

**Катичева А.В.^{1,2}, Браженко О.Н.¹, Браженко Н.А.¹, Чуйкова А.Г.¹, Николау А.В.³,
Статуо О.Ч.³**

**ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ
ЛЕГКИХ – ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ**

1-ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, кафедра социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии, г. Санкт-Петербург

2- ГБУЗ ЛО «Волховская МБ», Ленинградская область, г. Волхов.

3- ГБУЗ СПб «Пушкинский противотуберкулезный диспансер», г. Пушкин

Введение. Проблема коморбидности туберкулеза легких и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) сохраняет свою актуальность. Течение ХОБЛ сопровождается гипоксемией, системным воспалением, эндотелиальной дисфункцией (ЭД) сосудов и нарушением липидного обмена (ЛО). Эти изменения способствуют формированию мультифокального атеросклероза, системной артериальной гипертензии, ремоделированию сердца и быстрому развитию ишемической болезни сердца. Хроническая табачная интоксикация (ХТИ) и ХОБЛ у больных туберкулезом органов дыхания запускает каскад воспалительных реакций, которые влияют на гомеостатического равновесия организма (ГРО) и системный воспалительный ответ (СВО). В настоящее время вопросы, посвященные состоянию ГРО, характеристикам ЛО, сердечно-сосудистой патологии (ССП) и качества жизни (КЖ) у больных с сочетанной патологией, освещены недостаточно.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей состояния ГРО, ЛО, оценка КЖ, рисков развития ССП и рисков развития преждевременной смерти от них.

Материалы и методы. В исследование вошли 140 больных инфильтративным (ИТЛ) и диссеминированным туберкулезом легких (ДТЛ). В зависимости от наличия ХТИ и ХОБЛ в анамнезе все больные были разделены на две группы: группу сравнения (ГС) и группу наблюдения (ГН). В ГС вошли 50 больных ТЛ без ХТИ и ХОБЛ в анамнезе, а в ГН – 90 больных ТЛ в сочетании с ХТИ и ХОБЛ 1-3 степени. Распределение больных по полу и возрасту произошло следующим образом: в ГС находилось 18 женщин (36,0 %) и 32 мужчины (64,0%), средний возраст 37,9 лет. В ГН гендерно-возрастные характеристики были следующие: 26 женщин (28,8%) и 64 мужчины (71,2%), средний возраст был 41,2 года.

В ГС было 42 человека с ИТЛ (84,0%). Наличие распада в легочной ткани было определено у 25 человек (50,0%), бактериовыделение – у 21 человек (42,0%). Распределение больных ГН по клиническим формам несколько отличалось: ИТЛ был диагностирован у 36 человек (40,0%), а ДТЛ – у 54 человек (60,0%), при этом распад в легочной ткани был у – 64 человек (71,1%), а бактериовыделение - у 55 (61,1%). У больных ГН в анамнезе была ХТИ и ХОБЛ: ХОБЛ 1 ст.- 58 человек (64,4%), ХОБЛ 2 ст. – у 28 человек (31,1%), ХОБЛ 3 ст. – у 4 человека (4,5%). Критерии исключения: ВИЧ-инфекция, внелегочная патология в стадии обострения, метаболический синдром, экзогенные интоксикация, ХОБЛ 4 степени, профессиональные вредности,

перенесенный ранее острый инфаркт миокарда. При обследовании в ГС и ГН использовались ОДМ, ДМИ, изучены липидограммы, белковые фракции, выполнены ЭКГ, рассчитаны индексы курящего человека (ИКЧ) и индексы массы тела (ИМТ). Проведена оценка степени никотиновой зависимости (НЗ), оценка преждевременных рисков смерти от ССП. Состояние ГРО оценивалось по методике Н.А. Браженко (2017). Течение ХОБЛ и прогнозирование ее рисков проведено по шкале ABCD (GOLD, 2018).

Результаты исследования. У больных ГН чаще определялись распространенные туберкулезные изменения в легких с поражением более трех сегментов, с распадом легочной ткани. Кроме того, у больных ГН туберкулезный процесс чаще сопровождался выделением МБТ, в том числе у 36,6% с МЛУ/ШЛУ штаммы МБТ. ИКЧ у 80 человек (88,9%) составил более 10 пачка/лет, а у 43 человек (53,7%) - 20 пачка/лет и более. У 39 человек (43,3%) определялась средняя степень НЗ, у 34 больных (37,8%) - высокая и очень высокая степени НЗ. Изучение состояния ГРО позволило определить следующие степени нарушения: в ГС не было нарушений ГРО у 6 человек (12,0%), начальная степень была у 31 человека (62,0%), умеренная и глубокая – у 8 (16,0%) и 5 (10,0%) человек соответственно. В ГН распределение по степеням нарушения ГРО было другое: начальная степень была у 30 человек (33,3%), умеренная - у 35 (38,9%), глубокое и выраженное нарушение – у 25 человек (27,8%). Наиболее часто выраженные изменения ГРО были у больных с ИКЧ более 20 пачка/лет. Состояние ЛО: в ГС нарушения ЛО были у 11 человек (22,0%), в ГН изменения - у 49 человек (54,4%), при этом у 12 (24,5%) из них дислипидемия определялась на фоне дефицита массы тела. У больных ГН в 30,1 % случаев нарушения ЛО были связаны только с изменением β -липопротеидов, без изменения общего холестерина. У 32 больных с дислипидемией (65,3%) отмечалось увеличение содержания СРБ, что является прогностически неблагоприятным для развития ССП. У 40 больных ГН было изучено состояние белковых фракций: повышение содержания γ -глобулина определялось у 31 человека (88,6%), в том числе у 17 человек его повышение сочеталось с повышением α -2 – и β -глобулина. В ГС из 19 обследованных, изменения выявлены у 68,4%. По результатам проведенных ЭКГ в ГС патология выявлена у 32,0% больных, в ГН - у 62 человек (68,8%) (ремоделирование миокарда, изменение положения электрической оси сердца, вовлечение в процесс правых и левых отделов сердца). При анализе рисков развития ССО и преждевременной смерти получены следующие данные: в ГС низкий риск ССО определен у 37 человек (74,0 %), умеренный и высокий риск - у 11 (22,0 %) и 2 (4,0 %) соответственно. Такие больные преимущественно находились в возрастной группе старше 40 лет (n=8, 72,7%). В ГН больных с низким риском развития ССО не было. Умеренный риск развития ССО определялся у 51 человека (56,7 %). При этом преобладали больные в возрасте до 40 лет с ИКЧ менее 20 пачка/лет. Высокий риск развития ССО и преждевременной смерти выявлен у 39 человек (43,3%) ГН: это были больные в возрасте 41 год

и старше, преимущественно мужчины с ИКЧ более 20 пачка/лет. Риск смерти от ССЗ у них составил > 40% от общего числа смертельных исходов. В ГС низкое влияние заболевания на КЖ больных выявлено только у 35 больных (70,0%), умеренное – у 13 человек (26,0%), выраженное – у 2 человек (4,0%). У больных в ГН сочетание туберкулеза легких и ХОБЛ привело к ухудшению КЖ: слабое влияние у 27 человек (30,0%), умеренное влияние у 35 человек (38,9%), выраженное и очень серьезное у 28 (31,1%) человек. У 17, 3% больных ГН ХОБЛ имела низкий риск обострений. Более, чем у 50,0% больных ХОБЛ характеризовалась неблагоприятным течением с высоким риском обострений, более 2 раз в год (группы С и D), что является крайне неблагоприятным фактором для прогноза течения и развития осложнений ХОБЛ.

Выводы. У больных ТЛ в сочетании с ХОБЛ встречаются распространенные среднетяжелые и тяжелые формы заболевания. У этих больных определяются средняя и высокая степени зависимости от никотина, что требует на этапе отказа от курения не только психиологического сопровождения, но и медикаментозного вмешательства. Сочетание ТЛ и ХОБЛ вызывает более глубокие нарушения ГРО и выраженный СВО. Коморбидное состояние сопровождается выраженными нарушениями ЛО, ССП, неблагоприятным течением ХОБЛ и ухудшением КЖ этих больных.