

## Туберкулез легких и сопутствующие заболевания респираторной системы

Центральный НИИ туберкулеза РАМН: 107564, Москва, Яузская аллея, 2

*E.I.Shmelev, G.M.Kuklina, M.A.Yakimova, N.M.Shmeleva, V.V.Punga*

## Pulmonary tuberculosis and underlying respiratory pathology

### Summary

The article is dedicated to non-tuberculosis lung diseases, such as chronic obstructive lung disease and asthma, in patients with pulmonary tuberculosis. Data on underdiagnosis of non-specific lung diseases (NSLD) in patients with pulmonary tuberculosis were based on results of epidemiologic studied. The authors analyzed potential reasons for underdiagnosis and treatment pitfalls in patients with NSLD and pulmonary tuberculosis and described the own experience on improving efficacy of treatment of pulmonary tuberculosis with successful modern therapy of underlying NSLD. The main reason for diagnostic and therapeutic pitfalls is unsatisfied knowledge of TB specialist in modern pulmonology as a result of dissociation of the latter and TB specialties.

**Key words:** tuberculosis, non-specific lung diseases, treatment, diagnosis.

### Резюме

Статья посвящена проблеме сосуществования у больных туберкулезом легких заболеваний легких нетуберкулезной природы: хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы. На основании данных эпидемиологического исследования были установлены факты гиподиагностики неспецифических заболеваний легких (НЗЛ) у больных туберкулезом. В статье анализируются причины гиподиагностики, а также ошибок, допускаемых фтизиатрами при лечении НЗЛ у больных туберкулезом легких; приводятся собственные данные повышения эффективности лечения легочного туберкулеза при успешной современной терапии сопутствующих НЗЛ. Основной причиной диагностических и лечебных ошибок, допускаемых фтизиатрами, является недостаточная осведомленность в вопросах современной пульмонологии, что является следствием межведомственной разобщенности.

**Ключевые слова:** туберкулез, неспецифические заболевания легких, лечение, диагностика.

Туберкулез, как инфекционное и социально значимое заболевание продолжает оставаться в России одной из серьезных проблем здравоохранения [1]. За период 1991–1997 гг. заболеваемость туберкулезом в России возросла на 117,4 %, а к 1998 г. составила 76 на 100 тыс. населения [2]. Эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу предполагает необходимость совершенствования методов профилактики, диагностики и лечения этого заболевания. Наличие легочного туберкулеза создает ряд предпосылок для возникновения сопутствующих заболеваний респираторной системы: длительность существования воспалительного процесса в респираторной системе с соответствующими морфологическими и функциональными последствиями, лекарственная агрессия [3, 4]. При этом нередко симптомы сосуществующего или присоединившегося неспецифического заболевания легких (НЗЛ), т. е. нетуберкулезного, расцениваются как проявление (осложнение) течения основного туберкулезного процесса и делаются маневры по модификации основной (базисной) химиотерапии туберкулеза. В то же время накоплено много фактов, свидетельствующих о том, что сосуществующие НЗЛ существенно отягощают течение туберкулезного процесса, модифицируют его клинические проявления и негативно влияют на конечный результат лечения. Наиболее изученным аспектом этой проблемы являются заболевания, протекающие с бронхиальной обструкцией: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), хронический бронхит, а также пневмония, опухоли легких.

Порой практически фтизиатрам не хватает знаний и технологической оснащенности для своевременной диагностики и адекватной терапии НЗЛ. В определенной мере этому способствуют межведомственные барьеры, разделяющие 2 специальности: фтизиатрию и пульмонологию.

Целью настоящего исследования явилось определение частоты наличия НЗЛ у больных туберкулезом легких (ТЛ), оценка возможностей их диагностики и лечения.

### Материалы и методы

Работа проведена на базе 6 регионов РФ (зоны курации ЦНИИТ РАМН), 2-го ПТД г. Москвы, Консультационно-диагностического центра и клиник ЦНИИТ РАМН. Экспертная оценка медицинских карт больных туберкулезом проведена у 4 443 больных из разных регионов, среди которых: Республика Ингушетия – 320 человек, Республика Марий-Эл – 524, Республика Калмыкия – 332, Астраханская обл. – 468, Ульяновская обл. – 865, Саратовская обл. – 805, и центров: ПТД № 2 г. Москвы – 861; КДЦ ЦНИИТ РАМН – 100, клиники ЦНИИТ РАМН – 113 пациентов.

Из них 1 474 больных ТЛ подвергнуты углубленному дообследованию для выявления НЗЛ путем анкетирования.

Таблица 1  
Частота выявления НЗЛ у больных ТЛ

Регион	n	Пневмония	ХБ	ХОБЛ	БА	Прочие	Всего, %
Республика Ингушетия	320	0	14	0	1	1	5
Республика Марий-Эл	524	6	12	0	1	38	10,8
Республика Калмыкия	382	1	1	0	1	52	16,6
Астраханская обл.	468	10	168	1	5	7	39,7
Ульяновская обл.	805	5	42	0	8	2	7,1
Саратовская обл.	865	13	367	0	9	14	46,6

Примечание: ХБ – хронический бронхит; БА – бронхиальная астма.

тирования, спирометрии с бронходилатационным тестом и физикальному обследованию. Кроме того, 435 больных ТЛ, у которых заболевание протекало с бронхообструктивным синдромом, проведена оценка влияния адекватной бронходилатирующей терапии на течение туберкулезного процесса. Результаты исследования подвергнуты статистической обработке.

### Результаты и обсуждение

Результаты экспертизы медицинских карт больных ТЛ в 6 регионах РФ представлены в табл. 1.

Очень большие различия в регионах по выявлению сопутствующих туберкулезу НЗЛ (46,6 % в Саратовской обл. vs 5 % в Ингушетии) могут объясняться не столько различием в течении туберкулезного процесса в отдельных регионах, сколько отношением фтизиатров к сопутствующим НЗЛ. Не исключено, что симптоматика НЗЛ у больных туберкулезом рассматривается как проявление туберкулезного процесса в легких. Практическое отсутствие ХОБЛ у больных туберкулезом во всех регионах, вероятнее всего, свидетельствует о недостаточной осведомленности фтизиатров по проблеме ХОБЛ. В любом случае мозаичность выявления НЗЛ у больных туберкулезом легких в разных регионах является предметом специального изучения, и приведенные цифры вряд ли отражают реальное положение дел.

Для уточнения этого предположения нами было проведено дообследование 183 больных ТЛ, находящихся в Москве, с целью выявления НЗЛ (табл. 2).

Представленные данные даже на ограниченном контингенте больных наглядно демонстрируют высокую частоту гиподиагностики, а следовательно, и отсутствия соответствующего лечения НЗЛ у больных туберкулезом легких.

Таблица 2  
Частота НЗЛ у больных ТЛ: фактическая и экспертная оценка (по данным обследования пациентов (n = 183) в ПТД № 2 г. Москвы и ЦНИИТ РАМН)

НЗЛ	До обследования, n (%)	После обследования, n (%)	Ранее не диагностированы
ХБ	19 (10,4)	27 (14,5)	+8
ХОБЛ	0	31 (16,9)	+31
БА	5 (2,7)	9 (4,8)	+4
Прочие	7 (3,8)	4 (2,2)	-3

При спирометрическом обследовании снижение объема форсированного выдоха за 1-ю с (ОФВ<sub>1</sub>) выявлено у 36 % больных. Из них при инфильтративном ТЛ ОФВ<sub>1</sub> был снижен у 26 % пациентов, при фиброзно-кавернозном – у 86 %, при диссеминированном туберкулезе – у 67 %, при посттуберкулезном пневмосклерозе – у 50 % больных. Результаты анализа материалов историй болезней пациентов с бронхиальной обструкцией и соответствующей терапией представлены в табл. 3.

Такая бронходилатационная терапия в наше время может свидетельствовать лишь о недостаточном обеспечении противотуберкулезных учреждений препаратами пульмонологического профиля и о неосведомленности фтизиатров о современных возможностях бронходилатирующей терапии.

У фтизиатров, естественно, возникает вопрос: "А так ли уж нужно лечить сопутствующие НЗЛ у больных туберкулезом? Вот вылечим туберкулез, тогда пусть пульмонологи и терапевты подключаются".

У 435 больных разными формами ТЛ, сочетающегося с бронхообструктивным синдромом, было оценено влияние успешной бронходилатации на течение основного процесса, по показателям абацилирования (табл. 4). Больные основной группы получали современную бронходилатирующую терапию по ступенчатому типу, в зависимости от выраженности бронхиальной обструкции (начиная с короткодействующих  $\beta_2$ -агонистов и антихолинергиков, длительно действующих  $\beta_2$ -агонистов и антихолинергиков, а также ингаляционных глюкокортикостероидов) [5]. Больные группы сравнения получали лишь эуфиллин, естественно, с гораздо меньшей эффективностью бронходилатации.

Таблица 3  
Назначенная терапия НЗЛ у больных ТЛ (по материалам историй болезней)

Лечение в стационаре получали 28 пациентов (73,7 %) из 38 нуждающихся		Лечение в поликлинике получали 2 пациента (11,7 %) из 17 нуждающихся	
Назначение	n	Назначение	n
Ингаляции гидрокортизона	17	Эуфиллин	1
Ингаляции бронхолитина	13	Теопек	1
Теопек, эуфиллин	10		
Сальбутамол	2		
Преднизолон	1		
Флуимуцил	2		
Бромгексин, мукалтин	10		

## Бактериовыделение у больных разных клинических групп в процессе 3-месячной терапии

Нозологические формы и степень бронхиальной обструкции	Основная группа, % больных с бактериовыделением		Группа сравнения, % больных с бактериовыделением	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
<b>Инфильтративный ТЛ</b>				
ОФВ <sub>1</sub> > 70 %	67,4 ± 3,76	0,6 ± 1,23*	68,3 ± 3,12	8,6 ± 1,43*
ОФВ <sub>1</sub> = 69–50 %	73,6 ± 3,12	1,1 ± 1,46*	72,8 ± 2,65	12,7 ± 1,02*
ОФВ <sub>1</sub> < 50 %	79,5 ± 4,04	3,8 ± 1,87*	78,1 ± 3,04	20,6 ± 2,12*
<b>Фиброзно-кавернозный ТЛ</b>				
ОФВ <sub>1</sub> > 70 %	70,1 ± 3,1	12,3 ± 3,6*	71,5 ± 2,78	18,7 ± 3,54*
ОФВ <sub>1</sub> = 69–50 %	87,5 ± 3,87	22,4 ± 2,76*	84,4 ± 4,12	34,4 ± 2,47*
ОФВ <sub>1</sub> < 50 %	91,1 ± 4,06	30,6 ± 2,32*	88,7 ± 3,76	45,7 ± 2,14*

Примечание: \* – различия достоверны по сравнению с исходными данными,  $p < 0,05$ .

Приведенные в табл. 4 материалы демонстрируют не только более выраженные показатели бактериовыделения у больных с тяжелой бронхиальной обструкцией, но и статистически значимое уменьшение бактериовыделения при успешной бронходилатации, что еще раз подтверждает необходимость терапии не только основного заболевания у пациентов с ТЛ, но и для лечения НЗЛ.

Как же сами больные ТЛ относятся к применению бронходилататоров (по показаниям)? Нами при анкетировании больных ТЛ (39 человек) были получены данные, позволяющие ответить на этот вопрос (табл. 5).

Таблица 5

## Отношение больных ТЛ к применению бронходилататоров (по показаниям), по результатам анкетирования пациентов (n = 39)

Вопрос	Ответ	n
Пользуетесь ли вы препаратами, которые уменьшают одышку, облегчают дыхание?	Да, постоянно	2
	Иногда	5
	Нет	32
Готовы ли вы покупать препараты, которые уменьшают одышку, кашель, хрипы?	Да	12
	Нет	27
Если да, то какую сумму вы можете потратить на препараты, которые уменьшают выраженность одышки, кашля, хрипов?	200–300 р. в месяц	2
	300–500 р. в месяц	4
	> 500 р. в месяц	4
	цена не имеет значения	2

## Заключение

- Наличие у больных ТЛ сопутствующих НЗЛ не во всех регионах России регистрируется, что создает условия для снижения эффективности лечения основного заболевания.
- Фтизиатры первичного звена недостаточно осведомлены о современных методах диагностики и лечения НЗЛ.
- Ошибки в терапии НЗЛ у больных ТЛ – основа для ятрогенных болезней.
- Препараты для лечения НЗЛ малодоступны для пациентов с ТЛ.

- Необходимо решение организационных вопросов по повышению качества лечения больных туберкулезом, сочетающимся с НЗЛ, путем проведения соответствующих образовательных программ как для фтизиатров первичного звена, так и для руководителей фтизиатрических служб в регионах, что приведет к совершенствованию диагностики и лечения, а также улучшению обеспечения фтизиатрической службы основными препаратами для лечения НЗЛ. Все это достижимо при интеграции фтизиатрической и пульмонологической служб в регионах.

## Литература

- Перельман М.И. (ред.). Фтизиатрия. Нац. руководство. М.: ГЭОТАР-медиа; 2007.
- Богородская Е.М., Шилова М.В. Эпидемиология туберкулеза в России. В кн. Перельман М.И. (ред.). Фтизиатрия. Нац. руководство. М.: ГЭОТАР-медиа; 2007. 130–137.
- Вильдерман А.М., Доставалова Э.П., Бусыгина Р.Н., Котгер Л.Я. Хронические неспецифические заболевания легких и туберкулез. Кишинев: Штиинца; 1988.
- Визель А.А. Туберкулез и хронические неспецифические болезни органов дыхания. В кн. Перельман М.И. (ред.). Фтизиатрия. Нац. руководство. М.: ГЭОТАР-медиа, 2007. 351–354.
- Шмелев Е.И., Куклина Г.М. Лечение бронхиальной обструкции у больных туберкулезом легких. Пульмонология 2005; 5: 25–39.

## Информация об авторах

Шмелев Евгений Иванович – д. м. н., проф., зав. отделом Центрального НИИ туберкулеза РАМН; тел.: (499) 785-90-31, (499) 785-91-56; e-mail: shmelev@mgts.ru

Куклина Галина Михайловна – к. м. н., научный сотрудник Центрального НИИ туберкулеза РАМН; тел.: (499) 785-90-31, (499) 785-91-56; e-mail: cniit@cniitramn.ru

Якимова Марина Артемовна – к. м. н., ведущий научный сотрудник Центрального НИИ туберкулеза РАМН; тел.: (499) 785-90-31, (499) 785-91-56; e-mail: cniit@cniitramn.ru

Шмелева Наталья Михайловна – к. м. н., ст. научный сотрудник Центрального НИИ туберкулеза РАМН; тел.: (499) 785-90-31, (499) 785-91-56; e-mail: shmelev@mgts.ru

Пунга Виктор Васильевич – д. м. н., проф., зав. отделом Центрального НИИ туберкулеза РАМН; тел.: (499) 785-90-31, (499) 785-91-56; e-mail: cniit@cniitramn.ru

Поступила 31.08.10  
© Коллектив авторов, 2010  
УДК 616.24-002.5-06