

*Абдуманова Р.К.*

*кафедра фтизиатрии и пульмонологии,  
микробиологии, иммунологии и вирусологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.**

*Аннотация:* Увеличение числа случаев инфильтративного туберкулеза легких, в том числе в Андижанской области как во всем мире, обуславливает необходимость большего внимания фтизиатров и семейных врачей. Инфильтративный туберкулез легких больше выявляется среди групп риска туберкулеза на основании анамнестических данных, рентгенологических данных, не эффективность традиционной антибиотикотерапии и требует дополнительного изучения.

*В данной статье рассматриваем группы пациентов с туберкулезом легких из групп риска, эффективность лечения через 2 месяца.*

*Ключевые слова:* инфильтративный туберкулёз, фтизиатрия, Андижан.

**Abdumanapova R.K.**

**department of phthisiology and pulmonology, microbiology,**

**immunology and virology**

**Andijan State Medical Institute**

## **THE RISK OF DEVELOPING TUBERCULOSIS IN YOUNG PEOPLE IN THE ANDIJAN REGION.**

**Annotation:** The increase in the number of cases of infiltrative pulmonary tuberculosis, including in the Andijan region as throughout the world, necessitates greater attention from TB doctors and family doctors. Infiltrative pulmonary tuberculosis is more detected among tuberculosis risk groups on the basis of anamnestic data, radiographic data, the ineffectiveness of traditional antibiotic therapy and requires additional study. In this article, we consider groups of patients with pulmonary tuberculosis from the risk group, the effectiveness of treatment after 2 months.

**Keywords:** infiltrative tuberculosis, phthisiology, Andijan

**Актуальность.** В течение последних 10 лет показатели туберкулёзных заболеваний на 100000 человек равномерно сократились. Это результат полноценного выполнения программ, разработки и введения в практику новых методов диагностики, лечения и профилактики туберкулёза (3). На сегодняшний день инфильтративный туберкулез легких является самой распространенной формой туберкулеза, патоморфологической основой которой являются старые или свежие казеозные очаги преимущественно с экссудативным воспалением, на фоне местной гиперэргии легочной ткани. Характерной чертой данной формы является высокая склонность к распаду легочной ткани, бронхогенному обсеменению и большинством клинических проявлений.

Проникновение в ткани и накопление в них клеточных элементов, жидкостей и различных химических веществ, способствует образованию инфильтрации. Скопление клеточных элементов в тканях и органах носит название инфильтрата; в его образовании при воспалении наряду с форменными элементами принимает участие выходящая из сосудов кровяная плазма и лимфа. При инфильтрации легочной ткани наблюдается 57,6 % фаза распада, бактериовыделение – у 31,3%.

Современная эпидемическая ситуация по туберкулезу способствует росту заболеваемости среди лиц молодого возраста вторичными формами туберкулеза, в том числе инфильтративной, первичной и вторичной лекарственной устойчивостью возбудителя. Динамика туберкулёзных

инфильтратов многообразна[2,4]. Свежие инфильтративные фокусы в части случаев полностью рассасываются. Тогда восстанавливается нормальная структура легочной ткани или в ней образуются незначительные фиброзные изменения[1]. Чаще ликвидируется перифокальное воспаление, а расположенный центрально казеозный очаг инкапсулируется и уплотняется. При этом одновременно может развиваться межлобулярный, перибронхиальный и периваскулярный склероз. Так возникает индурационное поле с плотными очагами.

**Цель исследования.** Является изучение соматического состояния больных инфильтративным туберкулезом в условиях Андижанской области.

**Материалы и методы исследования.** Для выполнения поставленной перед нами задачи мы обследовали соматическое состояние 56 больных с инфильтративным туберкулезом, которые проживают в Андижанской области.

**Результаты исследования.** При поступлении в стационар незначительная слабость и общее недомогание наблюдались у 11 (19,6%) пациентов. У 40 (71,4%) пациентов с инфильтративным туберкулезом, беспокоил кашель со скудным количеством слизистой мокроты, 5 (8,9%) больных, не предъявляли жалоб.

При рентгенологическом исследовании органов грудной полости у 39 (69,6%) пациентов инфильтративный туберкулез легких локализовался в верхней доле правого легкого (S1 и S2), у 9 (16%) – верхней доле левого легкого, и у 8 (14,3%) больных процесс был в нижних долях легких. У 32 (57,1%) больных отмечалась полость деструкции.

Все пациенты получали лечение с учетом чувствительности МБТ.

У 22 (34,37%) пациентов с инфильтративным туберкулезом без бактериовыделения, лечение проводилось с учетом контактного лица по данным МСКТ органов грудной полости.

Больные, бывшие в нашем наблюдении лица молодого возраста (17-33года).

Среди них впервые выявленных 44, рецидивов 12. В анамнезе 5 больных сахарный диабет, заболевания дыхательной системы у 23 (из них у 11 в анамнезе перенесший ковид-19), аллергические заболевания (в виде ринитов) у 8 больных, заболевания ЖКТ у 15 больных, у 3 больных заболевания сердечно-сосудистой системы, у 2 ВИЧ положительный статус.

Результаты проведенных исследований подтверждают, что после 2 месяцев антибактериальной терапии у 44 (79%) пациентов имеются положительная динамика туберкулезного процесса (уменьшение основного фокуса). У 7 (12,5%) больных не изменился либо изменился незначительно, лечение туберкулеза легких препаратами первого ряда неэффективно у 5 (8,9%) пациентов. У этих больных наблюдается высокий риск МЛУ МБТ и необходима коррекция терапии. Больным должно проводиться анализ мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР и последующим решением вопроса о лечении больного в специализированном МЛУ отделении.

### **Выводы**

1. У лиц молодого возраста вторичный туберкулез больше всего развивается среди группы риска дыхательной системы 41% (из них перенесших ковид-19 47%) .

2. Наличие отрицательной рентгенологической динамики у больных с впервые выявленным туберкулезом легких после контролируемого приема не менее 56 доз противотуберкулезных препаратов является риском развития МЛУ МБТ только в 9,0% случаев.

3. Риск МЛУ МБТ наблюдается у больных туберкулезом легких без бактериовыделения, по данным рентгенологического наблюдения после 2 месяцев контролируемой антибактериальной больше у 12,5% больных.

### **Использованные источники:**

1. Галкин В.Б., Стерликов С.А., Баласанянц Г.С., Яблонский П.К. Динамика распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т.95, №3. С. 5-12.

2. Заболеваемость и распространенность туберкулеза // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т.95, №6. С.9-21.

3. Парпиева Н.Н. // Конференция фтизиатров. 20-21 октябрь 2022.

4. Яблонский П.К. Национальные клинические рекомендации. Фтизиатрия. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2015 г. 231 с.