

С. В. Зайков, А. Б. Дудник
ЧАСТОТА, КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ
БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ
ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Бронхообструктивний синдром (БОС) відноситься до універсальних патологічних синдромів, характерних для більшості захворювань респіраторної системи, в тому числі і для туберкульозу легень (ТЛ). В його основі лежить порушення бронхіальної прохідності функціонального або органічного генезу, яке проявляється обмеженням потоку повітря при акті дихання і відчувається хворим як задишка експіраторного характеру [1, 11, 13]. Окрім клінічних симптомів, прояви БОС супроводжуються також зниженням об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ₁) [1, 6].

ТЛ відноситься до хвороб, при яких бронхообструкція є факультативною, але часто наявність БОС призводить до регіонарного погіршення кровообігу, розвитку гіпоксемії та гіперкапнії, дихальної недостатності, формування хронічного легеневого серця, що обумовлює високу смертність та інвалідизацію хворих на туберкульоз [1, 3]. При цьому у хворих із даною патологією частіше (в 3,5 рази) зустрічається деструкція легеневої тканини та в 1,6 разів частіше побічні реакції на антимікобактеріальні препарати [1]. Розрізняють 3 форми поєднання БОС та ТЛ [1, 7, 13]: а) паратуберкульозний (передуючий ТЛ), як прояв хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ); б) метатуберкульозний БОС, виникаючий при тривало протікаючому активному туберкульозі; в) посттуберкульозний БОС, що розвивається після вилікування активного туберкульозу на фоні залишкових посттуберкульозних змін в легенях.

Оскільки БОС, за даними літератури [1, 10, 13, 11], нерідко зустрічається при ТЛ і може суттєво вплинути на клінічний перебіг і прогноз захворювання, метою нашого дослідження було визначення частоти та особливостей перебігу БОС у хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ), а також підвищення ефективності лікування пацієнтів шляхом застосування бронхолітичної терапії.

Дизайн дослідження

Дане дослідження було проведене в 2007–2008 роках на базі Вінницького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру і було рандомізованим когортним контрольованим інтервенційним. Воно було схвалено Комітетом з біоетики, а всі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у ньому. В 1-й день дослідження пацієнтів рандомізували за допомогою мультиплікативного лінійного конгруентного генератора послідовності псевдовипадкових чисел Парка-Міллера.

Характеристика об'єктів та методів дослідження

Частота і клінічні особливості БОС були визначені серед 130 хворих з різними формами ВДТБ органів дихання, що перебували на стаціонарному лікуванні. Ефективність лікування хворих на ТЛ з ознаками БОС була визначена серед 44 пацієнтів, які були розподілені шляхом рандомізації на групи дослідження (основну) та

порівняння (контрольну). Після проведеної рандомізації у групу дослідження або основну увійшли 21 пацієнт (47,73 %), яким на фоні хіміотерапії в якості патогенетичного лікування призначався комбінований інгаляційний бронхолітик «Беродуал Н» (іпратропію бромід 20 мкг та фенотеролу гідробромід 50 мкг у одній дозі) тричі на добу протягом місяця на тлі стандартної антимікобактеріальної терапії (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід та етамбутол або стрептоміцин). У групу порівняння або контрольну увійшли 23 (52,27 %) пацієнти, які отримували лише вищенаведений стандартний режим антимікобактеріальної терапії.

Критеріями включення в основну групу були ознаки входу пацієнта з протоколом дослідження і підписання ним форми інформованої згоди; вік пацієнта старше 18 років; діагноз ВДТБ органів дихання; показник ОФВ₁ < 80 % від належного; часткова або повна зворотність ОФВ₁ в пробі із 100 мкг фенотеролу. Із дослідження були виключені хворі, які відмовлялись брати участь в дослідженні; пацієнти, в анамнезі яких відмічались наявність ХОЗЛ та/або бронхіальної астми; тяжкі неконтрольовані супутні захворювання з боку інших органів та систем; підвищена чутливість до застосованого бронхолітику; пацієнти, які палили більше 10 пачок/років; працювали у шкідливих умовах, пов'язаних з підвищеною запиленістю. Рандомізацію та подальшу статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою статистичної програми SPSS Version 16.0.

Пацієнти в обох групах суттєво не відрізнялися між собою за статтю, віком та клінічними формами ТЛ. Так, у основній групі було 18 (85,71 %) чоловіків та 3 (14,29 %) жінок, а у контрольній групі було 16 (69,56 %) чоловіків і 7 (30,44 %) жінок. Середній вік обстежених склав $(42,23 \pm 1,36)$ та $(45,27 \pm 1,68)$ років відповідно. У основній групі було 16 хворих на дисемінований ТЛ, по 2 особи з інфільтративною або фіброзно-кавернозною формою захворювання та 1 обстежений із вогнищевим ТЛ. У контрольній групі було 12 осіб з дисемінованим, 6 обстежених з інфільтративним, 3 пацієнти з фіброзно-кавернозним та 2 хворих із вогнищевим ТЛ.

Всім хворим проводилось анкетування, загальноклінічне, лабораторно-інструментальне обстеження, яке включало рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, мікроскопічне і культуральне дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу, загальні аналізи крові і сечі, фібробронхоскопію, електрокардіографію, дослідження функції зовнішнього дихання тощо.

Результати дослідження та їх обговорення

Ознаки БОС були виявлені у 78 із 130 (60,0 %) хворих на ВДТБ органів дихання, зокрема у 27,8 % хворих на вогнищевий ТЛ, у 85,9 % осіб з дисемінованим ТЛ, у 54,2 % обстежених з інфільтративною та у 73,3 % хворих з фіброзно-кавернозною формою захворювання. Отже, частіше БОС супроводжував такі найбільш поширені та тяжкі форми ТЛ, як дисемінований та фіброзно-

кавернозний. Згідно даних Е. І. Шмелёва [1] серед хворих на ВДТБ БОС спостерігається в межах від 57,4 % до 63,8 % випадків. Аналіз респіраторних скарг дозволив з'ясувати, що найчастіше проявами БОС у хворих на ВДТБ були задишка з утрудненим видихом (83,78% випадків), відчуття нехватки повітря (70,27% спостережень), слабкопродуктивний кашель (82,43% випадків). Крім того, звернуло на себе увагу, що сухі хрипи в легенях вислуховувались лише в 62,16 % пацієнтів з БОС, що ще раз підкреслило обов'язковість проведення спірографічного дослідження даній когорті пацієнтів.

Вивчаючи вентиляційну функцію легень залежно від анатомічного рівня бронхіальної обструкції, враховуючи максимальну об'ємну швидкість при видиху на рівні 25, 50, 75 % від форсованої життєвої ємності легень (ФЖЕЛ) (МОШ25, МОШ50, МОШ75), ми встановили, що у хворих на ВДТБ в основному вражалися дрібні бронхи — 75,67 % спостережень, що вірогідно пов'язано з десинхронізацією функції мукоциліарного апарату та бронхіальної прохідності (95% за результатами дослідження С. Б. Нореяка у Донецькому регіоні [10]). Як відомо, у східному регіоні України значну частку в структурі клінічних форм туберкульоз займає коніотуберкульоз, що може обумовлювати відмінності від даних нашого дослідження. Ураження крупних бронхів мало місце у 16,22 % обстежених, а бронхів середнього калібру — у 8,11 % хворих. У середньому серед хворих всіх обстежуваних груп показник $ОФВ_1$ становив 52,28 % від належних величин. Отже, у більшості хворих на ТЛ відбувалося зниження $ОФВ_1$ — основного показника, за яким діагностується порушення бронхіальної прохідності. Таким чином, у хворих на ТЛ порушення бронхіальної прохідності спостерігалось на рівні великих, середніх і дрібних бронхів, що свідчить про генералізований тип бронхіальної обструкції.

Значний інтерес становили дані фібробронхоскопії у хворих на ВДТБ з БОС. Так, питома вага неспецифічного дифузного катарального ендобронхіту була виявлена серед хворих на ВДТБ з БОС в 77,4 % випадків (77,5 % за результатами дослідження О. І. Новожилової [9]), зокрема при фіброзно-кавернозному ТЛ у 93,4 % хворих, у 82,7 % обстежених з дисемінованою та у 56,2 %

осіб з інфільтративною формою захворювання. Значно рідше зустрічались атрофічна та гіпертрофічна форми неспецифічного ендобронхіту (лише у 1,7 % та 1,2 % пацієнтів відповідно). Такі варіанти запалення в бронхах були обумовлені, ймовірно, безпосереднім токсико-алергічним впливом туберкульозного процесу на слизову оболонку бронхів. При цьому у 2,7 % хворих було діагностовано інфільтративний туберкульоз бронха. Нормальна ендоскопічна картина спостерігалась лише у 17,0 % обстежених з ТЛ та БОС.

Вивчення динаміки вираженості респіраторної симптоматики у хворих основної та контрольної груп під впливом відповідного лікування показало, що такі симптоми, як кашель, сухі хрипи в легенях, задишка зменшувались протягом лікування у всіх досліджуваних групах, проте найбільш значиме покращання спостерігалось у групах, пацієнти яких отримували патогенетичну бронхолітичну терапію. При цьому характерною була така закономірність: при меншій вираженості бронхіальної обструкції відбувалася більш виражена інволюція респіраторних симптомів, що пов'язано зі зворотністю бронхіальної обструкції на ранніх стадіях захворювання. Саме тому БОС у хворих на ТЛ потребує корекції навіть при наявності легкого ступеня бронхообструкції. В ході проведених досліджень встановлено, що найбільш достовірного зменшення серед симптомів під впливом інгаляції бронхолітиків зазнавала задишка, в той час, коли традиційна хіміотерапія суттєво не впливала на динаміку задишки. Так, до початку лікування серед хворих основної групи на задишку скаржились 15 (71,43 %) респондентів, слабкопродуктивний кашель — 17 (80,95 %), сухі свистячі хрипи вислуховувались у 13 (61,91 %), приступи утрудненого дихання вночі — у 10 (47,62 %). Серед хворих контрольної групи на задишку нарікали 23 (100 %) респондентів, слабкопродуктивний кашель — 5 (21,74 %), сухі свистячі хрипи вислуховувались у 11 (47,83 %), приступи утрудненого дихання вночі — у 11 (47,83 %) хворих.

Динаміка респіраторних симптомів (рис. 1) порівнювалась у досліджуваних групах за допомогою непараметричного критерію Kuiper test. У основній групі респіраторні симптоми зменшились з $(6,0 \pm 0,1)$ балів до $(0,77 \pm 0,1)$ балів, тобто в 7,79 раз ($p < 0,01$). У контрольній групі респіраторні симптоми зменшились з $(5,9 \pm 0,11)$ балів до $(2,73 \pm 0,11)$ балів, тобто в 2,16 раз ($p < 0,01$). Згідно даних Е. І. Шмелёва [1], респіраторна симптоматика при терапії БОС зменшується у хворих на інфільтративний ТЛ — у 8 разів, при фіброзно-кавернозному ТЛ — в більш ніж 3 рази.

При оцінці змін показника $ОФВ_1$ у хворих на ВДТБ було встановлено (рис. 2) його зростання у пацієнтів всіх досліджуваних груп, проте достовірно швидші темпи та більший приріст $ОФВ_1$ було зафіксовано у хворих основної групи ($p < 0,01$). Приріст показника $ОФВ_1$ у відповідь на бронхолітичну терапію є об'єктивною відмінністю між БОС при ТЛ та поєднання ТЛ і ХОЗЛ. При цьому, значне збільшення показника $ОФВ_1$ відбулося вже протягом першого місяця лікування, після чого бронходилататорна терапія дозволила підтримувати показник $ОФВ_1$ вже на досягнутому рівні.

Враховуючи дані функціонального моніторингу показника $ОФВ_1$, як найбільш об'єктивного функціонального критерію бронхіальної обструкції, було встановлено, що хіміотерапія підсилена патогенетичним бронхо-

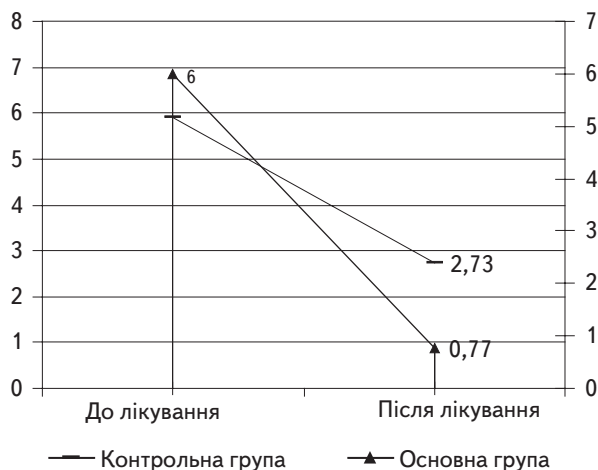


Рис. 1. Динаміка респіраторних симптомів в балах у обстежених основної та контрольної груп

літичним лікуванням БОС, сприяла кращому відновленню функціонального стану легень. Аналіз отриманих даних було здійснено за допомогою модуля непараметричної статистики критерію Вілкоксона-Мана-Уїтні ($P < 0,001$). При цьому найбільший приріст показника ОФВ₁ було зафіксовано саме у основній групі обстежених. Так, до лікування він становив ($47,90 \pm 3,04$)%, а після лікування — ($63,09 \pm 3,42$)% ($P < 0,001$). Натомість у контрольній групі зростання показника ОФВ₁ визначалось лише від ($55,04 \pm 2,76$)% на початку лікування до ($61,82 \pm 2,60$)% після його проведення ($P < 0,01$).

Відомо, що найбільш важливими показниками ефективності лікування хворих на деструктивний ТЛ є терміни припинення бактеріовиділення та рубцювання деструкції легеневої тканини. Так, за нашими даними, терміни припинення бактеріовиділення у хворих на ВДТБ залежали від ступеня порушення функції зовнішнього дихання та комплексу проведених лікувальних заходів. Конверсії мазка було досягнуто у всіх (100%) хворих основної групи з бактеріовиділенням в середньому за ($76,0 \pm 4,63$) днів та у 15 (93,75%) хворих контрольної групи з бактеріовиділенням в середньому за ($98,0 \pm 4,45$) днів. Загоєння каверн було досягнуто у 15 (71,43%) хворих основної групи в середньому за ($101,0 \pm 3,19$) днів. При цьому у 1 (4,76%) пацієнта була досягнута виражена регресія порожнини розпаду — зменшення її розміру та розсмоктування перифокальної інфільтрації. Загоєння каверн також було досягнуто у 15 (65,22%) хворих контрольної групи, але в середньому за ($112,0 \pm 3,17$) днів. У 2 (8,70%) пацієнтів була досягнута лише часткова регресія порожнин розпаду на тлі розсмоктування та ущільнення вогнищевих тіней в легенях.

Таким чином, у пацієнтів основної групи припинення бактеріовиділення відбувалося достовірно швидше, ніж у хворих контрольної групи на ($22,0 \pm 3,1$) дні (згідно непараметричного критерію Wald-Wolfowitz runs test, $p < 0,01$). Загоєння деструкцій також відбувалося достовірно швидше в основній групі, ніж у хворих контрольної групи на ($11,0 \pm 2,7$) дні (згідно непараметричного критерію Wald-Wolfowitz runs test, $p < 0,01$). Такий позитивний ефект бронходилатаційної терапії викликаний поліпшенням дренажної функції бронхів, що обумовило збільшення оксигенації легеневої тканини, внаслідок чого відбувається прискорення репаративних процесів та зменшення можливості контамінації порожнин розпаду вторинною мікрофлорою. Крім того, більшість пацієнтів після застосування бронхолітичної терапії почали почувати себе набагато краще, це пропорційно поліпшило комплаєнс, хворі стали більш серйозно відноситись до лікування, що безумовно підсилило позитивний вплив прийому препаратів на основні критерії ефективності лікування.

Важливе значення в нашій роботі було відведено аналізу середніх термінів перебування в стаціонарі хворих основної та контрольної груп, оскільки це відображає економічну ефективність застосування схем лікування хворих на ТЛ з БОС. Аналізуючи термін перебування в стаціонарі, ми встановили що найменшим він був серед пацієнтів основної групи — ($106,95 \pm 7,83$) днів, в той час як для пацієнтів контрольної групи термін перебування в стаціонарі становив ($118,42 \pm 6,28$) днів ($p < 0,01$). Таким чином, для хворих на ВДТБ з БОС, які отримували в якості патогенетичного лікування комбінований брон-

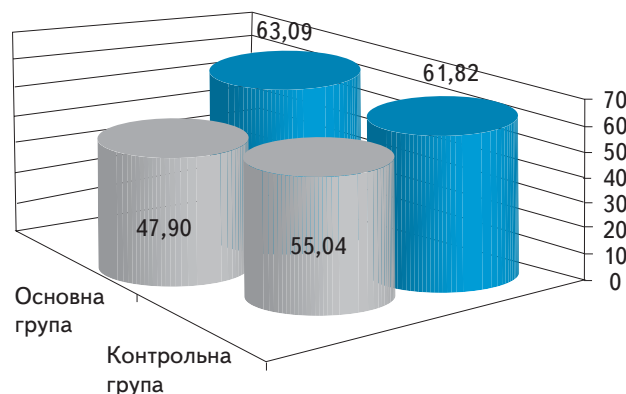


Рис. 2. Динаміка показника ОФВ₁ (%) в групах обстежених до та після лікування БОС

холітичний препарат «Беродуал Н», термін перебування в стаціонарі зменшувався на ($11,47 \pm 7,05$) днів порівняно з групою контролю ($p < 0,01$). Якщо поррахувати, що вартість одного ліжка-дня у 2008 році в Вінницькому обласному клінічному протитуберкульозному диспансері становила в середньому близько 100 грн., а вартість комбінованого бронхолітика «Беродуал Н» 200 доз — близько 85 грн., то виходить, що економити на патогенетичній терапії для держави збитково. Порівняно із лікуванням хворого тільки антимікобактеріальними препаратами при додатковому застосуванні запропонованих режимів патогенетичної терапії вартість лікування одного хворого збільшується в середньому на ($85,5 \pm 5,98$) грн., але якщо врахувати зменшення витрат у зв'язку із скороченням тривалості перебування хворих у стаціонарі, на оплату листів непрацездатності, підвищення ефективності лікування за критерієм загоєння порожнин розпаду, зменшення частоти хронізації вперше діагностованого туберкульозу, можливою побічною дією антимікобактеріальних препаратів, то завдяки цьому економічний ефект складає в середньому ($1908,65 \pm 168,52$) грн., тобто він у вісімнадцять разів переважає над, здавалось би, додатковими витратами. Це обґрунтовує доцільність застосування диференційованої патогенетичної терапії у хворих на туберкульоз легень. Застосування досліджуваних режимів бронхолітичної терапії дозволили зменшити вартість лікування кожного хворого на ВДТБ з БОС на 1147 грн. при застосуванні комбінованого бронхолітика «Беродуал Н» (не враховуючи витрати, пов'язані із оплатою лікарняних листів). Крім того, зменшуючи термін перебування хворих в стаціонарі можна також значно знизити ризик розвитку нозокоміального резистентного туберкульозу, проблема якого на сьогодні активно обговорюється в медичних публікаціях.

Висновки

1. Для пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом органів дихання характерною є наявність бронхообструктивного синдрому, ступінь вираженості якого прямо пропорційно залежить від тривалості та розповсюдженості туберкульозного процесу.

2. При бронхообструктивному синдромі у хворих на туберкульоз в основному вражаються дрібні бронхи, а

згідно даних фібробронхоскопії частіше діагностувався неспецифічний дифузний катаральний ендобронхіт.

3. Використання комбінації іпратропію броміду та фенотеролу гідроброміду в поєднанні зі стандартними режимами антимікобактеріальної терапії дозволяє прискорити зникнення респіраторних симптомів, скоротити терміни конверсії мазка мокротиння і загаснення деструкцій в легенях, що має позитивні соціально-економічні наслідки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шмелёв, Е. И. Бронхообструктивный синдром и его коррекция у больных туберкулезом легких [Текст] / Е. И. Шмелёв // Consilium medicum. — 2007. — № 4. — С. 5–7.
2. Деякі можливості ранньої діагностики бронхообструктивного синдрому у хворих на туберкульоз легень [Текст] / М. М. Кужко, С. М. Куріло, Л. М. Процик // Інфекційні хвороби. — 2000. — № 3. — С. 26–31.
3. Значення бронхоспазму в розвитку бронхіальної обструкції при захворюваннях легень [Текст] / В. Б. Нефёдов, Е. А. Шергина // Проблемы туберкулеза. — 2001. — № 2. — С. 37–40.
4. Ільницька, Л. І. Особливості ендоскопічних проявів запалення слизової оболонки бронхіального дерева при туберкульозі органів дихання у підлітків [Текст] / Л. І. Ільницька // Укр. пульмонолог. журн. — 2007. — № 4. — С. 29–32.
5. К вопросу о лечении бронхиальной обструкции у больных туберкулезом органов дыхания [Текст] / И. Э. Степанян, Г. В. Щербаков // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. — 2004. — № 11. — С. 12–17.
6. Кужко, М. М. Бронхообструктивный синдром, як актуальна проблема сучасної фтизіатрії (до питання про патогенез, діагностику, клінічний перебіг) [Текст] / М. М. Кужко, С. М. Куріло, Л. М. Процик, І. В. Джавад. Укр. пульмонолог. журн. — 2000. — № 1. — С. 25–28.
7. Мамилляев, Р. М. Комплексная клинко-рентгенологическая и функциональная диагностика нарушений бронхиальной проходимости у больных туберкулезом легких и хроническими неспецифическими заболеваниями легких [Текст] / Р. М. Мамилляев, Е. А. Шергина, Т. В. Мацулич // Пробл. туберкулеза. — 1992. — № 3–4. — С. 47–49.
8. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія".
9. Новожилова, О. І. Патоморфоз бронхологичних змін у хворих на туберкульоз органів дихання [Текст] / О. І. Новожилова // Укр. пульмонолог. журн. — 2007. — № 4. — С. 6–8.
10. Норе́йко, С. Б. Лікування туберкульозу легень, ускладненого бронхообструктивним синдромом [Текст] / С. Б. Норе́йко // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 3. — С. 171–172.
11. Особливості бронхіальної патології у хворих на туберкульоз легень з порушеннями функції зовнішнього дихання в залежності від типу специфічного процесу [Текст] / О. М. Разнатовська, Н. С. Пухальська, О. А. Растворов, В. М. Хлестун // Запорізьський медичний журнал. — 2008. — № 1. — С. 30–31.
12. Пухальська, Н. С. Диференційований підхід до вибору бронхолітиків при лікуванні хворих на рецидиви туберкульозу легень з порушеннями функції зовнішнього дихання [Текст] / Н. С. Пухальська // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 3. — С. 188–189.
13. Тамашкина, Г. Н. Частота и характер поражения бронхиальной системы у больных туберкулезом органов дыхания в современных условиях [Текст] / Г. Н. Тамашкина // Проблемы туберкулеза. — 1999. — № 6. — С. 26–30.
14. Imhof, E. Comparison of bronchodilator effects of fenoterol/ ipratropium bromide and salbutamol in patients with chronic obstructive lung disease [Text] / E. Imhof, S. Elsasser, W. Karrer // Respiration. — 1993. — Vol. 60. — С. 84–88.
15. Lowry, R. Antitussive properties of inhaled bronchodilators on induced cough [Text] / R. Lowry, A. Wood, T. Johnson, T. Higgenbottom // Chest. — 1988. — Vol. 93. — P. 1186–1189.

ЧАСТОТА, КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

С. В. Зайков, А. Б. Дудник

Резюме

В статті вивчено частоту, особливості клінічного перебігу, ефективність лікування бронхообструктивного синдрому у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання. Встановлено, що бронхообструктивний синдром діагностується серед 60,0 % хворих на туберкульоз легень і частіше зустрічається у пацієнтів із поширеними та тяжкими за клінічним перебігом формами захворювання. При туберкульозі легень в основному (75,67 % випадків) уражаються малі бронхи, а головними клінічними симптомами бронхообструктивного синдрому при цьому були задишка та кашель. Найбільш частою причиною (77,4 % випадків) розвитку бронхообструктивного синдрому у хворих на туберкульоз був неспецифічний дифузний катаральний ендобронхіт, рідше — атрофічна та гіпертрофічна форми неспецифічного ендобронхіту та інфільтративний туберкульоз бронха. Доведено, що застосування комбінованого бронхолітика іпратропію броміду і фенотеролу в поєднанні зі стандартною антимікобактеріальною хімотерапією дозволяє достовірно покращувати прохідність бронхів, швидше досягати конверсії мазка мокротиння і зменшувати терміни перебування хворих в стаціонарі. Отримані дані надають можливість рекомендувати широкое використання бронхолітичної терапії у хворих на туберкульоз з ознаками бронхообструкції на практиці.

PREVALENCE, CLINICAL PECULIARITIES AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF BRONCHIAL OBSTRUCTION SYNDROME IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS

S. V. Zaykov, A. B. Dudnyk

Summary

There have been studied the prevalence, peculiarities of clinical course and effectiveness of treatment of bronchial obstruction syndrome in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis (TB). It was found that bronchial obstruction syndrome had been diagnosed in 60,0% of patients with TB (often in patients with extensive and severe forms of the disease). In TB cases mainly small bronchi were involved (75,67 % of patients). Dyspnea and cough were major clinical manifestations. Non-specific diffuse catarrhal endobronchitis was the most common cause of bronchial obstruction syndrome in patients with TB (77,4 %). Atrophic and hypertrophic forms of non-specific endobronchitis and infiltrative tuberculosis of bronchi were observed rarely. It was proved that administration of combined broncholytic ipratropium bromide/ fenoterol in combination with standard anti-mycobacterial chemotherapy significantly improved bronchial passability and allowed to reach faster conversion of sputum smear and reduce hospital stay of patients. The data obtained made it possible to recommend wide use of broncholytic therapy in TB patients with bronchial obstruction syndrome.