

**ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЛИЦ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ТУБЕРКУЛЕЗ**

Иванова З.А. Ширманов В.И. Арсентьева Н.В.  
*Российский Университет Дружбы Народов,  
Москва*

Цель исследования: изучить распространенность клиники хронических болезней органов дыхания

(ХБОД) у больных с посттуберкулезными изменениями, состоящими на учете в диспансерах.

Для распространения ХБОД у лиц с посттуберкулезными изменениями был использован анкетным методом ВОЗ у 1530 больных, состоящих на диспансерном учете по III, IV группам.

Выявлено 222 больных с неспецифическими болезнями легких, которым проведено клиническо-функциональное обследование.

**Таблица 1.** Распределение больных ХБОД по возрасту и полу.

Пол	18-30 лет	31-50 лет	51 и выше	Всего
Мужской	14	37	158	209
Женский	6	21	56	83
Всего:	20	58	214	292

Среди обследованных нами больных преобладали мужчины (71,6%), в основном лица пожилого возраста (73,3%). По социальному составу: рабочих профессий 42% больных; служащих 15%; пенсионеров и инвалидов 42%; учащихся 1%. Из рабочих профессий в основном были работающие во вредных условиях труда (химические, газовые производства; производства с высокой запыленностью помещений, а так же с перепадами высоких и низких температур).

Помимо ХБОД у данного контингента отмечали другие заболевания: сердечнососудистой системы - 46%, желудочно-кишечного тракта 22%, хронический алкоголизм- 11%, прочие болезни 21%.

Из патологии сердечно сосудистой системы – 24% больных был поставлен диагноз – хронического легочного сердца.

Пациенты ХБОД, перенесшие туберкулез легких, представляют тяжелый контингент больных имеющих по 3 и более сочетанных заболевания.

**Таблица 2.** Формы ХБОТ обследованных нами больных представляют.

Хронический бронхит	Хроническая пневмония	Бронхиальная астма	Бронхоэктатич. болезнь	Абсцесс легкого	Эмфизема легких	Всего
201	35	12	24	6	14	292

В структуре ХБОТ преобладает хронический бронхит (ХБ) -- 68,8%, что соответствует эпидемиологическим данным других исследований населения (А.М. Вильдерман, З.А. Иванова, И.М. Сон, В.И. Литвинов, С.И. Ковянева.); на 2 месте по частоте случаев, но в 5 раз меньше ХБ – диагностирована хроническая пневмония (ХП) – 12%.

Анализ исходных форм туберкулеза показал, что преобладали распространенные и хронические формы; диссеминированный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких, дающие при заживлении большие остаточные изменения (фиброзные рубцы, диффузный пневмосклероз). Частота бактериовыделения и распада легочной ткани с формированием каверн также была высокой: у каждого 2 – 3 больного при выявлении туберкулеза. Пребывание в группах учета с активным туберкулезным процессом также было затяжным: у 50% больных более 8 лет.

Изучая частоту рецидивов туберкулеза у больных с посттуберкулезными изменениями и ХБОД, мы установили, что они в 3 раза превышают количество рецидивов у контрольной группы больных без сопутствующей патологии, кроме того, установлено более тяжелое течение туберкулеза с прогрессирующей легочно-сердечной недостаточностью. Из 29 больных с рецидивами туберкулеза – у 5 – летальный исход от декомпенсации сердечно-легочной недостаточности. Из форм ХБОД – рецидивы туберкулеза чаще развивались у лиц с ХП, бронхоэктазами и гнойным бронхитом. Из других заболеваний у данной группы боль-

ных отмечались хронический алкоголизм и нервно-психические расстройства.

Характерные особенности клинического течения ХБОД на фоне посттуберкулезных изменений в легких и бронхах были волнообразны. Обострения в осенне-осенний период из выраженных симптомов обострения ХБОД отмечались у 100% больных: усиление или появление одышки, кашля с мокротой (с большим количеством мокроты при гнойных бронхитах и бронхоэктазах); у половины больных – появление общих симптомов интоксикации (ночные поты, субфебрильная температура, снижение веса).

Электрокардиографическое обследование больных 68,5% имели изменения на ЭКГ в виде диффузных поражений миокарда, недостаточности коронарного кровообращения, нарушений проводимости по ножкам пучка Гиса, гипертрофия левых и правых отделов сердца.

Эндоскопическое обследование бронхов проведено у 70 больных. Данные бронхоскопии показали, что только у 10% больных нет патологии в бронхах, доступных осмотру. У 90% больных обнаружены рубцовые изменения слизистой бронхов, из них рубцовые стенозы у 38%, дисинезии крупных и мелких бронхов у 11%, изменения бронхов у половины больных связаны с посттуберкулезным пневмосклерозом и цирротическими изменениями в легочной ткани. Объемное уменьшение сегмента или доли легкого приводило к подтягиванию и перекручиванию бронхов, смещению бронхиального дерева. Бактериологические исследования микрофлоры при эндоскопии по-

казало, что чаще всего в бронхиальном секрете выявляется стафилококковая флора (50%), стрептококк и пневмококк выявлены в 9% и 10% соответственно, таким образом, у данного контингента обследованных эндоскопически больных, обнаружены как неспецифические изменения в бронхах, так и патология, связанная с перенесенным специфическим процессом в бронхах. Даже ограниченные эндобронхиты при туберкулезе легких (локальные, односторонние) снижают защитную функцию бронхов, делая их чувствительными к неблагоприятным факторам внешней среды (вторичной инфекции, загрязнению атмосферного воздуха и т.д.).

В свою очередь ХБОД является заболеванием, ускоряющим развитие туберкулеза или его рецидивов и способствуют его неблагоприятному течению. Поэтому необходимо проводить профилактические осмотры больных не реже 2-х раз в год, как группы повышенного риска заболевания туберкулезом. У больных с посттуберкулезными изменениями при обострении у них ХБОД необходимо также исследование мокроты на микобактерии туберкулезом, чтобы не пропустить рецидив специфического процесса.

Туберкулез легких создает условия для возникновения ХБОД, определенное значение в возникновении посттуберкулезных изменений придается перестройки архитектоники легочной ткани и нарушение дренажной функции бронхов.

Сложность диагностики сочетанных заболеваний вынуждает врачей постоянно повышать квалификацию и использовать все диагностические возможности.

Распространенность ХБОД среди населения, в этом числе среди больных, состоящих на учете в туберкулезных диспансерах, высокий уровень их инвалидизации – позволяет нам считать профилактику неспецифических заболеваний легких одной из важнейших задач здравоохранения.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Актуальные проблемы науки и образования», ВРАДЕРО (Куба), 20-30 марта 2006г. Поступила в редакцию 13.02.2006г.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИОМЫ МАТКИ 36 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ**

Кипяткова Н.Г.

*Российский Университет Дружбы Народов,  
Москва*

Миома матки (лейомиома)- доброкачественная гормонально-зависимая опухоль миометрия, является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которое встречается у 35-40% женщин старше 35 лет, после 40 лет она диагностируется в 60-70% случаев. Миома матки может достигать гигантских размеров-больше 20 недель беременности. Клиническая картина при миоме отличается широким разнообразием и зависит от возраста пациентки, длительности заболевания, локализации и величины опухоли- симптоматически может проявляться обильными дисфункциональными маточными кровотечениями- анемией; хроническим болевым синдром, син-

дром сдавления соседних органов- что часто встречается при значительном увеличении миомы матки в размерах.

Цель данного исследования - продемонстрировать уникальный случай миомы матки 36 недель беременности в условиях городского мегаполиса.

Методы исследования- сбор анамнеза; осмотр; УЗИ органов малого таза; клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма.

Под нашим наблюдением в гинекологическом отделении ГКБ № 64 г.Москвы- на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, находилась больная Ш.,47 лет- поступила в больницу 3.ХП.05 для планового оперативного лечения с диагнозом- «Миома матки быстрорастущая гигантских размеров. Анемия II ст. При поступлении жаловалась на затрудненное мочеиспускание, чувство дискомфорта в области живота, слабость.

История настоящего заболевания- Миома матки 12-14 недель беременности диагностирована в октябре 1999 г.- больной было предложено оперативное лечение, от которого она отказалась по семейным обстоятельствам. С октября 2000 года - отмечает меноррагии, по поводу чего было произведено раздельное диагностическое выскабливание (гистология не известна). В дальнейшем у гинеколога не наблюдалась до октября 2005 г. В августе 2005 г.- появились жалобы на головокружение, затрудненное мочеиспускание. В клиническом анализе крови отмечалась выраженная анемия (Hb до 56 г/л). В октябре 2005 г. с вышеуказанными жалобами обратилась к врачу женской консультации и была направлена в ГКБ№ 64. Из гинекологического анамнеза- менструации с 14 лет, по 5-6 дней, через 25-26 дней, регулярные, безболезненные, обильные. Последняя менструация- 27/X-3/XI.05. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Имела 4 беременности, которые закончились 2 своевременными родами и двумя искусственными абортами; без осложнений. Среди гинекологических заболеваний- миома матки с 1999 г. Венерические заболевания- отрицает. Влагалищное исследование- тело матки в срединном положении, увеличено до 36-37 недель беременности, плотное, неподвижное, безболезненное. Придатки (справа и слева)- без особенностей. Своды- свободные, безболезненные. Выделения из половых путей- слизистые. Общий статус- состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Рост-168 см, вес-102 кг (ИМТ= 36). АД- 140/80 мм.рт.ст., пульс- 76 уд. в минуту, ритмичный. Живот- увеличен за счет объемного образования с бугристой поверхностью, плотное, неподвижное, безболезненное, на 35-40см выше лона. Данные лабораторных методов исследования- клин. анализ крови (от 3.ХП.05):Hb-63 г/л, эритроц.- $2,7 \cdot 10^{12}$  /л, лейкоц.- $10,1 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-20 мм/час; биохимич. анализ крови (от 3.ХП.05): креатинин (сыв.)-66 мкмоль/л, общий билирубин-8,9 мкмоль/л, К-3,59 ммоль/л, Cl-102,6 ммоль/л, общ.белок-57,7 г/л, Fe-2,0 мкмоль/л; коагулограмма (3.ХП.05): ПТИ-67 сек, концентрация фибриногена 535 мг/дл, АЧТВ- 30 сек. По данным УЗИ органов малого таза (от 13.Х.05)- миома матки быстрорастущая гигантских размеров, множествен-