

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНАХ ПРИАРАЛЬЯ

Маткурбанов Х.И.¹, Сапарбаев С.Б.²

¹Маткурбанов Хамдамбек Илхамбекович – ассистент,
кафедра инфекционных болезней эпидемиологии и фтизиатрии,
Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия;

²Сапарбаев Сарварбек Бекпулатович - врач фтизиатр,
Центр фтизиатрии и пульмонологии Хорезмской области,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: туберкулез очень древняя смертельная болезнь. Туберкулез распространен повсеместно. По данным Всемирной Организации Здравоохранения туберкулез глобальная угроза здоровью людей. На планете ежегодно появляется 8 млн новых случаев заболевания. Смерть от туберкулеза уносит жизни около 3 млн человек Эпидемическая обстановка по туберкулезу и в настоящее время остается напряженной.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемия, экология, особенность, неблагоприятный регион.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TUBERCULOSIS IN ECOLOGICALLY DISADVANTAGED REGIONS OF THE ARAL SEA REGION

Matkurbanov X.I.¹, Saparbayev S.B.²

¹Matkurbanov Xamdambek Ilkhambekovich – Assistant,
DEPARTMENT OF INFECTIOUS DISEASES, EPIDEMIOLOGY AND PHTHISIOLOGY,
URGENCH BRANCH TASHKENT MEDICAL ACADEMY;

²Saparbayev Sarvarbek Bekpulatovich – phthisiologist,
THE CENTER OF PHTHISIOLOGY AND PULMONOLOGY OF THE KHOREZM REGION,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: tuberculosis is a very ancient deadly disease. Tuberculosis is widespread everywhere. According to the World Health Organization, tuberculosis is a global threat to human health. There are 8 million new cases of the disease on the planet every year. Tuberculosis deaths claim the lives of about 3 million people. The epidemic situation for tuberculosis remains tense at the moment.

Keywords: tuberculosis, epidemic, ecology, feature, disadvantaged region.

Актуальность: Туберкулез инфекционное и социальное заболевание. По значимости источником инфекции является больной туберкулезом человек и крупный рогатый скот [1]. Эпидемиология туберкулеза изучает источники, пути передачи инфекции, распространенность туберкулеза как инфекционного заболевания среди всего населения и наиболее уязвимых групп населения [2]. Однако важной особенностью туберкулезной инфекции является неразрывная связь с социальными условиями: материальным и культурным уровнем жизни людей, плотностью населения, жилищными условиями, процессами миграции, состоянием здравоохранения, экологии [3]. Туберкулез это одновременно и инфекционное, и социальное заболевание [4]. Основным источником заражения является человек, страдающий туберкулезом легких и выделяющий палочки Коха при кашле, чиханье, с капельками слюны при разговоре [5]. Больные внелегочными формами туберкулеза туберкулез почек, мочевыводящих путей, свищевые формы туберкулеза костей и суставов, периферических лимфатических узлов [6, 7] также считаются опасными, так как могут выделять палочки Коха с мочой, отделяемым из свищей. По значимости источником инфекции является больной туберкулезом крупный рогатый скот [8, 9]. Реже источниками могут быть куры, свиньи, овцы, верблюды, кошки, собаки. Основными путями заражения туберкулезом являются аэрогенный, алиментарный, реже контактный. Как известно, инфекционный процесс является результатом взаимодействия возбудителя и организма человека [10]. В эпидемиологических исследованиях важное место занимает изучение восприимчивости человека к туберкулезной инфекции. Человек обладает высокой естественной сопротивляемостью к туберкулезу [11, 12]. Однако сопротивляемость на протяжении жизни неодинакова и на заболеваемость туберкулезом влияют пол, возраст, сопутствующие заболевания, условия жизни. Но как ни важны индивидуальные особенности каждого человека, эпидемиология туберкулеза изучает общие закономерности, определяющие распространение туберкулеза среди населения или его отдельных групп. Этим отличается эпидемиологический подход к проблеме туберкулеза от клинического подхода. Клинический подход изучает индивидуума – больного человека. С этих позиций очень важно выделить среди населения группы людей с наибольшей восприимчивостью к туберкулезу. Их принято трактовать как группу населения с повышенным риском развития туберкулеза. Эпидемиология туберкулеза сложна и своеобразна по сравнению с другими инфекциями в силу особенностей туберкулеза. Первая встреча человека с палочками Коха чаще всего заканчивается благополучно, без развития заболевания. Патологические изменения, как правило, ограничиваются небольшими поражениями во

внутригрудных лимфатических узлах без дальнейшего распространения. Однако проникшие в организм палочки Коха в течение многих лет, а иногда всей жизни человека) остаются жизнеспособными, но не размножаются персистируют. Заболевание же может развиваться под влиянием неблагоприятных факторов спустя много лет. Человек может оставаться инфицированным микобактериями туберкулеза, будучи практически здоровым всю жизнь. С возрастом увеличивается число инфицированных туберкулезом людей. В то же время клинические признаки туберкулеза многообразны и неопределенны, а у 10-15% больных вовсе отсутствуют, что затрудняет своевременное распознавание болезни. Заболевший может распространять инфекцию задолго до того, как у него самого распознают заболевание. Путем расчетов установлено, что в настоящее время более трети человечества инфицированы палочками Коха. Доказано, что 5-10% инфицированных людей могут заболеть туберкулезом в течение жизни. Практически важно установить первичное инфицирование у детей и подростков, которое во фтизиатрии называется виражом туберкулиновой пробы. Если виражным детям провести химиопрофилактику изониазидом, то можно предотвратить переход инфицирования в заболевание. По данным многих авторов, 80-90% вновь выявленных больных относятся к группе ранее инфицированных. Наибольшее значение имеет показатель заболеваемости туберкулезом. Этот показатель исчисляется по числу впервые зарегистрированных больных в течение текущего года на каждые 100 тыс. населения. По показателю заболеваемости судят об эпидемиологической ситуации в регионе. Эпидемиологическая обстановка расценивается как благоприятная при показателе заболеваемости не превышающем 30 случаев на 100 тыс. населения, неблагоприятная – при показателе, превышающем 30 случаев и напряженная – свыше 90 случаев на 100 тыс. населения. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире регистрируется 8 млн. 800 тыс. больных туберкулезом. В заболеваемости туберкулезом органов дыхания выражены половые различия: заболеваемость туберкулезом лиц мужского пола преобладает над заболеваемостью женщин. Наиболее поражаемый возраст у мужчин старше 40 лет. Женщины заболевают чаще в возрасте 20-30 лет детородный период и в возрасте старше 50-59 лет климактерический период. При внелегочном туберкулезе существует обратная закономерность заболеваемости по полу. Внеторакальным туберкулезом чаще болеют женщины. Конечно, заболеваемость в регионах зависит от условий жизни, питания, наличия у людей факторов повышенного риска по заболеванию туберкулезом. В 80 годы XX века были достигнуты значительные успехи в борьбе с туберкулезом. Этому способствовали регулярное обследование населения флюорографическим методом и методом туберкулинодиагностики, обязательная вакцинация БЦЖ новорожденных, проведение химиопрофилактики людям с повышенным риском заболевания, применение высоко активных противотуберкулезных препаратов (изониазида, рифампицина, пипразинамида для лечения. Эти мероприятия привели к значительному улучшению эпидемиологической обстановки в мире. По прогнозам ВОЗ в последующие 50 лет туберкулезом заболеют полмиллиарда человек. При этом у многих из них заболевание окажется практически неизлечимым, т.к. будет вызвано полирезистентными формами палочек Коха. Появилась еще одна проблема – СПИД. Туберкулез и СПИД – страшное сочетание. Возбудитель СПИД, а – ВИЧ разрушает иммунную систему человека, делая его беззащитным перед палочками Коха. В настоящее время 5,6 млн. человек инфицированы ВИЧ и туберкулезом одновременно. А среди причин смерти у ВИЧ-инфицированных туберкулез занимает первое место. У больных туберкулезом все чаще обнаруживаются лекарственноустойчивые штаммы ко многим препаратам, что отмечено во всех странах. Очень напряженной характеризуется эпидобстановка в исправительно-трудовых учреждениях, увеличился показатель смертности населения от туберкулеза, увеличилось число деструктивных форм, участились случаи остро прогрессирующих форм, особенно казеозной пневмонии с наличием быстро развивающихся каверн, захватывающей 2-3 и более долей легких. Самыми важными являются: раннее и своевременное выявление больных туберкулезом. Также учет всех больных туберкулезом лиц, зачисленных в группы повышенного риска по заболеванию и рецидиву, лиц с сомнительной активностью туберкулеза. Необходимо проведение больным полноценного лечения до достижения клинического излечения с минимальными остаточными изменениями в пораженном органе и восстановлением нарушенных функций организма. Необходимо проведение профилактических мероприятий, которые включают вакцинацию, ревакцинацию вакциной БЦЖ, химиопрофилактику, оздоровление очагов туберкулезной инфекции, проведение профилактической работы на промышленных предприятиях. За всеми больными и лицами повышенного риска ведется активное наблюдение и проведение в отношении каждого человека дифференцированных лечебных и профилактических мероприятий, предусмотренных диспансерной группировкой. Для унифицированного диспансерного наблюдения

выделены 8 групп учета. В зависимости от группы диспансерного учета наблюдение ведется от 1 года до нескольких лет. Некоторые больные наблюдаются пожизненно.

Список литературы / References

1. МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: НОВЫЕ НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ Материалы международной научно-практической конференции / 2016.
2. Колосов А.А., Донченко Н.А., Пашкевич Д.И., Важов А.И. ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ КОРОВ НА СРОКИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ПУНКТОВ/ Сибирский вестник сельскохозяйственной науки. 2004. № 3 (153). С. 99-100.
3. Аскарлова Р.И. Меры усиления борьбы с туберкулезом в Хорезмском регионе. Журнал кардиореспираторных исследований, 2021 год - 2(№3), 45–48. <https://doi.org/10.26739.2181-0974-2021-3-8>.
4. Аскарлова Р.И. (2023). Роль генетических факторов в развитии туберкулеза у больных. Журнал биомедицины и практики 2021 год 1(3/1), стр. 435–439. <https://doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-66>.
5. Гиреев Т.Г., Гусейнов Г.К., Ханалиев В.Ю., Мамаев И.А., Пахиева Х.Ю., Муталимов М.А., Адзиев А.А., Тагирова П.И. КАРТОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ/В сборнике: Актуальные вопросы инфекционных болезней в клинике и эксперименте. Сборник научных трудов юбилейной XXI -й Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией Д.Р. Ахмедова. 2016. С. 48-52.
6. Аскарлова Р.И. Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии.2020г.Москва <https://znanium.com/catalog/document?id=358336>.
7. Аскарлова Р.И. Туберкулез почек в Хорезмской области. Журнал вестник врача, 2020 г. - 1(3), стр. 16–19. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/1999.
8. Коломиец В.М., Рачина Н.В., Рубанченко Д.О. ПЕНИТЕНЦИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБ ФСИН / Фтизиатрия и пульмонология. 2016. № 1 (12). С. 40-41.
9. Аскарлова Р.И. Мониторинг заболеваемости детей первичным туберкулезом в Хорезмской области. Re-health journal – 2021 г., №2(10) – с. 238-242.
10. Аскарлова Р.И. Массовое флюорографическое обследование населения Хорезмской области в целях выявления туберкулеза легких. Журнал Наука, техника и образование – 2023 г. - №1 (89) – стр. 86-89.
11. Агарёв А.Е., Здольник Т.Д., Баранова Н.Ю. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ / сборник: Здравоохранение: образование, наука, инновации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. под редакцией Р.Е. Калинина. 2013. С. 386-389.
12. Мушкин А.Ю., Ватутина В.В., Евсеев В.А., Малярова Е.Ю., Бойченко В.А. КОСТНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕРИИ СЛУЧАЕВ) Туберкулез и болезни легких. 2014. Т. 91. № 8. С. 76-77.