УДК 613.632

Клинико – социальные аспекты туберкулеза легких у женщин репродуктивного возраста

М.Д. Сафарян, Г.Р. Минасян, А.Н. Лазарян

ЕрГМУ им. М. Гераци, кафедра фтизиопульмонологии
375025 Ереван, ул.Корюна, 2

Ключевые слова: туберкулез легких, женщины репродуктивного возраста, клиническая структура, социальные факторы

Как известно, здоровье нации определяется здоровьем женщин, а больные туберкулезом (ТБ) женщины являются серьезным источником распространения инфекции из-за более тесного контакта с детьми. Женщины и дети являются наиболее уязвимым к ТБ контингентом и более чувствительны к эпидемической ситуации и обусловливающим ее социальным факторам [1]. Ухудшение эпидемической ситуации характеризуется ростом заболеваемости, болезненности и смертности среди женщин, особенно молодого возраста.

Данные о заболеваемости ТБ легких среди женщин, находившихся на стационарном лечении в РКТБ в возрасте от 15 до 49 лет, и бактериовыделении за период с 1994 по 2002 годы представлены на рис. 1.

Рис.1. Динамика заболеваемости ТБ легких (в %), в том числе с бактериовыделением, у женщин 15–49 лет

Как видно из рис.1, у больных ТБ легких отмечаются высокие показатели заболеваемости (72–83.2%), из них в 76.6–95.6% случаев – с бактериовыделением.

Материал и методы

С целью изучения причин, способствующих развитию туберкулезной инфекции у женщин репродуктивного возраста, проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни пациенток, больных ТБ легких. Возрастная структура женщин, находившихся на стационарном лечении в РКТБ в 2003 году представлена на рис.2.

Как видно из этого рисунка, женщины в возрасте 15–24 года составили 36.4%, 25–34 – 27.3%, 35–44 – 21.8%, 45–54 – 14.5%.

Среди заболевших преобладали городские жители – 56.4%, остальные 43.6% – сельские. Распределение количества больных по месту жительства в различных регионах Армении представлено на рис.3.

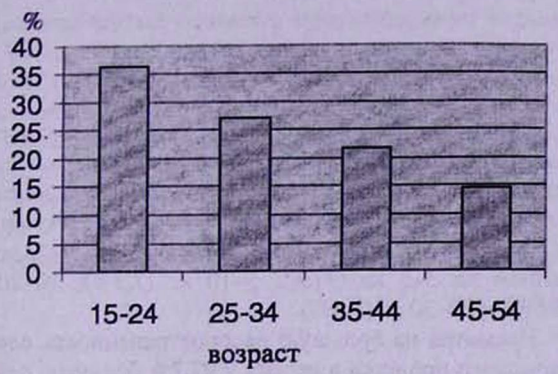

Рис.2. Возрастная структура обследованных женщин

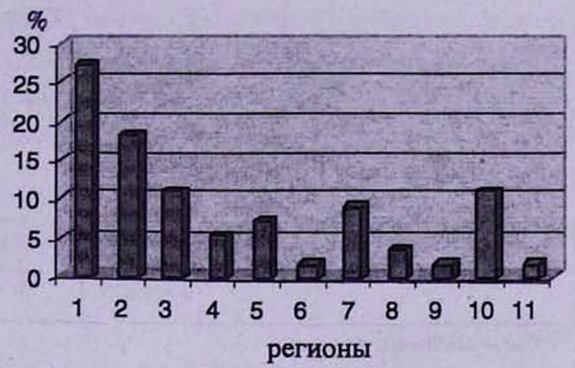

Рис.3. Распределение заболеваемости ТБ легких у обследованных по регионам Армении: 1 – Котайк, 2 – Армавир, 3 – Арагацотн, 4 – Ширак, 5 – Арарат, 6 – Сюник, 7 – Тауш, 8 – Лори, 9 – Вайоц Дзор, 10 – Ереван, 11 – Гегаркуник

Как видно из рис. 3, больше всего больных оказалось из региона Котайк (27%), а наименьшее количество (по 1.82%) из регионов Сюник, Вайоц Дзор и Гегаркуник.

По социальному статусу преобладали неработающие – 87.35%, женщины рабочих профессий составили 5.45%, служащих и студенток оказалось по 3.6%.

Образовательный ценз заболевших был следующим: среднее образование имели – 67.3%, незаконченное среднее – 16.4%, высшее и незаконченное высшее – 9%, среднеспециальное – 7.3%.

Факторы риска отмечены у 27.3% заболевших. Заболевания из группы риска распределились таким образом: сахарный диабет и психические заболевания встречались с одинаковой частотой – по 13.3%, ХНЗЛ (в основном хронический бронхит) – 12.7%, вегетососудистая дистония – 6.7%.

Особо следует отметить предшествующие заболеванию беременность и роды, которые, по данным литературы [3,4], повышают риск заболевания ТБ от 1.5–2.5 [5] до 5 раз [2]. Это подтверждается и нашими наблюдениями. У 3.3% женщин ТБ легких был выявлен в 3-м триместре беременности, у 6.7% – в срок от 1 до 6 месяцев после родов, у 10% – от 6 месяцев до 1 года. Причем у этого контингента больных в анамнезе есть 14.3% выкидышей, 14.3% – мертворожденных и 20% смертности детей в течение первых 4 недель жизни (причина смерти не установлена).

Семейное положение исследуемых выглядело следующим образом: замужних было 56.35% (83.8% из них имеют детей), незамужних – 28.3%, состоящих в разводе – 15.35% (44.4% из них имеют детей).

Эпидемиологические факторы риска имелись у 40% заболевших: семейный контакт с больным ТБ – у 86.4%, в пенитенциарных учреждениях – 9.1%, профессиональный – 4.5%.

Значительное место в развитии ТБ у женщин репродуктивного возраста занимали материально-бытовые факторы. Подавляющее большинство (87%) отмечало низкий уровень материальной обеспеченности. Среди заболевших 41.8% проживали в неблагоустроенных квартирах, 8.7% – в общежитиях, 3.64% – в различное время находились в местах лишения свободы. Вредные привычки наблюдались у 12.7% женщин, в том числе курящих – 85.7%, злоупотребляющих алкоголем – 14.3%.

Анализ сроков флюорографического обследования, предшествующих заболеванию показал, что только у 1.8% женщин проводилось очередное профилактическое обследование в течение предыдущих 6 месяцев. У остальных это обследование либо вообще не проводилось, либо проводилось в срок более 6 месяцев. Клиническая структура форм ТБ была в большинстве своем неблагоприятной: инфильтративный ТБ – 40%, фиброзно-кавернозный – 34.5%, диссеминированный – 9%, экссудативный плеврит – 5.45%, казеозная пневмония – 3.6%, очаговый ТБ составил всего лишь – 3.6%, первичный туберкулезный комплекс и кавернозный ТБ – по 1.8%. Сочетание ТБ легких с внелегочной локализацией процесса наблюдалось у 1.8% больных (табл.).

Из приведенных в таблице данных следует, что распространенные в пределах одной и более долей процессы выявлены у 92.7% больных, деструкция легочной ткани – 80%, бактериовыделение – 74.5%, фиброзные изменения – 32.7%.

Первичная лекарственная устойчивость микобактерий ТБ обнаружена у 18% бактериовыделителей, из них монорезистентность имела место в 30% случаев (в основном к стрептомицину), полирезистентность – в 70%.

Следует отметить низкую санитарную грамотность и крайне невнимательное отношение к своему здоровью значительной части заболевших женщин. Из них лишь 38.2% обратились в лечебные учреждения в срок до 1 месяца после возникновения симптомов. В

Таблица

Характеристика туберкулезного процесса в легких у обследованных женщин (локализация, распространенность, фаза, бактериовыделение, наличие фиброзных изменений)

Туберкулезный процесс в легких	Число больных	
	абсолют.	%
Объем поражения		
2 сегмента	4	7,3
доля	37	67,3
более доли	14	25,4
Сторона поражения		
правое легкое	17	30,9
левое легкое	21	38,2
оба легких	17	30,9
Бактериовыделение	41	74,5
Фаза распада	44	80
Фиброзные изменения	18	32,7

20% случаев этот срок составил от 1 до 3 месяцев, в 18.2% – от 3 до 6 месяцев, в 12.7% – от 6 месяцев до 1 года, в 7.3% – 1 – 2 года, в 1.8% – 3 года и 1.8% – 4 года.

Выявление заболевания при профилактическом флюорографическом обследовании наблюдалось лишь у 7.3% заболевших. У 29% больных ТБ легких выявлялся при рентгенографическом обследовании в общей лечебной сети. В 63.7% случаев туберкулез выявлялся в специализированной противотуберкулезной сети, куда больные обращались либо после короткого или длительного неэффективного противовоспалительного лечения в общей лечебной сети, либо после длительного самолечения, приводившего к прогрессированию заболевания вплоть до кровохарканья и легочного кровотечения. Несвоевременное выявление ТБ наблюдалось у всех женщин после родов. Ни одной из них при выписке из родильного дома не было сделано флюорографического обследования. То есть из вышеуказанного следует, что ТБ выявлялся у 92.7% женщин не при профилактическом обследовании (даже когда имелся контакт с туберкулезным больным), а при обращении с жалобами.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления ТБ характеризовались в основном слабостью (74.5%), повышением температуры до субфебрильной и фебрильной (60%), болевым синдромом (31%), сухим (18%) или продуктивным (71%) кашлем, обильной потливостью (41.8%), похуданием на 3–5 *кг* (31%), 5–10 *кг* (7.3%), 10–20 *кг* (3.6%) и 20–30 *кг* (3.6%).

Несмотря на большую распространенность специфического процесса в легких у 92.7% больных, одышка беспокоила лишь 32.7% заболевших, что, вероятно, связано с высокими компенсаторными возможностями легочной ткани у лиц молодого возраста и отсутствием возрастных ее изменений в виде пневмофиброза и эмфиземы. Кровохарканье и легочное кровотечение были у 20% больных.

Изменения в гемограмме носили типичный для активного туберкулезного процесса характер: лейкоцитоз отмечен у 36.5% больных, сдвиг лейкоцитарной формулы влево встречался редко (4.5%), значительно чаще отмечались лимфопения (25.5%), моноцитоз (9.5%). Наиболее частым отклонением со стороны общего анализа крови являлось увеличение СОЭ: до 40 *мм/ч* у 47.2% больных, выше 40 *мм/ч* – у 40%.

В биохимическом анализе крови у 16.7% больных констатирована диспротеинемия за счет увеличения грубодисперсных белковых фракций α2- и γ-глобулинов.

Всем больным проводилось специфическое лечение по программе DOTS: I категории – 85.5% больных, II – 9.1%, III – 1.8% и IV – 3.6%.

Эффективность лечения была следующей. В I категории в интенсивной фазе абациллирование наблюдалось у 83% пациенток, рентгенологически положительная динамика в виде рассасывания инфильтративных очагов и очагов диссеминации наблюдалась у 73%, а уменьшение числа и закрытие полостей распада – у 55%. Улучшение самочувствия и отсутствие первоначальных жалоб отмечали 92% женщин. Во II категории через 2 месяца абациллирование было только у 20% (так как большая часть этих больных была с полирезистентностью), а у 40% – через 5 месяцев. Рассасывание очагов инфильтрации и уменьшение полостей распада отмечались у 60% больных уже в первые 2 месяца. В III категории во всех случаях рассасывание очагов инфильтрации и обсеменения, а также закрытие полостей распада наблюдались в интенсивной фазе. В IV категории – абациллирование наблюдалось только через 5 месяцев у 50% больных, хотя рентгенологически положительная динамика отмечалась в первые 2–3 месяца.

Таким образом, развитие ТБ легких у женщин репродуктивного возраста связано с такими факторами

риска, как частый контакт с туберкулезными больными, неудовлетворительные условия жизни, отсутствие работы (и как следствие – тяжелое материальное положение), вредные привычки, включая курение, а также совпадает с периодом гормональной перестройки женского организма, связанным чаще всего с беременностью и родами, и наличием сопутствующих заболеваний.

Несвоевременное выявление ТБ у этой категории больных требует проведения систематического профилактического флюорографического обследования, в том числе всех женщин в послеродовом периоде, более широкого исследования мокроты пациентов на микобактерии ТБ, тщательного выявления контактов больных ТБ и правильной организации работы в эпидемическом очаге, а также усиления санитарно-просветительной работы среди населения в плане настороженности к этому заболеванию.

Поступила 28.07.04

Թոքերի տուբերկուլոզի կլինիկասոցիալական տեսակետները վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ

Մ.Դ. Սաֆարյան, Գ.Ռ. Մինասյան, Ա.Ն. Լազարյան

Հետազոտվել են տուբերկուլոզային վարակի նախատրամադրող գործոնները, նրա հայտնաբերումը և սպեցիֆիկ առանձնահատկությունները 15-ից 49 տարեկան 55 կանանց մոտ: Հիվանդների կլինիկական օրինակների վրա մշակվել են հիմնական սկզբունքները և միջոցառումները տուբերկուլոզի միկոբակտերիաների դեղորայքակայուն տեսակների հայտնաբերման համար: Պարզաբանվել են հիվանդության ուշ հայտնաբերման պատճառները: Առաջարկվել են տուբերկուլոզի հայտնաբերման կատարելագործված եղանակներ:

Clinico-social aspects of pulmonary tuberculosis in women of reproductive age

M.D. Safaryan, G.R. Minasian, A.N. Lazaryan

The factors predisposing to tuberculous infection, ways of its detection, and specific features of the course were studied in 55 women aged from 15 to 49 years. The severity of the clinical pattern in the patients and the high rate of detection of drug-resistant strains of Mycobacteria tuberculosis were found. The causes of untimely and late detection of the disease were clarified. Measures to improve the detection of the disease are proposed.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Европейский регион ВОЗ. Эпиднадзор за туберкулезом в Европе, 2000.
2. *Ильина Т.Я., Калдыбаева С.К.* Сборник резюме 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания, 1998, LIII, 12,с.403.
3. *Корецкая Н.М.* Пробл. туб., 2002, 8,с.4.
4. *Соцкая О.Л., Сафарян М.Д., Абрамян Р.А.* Руководство по внелегочному туберкулезу.Ереван, 2002.
5. *Фишер Ю.Я.* Пробл. туб.,1994, 4,с.14.