

**БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ТУБЕРКУЛЕЗ -
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ,
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА,
СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ.**

Хронические бронхо-легочные заболевания относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека.

Эти заболевания лидируют по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности, занимают четвертое место среди причин смерти, наряду с БСК, онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом 2 типа.



В группу хронических БОД входят:

- ✓ бронхиальная астма,
- ✓ ХОБЛ,
- ✓ аллергические заболевания верхних дыхательных путей (риниты),
- ✓ профессиональные заболевания легких,
- ✓ синдром расстройства дыхания во сне.



Чем опасны БОД?

Риском развития острого инфаркта миокарда, аритмии, ХСН, инсульта, заболеванием периферических сосудов.

Факторы риска развития хронических бронхо-легочных заболеваний

Уровень достоверности	Факторы риска	
	Корректируемые	Некорректируемые
А	Курение	наследственная недостаточность альфа1-антитрипсина
В	загрязнение воздуха (особенно SO ₂) бедность алкоголизм пассивное курение	низкий вес при рождении бронхо-легочные заболевания в детстве атопические заболевания гиперреактивность бронхов
С	аденовирусная инфекция недостаток витамина С ожирение гиподинамия	группа крови А наследственное отсутствие выработки IgA



Наиболее значимым фактором риска развития хронических бронхо-легочных заболеваний является курение. Шанс развития заболеваний прямо пропорционален числу выкуренных сигарет.

Горячий (300 градусов по Цельсию!) табачный дым содержит органотропные яды и вреден для верхних и нижних отделов бронхо-легочной системы. Курение является причиной развития респираторных заболеваний, ХОБЛ, рака легких, ухудшает течение бронхиальной астмы.

Пассивное курение, особенно в детстве может приводить к задержке развития легких, с высокой долей вероятности является фактором риска развития бронхо-легочных заболеваний, в том числе развития рака легких.

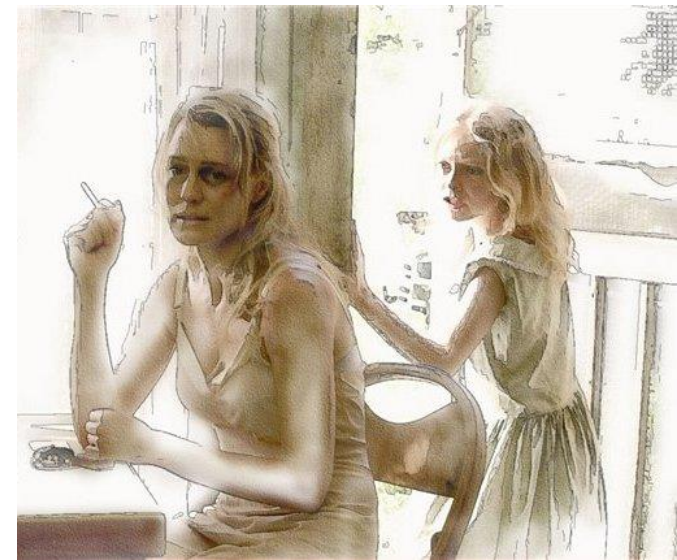


Курильщики трубок и сигар имеют более высокий риск развития бронхо-легочных заболеваний, чем некурящие. Средний риск развития бронхо-легочных заболеваний у курильщиков составляет **80-90%**. Однако, следует отметить, что из-за генетических факторов клинические признаки этих заболеваний развиваются лишь у **15%** курильщиков.



Чем в более раннем возрасте начато курение, тем больше риск развития бронхо-легочных заболеваний. Предполагается, что с начала употребления табака до развития клинических проявлений заболевания проходит примерно 20-25 лет.

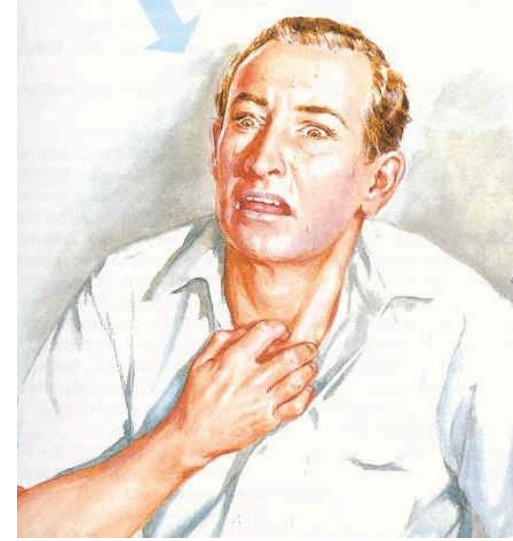
Это затрудняет проведение программ профилактики, так как, начиная курение, курильщик не в состоянии оценить потенциальный вред курения для здоровья. Между тем при большом стаже курения отказ от табака сопряжен со снижением на достаточно длительный период времени уровня качества жизни.



Прогностическими признаками смертности от хронических бронхо-легочных заболеваний являются:

- ✓ Возраст начала курения;
- ✓ Продолжительность курения;
- ✓ Количество и качество употребляемого табака;
- ✓ Социальное положение курильщика.

Ежегодно одна из семи смертей в мире связана с курением. Половина курильщиков умрет из-за пагубной привычки или укоротят продолжительность своей жизни на 17 лет. Курение является основной предотвратимой причиной смерти в мире!



Среди факторов риска развития бронхо-легочных заболеваний по своей значимости с курением сравнима только наследственная недостаточность альфа1-антитрипсина. Она является основным фактором риска развития эмфиземы. У курильщиков, имеющих недостаточность альфа1-антитрипсина, клинические признаки хронических бронхо-легочных заболеваний развиваются в среднем на десять лет раньше, чем у лиц с нормальным уровнем альфа1-антитрипсина.

Доказана связь загрязнения воздуха вредными химическими веществами, которых в атмосфере тонны, с повышенной заболеваемостью и смертностью от бронхо-легочных заболеваний. Воздух городов насыщен химическими выбросами соединений азота, углерода, диоксида серы, пылевыми частицами. И, наконец, нарушение экологии жилища: высокая влажность или, наоборот, сухость жилых помещений, повышение уровня диоксида азота из-за использования некоторых видов топлива без адекватной вентиляции. Все эти факторы играют важную роль в развитии БА, ХОБЛ, рака легких, интерстициальных заболеваний легких.



вирусные инфекции

нерациональная терапия

неправильное питание

дефицит витаминов

раннее посещение ДУ

нездоровье родителей,
многие из которых курят

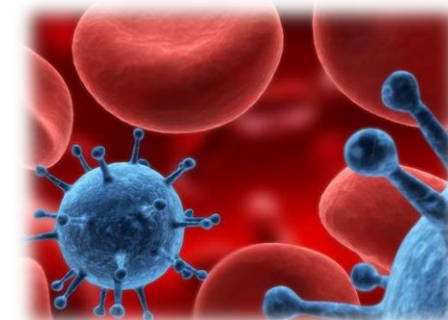
вредная для здоровья детей бытовая химия



В развитии хронических бронхо-легочных заболеваний обсуждается роль таких факторов риска, как недостаток витамина С, ожирение, гиподинамия. Показано, что у лиц с ИМТ > 40 кг/м² риск развития бронхиальной астмы повышен вдвое по сравнению с имеющими нормальный вес.

Развитию хронических бронхо-легочных заболеваний способствуют:

- ✓ частые острые заболевания дыхательных путей, их позднее и нерациональное лечение;
- ✓ респираторные аллергии;
- ✓ наличие очагов хронической инфекции;
- ✓ иммунодефицитные состояния;
- ✓ наследственные и врожденные заболевания дыхательной системы.



В зависимости от перечисленных факторов риска, состояния здоровья пациента выделяют 2 вида профилактики.



Первичная, направленная на предупреждение развития заболевания, повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов природной, производственной и бытовой среды.

Вторичная, направленная на раннее выявление заболевания, его лечение и устранение ФР, которые при определенных условиях (стресс, снижение иммунитета) могут привести к возникновению или обострению заболевания.

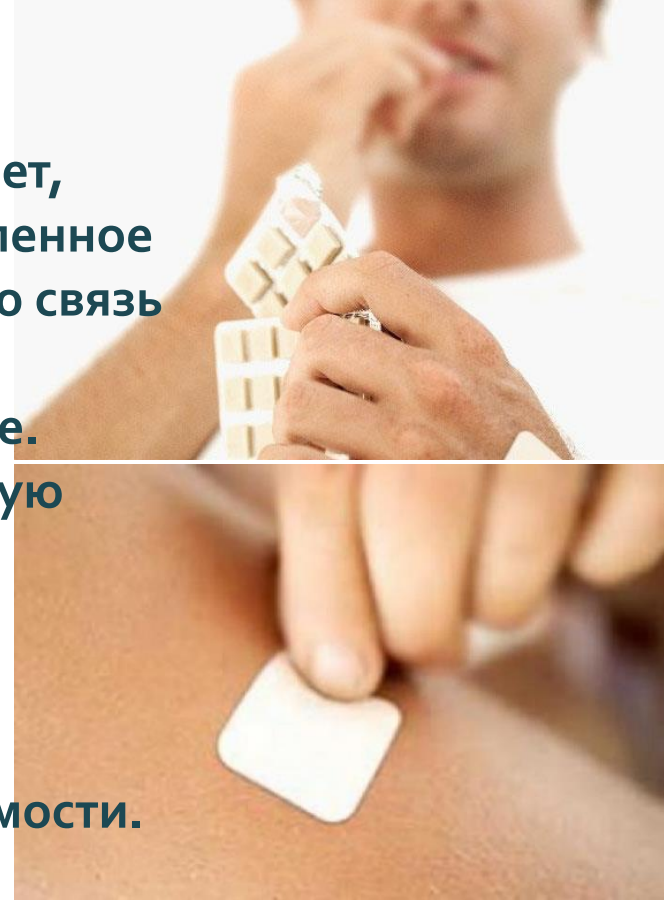
В основе профилактики развития бронхо-легочных заболеваний лежит ограничение и запрет курения. Даже разделение общественных мест на места "для курящих" и "для некурящих", вероятно, способно снизить риск развития бронхо-легочных заболеваний. Если курильщик периодически кашляет, ощущает одышку при ходьбе, в прошлом перенес острое заболевание легких, его необходимо направить на спирометрию и рекомендовать прекратить курение.



Курильщики с ИМТ, имеющие проф. вредности, болеющие чаще 2 раз в год ОРВИ – имеют высокий риск развития осложнений и хронизации. Им необходимо проводить ежегодную вакцинацию против гриппа.

Что должен сделать врач:

- ✓ Рассчитать индекс курящего человека (число ежедневно выкуриваемых сигарет, умноженное на число лет курения и деленное на 20. ИКЧ больше 10 имеет достоверную связь с ХОБЛ).
- ✓ Дать рекомендации прекратить курение.
- ✓ Определить никотиновую/поведенческую зависимость (тест Фагерстрема).
- ✓ Выбрать метод отказа от курения (никотинзаместительная терапия, ИРТ, психотерапия).
- ✓ Провести лечение никотиновой зависимости.



Поскольку ОРИ и бактериальные инфекции (особенно пневмококковая) приводят к развитию пневмонии, иногда с летальным исходом, эффективным средством профилактики является вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции.

Вакцинация уменьшает частоту тяжелых обострений и смертность при ХОБЛ примерно на 50%, особенно у пациентов с БСК, эндокринными, неврологическими заболеваниями.

С точки зрения профилактики воздействия промышленных загрязнений, идеальным было бы проживание и работа вне промышленных зон и крупных городов. Однако в силу социальных особенностей большинство людей не могут сменить место работы и жилья.




- ✓ **Защита социально-неблагополучных слоев населения, вероятно, могла бы дать определенный вклад в снижение бремени бронхо-легочных заболеваний. Сходный эффект можно ожидать от профилактики алкоголизма.**
- ✓ **Считается, что лечение острых вирусных респираторных заболеваний способно снизить риск развития хронических бронхо-легочных заболеваний. Особую роль при этом отводят аденовирусной инфекции.**
- ✓ **Рациональное питание, оптимальная двигательная активность и профилактика ожирения могут препятствовать развитию бронхо-легочных заболеваний.**

При реализации проекта "Северная Карелия" в Финляндии воздействовали на три основных фактора риска: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина и курение. При этом у мужчин отмечено снижение не только сердечно-сосудистой смертности, но и заболеваемости раком легких на 60%.







Эффективным методом вторичной профилактики является **диспансеризация** и **диспансерное наблюдение**.



Диспансеризация позволяет выявить заболевание на ранней стадии, а **диспансерное наблюдение** позволяет контролировать состояние пациента в динамике, своевременно назначить ему лечение и рациональное оздоровление.



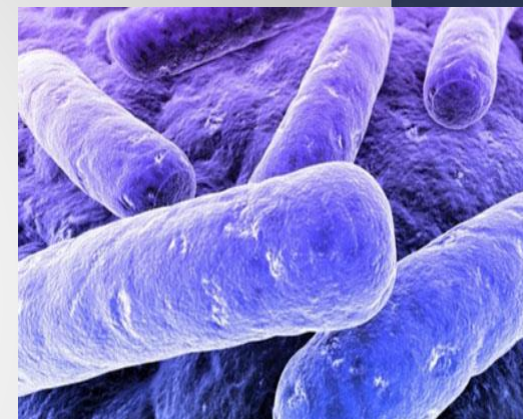
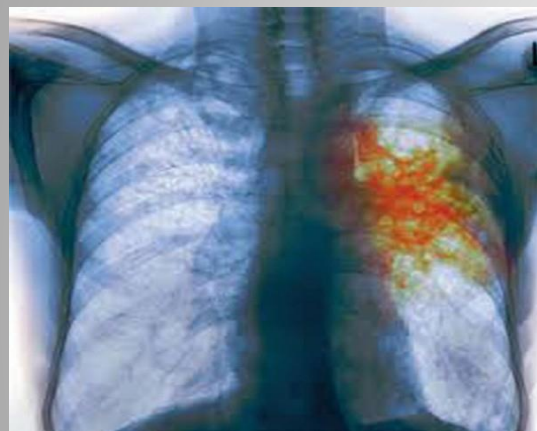
При проведении **диспансерного наблюдения** пациенту проводится **опрос, осмотр** и **инструментальное обследование** – **спирометрия, определение оксида азота в выдыхаемом воздухе** (маркер аллергического воспаления дыхательных путей) и **монооксида углерода** (маркер активного и пассивного курения).



Качество **диспансерного наблюдения** определяется снижением числа рецидивов заболевания, прогрессирования болезни, предотвращение развития осложнений и тяжелых форм болезни, нетрудоспособности и инвалидности.

ВО ВРЕМЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
НУЖНО ПРОЙТИ
ПОЛНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ТУБЕРКУЛЁЗ



АКТУАЛЬНОСТЬ

Туберкулёз – социально значимое заболевание, подлежащее регистрации на федеральном уровне.

Ожидается ухудшение эпидемического состояния, что обусловлено нарастанием лекарственно-устойчивых форм туберкулёза и стремительными темпами распространения ВИЧ-инфекции.

Профилактика туберкулёза предусматривает тесное взаимодействие нескольких звеньев системы здравоохранения: специалистов первичного звена и специализированной медицинской помощи, санитарно-эпидемиологической и фтизиатрической служб.



Туберкулёз примерно на 90% обусловлен социальными и генетическими факторами: условиями быта, питания, уровнем культуры, экологией, миграцией, наследственностью.

Печальная статистика



В современном мире от туберкулеза погибает больше людей, чем от 37 основных инфекций вместе взятых, включая чуму, холеру, малярию, СПИД и другие. Треть населения мира заражена туберкулезом и подвергается риску тяжело заболеть.

В течение ближайших 10 лет от этой инфекции погибнет примерно 30 миллионов...

В настоящее время в мире около **15 млн.** больных туберкулёзом, из них 11 млн. – в трудоспособном возрасте. Около трети жителей нашей планеты инфицированы микобактерией туберкулёза. У подавляющего большинства инфицированных людей (90%) заболевание не развивается. По прогнозам ВОЗ в ближайшие двадцать лет ожидается до **90 млн.** новых случаев туберкулёза и до **30 млн.** смертей от него.



Россия

Показатель смертности в России в настоящее время превышает **20 случаев на 100 тыс.** населения (в 24 раза выше, чем в США), что почти в 3 раза выше по сравнению с 1990 годом, когда началось ухудшение эпидемической ситуации, и равен показателю в 1967 году. Пик смертности отмечается в возрастной группе **от 45 до 54 лет.** Среди умерших от туберкулёза преобладают **мужчины.**

Заболеваемость туберкулёзом в России по сравнению с 1991 годом выросла в 2,5 раза и составила более **80 случаев на 100 тыс.** населения.

В 2005 году туберкулёз был впервые диагностирован примерно у 120 тыс. человек.

Пик заболеваемости как мужчин, так и женщин приходится на возрастную группу **от 25 до 34 лет.**

Эксперты ВОЗ относят Россию к числу 22 стран с самой высокой распространённостью туберкулеза в мире, - мы входим в первую десятку наиболее неблагоприятных.

Краснодарский край

В сравнении с 2000 годом наблюдается рост заболеваемости туберкулезом на 9,2 %.

Заболеваемость туберкулёзом в краснодарском крае составила более **60 случаев на 100 тыс.** населения.

Ежегодно от туберкулеза на Кубани умирают более 1000 человек.



Всемирный день борьбы с туберкулезом 24 марта



**Роберт Кох
(1843 - 1910)**

Немецкий врач - микробиолог,
один из основоположников
современной бактериологии.
Открыл возбудителя туберкулеза.
Лауреат Нобелевской премии.

Всемирный день борьбы с
туберкулезом
отмечается по решению
Всемирной
организации здравоохранения
(ВОЗ)

в день, когда немецкий микробиолог
Роберт Кох объявил о сделанном им
открытии возбудителя туберкулеза.

В 1993 г.

Всемирной организацией
здравоохранения туберкулез
был объявлен национальным
бедствием, а день 24 марта
«Всемирным днем борьбы
с туберкулезом».

В 1993 году ВОЗ официально рекомендовала стратегию DOTS как новую стратегию борьбы с туберкулезом.

Основными принципами DOTS являются:

**политическая поддержка;
диагностика через микроскопию;
надежная поставка лекарств;
контроль за лечением;
регулярная оценка результатов.**

**DOTS - это стратегия против эпидемии туберкулеза, т.к. она позволяет выявлять и излечивать больных, наиболее опасных для окружающих.
Возможно излечение 92-95% заболевших туберкулезом.**

Внедрение DOTS - это спасение множества людей от смерти, болезни и страданий, обусловленных ТВ.

Принципы стратегии DOTS универсальны для любой страны. В настоящее время эта стратегия успешно внедряется более чем в 180 странах мира.

Что такое туберкулез?

**Туберкулез (чахотка) -
одно из древнейших инфекционных заболеваний.**

ТУБЕРКУЛЕЗ ЗАРАЗЕН И ОЧЕНЬ ОПАСЕН.

В отличие от других инфекций,
он имеет хроническое течение, что
повышает количество заразившихся
многократно.

Заболевание, как правило, наступает
не сразу:

от заражения до появления может
пройти от нескольких месяцев до
нескольких лет.

**Туберкулез
называют
“белой
чумой
XX века”.**

Возбудитель заболевания



Возбудитель туберкулеза -
палочка Коха.

Возбудитель
заболевания -
Микобактерия
туберкулеза (МБТ) -
была открыта
Робертом Кохом в
1882 году, ее назвали
“палочкой Коха”,

Отличительные свойства микобактерии туберкулеза

Устойчивость к действию кислот и спирта

Сохраняют жизнеспособность при воздействии различных физических и химических агентов

. В **невысохшей мокроте** (при определенных условиях) бактерии Коха **могут оставаться жизнеспособными до полугода**

В высохшей мокроте на различных предметах (мебель, книги, посуда, постельное белье, полотенца, пол, стены и пр.) они **могут сохранять свои свойства в течение нескольких месяцев.**



Палочка Коха на солнечном свете погибает в течение 1,5 часов. Ультрафиолетовые лучи убивают микобактерии за 2 - 3 минуты.

Важная особенность МБТ

После первичного заражения может не наступить никаких клинических проявлений болезни.

Заболевание не разовьется, однако Микобактерия (БК) может длительное время (годы, десятилетия) находиться в организме, не причиняя ему вреда.

Такое состояние относительного равновесия может нарушиться в пользу возбудителя при снижении защитных сил организма (ухудшение социальных условий жизни, недостаточное питание, стрессовые ситуации, старение).

Вот почему заразиться в детском (подростковом) возрасте пожилой человек (старше 60-ти лет) может заболеть туберкулезом, хотя инфицирование наступило полвека назад и более.

Заражение туберкулезом актуально для людей любого возраста.

Пути заражения туберкулезом

ВХОДНЫЕ ВОРОТА - пути проникновения инфекции чаще всего - дыхательные пути, куда бактерии в огромном количестве попадают с капельками слизи и мокроты, которые выбрасываются больными при **чихании, разговоре, кашле.**



ПЛЮЙ В УРНУ

Омерзительное явление,
что же это будет?

По всем направлениям
плюются люди.

Плюются чистые,
плюются грязные,
плюют здоровые,
плюют заразные.

Плевки пересохнут,
станут легки

и вместе с пылью
летают плевки.

В легкие,

в глотку

несут чахотку.

Плевки убивают

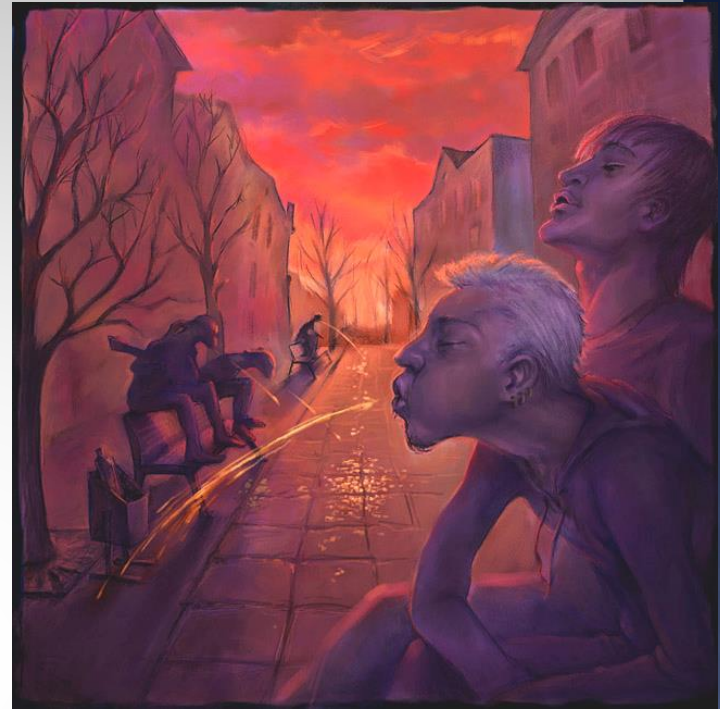
по нашей вине

народу

больше,

чем на войне.

ТОВАРИЩИ ЛЮДИ,
БУДЬТЕ КУЛЬТУРНЫ!
НА ПОЛ НЕ ПЛЮЙТЕ,
А ПЛЮЙТЕ В УРНЫ.

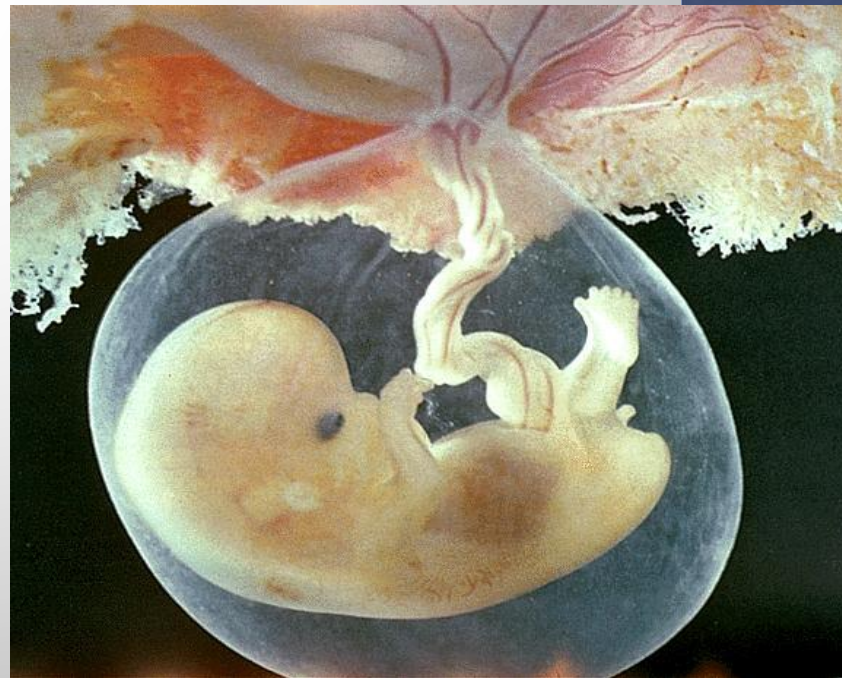


"Товарищи люди!
Будьте культурны:
не плюйте на пол,
а плюйте в урны!",
- призывал своих современников
Владимир Маяковский.

Заражение наступает при употреблении в пищу молочных продуктов от больных туберкулезом животных

Казуистические пути проникновения инфекции (через кожу, миндалины)

Внутриутробное заражение плода у больных беременных женщин.



У кого выше риск заболеть туберкулезом ?

1. Алкоголики



2. Наркоманы



3. Лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы



4. Безработные



5. Бомжи



6. Беженцы

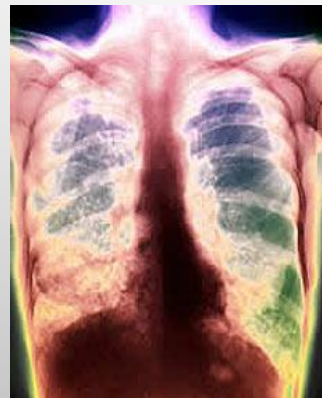
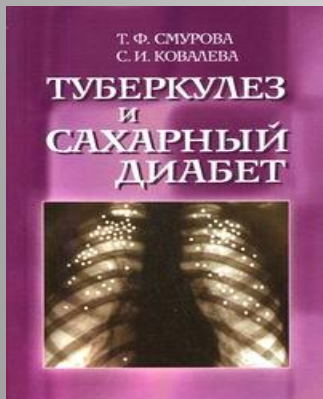


7. Лица контактируемые с больными туберкулезом (семейный, квартирный, производственный контакт)



Факторы, способствующие заболеванию туберкулезом

- Неполюценное питание;
- Алкоголизм;
- Табакокурение;
- Наркомания;
- ВИЧ-инфицированность;
- Наличие сопутствующих заболеваний:
(диабет, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, хронические неспецифические болезни легких).



Основные симптомы туберкулеза

Симптомы общие:

- + + Лихорадка и потливость
- + + Потеря массы тела
- + Потеря аппетита
- + Утомляемость
- + Частые простуды

Симптомы дыхательные:

- + + + Кашель
- + + + Мокрота
- + + Кровохарканье
- + Боли в груди
- + Одышка

(количество знаков + пропорционально их значимости)

СИМПТОМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

Длительный кашель
(более трех недель)



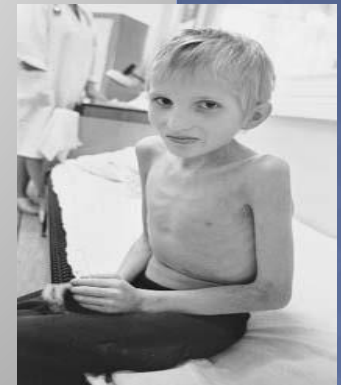
Кровохарканье



Примесь крови в мокроте



Потеря массы тела



**Сильное потоотделение
(особенно ночью)**



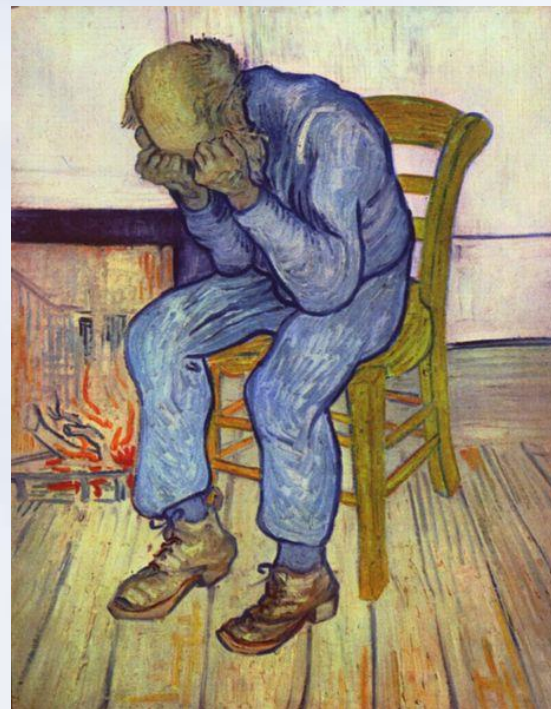
Потеря аппетита



Периодическое повышение температуры (37,2-37,5), чаще бывает вечером (17-21 час.).



Упадок сил и слабость





Одышка



Боли в грудной клетке

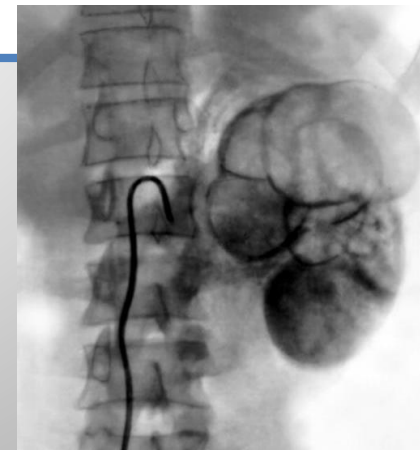
Одним из наиболее веских аргументов при диагностике туберкулеза является постоянное нарастание признаков в течение недель или месяцев.

Особенно это относится к общим симптомам:
потеря массы тела, аппетита, утомляемость и лихорадка.

**По локализации различают:
туберкулез легких (83-88%)
внелегочный (12-17%).**

Внелегочные формы туберкулеза:

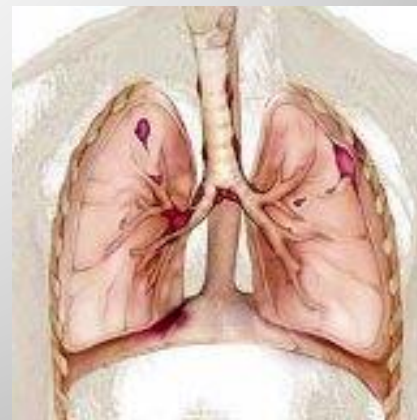
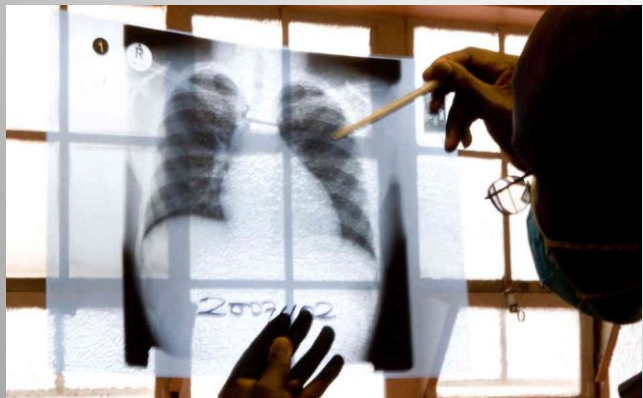
- Костей и суставов.
- Почек и мочевыводящих путей.
- Половых органов.
- Туберкулез глаза.
- Мозговых оболочек и центральной нервной системы (менингит).
- Кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов.
- Кожи.



Наблюдаются случаи полного излечения туберкулеза легких. Обычно туберкулез длится годами, медленно, хронически. В течении болезни наблюдаются колебания – периоды ухудшения сменяются улучшением и даже состоянием видимого выздоровления.

Обострения процесса чаще бывают весной и осенью, зима и лето переносятся лучше.

Самочувствие резко ухудшается, если присоединяются различные осложнения в виде перехода туберкулезного процесса с легкого на другие органы (кишечник, I почки, брюшину и т. д.). Наиболее тяжелыми осложнениями являются туберкулезный менингит и милиарный туберкулез.



Туберкулез легких нужно отличать от других легочных заболеваний – бронхитов, пневмоний, абсцесса легкого, бронхоэктазов.

Точный диагноз иногда удастся поставить только после нахождения в мокроте палочек Коха или при рентгенологическом исследовании.



Профилактика туберкулеза состоит из 3 С :

**Вакцинация и
ревакцинация БЦЖ**

**Санитарная
профилактика**

**Социальная
профилактика**

Химиопрофилактика

Специфическая



Вакцинация и ревакцинация БЦЖ

Вакцинация БЦЖ – общепризнанный метод активной специфической профилактики туберкулёза, прежде всего у детей и подростков.

Вакцинация снижает заболеваемость и смертность, предупреждает развитие тяжёлых форм (менингита, милиарного туберкулёза, казеозной пневмонии).

Проводится внутрикожно препаратами живой вакцины БЦЖ и БЦЖ-М новорождённым в возрасте 3-5 дней.

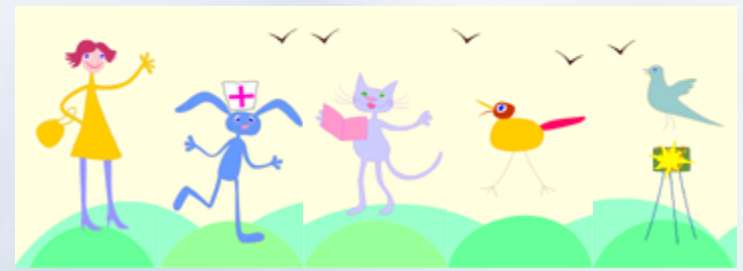
Ревакцинации подлежат здоровые дети и подростки в возрасте 7 и 14 лет, имеющие отрицательную реакцию Манту.



Первая
противотуберкулезная
прививка БЦЖ



МАМА
МАМАЛЬШ



Химиопрофилактика

Специфическая химиопрофилактика проводится одним или несколькими противотуберкулёзными препаратами под контролем врача-фтизиатра периодическими циклами по 3-4 мес. или непрерывно не менее 6 мес.

В существующих эпидемиологических условиях химиопрофилактика уменьшает заболеваемость туберкулёзом в 4–12 раз.

Химиопрофилактика проводится изониазидом в дозе 10 мг на кг веса, проводится в весенне-осенний период сроком 2-3 месяца.



Профилактике подлежат:

Дети и подростки ,
находящиеся в контакте с
туберкулезными больными



Лица, переболевшие туберкулезом и в легких или других органах
имеются остаточные явления, выражающиеся в
форме фиброзных полей, рубцов, кальцинатов (петрификатов).



Больные сахарным диабетом.



Лица страдающие язвенной болезнью, особенно при наличии остаточных явлений после перенесенного туберкулеза (в легких, лимфоузлах).
Об этих изменениях человек может и не знать.



Лица больные хроническими заболеваниями, постоянно принимающие глюкокортикоиды.

Гормоны влияют на уровень иммунитета и способствуют заболеванию туберкулезом при контакте с больными.

Лица имеющие профессиональные заболевания легких - при которых угроза заболеть туберкулезом высока.



Санитарная профилактика

Комплекс профилактических мероприятий включает в себя проведение текущей и заключительной дезинфекции, изоляцию детей от бактериовыделителей, госпитализацию больного или помещение детей в детские учреждения, регулярное обследование контактных лиц, санитарно-гигиеническое воспитание больных и членов их семей.

Большое значение имеет пропаганда фтизиатрами и врачами других специальностей санитарных знаний по туберкулёзу как через СМИ, так и через выступления на врачебных конференциях и непосредственно перед населением.





Пропаганда санитарно-гигиенических знаний о туберкулёзе, его профилактике

Запрет на некоторые профессии:

Всего около 20 профессий

Все профессии, связанные с контактом с детьми – воспитатели, учителя и др.



**Все профессии , связанные с
коммунальным обслуживанием**





Профессии связанные с транспортом (проводники, стюардессы и др.)

