

ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кенжаева Н.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

В данной научной статье представлены результаты диагностики и лечения 142 пациентов, пролеченных в стационарных условиях в Бухарском областном пульмонологическом и туберкулезном диспансере в 2017-2019 годах, и изучены их в 3 группах. Сопоставлены и изучены жалобы всех пациентов, клиническое течение, результаты лабораторного и инструментального обследования и их специфика.

Ключевые слова: туберкулез легких, хроническая обструктивная болезнь легких.

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ФОНИДА ЎПКА Т УБЕРКУЛЁЗИНИНГ КЕЧИШИ

Кенжаева Н.А.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Ушбу илмий мақолада Бухоро вилоят пулмонология ва фтизиатрия диспансерида 2017-2019 йиллар давомида стационар шароитда даволанган 142 та беморнинг таъхислаш ва даволаш натижалари ёритилган бўлиб 3 та гуруҳга бўлиб ўрганилган. Барча беморларнинг шикоятлари, клиник кечиши, лаборатор ва инструментал текшириш натижалари ва уларнинг ўзига хослиги таққослаб ўрганилган.

Калит сўзлар: ўпка туберкулёзи, ўпканинг сурункали обструктив касалликлари.

TRANSMISSION OF LUNG TUBERCULOSIS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE.

Kenjaeva N.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

This scientific article covers the results of diagnosis and treatment of 142 patients treated in inpatient conditions at the Bukhara Regional Pulmonology and Tuberculosis Dispensary in 2017-2019 and studied them in 3 groups. Complaints of all patients, clinical course, results of laboratory and instrumental examination and their specificity were compared and studied.

Key words: pulmonary tuberculosis, chronic obstructive pulmonary disease.

Актуальность

В последние годы возрастает интерес к изучению болезней, ведущих к возникновению туберкулеза легких и влияющих на течение их активных форм. Среди них определенное значение имеют хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), которые, предрасполагая к туберкулезу, оказывают неблагоприятное воздействие на его дальнейшее течение [1,3,4]. Частое сочетание туберкулёза лёгких и нетуберкулёзных бронхолегочных заболеваний делает эту проблему актуальной как для фтизиатрии, так и пульмонологии [2,6,7,9]. Чем выше на территории заболеваемость неспецифическими воспалительными болезнями органов дыхания, тем значительнее показатели заболеваемости туберкулезом [5,8,10,11]. Обнаружить научные работы, в которых рассматривались бы особенности сочетания хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) и впервые выявленного туберкулеза органов дыхания (ТОД), нам не удалось.

Цель исследования: выявление клинических особенностей развития и течения впервые выявленного ТОД на фоне ХОБЛ.

Материал и методы

Объектом исследования являлись все больные с впервые выявленным ТОД в возрасте старше 35 лет, получавшие лечение в стационаре Бухарского областного туберкулёзного диспансера с 2017 по 2019 г. Обследование включало выполнение анкеты на выявление хронического бронхита и ХОБЛ, куда, помимо паспортных данных и диагноза, вносились сведения о факторах риска, профессиональных вредностях, анамнезе (с указанием частоты простудных заболеваний, частоты обострений хронического бронхита, контакта по туберкулезу), наследственной патологии легких, аллергоанамнезе (с указанием аллергенов), симптомы заболевания (включая кашель, выделение мокроты, ее характер и количество, одышку, симптомы интоксикации), данные физикального обследования, результаты анализов мокроты на микобактерии туберкулёза (МБТ), показатели общего анализа крови, биохимического исследования, данные рентгенологического, инструментального обследования.

Диагноз впервые выявленного активного ТОД основывался на данных анамнеза, жалобах, клини-

ческих симптомах, результатах исследования мокроты на микобактерии туберкулёза методом люминесцентной микроскопии и бактериологического посева на питательные среды, а также на данных рентгенологического исследования лёгких, которое включало в себя обзорную рентгенографию и томографическое рентгенологическое обследование.

Были обследованы мужчины (142 чел.) с впервые выявленным ТОД старше 35 лет (средний возраст - $52,2 \pm 10,7$ года). 44,3% пациента трудоспособного возраста не работали, рабочих и пенсионеров было соответственно 29% и 25%.

Результат и обсуждение

В структуре впервые выявленного ТОД лидировал инфильтративный туберкулёз (69,9%), далее следовали малые формы, в частности очаговые, туберкуломы, туберкулезные плевриты, туберкулёз бронхов (11,9%) и распространенные, а именно диссеминированные, фиброзно-кавернозные, казеозные пневмонии (18,2%). Несмотря на относительно благоприятную клиническую структуру, у 66,6% больных было обнаружено бактериовыделение, в том числе у 69,0% методом бактериоскопии, а у 57,9% пациентов процесс сопровождался деструкцией лёгочной ткани.

У 77,9% пациентов с туберкулезом была сопутствующая бронхолёгочная патология: у 53,0% - ХПБ, у 26,1% - ХОБЛ. В зависимости от формы ХНЗЛ больные с впервые выявленным ТОД были подразделены на группы: 1-я (29 чел.) - с ТОД без ХНЗЛ, 2-я (76) - с туберкулёзом и ХПБ, 3-я (36) - с туберкулёзом и ХОБЛ. Среди различных степеней ХОБЛ 1-я стадия была диагностирована у 4 (11,1%) человек, 2-я - у 23 (63,8%), 3-я - у 7 (19,4%), 4-я - у 2 (5,5%).

Среди больных 1-й группы преобладали неработающие лица трудоспособного возраста - 15 (51,8%) человек. Большинство пациентов 2-й группы также были безработными трудоспособного возраста - 32 (43%). Подавляющее большинство пациентов 3-й группы оказались пенсионерами - 18 (52%). Большинство больных (71,9%) жили в отдельной квартире или частном доме, 15,1% - в коммунальной квартире или

общежитии, 3,9% - снимали жильё, 7,9% - не имели определённого места жительства.

В 1-й группе первое место по распространенности занимала инфильтративная форма туберкулеза (70,0%), второе - диссеминированная (15,0%), третье - очаговая (7,0%), во 2-й группе - в той же последовательности 73,0%, по 9,0% (казеозная и диссеминированная), 6,0%, в 3-й - 64,0%, 6,0%, по 9,0% (очаговая и фиброзно-кавернозная).

Таким образом, самой распространенной формой туберкулёза во всех группах была инфильтративная. Наибольшее количество клинических форм ТОД было зарегистрировано в группе больных с ХОБЛ, что свидетельствует о разнообразии проявления специфической патологии у пациентов данной категории. Обращало на себя внимание и то, что впервые выявленный фиброзно-кавернозный туберкулёз был диагностирован только в группе больных ХОБЛ. Во всех группах туберкулёзный процесс в большинстве случаев сопровождался распадом (60,2%) и бактериовыделением (66,9%). У больных 3-й группы чаще, чем у пациентов из других групп ($p < 0,05$), регистрировался распад лёгочной ткани (65,7%). Необратимая бронхиальная обструкция влияет на частоту формирования полостей распада, что подтверждают данные других исследователей [3, 6].

Среди мужчин, не обратившихся самостоятельно за медицинской помощью, были и такие, у которых при расспросе также выявлялись различные жалобы: в 1-й группе - у 10 (33,3%) человек ($p < 0,05$). В 3-й группе жаловались все больные, выявленные методом скрининговых рентгенофлюорографических осмотров - 8 (100%), во 2-й группе больных с жалобами также было много - 56 (81%), что свидетельствует о трудностях проведения дифференциальной диагностики специфических и неспецифических процессов в легких. У 48 (69,6%) больных 2-й группы ТОД был обнаружен в периоде обострения неспецифической патологии. Среди пациентов с ранее установленной ХОБЛ у половины больных туберкулёз выявлялся в момент обострения заболевания - у 11 (32,4%). В целом в обеих группах

Таблица 1

Сравнительная характеристика различных жалоб у больных ТОД (%)

Симптомы	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Кашель	66,6	84,0	100,0**
Одышка	48,1	53,6	73,5**
Боли в грудной клетке	18,5	23,2	44,1** ***
Кровохарканье	0	10,1*	5,9
Повышение температуры тела	40,7	47,8	53,0
Слабость	62,9	82,6	82,3
Потливость	40,7	60,8	55,9
Похудание	44,4	56,5	61,7

* Статистически значимые показатели между группой сравнения и больными ТОД с ХПБ ($p < 0,05$). ** между группой сравнения и больными ТОД с ХОБЛ ($p < 0,05$), *** между больными ТОД с ХПБ и больными ТОД с ХОБЛ ($p < 0,05$).

ТОД диагностировали в период обострения неспецифической бронхолёгочной патологии - у 48 (69,6%) и 23 (67,6%) человек ($p < 0,05$), что также затрудняло дифференциальную диагностику.

На момент поступления в ПТД больных всех групп беспокоили как явления интоксикации, так и жалобы респираторного характера (табл. 1). Прослеживалась тенденция к увеличению частоты всех жалоб у

пациентов 2 и 3-й групп по сравнению с 1-й группой, в свою очередь у больных 3-й группы в сравнении с другими группами были достоверно более выраженными респираторные симптомы сопутствующей лёгочной патологии.

У 83,3% пациентов 2 и 3-й групп, помимо имеющихся заболеваний, определялась сопутствующая патология, отягощающая течение туберкулеза, в 1-й группе - у 44,4%. Наиболее часто у больных 3-й группы диагностировалась сердечно-сосудистая патология - у 28 (67,50%), причём разница в частоте сердечно-сосудистой патологии между группами была достоверной ($p < 0,05$), что подтверждает данные исследователей о нарастании патологических изменений в миокарде с увеличением длительности и тяжести бронхолегочного заболевания [1]. Частота сопутствующих ИБС и ГБ у больных 2 и 3-й групп была практически одинаковой. Вторым по распространенности заболевания у больных данных групп был хронический алкоголизм - соответственно у 40 (56,0%) и 17 (50,0%) человек. Очевидна тенденция к более частому наличию сопутствующей патологии у пациентов с ХНЗЛ по сравнению с контрольной группой [4].

Выводы

1. У больных с ХНЗЛ ТОД дебютирует преимущественно под масками обострения ХПБ и ХОБЛ, что затягивает и усложняет процессы дифференциальной диагностики, особенно у пациентов с ХОБЛ.

2. У больных ХОБЛ ТОД выявляется преимущественно несвоевременно, что ухудшает прогноз заболевания и удлиняет сроки излечения.

3. Сочетание ХОБЛ и ТОД обуславливает более тяжёлый в клиническом плане статус больных из-за выраженных явлений интоксикации и дыхательной недостаточности, а также наличия сопутствующей патологии, которая оказывает отягощающее влияние на течение туберкулёзного процесса.

4. На фоне ХОБЛ туберкулёз имеет склонность к распространенному поражению лёгочной ткани и прогрессирующему течению с формированием полостей деструкции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Игнатова Г.Л. Сравнительный анализ основных патофизиологических механизмов и клиникофункциональных взаимосвязей при изолированных и сочетанных формах хронического бронхита и ишемической болезни сердца: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. - Челябинск, 2018.
2. Карачунский М.А. // Рус.мед.журн. -2011. - № 9. - С. 951-953.
3. Куклина Г.М., Шмелев Е.И. //Пульмонология. - 2011. - № 1. - С. 23-27.
4. Мишин В.Ю., Стрелис А.К., Чуканов В.И. и др. Лекции по фтизиопульмонологии. - М., 2006. - С. 481 - 490.
5. Приймак А.А., Шестерина М.В. // Пульмонология . - 1998. - № 2. - С. 7-11.
6. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких. Клинические рекомендации. - М., 2013.
7. Волошина Н.А., Черняк А.В., Пашкова Т.Д. и др. // Пульмонология. - 1999. - №1. -С. 50-54.
8. Геппе Н.А., Карпушкина А.В., Маирко С.П. // Пульмонология и аллергология. - 2002. - №2. -С. 21-24.
9. Цой А.И. // Пульмонология. - 1999. - №2. - С. 73-78.
10. Черняк А.В., Княжеская Н.П., Волошина Н.А. и др. // Пульмонология. - 1996. - №1. С. 47-50.
11. Чучалин А.Г. Белая книга. Пульмонология. -М., 2004. -Т. 1.

Поступила 09. 11. 2020