

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

З.А. ИВАНОВА, В.А. КОШЕЧКИН, И.Ю. ЯКУШЕВА

Курс туберкулеза РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.

Медицинский факультет

Обследованы больные активным туберкулезом легких и лица с посттуберкулезными изменениями в легких. Установлена значительная распространенность хронических болезней органов дыхания (ХБОД) среди данного контингента (18%), особенно высокая заболеваемость у больных с фиброзно-кавернозным и цирротическим туберкулезом (каждый 3-й и 2-й больной). Авторы убедились в патогенетической связи этих заболеваний. Сочетанная патология затрудняет диагностику и эффективное лечение, предложены профилактические мероприятия.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается сложной, несмотря на некоторую стабилизацию с 2002 года. По-прежнему сохраняется высокий удельный вес остропрогрессирующих и распространенных процессов у вновь выявленных больных, не уменьшается удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (Литвинов В.И., Селацовский П.П. и др). Для успешной борьбы с туберкулезом необходима ранняя диагностика и эффективное лечение не только туберкулеза, но и сопутствующих заболеваний.

Особое значение приобретает сочетание туберкулеза с заболеваниями, осложняющими и затрудняющими лечение, такими как: сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нервно-психические заболевания, хронический алкоголизм, заболевания сердечно-сосудистой системы и хронические неспецифические болезни органов дыхания.

Значение неспецифических заболеваний легких в эпидемиологии туберкулеза постоянно возрастает в связи с их распространенностью, трудностями их дифференциальной диагностики, сложностью терапии и реабилитации больных с этими заболеваниями. Нередко сочетание этих заболеваний приводит к инвалидности и летальному исходу.

Выявлено, что среди хронических болезней органов дыхания наиболее распространен хронический бронхит. Предрасполагающими факторами для развития хронического бронхита являются: физико-химические факторы, раздражающие слизистую оболочку бронхов, курение, производственная пыль и загрязнение воздуха. Установлена зависимость частоты возникновения хронического бронхита от пола (среди мужчин вдвое больше), возраста курения и профессии, связанной с запыленностью, химическими и физическими вредностями. Преобладает катаральный бронхит со слизистой и слизисто-гнойной мокротой.

Существуют две точки зрения на генез ХБОД и наиболее частого из них – хронического бронхита. Согласно первой, ХБОД – первично хронические заболевания, обусловленные раздражением слизистой бронхов с ее перестройкой и дискинезией. По второй – ХБОД нередко предшествуют такие заболевания, как острый бронхит, пневмония и туберкулез легких, которые могут вызывать развитие ХБОД.

Очевидно, что увеличение количества больных с посттуберкулезными изменениями после перенесенного туберкулеза влияет на увеличение частоты ХБОД среди пациентов противотуберкулезных учреждений. Следовательно, туберкулез может привести к развитию ХБОД как непосредственно после завершения основного курса лечения, так и в отдаленном периоде после излечения. Однако сведения о частоте ХБОД, их структуре, особенностях течения у больных туберкулезом и излеченных от него, недостаточны и во многом противоречивы.

Проведенные нами исследования на основе анализа эпидемиологических, клинических и функциональных данных позволяют составить полное представление о распространенности ХБОД среди больных туберкулезом и излеченных от него, особенностях течения этих сочетанных заболеваний, профилактике ХБОД и рецидивов туберкулеза.

Излечение любой клинической формы туберкулеза независимо от возраста сопровождается развитием пневмосклероза. Первоначально хронический неспецифический воспалительный процесс проходит в виде ограниченного бронхита, по мере прогрессирования распространяется на все бронхиальное дерево. Развитие пневмосклероза обусловлено также характерной для туберкулеза измененной реактивностью организма, развитием гиперчувствительности замедленного типа. Пневмосклеротические процессы в определенной степени могут усиливаться под воздействием применяемых лекарств, например, стрептомицина.

При лечении туберкулеза легких развивается «посттуберкулезный синдром» с локальным или диффузным пневмосклерозом, деформацией бронхиального дерева, бронхоэктазами, плевральными сращениями, осумкованными очагами в легких. Таким образом, на фоне затихшего или полностью излеченного туберкулезного процесса возникает второе заболевание, связанное с возбудителем нетуберкулезной природы.

Перенесенный в прошлом даже с благоприятным исходом туберкулез повышает степень риска заболевания ХБОД более чем вдвое.

В настоящее время особое значение для предупреждения туберкулеза имеет диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, развивающимися на фоне посттуберкулезных изменений.

Применение превентивного лечения (химиопрофилактики) среди контингентов риска по заболеванию туберкулезом – вопрос практически не изученный.

По мнению отечественных специалистов и рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ, препаратом выбора для химиопрофилактики является изониазид в суточной дозе 0,3 (300 мг) для взрослых и подростков при ежедневном приеме и 0,6 (600 мг) – при интермиттирующем (прерывистом) приеме. При выборе препарата для химиопрофилактики мы также руководствовались рекомендациями Комитета экспертов ВОЗ.

Представляет интерес и изучение частоты рецидивов туберкулеза при различной выраженности посттуберкулезных изменений и сопутствующих ХБОД. Обследуя больных туберкулезом и ХБОД, мы определили, что в структуре ХБОД преобладал хронический бронхит (70,4 %), причем хронический обструктивный бронхит составлял 41,9 %. Хроническая пневмония у большинства больных активным туберкулезом служила фоновым заболеванием для развития туберкулеза.

Бронхоэктатическая болезнь выявлена у четверти больных фиброзно-кавернозным и цирротическим туберкулезом, что свидетельствовало о значении хронического воспалительного процесса в формировании бронхоэктазов.

Эмфизема легких как самостоятельное заболевание у больных туберкулезом встречалась сравнительно редко (9,8%), чаще она сочеталась со всеми остальными заболеваниями органов дыхания у больных туберкулезом пожилого и старческого возраста, также в сочетании с профессиональными заболеваниями легкиз (силикоз).

Бронхиальная астма у больных туберкулезом – относительно редкое заболевание (встречалась у наших больных только у 2,7 % больных).

Частота ХБОД у излеченных от туберкулеза составляет 20,6%. При излечении туберкулеза ХБОД наблюдались в 3,8 раза чаще у пациентов с большими посттуберкулезными изменениями в легких.

Структура ХБОД идентична у больных туберкулезом и излечившихся от туберкулеза: преобладает хронический бронхит – 68%, сравнительно высок удельный вес бронхоэктазий – 8%.

Туберкулез легких создает условия для возникновения ХБОД, которые могут сопутствовать как активному процессу, так и развиваться на фоне посттуберкулезных изменений.

Неспецифический эндобронхит у части больных туберкулезом сохраняется длительно, у большинства излечивается, но при этом снижается защитная функция бронхов, делающая их весьма уязвимыми к воздействию вторичных неблагоприятных факторов

(дым, курение, производственная пыль, банальная инфекция). Туберкулез легких – основная причина перехода острых воспалительных заболеваний легких и бронхов в хронические неспецифические заболевания органов дыхания. Старые фиброзные каверны, рубцовые изменения в бронхиальном дереве способствуют возникновению хронических воспалительных заболеваний легких.

У больных туберкулезом и ХБОД выявлены и многие другие сопутствующие заболевания. Заболевания сердечно-сосудистой системы (тяжелые сосудистые дистонии, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз и др.) выявлены у половины больных. Заболевания органов пищеварения и печени – у трети обследованных. Каждый шестой больной туберкулезом и ХБОД страдал хроническим алкоголизмом. Прочие сопутствующие заболевания наблюдались у 35,7 % больных туберкулезом и ХБОД.

Сочетание нескольких заболеваний у больного туберкулезом легких затрудняет лечение как туберкулеза, так и хронических неспецифических болезней органов дыхания.

Противотуберкулезная служба с ее богатым опытом диспансеризации, организованным направлением работы, развитой сетью амбулаторных и стационарных учреждений все больше внимания уделяет больным ХБОД как с точки зрения дифференциальной диагностики, так и лечения этих заболеваний.

Сочетание туберкулеза с хроническими болезнями органов дыхания – одна из актуальных проблем современной фтизиатрии. Высокая пораженность населения хроническими болезнями органов дыхания создает дополнительные факторы риска заболевания туберкулезом (особенно распространенные и хронические его формы), а туберкулез может служить непосредственной причиной развития хронических заболеваний органов дыхания. Этот вопрос в современных эпидемиологических условиях, характеризующихся резким увеличением численности больных туберкулезом, а также высокой частотой ХБОД среди населения, приобретает важное практическое значение.

Россия достигла определенного прогресса в диагностике и лечении больных, страдающих ХБОД. Однако при сопоставлении данных эпидемиологических исследований в России и странах Западной Европы следует подчеркнуть, что необходима консолидация сил для дальнейшего развития этих достижений.

Литература

1. Литвинов В.И., Сельцовский П.И. и др. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и результаты противотуберкулезной работы в г.Москве. М. 2002 г.
2. Сон И.М., Гавриленко Н.Г., Андрюхина Г.Р. Выявление туберкулеза среди больных ХБОД. Сборник резюме 10 национального конгресса по болезням органов дыхания С-Пб. 2000 г. № 1136.
3. Иванова З.А., Ковалева С.И. Диспансерное наблюдение больных туберкулезом с хроническими болезнями органов дыхания. Методические рекомендации. М. 1995 г.

PULMONARY TUBERCULOSIS AND CHRONIC DISEASES OF ORGANS OF RESPIRATIONS

Z.A. IVANOVA, V.A. KOSHECHKIN, I.U. IAKUSHEVA

Course of tuberculosis RPFU. Moscow 117198 M-Maklaya st.8 Medical faculty

We had observe patients with active pulmonary tuberculosis and posttuberculosis pulmonary changes. There is considerable dissemination of CDOR among this patients (18%), especially with fibrocavernous and cirrhotic forms (every third and second patient). Authors are convinced pathogen tie of this diseases.