

УДК 616.24-002:615.8

Х.Т. АЛДАНГАРОВ

Противотуберкулезный диспансер, Турксибский район, г. Алматы

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В целом физиотерапия способствует преодолению торпидного сечения противотуберкулезного процесса и снижает число рецидивов и стоимость лечения.

**Ключевые слова:** реабилитация, туберкулез, клинические формы, лекарственная устойчивость, физиотерапия.

**Т**уберкулез – это хроническое инфекционное заболевание, вызываемое *Mycobacterium tuberculosis* с длительным периодом выделения возбудителя, многообразием клинических проявлений, поражением различных органов и систем. По определению ВОЗ, туберкулез является глобальной опасностью для человечества. Туберкулез – заболевание, для патоморфологической картины которого характерен весь спектр воспалительных изменений, развивающихся во времени и наслаивающихся друг на друга. Морфологически туберкулезное поражение представляет собой сочетание трех воспалительных процессов – альтерации, экссудации и пролиферации. Патогномоничен только туберкулезный бугорок, все остальные виды тканевых реакций могут встречаться и при других патологических процессах [1].

Развивающаяся морфологическая картина целиком определяется взаимодействием макро- и микроорганизма. Для макроорганизма интегральный показатель, предопределяющий тип тканевой реакции, – это состояние реактивности организма, вбирающее в себя иммунитет и аллергию. Из характеристик микроорганизма важны численность популяции, а также ее вирулентность.

После первого контакта человека с возбудителем туберкулезной инфекции в месте проникновения формируется первичный туберкулезный комплекс. В легких (типичное место образования первичного комплекса) он состоит из легочного аффекта, лимфангита и регионарных лимфатических узлов, подвергшихся казеозному некрозу. Однако первичный туберкулез имеет склонность к самозаживлению, такие изменения зачастую остаются незамеченными и самостоятельно разрешаются. Однако микобактерии сохраняются в лимфатических узлах пожизненно. В ситуациях, связанных со снижением иммунной защиты организма, они чаще всего служат причиной возникновения вторичных форм туберкулеза легких (инфильтративный, диссеминированный и др.). Распространение туберкулезной инфекции в организме человека может происходить четырьмя путями: контактным, лимфогенным, гематогенным или бронхогенным. Это обуславливает развитие самых разных клинических форм туберкулеза легких [2].

### А. Основные клинические формы

Группа 1. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.

Группа II. Туберкулез органов дыхания:

- первичный туберкулезный комплекс;
- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
- диссеминированный туберкулез легких;
- милиарный туберкулез;
- очаговый туберкулез легких;
- инфильтративный туберкулез легких;
- казеозная пневмония;
- туберкулез легких;
- кавернозный туберкулез легких;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;

- цирротический туберкулез легких;
- туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема);
- туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей и др. (носа, полости рта, глотки);
- туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез).

Группа III. Туберкулез других органов и систем.

### Б. Характеристика туберкулезного процесса

1. Локализация и протяженность в легких по долям, сегментам, а в других органах по локализации поражения.

2. Фаза: а) инфильтрации, распада, обсеменения; б) рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления.

3. Бактериовыделение: а) с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ+); б) без выделения микобактерий туберкулеза (МБТ-).

### В. Осложнения

Кровохарканье и легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, амилоидоз, свищи и др.

### Г. Остаточные изменения после излеченного туберкулеза

1. Изменения органов дыхания: фиброзные, фиброзно-очаговые изменения, кальцинаты в легких и лимфатических узлах, буллезно-дистрофические изменения, плевропневмосклероз, цирроз, состояние после хирургического вмешательства и др.

2. Изменения других органов: рубцовые изменения в различных органах и их последствия, обызвествление, состояние после оперативных вмешательств. В соответствии с современными требованиями в диагнозе указывают (при наличии такой информации) данные о лекарственной устойчивости МБТ.

Основа лечения туберкулеза – это комбинированная химиотерапия, требующая одновременного назначения четырех, а иногда и более противотуберкулезных препаратов (ППП). Однако с назначением ППП напрямую связаны две важнейшие современные проблемы практической фтизиатрии: лекарственная устойчивость МБТ и плохая переносимость химиотерапии.

Лекарственная устойчивость МБТ в настоящее время неуклонно нарастает. С ней связано снижение эффективности лечения больных туберкулезом. У пациентов, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы МБТ, наблюдается наибольшее количество рецидивов. Именно в случае полирезистентности МБТ требуется назначение не четырех, а пяти-шести (зачастую весьма токсичных) противотуберкулезных препаратов. Это в свою очередь приводит к резкому усилению побочных эффектов этих препаратов.

Лечение ППП часто приводит к токсическим и аллергическим реакциям. Чаще всего при этом страдают центральная нервная система (ото- и вестибулотоксические явления), печень (возможно развитие гепатотоксических

реакций, лекарственного гепатита), почки (нефротоксические реакции), желудок (токсический гастрит). Иногда развивается токсидермия.

Помимо туберкулостатических препаратов в лечении туберкулеза легких в настоящее время используется широкий спектр патогенетических средств: бронхолитики, муколитики и отхаркивающие препараты, кортикостероиды в низких дозах, иммунокорректирующие средства (полиоксидоний, ронколейкин, бестим и др.), антиоксиданты (тиосульфат натрия, витамин Е). Для профилактики токсических реакций, развивающихся в ответ на введение ПТП, назначают пиридоксин, аскорбиновую и аденозинтрифосфорную кислоты.

Основными методами физиотерапии являются аэрозольтерапия, фототерапия, лазерное излучение, электрофорез, индуктотермия, УВЧ- и СВЧ-терапия, ультразвуковая терапия.

Физиотерапия решает следующие задачи: повышение эффективности химиотерапии (улучшение проникновения ПТП в зону туберкулезного воспаления и в микобактериальную клетку, повышение концентрации ПТП); улучшение переносимости химиотерапии; коррекция патологических сдвигов (бронхорасширяющее, иммунокорректирующее действие, нормализация оксидантного статуса, улучшение микроциркуляции, снижение давления в сосудах малого круга кровообращения и др.); прямое бактерицидное или бактериостатическое действие на МБТ. Конечными целями применения физических факторов во фтизиатрии является повышение эффективности лечения больных туберкулезом (ускорение и увеличение частоты абациллирования и закрытия полостей распада у больных туберкулезом органов дыхания), уменьшение остаточных изменений, числа рецидивов и снижение стоимости лечения.

Физиотерапевтические методики, применяемые во фтизиатрии, способствуют преодолению торпидности, характерной для течения туберкулеза в современных условиях. Относительно дешевые, они дают хороший экономический эффект за счет улучшения результатов лечения и сокращения времени пребывания пациента на больничной койке.

Для применения методов физиотерапии во фтизиатрии существуют общие противопоказания:

1) прогрессирующий туберкулез легких (кроме аэрозольтерапии);

2) невозможность проведения адекватной химиотерапии (кроме аэрозольтерапии);

3) легочное кровотечение и кровохарканье;

4) тяжелые нарушения функций организма: недостаточность кровообращения II–III степени, дыхательная недостаточность II–III степени, почечная недостаточность II–III степени, тяжелая полиорганная недостаточность, кахексия;

5) тяжелые сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, тиреотоксикоз II–III степени, злокачественные новообразования, онкогематологические заболевания (последние два не относятся к аэрозольтерапии);

6) беременность (кроме аэрозольтерапии) [2].

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Хоменко А.Г. Химиотерапия туберкулеза легких. – М.: Медицина, 2000. – С. 36-38

2 Фармер П.Е., Кононец А.С., Борисов С.Е. и др. Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству: Гарвардская медицинская школа. Институт «Открытое общество» – М., 1999. – С. 8-10

### Т Ы Ж Ы Р Ы М

**Х.Т. АЛДАНГАРОВ**

*Туберкулезға қарсы диспансер,*

*Түркісіб ауданы, Алматы қ.*

**ТЫНЫС ЖОЛДАРЫ ТУБЕРКУЛЕЗЫМЕН АУЫРАТЫН-ДАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ**

Сонымен, туберкулезбен науқастарды реабилитациялау химиотерапия, патогенді құралдарды, физиеомдеу және т.б. пайдалана отырып кешенді болуы тиіс.

### S U M M A R Y

**H.T. ALDANGAROV**

*TB dispensary, Turksib district, Almaty c.*

**REHABILITATION OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS**

Thus, the rehabilitation of patients with tuberculosis should be integrated with the use of chemotherapy, pathogenetic agents, physiotherapy, etc.

## СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.314+616.716.8-07-053.2-084(072)

**Ж.Б. ДАУЛЕТЯРОВА**

*Детская стоматологическая поликлиника*

### НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПРИКУС

*В данной статье автор пишет о вредных привычках и других факторах, вызывающих зубочелюстные аномалии и своевременном обращении к врачу стоматологу-ортодонту для выявления стоматологических заболеваний. Раннее выявление, устранение вредных привычек и своевременное лечение аномалий приводят к быстрому исправлению неправильного прикуса.*

**Ключевые слова:** прикус, зубочелюстные аномалии, брекет-система, вредные привычки.

**В** развитии зубочелюстной системы ребенка различают несколько возрастных периодов: внутриутробный, до начала прорезывания молочных зубов (1-6 месяцев), формирования прикуса молочных зубов, подготовки к смене молочных зубов на посто-

янные (от 4 до 6 лет), смены молочных зубов, прикуса постоянных зубов [1].

Прикус молочных зубов начинает формироваться с шести месяцев, и этот процесс продолжается до 3-3,5 года (прорезывание молочных зубов заканчи-