



Ишанкулова Дилором Камаровна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СУРУНКАЛИ БРОНХИТНИ ТАСНИФЛАШ, ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ БОРАСИДА

Ишанкулова Дилором Камаровна

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

TO THE QUESTION OF CLASSIFICATION, PRINCIPLES OF TREATMENT AND PREVENTION OF CHRONIC BRONCHITIS

Ishankulova Dilorom Kamarovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: ishankulovadilorom1959@gmail.com

Резюме. Клиник маълумотларни таҳлил қилиш ва сурункали бронхит билан оғриган беморларни кузатиш натижаларига кўра, ушбу касалликнинг шаклланиши ва ривожланишининг тўртта асосий босқичи ҳақида тушунча шакллантирилди. Сурункали бронхит босқичларининг хусусиятларини бирламчи профилактикага реал ёндашувларни топиш нуқтаи назаридан чуқур таҳлил қилиш асосида таснифлаш лойиҳаси тақдим этилган. Сурункали бронхитнинг қўзиш босқичида вирусли ва унга алоқадор инфекцияларнинг катта қисми аниқланган. Сурункали бронхитни этиологик ва патогенетик даволашнинг схематик диаграммаси келтирилган.

Калит сўзлар: сурункали бронхит, сурункали бронхит патогенези, таснифи, "тез-тез, узоқ вақт касалланганлар", этиологик ва патогенетик даволаш.

Abstract. The idea of four main stages of the formation and development of chronic bronchitis was formulated when analyzing the results of observation and clinical data for these patients. A draft classification is presented based on an in-depth analysis of the features of the stages of chronic bronchitis in terms of searching for real approaches to primary prevention. In the phase of exacerbation of chronic bronchitis, a significant proportion of viral and associated infections has been established. A scheme of etiological and pathogenetic treatment of chronic bronchitis is presented.

Keywords: chronic bronchitis, pathogenesis of chronic bronchitis, classification, "often long-term ill", etiological and pathogenetic treatment.

Материалом для проекта классификации хронического бронхита (ХБ) послужили представления сложившиеся у нас на основе многолетнего (более 10 лет) диспансерного наблюдения, разнопланового исследования и лечения большой группы больных, которые частично нашли отражение в наших публикациях [5, 9,12,13].

Представленный проект классификации получил некоторые уточнения и в последующем использовался в практической работе. Ее настоящая публикация с соответствующими пояснениями и составляет цель и содержание нашего сообщения. Указанные в примечании замечания в отношении этиологического аспекта ХБ связаны с тем, что в абсолютном большинстве случаев [7] к

терапевту (пульмонологу) больные ХБ обращаются при развернутой клинической картине болезни или на этапе ее облигатных осложнений (см. ниже), т. е. на III—IV этапах болезни [8, 18], в то время как I—II этапы заболевания, по данным обращаемости, не выявляются [7,8,18]. В указанной ситуации речь идет не об этиологии ХБ, а лишь об этиологии фазы обострения этой болезни. Тщательный анализ особенностей первых двух этапов болезни с целью поиска реальных подходов к первичной профилактике может изменить существующее положение. Правомерен вопрос: что способствует прогрессированию болезни от этапа к этапу? Какова роль в этом отдельных патогенных, в первую очередь инфекци-

онных факторов? Для практического врача определить инфекционную природу обострения с указанием причинно значимого фактора методически достаточно сложно, ибо нельзя отождествлять выделенного из мокроты микроба с фактором обострения воспаления при ХБ. Специально изучая этот вопрос, мы [10] установили большой удельный вес вирусной и ассоциированной инфекции в фазе обострения ХБ.

По патогенезу ХБ — первичный (первично-хронический) и вторичный (вторично-хронический). Банальный пример первично-хронического патогенеза — латентное течение болезни (на I—II этапе) у многолетнего курильщика, когда под влиянием регулярных ингаляций табачного дыма постепенно снижается (угнетается) мукоцилиарный эскалатор (клиренс) и при очередном ОРЗ (ОРВИ) проявляется клиническая манифестация латентно текущего эндобронхита. Присоединение бактериальной инфекции (обычно пневмококк) [6,8] стабилизирует инфекционно-воспалительный процесс. При сравнительно более редком варианте вторичного (вторично-хронического) ХБ, клинической картине болезни анамнестически четко предшествует острый, но-зологически определяемый воспалительный процесс, например, острый (затяжной по течению) бронхит [15]. В этом случае ХБ является как бы второй болезнью.

По клинико-функциональным данным мы различаем хронический необструктивный бронхит (ХНБ), когда; обструкция отсутствует; хронический обструктивный бронхит, (ХОБ), когда выявляется стойкая, обычно нарастающая по (тяжести функциональных нарушений обструкция; хронический астматический бронхит (ХАБ), когда имеет место преходящая (транзиторная) обструкция на протяжении значительного времени (годы). Различия между ХОБ и ХАБ основывались на постоянстве изменений показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и одышки в первом случае, их нарастании в динамике наблюдения при ХОБ и, наоборот, непостоянства — при ХАБ. В последнем случае диагностическое значение имели также дыхательный дискомфорт в фазе обострения болезни, сравнительно более высокий ($\geq 5\%$) уровень эозинофилов в периферической крови, внелегочные проявления аллергии. ХАБ мы рассматривали как вариант предастмы [6].

При ХНБ мы выделяли два варианта — функционально-нестабильный и функционально-стабильный [4]. При первом- в течение многих лет (более десяти. И возможно всю жизнь) имеет место вполне доброкачественное течение болезни : нет одышки, больные редко обращаются за

врачебной помощью. Удовлетворяясь эффективностью данных в свое время врачебных советов по лечению и профилактике обострений. При втором — в период обострения болезни появляются клинико-функциональные симптомы обструкции [6] в виде ирритативного или аллергического бронхоспазма. В последнем случае эти симптомы трудно отграничить от хронического астматического бронхита (ХАБ). У части этих больных обструкция со временем становится стойкой, т.е. они переходят в группу ХОБ.

По клинико-лабораторным данным мы подразделяли ХБ на катаральный и гнойный. Их разграничение определялось по характеру (цитологии) мокроты и/или промывных вод бронхов, степени выраженности воспаления по данным клиники, анализов крови (нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево и др.) [11,14]. Хотелось бы подчеркнуть, что диагноз катарального ХБ (3/4-4/5 всей популяции этих больных) не требует эндоскопического подтверждения, в то время как при подозрении на гнойный ХБ (кашель с гнойной мокротой, сравнительно выраженные симптомы интоксикации) бронхоскопия обязательна. При выявлении гнойного эндобронхита для разграничения первичного и вторичного (при бронхоэктазах) гнойного бронхита показана бронхография [7,11,16]. Частота катарального и гнойного ХБ, по литературным данным составляет — 86 и 14% [7], 85 и 15% [16], 82 и 18% [17], соответственно.

Выделение двух фаз ХБ — обострение и ремиссия является общепринятым и, очевидно, не требует специальных разъяснений. Диагностика фаз достоверно основывается на данных физического и лабораторного исследования.

Основные осложнения ХБ. При выделении облигатных и факультативных осложнений ХБ следует оговориться, что при ХНБ облигатных осложнений фактически нет, факультативным осложнением как ХНБ, так и ХОБ является острая пневмония, которая при ХОБ обычно приобретает затяжное течение [7,1]. При ХОБ облигатными осложнениями являются эмфизема легких, гипертензия в легочном русле, хроническая легочно-сердечная недостаточность (ХЛСН) [12,13]. Понимая под осложнением такое проявление заболевания, которое, будучи связано с этиологией и патогенезом болезни, влияет существенно на терапевтический прогноз и требует назначения специального лечения, мы не считали диффузный пневмосклероз осложнением ХБ (ХОБ): при поражении мелких бронхов всегда есть диффузный пневмосклероз и наоборот [6,3].

Таблица 1. Клиническая классификация ХБ

№ п/п	Разделы характеристики	Их рубрики
1	По патогенезу	1.1. Первичный 1.2. Вторичный
2.	По клинико-функциональным данным	2.1. Простой хронический бронхит 2.2. Мукопурлентный хронический бронхит 2.3. Смешанный простой и мукопурлентный хронический бронхит 2.4. Хроническая обструктивная болезнь легких.
3.	По клинико-лабораторным данным	3.1. Катаральный 3.2. Гнойный
4.	По фазе заболевания:	4.1. Обострение 4.2. Ремиссия
5.	По основным осложнениям:	5.1. Эмфизема 5.2. Легочная гипертензия (ЛГ) 5.3. Легочное сердце 5.4. Легочная (Л) (дыхательная) сердечная (С) (правожелудочковая недостаточность) (Н)

Примечания: 1. В формулировке диагноза пункт 1 классификации не учитывается, но служит более глубокому представлению о конкретном больном. 2. В формулировке диагноза ХБ следует при возможности расшифровать инфекционную природу фазы обострения: бактериальная (пневмококк, гемофильная палочка и др.), вирусная, микоплазменная, ассоциированная

В то же время эмфизема легких и др. облигатные осложнения ХОБ вполне соответствуют вышеприведенной формулировке.

Формулировка диагноза:

1. *ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, стадия IV, крайне тяжелое течение, обострение, хронический гнойный бронхит, обострение. Хроническое декомпенсированное легочное сердце, Н III, ДН III.* [1,16,17].

2. *Хронический простой бронхит (функционально нестабильный). Фаза ремиссии.* Как указано ранее (см. выше), по характеру воспаления преобладает катаральное над гнойным: 8:2, 9:1; поэтому, если ХБ, с точки зрения воспаления, является катаральным, т. е. имеет место наиболее частый вариант болезни, то особенность воспаления можно не указывать; в данном примере — «хронический простой бронхит...», с другой стороны, при такой — редуцированной формулировке диагноза всегда имеется в виду катаральный характер эндобронхита. Определяет особенности лечения и терапевтического прогноза данного больного также гнойный характер эндобронхита, который всегда должен быть отражен в диагнозе.

3. *Хронический обструктивный, гнойный бронхит. Фаза обострения (грипп «А», парагрипп, пневмококк). Осложнение: эмфизема легких, ДН II степени.*

Принципы лечения больных ХБ, которыми мы руководствуемся в практической работе, схематически представлены на схеме 1. Укажем, что устранение (купирование) основных факторов

риска (например, курение табака, работа в атмосфере высокой концентрации токсических аэрозолей) — чрезвычайно важное условие успешности лечения на всех этапах развития и течения ХБ ([8,18]. К сожалению, в практической работе врача это важное условие успеха обычно недооценивается или просто игнорируется. Возникает закономерный вопрос: не этим ли объясняются весьма скромные результаты лечения больных ХБ у врачей в большинстве случаев?

Профилактика этой болезни имеет некоторые особенности на каждом этапе её развития [8,18]. Так на I этапе основным условием успеха является устранение действия факторов риска, создающих угрозу развития ХБ; на II этапе это условие сохраняется, но необходимо дополнительное купирование ирритативных- кашлевых и бронхоспастических синдромов предбронхита, свидетельствующих о перенапряжении механизмов мукоцилиарного клиренса (эскалатора) [2]; на II, особенно III и частично IV этапе важное значение приобретает подавление инфекции и вызванного ею воспаления слизистой бронхов. Наименее изучена в этом плане персистирующая вирусная инфекция. На основании исследований, проведенных в нашем коллективе следует считать, что клиническим проявлением такой инфекции являются необычно частые (≥ 3 раза в год) обострения воспалительного процесса в бронхах, протекающие под маской частых ОРЗ и ОРВИ.



Рис. 1. Принципиальная схема этио-патогенетического лечения хронического бронхита

Эти больные в практической деятельности врача выделяются в особую группу «часто, длительно болеющие» (ЧДБ). Раскрытие индивидуальных особенностей генеза их болезни невозможно без специального вирусологического исследования уже на сравнительно ранних этапах ХБ II-III, оно включает brush-биопсию слизистой носа и бронхов, исследование парных сывороток в серологической реакции (ПЦР, ИФА, ИХЛА) и др. У этих больных мы нередко выявляли персистенцию вирусов гриппа «А» и парагриппа, а также снижение функциональных показателей клеточного звена иммунитета, что объяснялось супрессивным влиянием вирусной инфекции. Включение в комплекс лекарственной терапии этих больных противовирусных и иммуноактивных препаратов (ремантадин, интерферон, интерлок и др.) позволяет в большинстве случаев улучшить их состояние и восстановить работоспособность, т.е. является основной лечебно-профилактической мерой в их диспансерном наблюдении.

Таким образом, на основании анализа клинических данных и результатов наблюдения за больными ХБ была подтверждена сформулированная [16,17] концепция о четырех основных этапах формирования и развития этой болезни: I- ситуация угрозы с наличием факторов риска; II – предболезнь (предбронхит); III- развернутая клиническая картина болезни; IV- болезнь с облигатными осложнениями хронического обструктивного бронхита (ХОБ) («осложненная болезнь»): легочная гипертензия, легочное сердце, обструктивная эмфизема легких, легочно-сердечная недостаточность. Острый бронхит (ОБ) с затяжным течением (ОБЗ), который длится более двух недель, и рецидивирующий бронхит (РБ) (эпизоды воспаления – 3 и более раз в год) с вовлечением в воспалительный процесс мелких бронхов с явлениями скрытого или клинически манифестного бронхоспазма, клинико-лабораторными признаками вялотекущего воспалительного процесса являются одним из реальных путей формирования ХБ. Как один из вариантов предбронхита, острый

бронхит с затяжным и рецидивирующим течением требует неотложного детального и сравнительного разностороннего изучения, ибо является, по-видимому, реальным «субстратом» первичной профилактики ХБ.

Литература:

1. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Pulmonary Disease. Updated 2023. <http://www.goldcopd.org>
2. Ишанкулова Д. К. Клиническое значение вирусной инфекции и иммунореактивности у больных хроническим бронхитом с элементами бронхоспазма //International scientific review. – 2019. – №. LXV. – С. 96-99.
3. Ишанкулова Д.К. Однонаправленность этио-патогенетических изменений у больных острым и хроническим бронхитом как реальность хронизации воспалительного процесса в бронхах. Journal of Cardiorespiratory research. Инновационный прогресс в исследованиях внутренней медицины. Материалы международной научно-практической конференции. Сам.2021. С 23-24.
4. Ишанкулова Д.К. Эффективность применения адаптогенов при формировании противовирусного иммунитета. XI Международные Авиценновские чтения научно-практическая конференция. Абу Али Ибн Сино (Авиценна) и Covid-2019. Бухара-2021, ноябрь. С. 22-23.
5. Ишанкулова Д.К. Влияние микоплазмовирусных инфекций на иммунореактивность больных хроническим бронхитом в условиях отделения интенсивной терапии. Журнал кардиореспираторных исследований. Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины: Материалы международной научно-практической конференции. Сам., -2022 г. С 119-120.
6. Ishankulova D.K. Intensiv terapiya bo'limi sharoitida gospital infeksiya bemorlar immun reaktivligining og'irlashtiruvchi omil sifatida. Журнал кардиореспираторных исследований. Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины: Материалы международной научно-практической конференции. Сам., -2022 г. С 674-677.
7. Ishankulova, D. (2022). O'tkir cho'zilgan bronxitning surunkali bronxit shakllanish boshqichi sifatidagi klinik xususiyatlari. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 2(6), 493–497.
8. Ishankulova, D. K. (2022). The Formation of Mucociliary Insufficiency in the Bronches on the Role of Respiratory Viral Infection. Journal of Pharmaceutical Research International, 1.
9. Ishankulova, D. K. (2022). The formation of mucociliary insufficiency in the bronches in respiratory viral infection. International Journal of Health Sciences, 6(S3), 4846–4851.
10. Дилором, К. И. (2022). Эффективность противовирусного лечения больных острым затяжным и рецидивирующим бронхитом. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 2(5), 253–258.
11. Nasirova A. A. et al. Features Of Immunological Indicators In Patients With Chronic Obstructive Lung Disease And Bronchial Asthma //Solid State Technology. – 2020. – Т. 63. – №. 6. – С. 6873-6880.
12. Ishankulova D.K. The effects of respiratory viral infection in combating Avicenna's legacy. American Journal of Social and Humanitarian Research. Volume: 3 Publication Year: 2022. P. 378-383.
13. Ruziyeva A.A, Ishankulova D.K., Nizomov B.U. Verification of dyspnea according to external respiratory function in patients with bronchial asthma. International journal on orange technologies Volume:03 (30 -33) Issue: 02/ February 2021.
14. Ishankulova, D. K. , & Nizomov, B. U. . (2022). Evaluation of the Efficacy of Treatment with Resistol in Patients with Acute Respiratory Virus Infection. Vital Annex: International Journal of Novel Research in Advanced Sciences, 1(5), 331–333.
15. Ishankulova , D. K. (2022). Classification, principles of treatment and prevention of chronic bronchitis. Results of National Scientific Research International Journal, 1(9), 426–436.
16. Авдеев С.Н. Противовоспалительная терапия хронической обструктивной болезни легких: настоящее и будущее // МС.2013. №13.
17. Кокосов А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких. С-Пб. 1997. С 133-135.
18. Кокосов А.Н., Александрова Н.И., Степанова Н.Г. и др. Хронический бронхит: клинические аспекты проблем в нашем представлении/ Хронический бронхит и легочное сердце, - Л.: ВНИИП, 1983.- С 34-37.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ, ПРИНЦИПАХ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Ишанкулова Д.К.

Резюме. На основании анализа клинических данных и результатов наблюдения за больными хроническим бронхитом сформулирована концепция о четырех основных этапах формирования и развития этой болезни. На основе углубленного анализа особенностей этапов хронического бронхита в плане поиска реальных подходов к первичной профилактике представлен проект классификации. Установлен большой удельный вес вирусной и ассоциированной инфекции в фазе обострения хронического бронхита. Представлена принципиальная схема этиологического и патогенетического лечения хронического бронхита.

Ключевые слова --- хронический бронхит, патогенез хронического бронхита, классификация, «часто длительно болеющие», этиологическое и патогенетическое лечение.