

Малосиева В., Сатуева Э.

Медико-социальные характеристики больных туберкулезом женщин*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фтизиопульмонологии***Резюме**

В работе представлены результаты исследования социально-демографических и клинических особенностей женщин с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания с созданием наиболее типичного клинического портрета пациенток в разные возрастные периоды.

Ключевые слова: туберкулез легких, женщины, репродуктивный возраст

Введение

Туберкулез является важнейшей социально-медицинской проблемой в настоящее время. Это заболевание наносит ущерб не только здоровью населения, но и серьезный социальный и экономический урон обществу из-за утраты трудоспособности, преждевременной смерти значительной части наиболее трудоспособного населения. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России сохраняется напряженной и проблемы туберкулеза по-прежнему повсеместно сохраняют свою актуальность из-за увеличивающегося количества больных с лекарственноустойчивыми формами туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Особо важное значение представляет заболеваемость среди молодых женщин. В настоящее время пик заболеваемости туберкулезом женщин приходится на возраст 25-34 лет, совпадающий с максимальной реализацией их репродуктивной функции. Учитывая, что женщина является основой семьи, а семья – это та микросоциальная среда, где наследуется и формируется здоровье и образ жизни новых поколений, изучение гендерных особенностей развития тяжелого инфекционного заболевания, которым является туберкулез, наиболее актуально именно в этой возрастной группе.

Целью нашего исследования явился анализ социально-демографических и клинических особенностей женщин с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания с созданием наиболее типичного клинического портрета пациенток в разные возрастные периоды.

Материал и методы

Для реализации поставленной цели были изучены клинические истории болезни 150 женщин, больных активным туберкулезом органов дыхания, находившихся на стационарном лечении в Областной клинической туберкулезной больнице г. Саратова в течение 2011- 2013 гг.

Результаты

По результатам исследования было выявлено, что у 58% женщин, госпитализированных в противотуберкулезный стационар по поводу активного туберкулеза органов дыхания, легочный процесс представлен деструктивными формами. Среди них в возрастной группе до 25 лет оказалось 17,2 %, 26-35 лет – 40,2%, 36-45 лет-14,9 %, 46-60 лет-13,8% и пациентов старше 60 лет оказалось 13,8%. Бактериовыделение на момент поступления было выявлено у 77% больных, на момент выписки из стационара доля бактериовыделителей снизилась до 55%. Множественная лекарственная устойчивость возбудителя имела место в 21% случаев. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались: ВИЧ-инфекция – в 21,8% случаев, сахарный диабет 2 типа – в 10,3%, вирусный гепатит В и С – в 8% случаев. Среди обследованных у 92% пациенток туберкулез выявлен впервые, в 4% случаев – имел прогрессирующее течение, у 2% больных выявлен рецидив, в 2% случаев – больные имели хронические формы туберкулеза.

Особое внимание было обращено на анализ социально-демографических и клинических особенностей женщин, больных деструктивными формами туберкулеза органов дыхания как наиболее тяжелое и неблагоприятное в эпидемическом отношении популяционное ядро фтизиатрических больных. Получено, что из всех потенциально трудоспособных пациенток с туберкулезом легких в фазе распада 77,8% не имеет постоянного места работы, только 32,8% нуждались в предоставлении больничного листа, т.е. пользовались социальным пособием по временной нетрудоспособности. В исследуемой группе женщин, больных туберкулезом органов дыхания, приверженность к лечению отмечена только у 57% больных, остальные самостоятельно прерывали лечение, нарушали режим и покидали стационар досрочно, при этом 22,3% больных получили в стационаре менее 60 доз. У 62,1% пациенток выявлен инфильтративный туберкулез легких, у 6,9% – туберкулемы, 6,9% больных страдает диссеминированной формой туберкулеза легких, у 2,3% – кавернозный туберкулез и у 11,5% – фиброзно-кавернозный туберкулез.

В сравняемой контрольной группе (пациентки с недеструктивными формами туберкулеза органов дыхания) больных до 25 лет оказалось 19 %, 26-35 лет – 31,7%, 36-45 лет-20,6 %, 46-60 лет-14,3% и пациентов старше 60 лет оказалось 14,3%. Бактериовыделение на момент поступления было выявлено у 41,3%, на момент выписки из стационара их доля снизилась до 37%. Множественная лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза наблюдалась у 26,9% больных контрольной группы (при 38,8% в группе сравнения). Из сопутствующих заболеваний также наиболее часто встречались: ВИЧ-инфекция в 19% случаев, сахарный диабет 2 типа – в 3,2%, вирусный гепатит В и С – в 9,5% случаев. У большинства пациенток (82%) туберкулез органов дыхания был выявлен впервые, 4% имели прогрессирующее и 13% – хроническое течение заболевания; рецидив выявлен в 1% случаев. У 50,8 % рассмотренных в этой группе пациенток установлен инфильтративный туберкулез легких, у 6,3% – диссеминированный туберкулез, у 19% – туберкулемы, очаговый туберкулез у 12,8% и туберкулезный плеврит – у 11,1% больных.

В данной группе 85,1% потенциально трудоспособных пациенток не имели постоянного места работы, что свидетельствует о низкой социальной защищенности больных. В данной группе приверженность к лечению была характерна для 40% больных, 60% самостоятельно прерывали лечение и покидали стационар.

Учитывая высокую социальную значимость женщин репродуктивного возраста, нами были проанализированы медико-социальные особенности пациенток разного возраста. Выделены 2 группы: 1 группа до 35 лет (п63) и 2 группа – старше 35 лет(п54). Получено, что в 1 группе чаще встречаются распространенные формы туберкулеза и поражение серозных оболочек: экссудативный плеврит (7,9% при 3,8% во 2 группе); диссеминированный туберкулез – 9,5% при 7,4% в группе сравнения (2 группа); инфильтративный туберкулез – 65,1% в 1 группе при 61,1%. В старшей возрастной группе (2 группа) чаще встречаются ограниченные процессы: очаговый туберкулез в 5,6% при 4,8% в 1 группе; туберкулемы – 18,5% при 11,1% в 1 группе. Но при этом во 2 группе также чаще встречаются хронические деструктивные формы туберкулеза – фиброзно-кавернозный – 3,8% при 1,5% в 1 группе.

Наличие деструктивных изменений в легочной ткани более свойственны молодым пациенткам: полости распада встречаются у 65,1% больных с легочным туберкулезом в 1 группе, тогда как у больных старших возрастных групп деструкции определяются в 53,7%. Также молодые пациентки чаще являются бактериовыделителями: так, МБТ выявлены у 77,6% больных 1 группы при 67,3% в группе сравнения.

Крайне неблагоприятной характеристикой молодых пациенток является спектр ЛУ выделяемых ими микобактерий: множественная лекарственная устойчивость определяется в 37,8% случаев при 19,2% в группе сравнения.

Снижает вероятность благоприятного прогноза развития заболевания у молодых пациенток и тяжелая коморбидность: ВИЧ-инфекция встречается в 39,7% случаев при 11,1% случаев в старшей возрастной группе; вирусные гепатиты С – в 14,3% при 1,9% случаев в сравниваемой группе. Больные старшей возрастной группы чаще страдают сахарным диабетом – 13%, тогда как в 1 группе эта доля составляет 1,6%. Негативному развитию заболевания у пациенток молодого возраста неизбежно будет способствовать их низкая приверженность к выполнению рекомендаций врачей: доля досрочно прервавших лечения в 1 группе составляет 31,7% при 27,8% во 2 группе.

О низкой степени социальной защищенности молодых пациенток с впервые выявленным туберкулезом легких свидетельствует отсутствие постоянного места работы у 79,4% больных трудоспособного возраста при 63,2% в старшей возрастной группе.

Обсуждение

В ходе проведенного исследования было выявлено, что большинство пациенток как в первой, так и во второй группах, относятся к возрастным группам от 18 до 25 лет и от 26 до 35 лет, то есть к наиболее активному периоду репродуктивного возраста. В группе пациенток с туберкулезом в фазе распада чаще встречается бактериовыделение при поступлении и при выписке, нежели в контрольной группе. Кроме того, в обеих группах уровень приверженности к лечению чрезвычайно низок, что в совокупности с высоким уровнем бактериовыделения повышает риск распространения заболевания среди их постоянного окружения, в особенности среди членов их семьи. Наличие множественной лекарственной устойчивости более выражено при деструктивной форме туберкулеза, что значительно осложняет лечебный процесс и, как следствие, прогноз. Наиболее распространенной формой туберкулеза является инфильтративный туберкулез, в абсолютном большинстве впервые выявленный.

Особое внимание нужно уделить тому, что в обеих исследуемых группах чрезвычайно высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, гепатитом В и С. Важным демографическим признаком анализа является род занятий. Наибольшую часть пациентов составляют неработающие, что отражает определенный образ жизни этих больных и проблемы социального статуса.

Заключение

Проведя данное исследование, еще раз хотелось бы отметить, что проблема туберкулеза легких у женщин давно привлекает внимание врачей, ведь женщина является основой семьи, а семья – это та микросоциальная среда, где не только наследуется, но и формируется здоровье и образ жизни новых поколений, поэтому она должна стать объектом глубокого и постоянного медицинского наблюдения и контроля.

Особое внимание должно быть обращено на анализ социально-демографических и клинических особенностей женщин, больных деструктивными формами туберкулеза органов дыхания как наиболее тяжелое и неблагоприятное в эпидемическом отношении популяционное ядро фтизиатрических больных.

Таким образом, клинический портрет пациентки противотуберкулезного стационара с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания репродуктивного возраста (<35 лет) представлен неработающей женщиной, отягощенной тяжелой коморбидностью (ВИЧ-инфекция, гепатит С) с распространенным деструктивным туберкулезом, выделяющей МБТ с МЛУ, с низкой приверженностью к лечению.

Литература

1. Муминов Т.А., Сейдахметова К.С., Кожабаяева К.М., Исканов У.И. Туберкулез легких у женщин молодого возраста // Проблемы туберкулеза. – 2009. – № 9. – С. 69–70.;
2. Суханова Л.П., Глушенкова В.А. Эволюция репродуктивного процесса в России в переходный период (с позиций службы охраны материнства и детства) // Информационно-аналитический вестник. Социальные вопросы здоровья населения. – 2007. – № 3. – С. 24.;
3. Нечаева О.Б. Туберкулез в Российской Федерации: заболеваемость и смертность // Медицинский алфавит. Эпидемиология и гигиена. – 2013. – № 4 (24). – С. 7–12.;
4. Евстифеева Е.А., Стольникова И.И., Филиппченкова С.И. Здоровье человека: риски репродуктивной функции // Ситуация человека: философский и дисциплинарный дискурс: под общ. ред. Е.А. Евстифеевой. – Тверь: РИЦ ТГМА, 2008. – С. 186–190.;
5. Кожекина Н.В. Медико-социальные особенности заболеваемости и смертности от туберкулеза у женщин фертильного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011.