroos-koldeliseks kopsu-tuberkuloosiks” nimetatud vormi „koldeliseks kopsutuberkuloosiks”, sest fibroosne komponent ei kaasne mitte alati koldeliste protsessidega (3).

Kopsu esmane tuberkuloosikompleks primaarkolde ulatusliku kaseoosi või ka perifokaalse disseminatsiooniga jäi kliiniliselt diagnoosimata seitsmel korral. Bronhiaalnäärmete tuberkuloos jäi diagnoosimata kahel korral. Bronhiaalnäärmete tuberkuloosi alla on võetud juhud, kus morfoloogiline leid primaarkolde osas on vähene või puudub ja esiplaanil on ulatuslikud muutused bronhiaalsetes või ka keskseinandi lümfisõlmedes. Nii esmane tuberkuloosikompleks kui ka bronhiaalnäärmete tuberkuloos ei esinenud analüüsitud juhtudes põhihaigusena.

Äge miliaarne tuberkuloos koos alaägeda ja kroonilise dissemineerunud kopsutuberkuloosiga on käesolevas töös ühendatud ühiseks kopsutuberkuloosi dissemineerunud vormiks. Dissemineerunud kopsutuberkuloos jäi diagnoosimata 20 korral. Põhihaigusena esinesid neist 18 juhtu ja konkureeriva surmapõhjusena 2 juhtu. Põhihaigusena hinnatud dissemineerunud kopsu-tuberkuloos esines kaheksal korral koos meningiidiga ja 10 korral menin-giidita.

Neil juhtudel, kus dissemineerunud kopsutuberkuloosile oli lisandunud tuberkuloosne meningiit, oli tuberkuloosi asemel kliiniliselt diagnoositud järgmisi haigusi: 1) mädane meningiit (?), 2) entsefaliit, 3) lümfogranu-lomatoos, meningiit, 4) sepsis, meningiit, 5) epideemiline meningiit, 6) aordiklapi puudulikkus, pleuriit, meningiit (?), 7) mädane keskkõrva-põletik, meningiit, aju abstsess (?) ja 8) meningoentsefaliit, püodermia.

Neil juhtudel, kus dissemineerunud kopsutuberkuloosiga ei kaasnenud tuberkuloosset meningiiti, oli kliiniliselt diagnoositud järgmisi haigusi: 1) alimentaarne düstroofia, 2) äge toksiline enterokoliit, 3) maohaavand, bronhopneumoonia, 4) kõhutüüfus (?), bronhopneumoonia, 5) müokardio-paatia, maliigne degeneratsioon (?), 6) bronhopneumoonia, läkakõha, 7) reumaatiline pankardiit dekompensatsiooniga, 8) bronhopneumoonia, 9) kõrivähk ja 10) mitraalklapi puudulikkus, krupoosne pneumoonia.

Koldelise kopsutuberkuloosi alla kuuluvad piirdunud levikualaga ja ees-kätt kopsu ülemistesse osadesse paigutunud primaarse ja sekundaarse tuberkuloosi hemato-, lümfo- või bronhogeensed külvid (3). Kliiniliselt jäid diagnoosimata 14 koldelise kopsutuberkuloosi juhtu; neist 3 esinesid põhi-haigusena, 3 konkureeriva surmapõhjusena ja 8 kaasneva haigusena. Põhi-haigusena esinenud koldelise kopsutuberkuloosi asemel oli kliiniliselt diag-noositud: 1) nefriit (?), 2) bronhopneumoonia ja 3) hüpostaatiline pneu-moonia.

Infiltratiivset kopsutuberkuloosi puhtal kujul kohtab lahangulaual harva. Morfoloogiliselt mõeldakse selle vormi all kopsukoe tuberkuloosse etioloogiaga eksudatiivset põletikku, kusjuures kaseosset nekroosi on vähe. Diagnoosimata jäi ainult üks infiltratiivse kopsutuberkuloosi juht, mis

patoloog-anatoomi poolt oli nimetatud „želatinoosseks pneumooniaks”. Kliiniliselt oli kopsuprotsess hinnatud bronhopneumooniaks.

Kaseosse pneumoonia puhul, mis leviku iseloomu järgi võib olla lobaarne või lobulaarne, on esiplaanil pneumoonilise ekssudaadi kaseosne nekroos, millele allub ka kopsukude. Kliiniliselt jäid diagnoosimata 13 kaseosse pneumoonia juhtu, millest 11 esinesid põhihaigusena ja 2 konkureeriva surmapõhjusega. Põhihaigusena hinnatud kaseosse pneumoonia asemel oli kliiniliselt püstitatud järgmised diagnoosid: 1) neeru (?) tuumor metastaasidega kopsus, 2) südamerike, nefriit, 3) kõhutüüfus, 4) keskseinnandi tuumor, 5) depressiivne seisund, 6) krooniline pneumoonia, 7) kopsu tuumor, pleura kartsinoos, 8) mõlemapoolne hüdrotooraks, 9) aordiklapi puudulikkus, lues III (?), 10) parempoolne hüdrotooraks, enterokoliit ja 11) bronhopneumoonia.

Krooniline fibrokavernoosne kopsutuberuloos, mille põhilisteks komponentideks on fibroos, kavern ja bronhogeenne levik, jäi kliiniliselt diagnoosimata 28 korral, kusjuures 14 juhtu neist esinesid põhihaigusena. Kliinilised diagnoosid põhihaigusena esinenud kroonilise fibrokavernoosse kopsutuberuloosi asemel olid järgmised: 1) pahhüpleuriit, 2) krupoosne pneumoonia, 3) bronhopneumoonia, 4) keele ja pehme suulae vähk, 5) pneumoonia (?), 6) kroniosepsis, 7) raukusmarasm, 8) bronhopneumoonia, 9) pneumoonia (?), 10) depressiivne seisund, kahheksia, 11) hüpostaatiline pneumoonia, 12) krupoosne pneumoonia (?), 13) pleura kartsinoos ja 14) pleura empüem.

Kopsuvälistest tuberkuloosivormidest omab tähtsaima koha tuberkuloosne meningiit. Kui tuberkuloosne meningiit on hematogeense generaliseerumise tulemusena lisandunud juba välja kujunenud ja raske kuju võtnud kopsutuberkuloosile, siis on käesolevas töös seda haigusjuhtu käsitletud kopsutuberkuloosina. Tuberkuloosse meningiidina on arvestatud ainult need haigusjuhud, kus kopsus olev tuberkuloosne protsess on tuberkuloosse meningiidiga võrreldes väiksema tähtsusega ja ei etenda haiguspildis omaette otsustavat osa.

Kliiniliselt jäid kindlaks tegemata 7 tuberkuloosse meningiidi juhtu, mida kõiki on loetud põhihaiguseks. Tuberkuloosse meningiidi asemel oli diagnoositud: 1) entsefaliit (?), 2) lüssa, 3) meningoentsefaliit, 4) kesk-kõrvapõletik, meningiit, 5) Jacksoni epilepsia, 6) sepsis (?) ja 7) meningoentsefaliit, keskkõrvapõletik.

Diagnoosimata jäänud kopsutuberkuloosivormidest on rohkuselt esikohal krooniline fibrokavernoosne kopsutuberkuloos 28 juhuga, kusjuures 14 neist esinesid põhihaigusena. Kirjanduse andmetel ⁽¹⁾ esineb raskemini diagnoositava tuberkuloosivormina miliaarne tuberkuloos. Fibrokavernoosse kopsutuberkuloosi ja eriti selle kaugele arenenud juhtude mitteavastamise rohkus meie poolt jälgitud materjalis ja asjaolu, et mainitud tuberkuloosivorm ei kuulu teiste kopsutuberkuloosivormide kõrval raskemini diagnoositavate hulka, lubab arvata, et paljudel juhtudel ei ole fibrokavernoosse kopsutuberkuloosi diagnoosimiseks kasutatud kõiki võimalusi.

Põhihaigusena fibrokavernoosset kopsutuberkuloosi põdenud haigetest viibisid haiglas kuni 3 päeva — 3 haiget, 4 kuni 10 päeva — 4 haiget ja üle 20 päeva — 7 haiget. Siit nähtub, et haigete uurimise lühiaegsus mitte-diagnoosimist vabandava põhjusena ei tule enamikul juhtudest arvesse. Põhihaigusena esinenud 14 diagnoosimata jäänud fibrokavernoosse tuberkuloosi juhust on 6 pärit sisehaiguste osakondadest, kus oskused ja võimalused kopsuhaiguste diagnoosimiseks on paremad kui teistes mittetuberkuloosihaglates. Ka teised fibrokavernoosse tuberkuloosiga haiged peale kolme erandi viibisid osakondades, kus oli võimalusi röntgenoloogiliseks uurimiseks, mis etendab tähtsat osa fibrokavernoosse protsessi diagnoosimi-

sel. Suur osa avastamata jäänud fibrokavernoosse tuberkuloosiga haigeid omasid kopsus niivõrd suuri muutusi, et nende diagnoosimine tänapäeval kasutada olevate võtete abil ei oleks tekitanud raskusi. Ka teiste avastamata jäänud tuberkuloosivormide hulgas on rohkesti selliseid, kus tuberkuloosi mittediagnoosimise peamiseks põhjuseks võib pidada haige vähest uurimist. Mitte harva on raviarsti tähelepanu koondunud mingisugusele lokaalsele leiule, kusjuures kogu organismi kui ühtse terviku jälgimine on jäänud tagaplaanile.

Haige ilmselt puuduliku uurimise näitena esitame ühe haigusjuhu kirurgiliste haiguste osakonnast:

Haige Jevdokia E., 53 a. vana, saabus 7. juunil ravile kirurgiliste haiguste osakonda. Diagnoos vastuvõtul: parema põia algav gangreen. Kaebab valude üle jalas. Temperatuur haiglasse tulekust kuni 20. juunini kõigub 37° ja 38° C vahel. Öhtune temperatuur 23. ja 24. juunil 39,5°, järgmistel päevadel kuni surmani 38° ümber. 19. juuni sissekanne haigusloos: patsient köhib, rögaga eraldub vähesel hulgal verekiude. 29. juuni sissekandes on märgitud: auskultatoorselt karenenud vesikulaarne hingamine ning suure ja väiksemullilisi räginaid, bronhiaalset hingamist. Haige suri 30. juunil. Kliiniline diagnoos: krupoosne pneumoonia (?), parema reie-arteri tromboos, parema põia algav gangreen. Lahanguleid: mõlema kopsu krooniline fibrokavernoosne tuberkuloos rohkete kavernide ja ulatusliku disseminatsiooniga, pahhüpleuriit vasakul.

Esitatakse juhu haigusloos, mis hõlmab 23 haiguspäeva, ei leidu andmeid röga uurimise ega röntgenoloogilise läbivalgustuse kohta. Laboratoorsetest analüüsides on teostatud ainult vereandmete jälgimist ja sedagi ainult ühel korral. Kopsude füüsikalise uurimise kohta leidub sissekandeid ainult kahel korral.

Diagnostiliste vigade teise tähtsama rühma moodustavad nn. hüperdiagnoosid. Kuue aasta kestel esines tuberkuloosidiagnoos liigsena 68 korral. Kliinilistele hüperdiagnoosidele oli omistatud 28 korral põhihaiguse ja 40 korral kaasneva haiguse tähtsus. Hüperdiagnoosidest oli 35 küsimärgita ja 33 küsimärgiga.

Mittetuberkuloosi-raviastutustes surnud haigetel prosektoori poolt kindlaks tehtud tuberkuloosijuhtude üldarvust moodustavad mitmesuguse raskusega hüperdiagnoosid 14,8 protsenti. Võttes aluseks ainult neid hüperdiagnoose, millistele on kliiniliselt omistatud põhihaiguse tähtsus, näeme, et nende arv moodustab surmapõhjuseks esinenud tuberkuloosijuhtude arvust 7,2 protsenti. Leningradi haiglates esines Beni järgi tuberkuloosi hüperdiagnoose 2,2 protsenti ulatuses (¹). Dali andmetel kõigub haiglates tuberkuloosi hüperdiagnooside rohkus 2—2,5 protsenti piirides (⁵). Nii Ben kui ka Dal lähtuvad põhihaigustena püstitatud diagnoosidest.

Suurem osa tuberkuloosi hüperdiagnoose esineb haigetel, kes viibisid ravil lühemat aega. Üle poole (38 juhtu) hüperdiagnoosiga haigetest olid kliinilisel jälgimisel alla 10 päeva. Hüperdiagnooside suhtes on esikohal sisehaiguste osakonnad 26 juhuga.

Tuberkuloosi hüperdiagnoosid esinesid järgmisel kujul: 1) kopsutuberkuloos (lähemalt määramata) — 22 juhtu, 2) dissemineerunud kopsutuberkuloos (nii äge miliaarne kui ka alaäge ja krooniline dissemineerunud) — 14 juhtu, 3) kopsu fibroosne (tsirrootiline) tuberkuloos — 7 juhtu, 4) tuberkuloosne meningiit — 7 juhtu, 5) tuberkuloosne bronhopneumoonia — 5 juhtu, 6) tuberkuloosne (kaseosne) pneumoonia — 4 juhtu, 7) koldeline kopsutuberkuloos — 2 ja teised tuberkuloosidiagnoosid — 7 juhtu.

Kopsutuberkuloosi hüperdiagnoose on kõige rohkem püstitatud mitmesuguste mittetuberkuloossete pneumooniliste protsesside puhul. Samuti esineb juhte, kus tuberkuloosina on diagnoositud kopsukasvajad või kasvaja

metastaase kopsus. Tuberkulooset meningiiti on diagnoositud teiste meningeetiliste protsesside või entsefaliidi asemel.

Tuberkuloosi hüperdiagnoosimise kohta esitame järgmise näite:

Haige Johannes P., 43 a. vana, viibis 25 päeva sisehaiguste osakonnas, kuhu saabus neuriitiliste kaebustega. Haiglas märgiti haigel subfebriilseid temperatuure ja pidevaid valusid nimme piirkonnas, seljas, puusas ja mujal. Esines kõha ja verdsisaldav röga, milles korduval uurimisel happekindlaid kepikesi ei leidunud. Korduv röntgeniläbivalgustus näitas mõlema kopsu fibro-induratiivset tuberkuloosi, millele lisandus röntgeniülesvõtte alusel miliaarse kopsutuberkuloosi diagnoos. Neuroloogi konsultatsioon: äge polüneuralgia. Kliiniline diagnoos: miliaarne tuberkuloos. Lahanguleid: vasaku neeru kasvaja metastaasidega kõhukelmel, retroperitoneaalsetes lümfisõlmedes, maksas, pleuradel, kopsudes jne.

Näitena toodud haigusjuhu puhul on kogu haiguspildist välja rebitud röntgenileid, mille alusel on püstitatud põhihaiguse diagnoosiks miliaarne tuberkuloos. Ilmselt ei ole kaalutud kõiki kliinilisi sümptomeid, mille analüüsi ja sünteesi najal kujuneb haiguse diagnoos. Röntgenoloogiline leid ükski ei kindlusta veel õiget diagnoosi.

Vaatlusaluse perioodi kolmel esimesel aastal esines 26 hüperdiagnoosi ehk keskmiselt 9 juhtu aastas. Järgmisel kolmeaastaselt ajavahemikul tõusis hüperdiagnooside arv 42-le ehk ühe aasta kohta arvatult 14-le. Vastupidiselt diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtude arvulisele vähenemisele tõusis hüperdiagnooside arv alates 1948. aastast.

Eksidiagnooside esinemisrohkuse üldarvus, kuhu kuuluvad nii mitteavastatud juhud kui ka hüperdiagnoosid, ei ole vaatlusaluse perioodi kestel suuri muutusi. Peamine muutus esineb eksidiagnooside koostises. Kui kolmel esimesel aastal mittediagnoositud tuberkuloosijuhtude arv ületas peaaegu 3 korda hüperdiagnooside arvu, siis kolmel viimasel aastal on nende mõlema erineva suunaga eksidiagnoosi esinemisrohkus võrdne. Joon. 2 iseloomustab piltlikult mittediagnoositud ja hüperdiagnoositud tuberkuloosijuhtude arvulise vahekorra muutumist pärast prosektoori kontrolliva funktsiooni rangemat rakendamist. Kartusest eksida tuberkuloosi mittediagnoosimises eelistavad raviarstid ebaselgete juhtude puhul hüperdiagnoosimist.

Diagnostika taseme teatavat paranemist võib märgata siis, kui jälgida eksidiagnooside absoluutsete arvude asemel suhteliste arvude liikumist. Lahangute ja tuberkuloosijuhtude üldarvu teatav kasvamine, mida põhjustas haiglate võrgu tunduv laienemine, koos diagnostiliste vigade üldarvu väikese langusega vaatlusalusel perioodil annab diagnostiliste vigade protsentuaalsetes arvudes märgatava vähenemise. Diagnostika paranemise kasuks räägib ka see, et mittediagnoositud tuberkuloosijuhtude hulgas vähenes suuremal määral nende juhtude arv, kus tuberkuloos esines põhihaigusena.

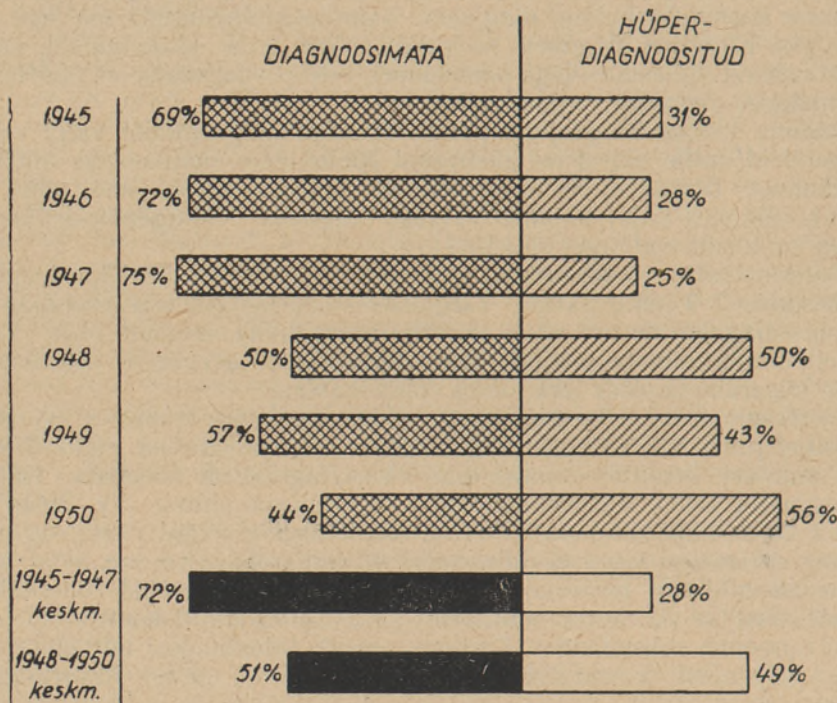
Ebakindlusele diagnoosimises osutab osa tuberkuloosidiagnooside püstitamine küsimärgiga. Kliiniliselt õigesti määratud tuberkuloosidiagnoosidest olid 7,7 protsenti küsimärgiga. Küsimärgiga diagnooside teatav rohkendumine esines alates 1948. aastast. Üle poole küsimärgiga tuberkuloosijuhtudest osutusid lahanguleiu põhjal dissemineerunud kopsutuberkuloosiks, mis teatavasti on kliiniliselt raskemini diagnoositavaks tuberkuloosivormiks.

Tuberkuloosi diagnoosimise taseme hindamisel ei saa mööduda ka nn. kopsu infiltratsioonist (*infiltratio pulmonis*), mida sageli on kasutatud hädadiagnoosina kopsus esineva ebaselge etioloogiaga haigusliku protsessi iseloomustamiseks.

Infiltratsioonina on kopsus esinevaid haiguslikke muutusi diagnoositud 15 korral, kusjuures kliinilises diagnoosis kopsu infiltratsioon esines kahel korral isegi põhihaigusena. Infiltratsioonidiagnoosidest langevad 12 aasta-

tele 1948—1950, kuna ainult 3 sellist diagnoosi on pärit aastatest 1945—1947. See asjaolu osutab veelkordselt sellele, et seoses 1948. aastast tugevnenud patoloogilis-anatoomilise kontrolliga suurenes vajadus ebaselgete juhtude puhul anda väljapääsu võimaldav kliiniline diagnoos, milleks mõnel juhul on kasutatud kopsu infiltratsiooni.

Infiltratsiooni on kasutatud diagnoosina kõige sagedamini sisehaiguste osakondades. Viimaste arvele langeb 15 juhust 8. Infiltratsioonina diagnoositud kopsuprotsessid osutusid lahingul järgmisteks: 1) tuberkuloos — 4 juhtu, 2) krupoosne pneumoonia — 2 juhtu, 3) bronhopneumoonia — 2



Joon. 2.

juhtu; 4) kasvaja — 2 juhtu, 5) hemorraagiline infarkt — 2 juhtu, 6) bronhopneumoonia ja hemorraagiline infarkt — 1 juht, 7) hüpostaas — 1 juht ja 8) kops anatoomiliselt eriliste muutusteta — 1 juht.

Kopsu infiltratsioon ei ole diagnoosina täisväärtuslik, sest ta jätab diagnoosi sisuliselt lahtiseks. Meditsiiniteaduse tänapäevase taseme juures ei rahulda selline diagnoos ei arste ega patoloog-anatome.

Töös toodud andmete najal ei saa rahulduda tuberkuloosi diagnoosimise tasemega vaatluse alla võetud mittetuberkuloosi-raviasutustes. Mitte alati ei ole diagnoosi püstitamiseks ära kasutatud kõiki füüsilise, röntgenoloogilise ja laboratoorse diagnostika võimalusi. Mitte alati ei ole diagnoos kujunenud haiguse sümptomide ja uurimisandmete kompleksse analüüsi najal.

Järeldused

1. Tartu mittetuberkuloosi-raviasutustest aastatel 1945—1950 lahingule saadetud surnutel põhihaigusena esinenud tuberkuloosijuhtudest olid 15,7 protsenti kliiniliselt diagnoosimata. Üle 30 protsenti tuberkuloosijuhtudest jäid diagnoosimata 1945. ja 1946. aastal, kus suurt järelmõju avaldas kodanlik kord, mis pärandas Nõukogude Eestile tuberkuloosialase

diagnostika madala taseme. Tunduv vähenemine tuberkuloosi mittediagnoosimises esines alates 1948. aastast, langedes 1949. ja 1950. aastal 6—8 protsendi piiridesse.

2. Diagnoosimata jäänud tuberkuloosijuhtude vähenemisele aitas suures määral kaasa NSV Liidu tervishoiuministri 1948. aasta käskkirj nr. 90, mille põhjal omistati prosektuuridele tähtis osa haiglate diagnostika ja ravialase töö taseme tõstmisel. Vastupidiselt elu puhul mitte diagnoositud tuberkuloosijuhtude vähenemisele kujunes sama käskkirja tulemusel diagnostiliste vigade rohkenemine hüperdiagnooside osas.

3. Avastamata jäänud ja hüperdiagnoositud tuberkuloosijuhte esines meie andmetel kõige rohkem sise- ja kirurgiliste haiguste osakondades ja nakkushaiglas.

4. Kopsutuberkuloosi mitmesuguste vormide asemel on kõige sagedamini diagnoositud mittetuberkuloosseid pneumoonilisi protsesse, kasvajaid või nende metastaase kopsus või pleural, vedeliku kogunemist pleuraõõnde ja kõhutüüfust. Tuberkuloosse meningiidi asemel on kõige sagedamini diagnoositud teisi meningiitilisi protsesse ja entsefaliiti.

5. Avastamata jäänud ja hüperdiagnoositud tuberkuloosijuhtude hulgas on rohkesti selliseid, kus eksidiagnoosi peamiseks põhjuseks võib pidada haige puudulikku uurimist. Mõnede arstide poolt kasutatud diagnoose, nagu „kopsutuberkuloos” või „kopsu infiltratsioon”, tuleb meditsiiniteaduse tänapäeva taseme juures lugeda ebarahuldavaks.

6. Meie andmetel on tuberkuloos kliinilises diagnostikas pahaloomuliste kasvajate kõrval sagedaima eksidiagnoosiga haiguseks. Vähendades tuberkuloosi diagnoosimisel tehtavaid vigu, saavutame samaaegselt kliiniliste lahkdiagnooside üldist tunduvat vähenemist. Diagnostiliste vigade vähendamiseks kopsuhaiguste alal on tingimata vajalik kasutada kõiki füüsilise, röntgenoloogilise ja laboratoorse diagnostika võimalusi ning põhjendada diagnoosi püstitamist uurimisandmete kompleksse analüüsi najal.

*Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja
Kliinilise Meditsiini Instituut*

Saabus toimetusse
25. II 1953.

KIRJANDUS — ЛИТЕРАТУРА

1. Е. Э. Бен, Качество врачебной диагностики, Ленинград, 1943.
2. С. С. Вайль, Опыт совместной работы прозекторов и терапевтов Ленинграда по повышению качества лечебного дела, Клиническая медицина, № 2, 1948, стр. 15—22.
3. Н. Н. Гринчар и И. И. Берлин, Ранняя диагностика туберкулеза легких, Москва, 1951.
4. И. В. Давыдовский, Анализ секционного материала патологоанатомических отделений больниц институтов и родильных домов за 1928—1932 гг., Архив пат. анатомии и пат. физиологии, том VI, в. 3, 1940, стр. 3—65.
5. М. К. Даль, Клинико-патологоанатомический анализ врачебной диагностики, Киев, 1949.

О ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНИЦАХ ПО ДАННЫМ СЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

В. А. КЮНГ,

кандидат медицинских наук

Резюме

В 1945—1950 годах было проведено сравнение больничных и патологоанатомических диагнозов туберкулеза, установленных в различных нетуберкулезных стационарах и в прозектуре города Тарту.

Сличение диагнозов, установленных в нетуберкулезных лечебных учреждениях, с секционными данными показывает, что наибольшее число ошибочных диагнозов приходится на туберкулез и злокачественные опухоли. В настоящей работе подробно рассмотрены те случаи заболеваний, в которых туберкулез клинически не был диагностирован или клинически установленный диагноз туберкулеза оказался избыточным.

В период наблюдений не было диагностировано 15,7% случаев заболеваний туберкулезом, при которых туберкулез являлся основным заболеванием. Особенно высокий процент (выше 30) недиагностированных случаев туберкулеза наблюдался в 1945 и 1946 годах. С 1948 года число случаев нераспознанного туберкулеза значительно снизилось и в 1949 и 1950 годах составляло 6—8% (рис. 1).

Снижению недиагностированных случаев туберкулеза способствовал в большой мере приказ Министра здравоохранения СССР от 1948 года, по которому прозектуре была отведена важная роль в повышении диагностического уровня в больницах.

В противоположность уменьшению числа прижизненно недиагностированных случаев туберкулеза, с 1948 года стало увеличиваться число избыточных диагнозов (рис. 2). Лечащие врачи, опасаясь просмотреть туберкулез, диагностируют туберкулез чаще прежнего и нередко необоснованно. Если раньше число недиагностированных случаев туберкулеза почти в три раза превышало число избыточных диагнозов, то в последние три года оба вида ошибочных диагнозов встречаются в равной мере. На улучшение диагностики указывает уменьшение общего числа неправильных диагнозов и уменьшение числа нераспознанных случаев, в которых туберкулез является основным заболеванием.

Половина прижизненно нераспознанных случаев туберкулеза как основного заболевания наблюдалась у больных, находившихся в больнице дольше 20 дней. Частое нераспознавание туберкулеза у больных, находящихся под длительным наблюдением, указывает на недостаточное исследование больных.

Численно больше всего случаев нераспознанного туберкулеза или его ошибочных диагнозов исходит из терапевтических, хирургических и инфекционных отделений больниц.

Из недиагностированных форм туберкулеза на первом месте хронический фиброзно-кавернозный и диссеминированный (острый милиарный, подострый и хронический) туберкулез.

Вместо различных форм туберкулеза чаще всего диагностированы нетуберкулезные пневмонические процессы, опухоли или их метастазы в легком или на плевре. Вместо туберкулезного менингита чаще всего диагностированы другие менингеальные процессы и энцефалиты.

Большая часть неправильных диагнозов обусловлена недостаточным исследованием больных. Не всегда для установления правильного диагноза используются все возможности физической, рентгенологической и лабораторной диагностики. Установленные некоторыми врачами диагнозы «туберкулеза легких» или «инфильтрации легких» следует признать при современном состоянии медицинской науки неудовлетворительными.