

АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Киличева Т.А.

*Киличева Тухтагул Абдуллаевна - ассистент,
кафедра пропедевтики детских болезней,
Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан*

Аннотация: *туберкулез бронхолегочной системы – это специфическое воспалительное поражение бронхиальной стенки, вызванное палочкой Коха. Совместное течение хронической обструктивной болезни с туберкулезом легких осложняет прогноз болезни и течение. Для туберкулеза бронхов типичен некупируемый приступообразный кашель с выделением скудной мокроты, боль в грудной клетке, одышка, кровохарканье. Диагноз выставляется с учетом данных рентгено-томографического исследования, бронхографии и бронхоскопии, анализа лабораторного материала.*

Ключевые слова: *туберкулез, обструктивная болезнь, кашель, болезнь, легкие, анализ.*

УДК: 378.147:004:61

Во всем мире в данное время зарегистрировано 2,2 миллиона новых случаев заболевания туберкулезом. Которые были связаны с нарушением питания, 740 тыс новых случаев туберкулеза были связаны с беспокойством, вызванным употреблением алкоголя и были связаны с курением [1]. Хроническая обструктивная болезнь легких - хроническое прогрессирующее заболевание легких, характеризующееся не полностью обратимым ограничением воздушного потока и развивается вследствие хронического воспаления дыхательных путей и тканей легкого в ответ на контакт с вдыхаемыми газами и пылевыми частицами [2]. Необходимо учитывать, что туберкулез является не только медико-биологической проблемой, связанной со взаимодействием организма человека и возбудителя, но и проблемой социальной [3]. Поскольку социальные факторы влияют на состояние здоровья населения в целом и отдельных его групп. Большое значение имеют материальный уровень жизни, санитарная грамотность и культура [4]. Род занятий, жилищные условия, обеспеченность медицинской помощью [5]. Демографические особенности также должны быть приняты во внимание при изучении туберкулеза с эпидемиологических позиций: возрастной состав населения, в том числе удельный вес детей, распределение по полу, рождаемость, плотность населения [6]. Основным источником заражения окружающих является больной туберкулезом легких с массивным бактериовыделением, который за сутки может с мокротой выделить миллиард и более микобактерий туберкулеза [7]. Опасность также невелика при выделении больными МБТ не с мокротой, а с мочой, гноем [8]. Наибольшую опасность представляют больные с обильным, постоянным бактериовыделением, которое выявляется с помощью микроскопии. Однако и при скудном бактериовыделении, обнаруживаемом только при посеве на питательные среды, больные также могут заражать окружающих, особенно при тесном контакте. Хроническая обструктивная болезнь является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний легких – во всем мире им страдают более 200 миллионов человек – и занимает 3 место среди причин смерти в мире после инфаркта и инсульта. Большинство факторов риска развития хронической обструктивной болезни происходят из внешней среды и основным из них является курение как активное, так и пассивное. Также важное влияние на развитие хронической обструктивной болезни оказывают: профессиональные вредности (постоянные контакты с мелкодисперсной биологической и минеральной пылью, работа в загазованных и запыленных помещениях), загрязнение воздуха жилых помещений в результате использования твердого топлива для обогрева помещения и приготовления пищи, загрязнение воздуха вне рабочих и жилых помещений. Среди профессий с повышенным риском развития ХОБЛ шахтеры, строители и работники металлургической промышленности. Кроме того, достаточную роль в развитии хронической обструктивной болезни играют и внутренние факторы – гиперреактивность бронхов, наличие бронхиальной астмы у человека или его близких родственников, частые бронхиты в детском возрасте, и чуть реже встречающийся дефицит альфа-антитрипсина. Важным отличием ХОБЛ от других хронических заболеваний легких является необратимая обструкция дыхательных путей, которая развивается вследствие сужения их просвета, фиброзных изменений, потеря эластичности легочной ткани. Основной причиной одышки при ХОБЛ является образование «воздушных ловушек», которые развиваются из-за нарушения опорожнения альвеол вследствие низкой эластичности легочной ткани. Именно образование «воздушных ловушек» приводит к развитию одышки, увеличению частоты дыхания, что опять же приводит к неполному опорожнению альвеол, формируя замкнутый круг повреждения легочной ткани. ХОБЛ поражает не только легочную ткань. Из-за постоянного недостатка кислорода и застоя мокроты в альвеолах для пациентов с ХОБЛ характерно развитие хронического воспаления, поражению сердечно-сосудистой системы, а длительно текущее заболевание может приводить к развитию клинической депрессии. Основными клиническими проявлениями ХОБЛ являются одышка при физической нагрузке, снижение толерантности к обычной физической нагрузке и кашель. Симптомы появляются уже на ранних стадиях заболевания и без должного лечения неуклонно прогрессируют, приводят к нарастанию дыхательной недостаточности, значительному

снижению качества жизни, инвалидности и при обострениях к смерти. При наличии перечисленных симптомов и факторов риска необходимо обратиться для консультации к врачу пульмонологу, который сможет дифференцировать ХОБЛ и другие хронические заболевания легких и подобрать правильную терапию. Первым этапом в диагностике ХОБЛ является сбор жалоб и определение их тяжести с помощью специализированных шкал САТ-тест и опросник mMRC. Далее проводится сбор анамнеза для выявления факторов риска и наследственной предрасположенности к развитию заболевания. На ранних стадиях заболевания физикальные методы исследования (перкуссия, пальпация и аускультация) не всегда дают точную информацию о наличии ХОБЛ и тяжести его течения. Однако при среднетяжелом и тяжелом течении, а также во время обострений при аускультации можно определить сухие гудящие хрипы на выдохе, что свидетельствует о сужении просвета бронхов. Кроме этого, необходимо обращать внимание на такие проявления хронических заболеваний легких, как деформация пальцев по типу «барабанных палочек» и ногтей по типу «часовых стекол».

Необходимым методом, который позволяет верифицировать диагноз ХОБЛ и определить тяжесть заболевания является спирография – исследование функции внешнего дыхания. Данное исследование необходимо проводить как при подозрении на наличие у человека ХОБЛ для подтверждения диагноза, так и на фоне проводимой терапии для оценки ее адекватности. В лечении ХОБЛ фармакологические и нефармакологические методы имеют одинаковую значимость и в отсутствии одного из них достичь ремиссии заболевания будет крайне затруднительно. Из нефармакологических методов наиболее важным является изменение образа жизни – в первую очередь отказ от курения. Если развитие ХОБЛ связано с профессиональными факторами (контакт с мелкодисперсной пылью), то необходимо уменьшить контакт с этими факторами например, ношением респираторов. В фармакотерапии ХОБЛ основное место занимают ингаляционные препараты, расширяющие просвет бронхов, за счет чего происходит уменьшение выраженности симптомов и замедление прогрессирования заболевания. В зависимости от тяжести течения ХОБЛ, данных спирографии и сопутствующих заболеваний врач-пульмонолог назначает терапию одним препаратом или комбинацией из двух препаратов. Реже в терапии ХОБЛ добавляются ингаляционные гормональные препараты, но это происходит при определенных условиях (сохранение симптомов, высокий уровень эозинофилов в крови, частые обострения). Короткодействующие ингаляционные препараты можно использовать совместно с базисной терапией для купирования приступов одышки, но следует избегать их использования в качестве единственной терапии, так как они увеличивают риск развития нежелательных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы и не препятствуют прогрессированию заболевания.

Список литературы

1. Ибодуллаева С.С. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Приаральском регионе. Журнал Проблемы современной науки и образования. №8(186) – 2023 год – Стр. 29-33.
2. Киличева Т. (2023). Особенности ухода, диагностики и лечения пациентов, болеющих туберкулезом у лиц пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами. Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья, №1(1), С 214–220. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/environmental-protection/article/view/19653> (дата обращения: 15.11.2023).
3. Аскарова Р. (2023). Своевременная диагностика кашля при бронхолегочных заболеваниях и туберкулезе легких. Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья, № 1(1), С. 207–213. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/environmental-protection/article/view/19652> (дата обращения: 15.11.2023).
4. Аскарова Р.И., Юсупов Ш.Р., Хасанова М.Ф., Атаджанова, О.Н. Основные меры профилактики населения Приаралья от туберкулеза для детей и подростков. Проблемы современной науки и образования - 2023 год, №7(185) – стр. 42-47.
5. Ибраимова Х.Р. Машаринова Ш.С., Матякубова А.У., Артиков И.А. ИНФИЦИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТ ЖИВОТНЫХ В НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ХОЗЯЙСТВАХ. Проблемы современной науки и образования - 2023 год, №7(185) – стр. 48-51.
6. Ташметова Г.Т., Ливерко И.В. Хроническая обструктивная болезнь легких в организованных коллективах. Туберкулез и болезни легких. 2020 год – Том 98(№6) – стр. 36-39. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-6-36-39>.
7. Ходжаева З. (2023). Бронхиальная астма и инфицирование туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов и бронхов. Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья, 1(1), 221–227. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/environmental-protection/article/view/19654> (дата обращения: 15.11.2023).
8. Киличева Т.А. САНИТАРНАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАПИТКА КУМЫС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛАБЛЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬСКОГО РЕГИОНА. // Вестник науки и образования. – 2023. – №. 2 (133). – С.87-90.