

УДК 616.24-002.5-055.2(571.52)

Н.М. Корецкая, И.С. Шогжал

**СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЖЕНЩИН
РЕСПУБЛИКИ ТЫВА****ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ (Красноярск)**

Проведен анализ 134 случаев впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у женщин Республики Тыва. Установлено выраженное преобладание распространенных поражений, высокая частота распада и бактериовыделения, причем в 86,9 % случаев – лекарственно устойчивых микобактерий, из которых 1/2 обладает множественной лекарственной устойчивостью, а 1/3 – высокой жизнеспособностью, что свидетельствует о большой эпидемиологической опасности заболевших.

Выделены факторы риска заболевания туберкулезом женщин и установлена их значимость в развитии специфического процесса. Показано, что возникновение заболевания у каждой четвертой женщины связано с беременностью и родами. Сделано заключение о необходимости обязательного проведения проверочного флюорообследования всем женщинам в послеродовом периоде еще во время пребывания их в родильном доме.

Ключевые слова: туберкулез органов дыхания, женщины

**MODERN CLINICOSOCIAL CHARACTERISTICS OF FIRST-REVEALED TUBERCULOSIS
OF RESPIRATORY APPARATUS IN WOMEN OF TIVA REPUBLIC**

N.M. Koretskaya, I.S. Shogzhal

Krasnoyarsk State Medical University named after professor V.F. Voyno-Yasenetskiy, Krasnoyarsk

We realized the analysis of 134 cases of first-revealed tuberculosis of respiratory apparatus in women of Tuva Republic. We detected prevalence of disseminate affections, high frequency of dissociation and bacterioexcretion (in 86,9 % of cases – excretion of drug-resistant bacteria, half of them has plural drug resistance and one third has high vitality, that proves high epidemiologic risk of ill people).

We marked out factors of risk of tuberculosis morbidity in women and determined their significance in development of specific process. It was shown that disease in every fourth woman is connected with pregnancy and birth. We concluded necessity of obligatory checking fluoroscopy for all women in puerperal period during their stay in maternity hospital.

Key words: tuberculosis of respiratory apparatus, women

Заболеваемость туберкулезом в Республике Тыва самая высокая не только в Сибирском Федеральном округе (СФО) [11, 14], но и в Российской Федерации [15]. По данным официальной статистики [12, 15], показатель заболеваемости туберкулезом в Республике Тыва в 2008 г. составил 241,0 на 100000 населения, в 2009 г. – 229,4 на 100000 населения, что выше данного показателя по СФО в 1,8 раза, а по Российской Федерации – в 2,8 раза. Усугубляет положение в Республике Тыва высокий удельный вес выделителей микобактерий туберкулеза (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью среди впервые выявленных больных, равный в 2010 г. 46,3 % и превышающий в 2,5 раза таковой в СФО [12]. С учетом данной ситуации при планировании противотуберкулезных мероприятий и реализации целевых программ борьбы с туберкулезом необходимо учитывать значительную дифференциацию показателей по территориям федеральных округов [13].

Особо выраженные различия наблюдаются в показателе заболеваемости туберкулезом женщин Республики Тыва по сравнению с таковой в СФО и Российской Федерации: в 2009 г. этот показатель был выше, соответственно, в 2,1 и 3,6 раза, а в 2010 г.

данное различие, по сравнению с СФО, увеличилось до 2,4 раз [12].

Анализ заболеваемости туберкулезом в различных районах Республики Тыва установил определенные закономерности эпидемического процесса: в районах с высокими показателями заболеваемости женщины заболевают туберкулезом даже чаще, чем мужчины, что является неблагоприятным прогностическим признаком дальнейшей эпидемии [9], особенно с учетом продолжающегося роста локального пика заболеваемости среди молодых женщин, ставшей в настоящее время основной составляющей заболеваемости [5].

Несмотря на актуальность проблемы туберкулеза в Республике Тыва и неблагоприятный прогноз дальнейшего развития эпидемической ситуации [14], исследованию клинико-социальных аспектов туберкулеза у коренного населения Республики Тыва посвящены лишь единичные работы [7, 9], в которых приводится медико-социальный портрет больных туберкулезом мужчин и рассматриваются факторы риска, способствующие развитию у них заболевания туберкулезом, однако применительно к женской части населения вышеуказанные вопросы в литературе не освещены; не изучено и влияние

на развитие заболевания таких факторов, как беременность и роды. Изучение данных вопросов в Республике Тыва, несомненно, актуально с учетом высокой заболеваемости туберкулезом женщин.

Цель исследования: проанализировать структуру клинических форм, характеристику туберкулеза органов дыхания, его выявление и оценить значимость факторов, способствующих развитию заболевания, а также приверженность лечению, его эффективность у женщин Республики Тыва.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По историям болезни проведен анализ 134 случаев впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у женщин, проходивших стационарный этап лечения в 2009 г. в ГБУЗ Республики Тыва «Противотуберкулезный диспансер». В разработку были взяты все истории болезни впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания женщин, лечившихся в данном году.

Анализировался возрастно-половой состав, социальный статус, образовательный уровень, наличие контакта с больными туберкулезом и его характер, наличие сопутствующих заболеваний группы риска и вредных привычек. Учитывался путь и каналы выявления заболевания, срок прохождения проверочного флюорографического обследования (ПФЛГО), предшествовавшего выявлению специфического процесса; протяженность поражения, фаза процесса; наличие внелегочных локализаций, сочетающих с поражением легких. Изучалась частота бактериовыделения и его характер, биологические свойства возбудителя (лекарственная резистентность и жизнеспособность).

Бактериовыделение определялось методом люминесцентной микроскопии и путем посева мокроты на питательные среды до начала проведения лечения, после чего проводился анализ лекарственной чувствительности штаммов МБТ стандартным методом абсолютных концентраций с использованием среды Левенштейна – Йенсена к антибактериальным препаратам основного и резервного ряда. Наличие лекарственной устойчивости к двум и более препаратам расценивалось как полирезистентность; штаммы, обладающие лекарственной устойчивостью одновременно к изониазиду и рифампицину, независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам, обозначались как штаммы с множественной лекарственной устойчивостью.

Характер жизнеспособности МБТ оценивался по скорости и массивности роста. Появление колоний МБТ в срок до 30 дней оценивалось как быстрый рост, свыше 30 дней – как замедленный. Высокой жизнеспособностью характеризовались МБТ, культуры которых давали рост в течение 30 суток (от начала посева мокроты) с числом колоний более 100; низкой жизнеспособностью обладали МБТ, растущие свыше 30 суток с количеством колоний менее 20 [10].

При статистическом анализе применялись относительные показатели; достоверность различий

определялась по критерию *t* Стьюдента (распределение носило нормальный характер, что подтверждено критерием Колмагорова – Смирнова). Различия считали достоверными, если вероятность их тождества была менее 5 % ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди заболевших удельный вес жителей города и села был практически одинаков (соответственно, $53,0 \pm 4,3\%$ и $47,0 \pm 4,3\%$; $p > 0,05$).

Возрастная структура больных представлена в таблице 1. Как видно из данных, приведенных в таблице, максимальный удельный вес заболевших наблюдался в возрастной группе от 18 до 29 лет ($51,5 \pm 4,3\%$); $71,6 \pm 3,7\%$ приходилось на наиболее детородный возраст (до 40 лет). Удельный вес лиц возрастной группы 60 лет и старше был минимальным – $4,4 \pm 1,8\%$. Средний возраст заболевших – $33,5 \pm 1,1$ года.

Таблица 1
Возрастная структура больных (абс, %; $M \pm m$)

Возраст, годы	Количество больных	
	абс.	%
18–19	6	$4,5 \pm 1,8$
20–29	63	$47,0 \pm 4,3$
30–39	27	$20,1 \pm 3,5$
40–49	18	$13,4 \pm 2,9$
50–59	14	$10,4 \pm 2,6$
60–69	5	$3,7 \pm 1,6$
70 и боле	1	$0,7 \pm 0,7$
Всего	134	100,0

Неорганизованное население составило $64,9 \pm 4,0\%$, из которых $44,0 \pm 4,3\%$ – неработающие лица трудоспособного возраста, $11,2 \pm 2,7\%$ – пенсионеры, $9,7 \pm 2,6\%$ – инвалиды, что предполагает более низкое материальное обеспечение данных категорий населения [2]. Организованное население было представлено лицами рабочих профессий ($7,5 \pm 2,3\%$), служащими ($8,2 \pm 2,4\%$), из которых $3,7 \pm 1,6\%$ приходилось на медицинских работников, а также частными предпринимателями ($1,5 \pm 1,0\%$). Высок среди организованного населения удельный вес студентов и учащихся ($14,1 \pm 3,0\%$). В декретном отпуске находились $3,7 \pm 1,6\%$ обследованных.

В благоустроенных квартирах проживала лишь 1/4 заболевших женщин ($24,6 \pm 3,7\%$), в общежитиях – $1,5 \pm 1,0\%$.

Обращает на себя внимание довольно высокий образовательный ценз заболевших: высшее образование имели $6,7 \pm 2,2\%$, незаконченное высшее – $7,5 \pm 2,3\%$, средне-специальное – $35,8 \pm 4,1\%$, среднее – $44,8 \pm 4,3\%$; начальное и незаконченное среднее образование – лишь $5,2 \pm 1,9\%$.

Не имели семьи $41,0 \pm 4,2\%$. Вредные привычки констатированы у $33,6 \pm 4,1\%$ ($26,9 \pm 3,8\%$ курили, $6,7 \pm 2,2\%$ – злоупотребляли алкоголем).

Необходимо особо отметить высокую частоту контакта с больными туберкулезом в анамнезе: его имела половина заболевших, из них семейный контакт составил $41,8 \pm 4,3 \%$, профессиональный – $5,9 \pm 1,9 \%$, бытовой – $2,2 \pm 1,3 \%$, в местах лишения свободы – $0,7 \pm 0,7 \%$. Полученные данные свидетельствуют о высокой значимости экзогенной суперинфекции в развитии заболевания у женщин Республики Тыва в условиях эпидемии туберкулеза.

Заболевания группы риска имели $35,8 \pm 4,1 \%$ обследованных; наибольший удельный вес ($26,9 \pm 3,8 \%$) составили хронические неспецифические заболевания легких и хронический алкоголизм ($6,7 \pm 2,2 \%$); значительно меньший – язвенная болезнь ($1,5 \pm 1,0 \%$) и психические заболевания ($0,7 \pm 0,7 \%$). В 3 случаях ($2,2 \pm 1,3 \%$) имело место сочетание двух заболеваний группы риска. Высокой была частота болезней репродуктивной системы ($44,8 \pm 4,3 \%$), на что указывают и другие авторы [6]. Наличие заболеваний, передаваемых половым путем, отмечено у $11,1 \pm 2,7 \%$, из них сифилис – у $10,4 \pm 2,6 \%$, гонорея – у $0,7 \pm 0,7 \%$.

Особый акцент необходимо сделать на установленной высокой доле развития заболевания туберкулезом во время беременности ($6,7 \pm 2,2 \%$) и в первый год после родов – $15,7 \pm 3,0 \%$, из них у $6,0 \pm 2,0 \%$ – в течение первого месяца, то есть практически у каждой четвертой женщины заболевание было связано с беременностью и родами. В этой связи мы, как и другие авторы [1], считаем необходимым в условиях эпидемии туберкулеза обязательное проведение ПФЛГО всем родившим

женщинам еще во время пребывания их в родильном доме.

Большинство больных ($72,4 \pm 3,9 \%$) были выявлены активно при ПФЛГО, из них $11,1 \pm 2,7 \%$ – при обследовании женщин по контакту как контактных лиц, $6,7 \pm 2,2 \%$ – в послеродовом периоде, $6,0 \pm 2,0 \%$ – при устройстве на работу, $1,5 \pm 1,0 \%$ – при получении справок; остальные больные были выявлены активно при массовых проверочных обследованиях. Полученные нами данные отличаются от литературных, в которых отмечено, что доля выявленного при обращении туберкулеза у женщин выше, чем при ПФЛГО [8]. Последнее, возможно, связано с тем, что 35 % больных, выявленных при ПФЛГО, имели симптомы заболевания, но за медицинской помощью не обращались.

Выявление специфического процесса при обращении с жалобами имело место у $28,6 \pm 3,9 \%$ больных, причем 1/3 из них обратилась за медицинской помощью спустя 3 и более месяцев после появления симптомов.

Анализ сроков ПФЛГО, предшествующих выявлению заболевания, показал, что $4,5 \pm 1,8 \%$ обследовались в срок до 6 месяцев, $54,5 \pm 4,3 \%$ – от 6 месяцев до 1 года, у $18,7 \pm 3,4 \%$ этот срок составил от 1 до 2 лет; у $7,5 \pm 2,3 \%$ – от 2 до 3 лет; более 3 лет не обследовались $14,9 \pm 3,1 \%$.

Активное выявление туберкулеза при ПФЛГО в случае наличия симптомов заболевания, нарушения декретированных сроков данного обследования у каждой пятой заболевшей, позднего обращения за медицинской помощью свидетель-

Таблица 2
Структура клинических форм, характеристика туберкулеза органов дыхания и пути его выявления
(абс, %; $M \pm m$)

Клинические формы туберкулеза органов дыхания, характеристика процесса и пути его выявления		Количество больных		
		абс.	%	
Клинические формы туберкулеза органов дыхания	Первичный туберкулезный комплекс	2	$1,5 \pm 1,0$	
	Диссеминированная	2	$1,5 \pm 1,0$	
	Милиарная	11	$8,2 \pm 2,4$	
	Очаговая	29	$21,6 \pm 3,6$	
	Инфильтративная	69	$51,5 \pm 4,3$	
	Казеозная пневмония	4	$3,0 \pm 1,5$	
	Туберкулема	10	$7,5 \pm 2,3$	
	Фиброзно-кавернозная	5	$3,7 \pm 1,6$	
	Туберкулезный плеврит	2	$1,5 \pm 1,0$	
Характеристика процесса и пути его выявления	Объем поражения	1-2 сегмента	27	$20,5 \pm 3,5$
		Доля	59	$44,7 \pm 4,3$
		Более доли	46	$34,8 \pm 4,1$
	Фаза распада	71	$53,8 \pm 4,3$	
	Бактериовыделение	76	$56,7 \pm 4,3$	
	Пути выявления	ПФЛГО	97	$72,4 \pm 3,9$
При обращении		37	$27,6 \pm 3,9$	

ствует о низком уровне санитарной грамотности по туберкулезу у женщин Республики Тыва, что требует активизации работы по ее повышению.

Структура клинических форм и характеристика специфического процесса представлена в таблице 2. Обращает на себя внимание наличие у $8,2 \pm 2,4\%$ запущенных форм специфического процесса. Высокий удельный вес инфильтративного и очагового туберкулеза легких и низкий диссеминированного связан, на наш взгляд, с возрастной структурой заболевших, в которой лица молодого возраста значительно преобладали над лицами старше 50 лет, и эти различия в структуре клинических форм подтверждаются данными системы эпидемиологического мониторинга [3].

Рентгеномографическое обследование установило очень низкий удельный вес ограниченных процессов (в пределах одного — двух сегментов) — $20,5 \pm 3,5\%$, что свидетельствует о выраженности экссудативного характера воспаления, подтверждающейся преобладанием долевого ($44,7 \pm 4,3\%$) и захватывающих более доли легкого ($34,8 \pm 4,1\%$) процессов и деструкцией легочной ткани, установленной в $53,8 \pm 4,3\%$ случаев.

Бактериовыделение констатировано в $56,7 \pm 4,3\%$ случаев, причем в $31,6 \pm 5,3\%$ оно носило массивный характер. Первичной лекарственной устойчивостью обладали $86,5 \pm 4,7\%$ выделенных штаммов МБТ, при этом лишь в $9,6 \pm 4,1\%$ случаев отмечалась монорезистентность; полирезистентность составила $34,6 \pm 6,6\%$. Наиболее высок был удельный вес МБТ с множественной лекарственной устойчивостью — $42,3 \pm 7,4\%$.

Исследование жизнеспособности МБТ показало преобладание быстрого роста над замедленным (соответственно, $61,5 \pm 6,7\%$ против $38,5 \pm 6,7\%$; $p < 0,001$). Удельный вес МБТ с высокой жизнеспособностью составил $34,6 \pm 6,6\%$. Особую тревогу вызывает тот факт, что у $30,6\%$ заболевших имелись дети младшего возраста, что с учетом характера бактериовыделения и особенностей биологических свойств МБТ создавало высокую опасность их первичного инфицирования.

Преобладание распространенных процессов, характерных для эпидемии туберкулеза, безусловно, связано с высокой частотой множественной лекарственной устойчивости МБТ, наличием сопутствующей патологии, асоциальным образом жизни, на что указывают и другие авторы [2, 4]. Мы считаем, что развитие заболевания в короткие (до 1 года) сроки после предыдущего ПФЛГО у $59,0 \pm 4,2\%$ заболевших в значительной мере обусловлено не только высокой частотой множественной лекарственной устойчивости МБТ, но и высокой жизнеспособностью МБТ, имевшей место в $34,6 \pm 6,6\%$ случаев.

Сочетание туберкулеза органов дыхания с внелегочной локализацией специфического процесса наблюдалась в $6,0 \pm 2,0\%$ случаев.

Сроки пребывания в стационаре были следующими: до 1 месяца — $5,2 \pm 1,9\%$, 1–2 месяца — $17,2 \pm 3,3\%$, 2–3 месяца — $21,6 \pm 3,6\%$, 3–6 меся-

цев — $35,8 \pm 4,1\%$, более 6 месяцев — $20,1 \pm 3,5\%$, то есть значительная часть больных была досрочно выписана из стационара. Причинами досрочного прекращения лечения в $37,3 \pm 4,2\%$ был отказ от него и самовольный уход из отделения, в $6,0 \pm 2,0\%$ — нарушение больничного режима (употребление алкоголя, аморальное поведение). Среди больных, пролеченных более 3 месяцев, закрытие полостей распада имело место у $42,3 \pm 4,3\%$, прекращение бактериовыделения — у $84,6 \pm 3,1\%$. Летальный исход наступил у $3,7 \pm 1,6\%$ больных.

Таким образом, впервые выявленный туберкулез органов дыхания у женщин Республики Тыва характеризуется поздним выявлением в виде запущенных форм у $8,2\%$ больных, распространенностью поражения, высокой частотой распада и бактериовыделения, причем в $86,9\%$ случаев — лекарственно-устойчивых МБТ, из которых половина обладает множественной лекарственной устойчивостью, а $1/3$ — высокой жизнеспособностью. Фактором, способствующим развитию специфического туберкулеза, у каждой второй женщины явилось наличие контакта с больными туберкулезом, у каждой третьей — сопутствующих заболеваний группы риска, у каждой четвертой — беременности и родов; важное значение имело также асоциальное поведение, отсутствие работы и семьи. Высокая частота развития туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде требует в условиях эпидемии туберкулеза обязательного проведения ПФЛГО всем женщинам в послеродовом периоде еще во время пребывания их в роддоме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбородова Т.И. Обязательное рентгенофлюорографическое обследование женщин в роддоме в условиях эпидемии туберкулеза // Туб. и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 46.
2. Влияние социально-экономических факторов на распространенность туберкулеза среди населения Урала / В.А. Подгаева, Д.Н. Голубев, И.А. Черняев, П.Л. Шулев // Вестн. Ивановской медицинской академии. — 2011. — Т. 16, № 1. — С. 9–11.
3. Выявление и диагностика больных туберкулезом органов дыхания по данным системы эпидемиологического мониторинга / С.Е. Борисов, Л.Д. Гунтупова, А.В. Дергачев [и др.] // Туберкулез сегодня: Матер. VII Рос. съезда фтизиатров. — М., 2003. — С. 147–148.
4. Голубев Д.Н., Газизулина Г.Х. Медико-социальная характеристика заболевших туберкулезом органов дыхания в Удмуртии // Туберкулез сегодня: Матер. VII Рос. съезда фтизиатров. — М., 2003. — С. 10.
5. Заболеваемость туберкулезом в России: ее структура и динамика / Е.М. Беллиловский, С.Г. Борисов, А.В. Дергачев [и др.] // Проблемы туберкулеза. — 2003. — № 7. — С. 4–11.
6. Каюкова С.И., Демихова О.В. Выявление заболеваний репродуктивной системы у женщин

больных туберкулезом органов дыхания // Туб. и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 188–187.

7. Клинико-социальные аспекты туберкулеза легких у коренного населения Республики Тыва / Э.А. Ондар, А.А. Рудко, А.Г. Матрашкин [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2006. — № 1. — С. 45–48.

8. Ламбаев Т.П., Невзоров В.П. Медико-социальный портрет больного туберкулезом в Забайкалье // Проблемы туберкулеза. — 2001. — № 6. — С. 37–40.

9. Матрашкин А.Г., Месько Е.М., Побызакowa Ю.Г. Заболеваемость туберкулезом в районах Республики Тыва // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2004. — № 7. — С. 13–17.

10. Методы математического анализа эпидемической ситуации по туберкулезу: пособие для врачей. — СПб., 1998. — 24 с.

11. Мингазов И.Ф., Круглова Э.В. Заболеваемость туберкулезом в Сибирском Федеральном округе // Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении:

Матер. IX Рос.-нем. науч.-практ. конф. форума им. Р. Коха и И.И. Мечникова. — Новосибирск, 2010. — С. 232–234.

12. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном Федеральных округах / Г.С. Мурашкина, Т.В. Алексеева, Н.М. Новикова [и др.]. — Новосибирск, 2011. — 78 с.

13. Особенности развития туберкулеза в Северо-Западном Федеральном округе Российской Федерации / Ю.Н. Левашев, А.В. Елькин, А.Н. Гришко [и др.] // сегодня: Матер. VII Рос. съезда фтизиатров. — М., 2003. — С. 19.

14. Прогноз развития эпидемической ситуации с туберкулезом в Республике Тыва / О.В. Ревякина, П.Н. Филимонов, Г.С. Мурашкина [и др.] // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2011. — № 2. — С. 167–171.

15. Туберкулез в Российской Федерации 2008 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. — М., 2009. — 192 с.

Сведения об авторах

Корецкая Наталия Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой туберкулеза с курсом ПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (3912) 61-76-82, факс: 8 (3912) 28-08-60; e-mail: kras-kaftuber@mail.ru)

Шогжал Ирина Сарыг-ооловна – клинический ординатор кафедры туберкулеза с курсом ПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (3912) 61-76-82, факс: 8 (3912) 28-08-60; e-mail: kras-kaftuber@mail.ru)