Н.М.Корецкая, А.А.Наркевич, А.Н.Наркевич

Гендерные особенности впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких

ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого" Минздрава России: 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

N.M.Koretskaya, A.A.Narkevich, A.N.Narkevich

Gender features of newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis

Summary

Analysis of gender difference in presentation of newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis included data of 252 males and 147 females and showed that females develop the disease more frequently in childbearing age (20 to 29 years) and have more frequent contacts with TB patients. The ways to diagnose the disease, clinical manifestations, irregular fluorographic examination, and delayed seeking the aid were not related to gender. Despite more localized lung injury in females the frequency of positive culture was similar in females and males but multidrug resistance of M. tuberculosis was registered 1.6-fold more often in females. This could indicate higher risk of TB transmission from a woman with pulmonary TB to children owing to their close contact.
Key words: infiltrative pulmonary tuberculosis, gender, risk factors, social status, detection, manifestation.

Резюме

Изучение гендерных особенностей впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких у мужчин ($n = 252$) и женщин ($n = 147$) показало, что женщины заболевают чаще в самом репродуктивном возрасте (20–29 лет) и имеют большую частоту контакта с больными туберкулезом. Пути выявления заболевания, его клинические проявления, частота нарушения сроков флюорографического обследования, позднее обращение за медицинской помощью не зависели от пола. Несмотря на меньшую протяженность поражения легочной ткани у женщин, частота бактериовыделения у них не отличалась от таковой у мужчин, а множественная лекарственная устойчивость возбудителя регистрировалась в 1,6 раза чаще, что свидетельствует о более высокой эпидемиологической опасности среди больных женщин вследствие их более тесного контакта с детьми.
Ключевые слова: инфильтративный туберкулез легких, мужчины, женщины, факторы риска, социальный статус, выявление, симптоматика.

Население различных половозрастных групп имеет разные степень восприимчивости к туберкулезной инфекции и вероятность контакта с ее источниками, что определет специфику противотуберкулезных мероприятий для лиц различных пола и возраста, а также необходимость проведения среди них целевых программ борьбы с распространением данного заболевания [1]. В 2011 г. в Российской Федерации риск заболевания туберкулезом для мужчин был в 2,6 раза выше, чем для женщин [1], а в Красноярском крае этот показатель составил 2,2 раза [2].

Наличие максимума удельного веса в молодом, наиболее экономически активном возрасте как у мужчин, так и у женщин отражает эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу и указывает на сохранение условий для распространения болезни в ближайшей перспективе, если не будет поддерживаться необходимый уровень противотуберкулезных мероприятий [1].

Инфильтративный туберкулез легких (ИТЛ) на протяжении многих лет занимает ведущее место в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания [3, 4]. В последние годы происходит относительное увеличение доли данной формы специфического процесса среди впервые выявленных больных [5]. Необходимо помнить и о том, что развитие ИТЛ связано с высоким риском исходов в деструктивные формы заболевания, нередко обусловливающие необходимость хирургического лечения и составляющие угрозу стойкой утраты трудоспособности больных [6].

В этой связи актуально изучение различных аспектов ИТЛ.

Целью исследования явилось изучение гендерных особенностей впервые выявленного ИТЛ как наиболее частой формы туберкулеза органов дыхания.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни мужчин ($n = 252$) и женщин ($n = 147$), лечившихся в стационаре Красноярского краевого противотуберкулезного диспансера № 1 с впервые установленным диагнозом ИТЛ. Изучались возрастной состав больных, их социальный статус, образовательный уровень, жилищно-бытовые условия, наличие контакта с больными туберкулезом и его характер, наличие сопутствующих заболеваний группы риска и вредных привычек; пути выявления заболевания, его клиническая симптоматика,

рентгено-лабораторные данные, частота бактериовыделения (БВ), наличие лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя и ее характер.

Исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого" Минздрава России, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации "Этические принципы проведения научных медицинский исследований с участием человека" с поправками 2000 г. и "Правилами клинической практики в Российской Федерации", утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.03 № 266.

Для определения подчинения закону нормального распределения количественных данных использовался критерий Шапиро–Уилка. При уровне значимости $p < 0,05$ гипотеза о нормальности распределения отвергалась. Количественные данные, полученные в результате исследования, не подчинялись закону нормального распределения, поэтому они представлены в виде медианы (*Me*), 1-го и 3-го квартилей: *Me* (Q_1; Q_3), где Q_1 – 1-й квартиль, Q_3 – 3-й квартиль. Для долей рассчитывалась ошибка доли. Различия между качественными (номинальными) признаками оценивались с помощью критерия χ^2. Нулевая гипотеза об отсутствии статистически значимых различий отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Ме возраста пациентов была практически одинакова (у мужчин – 39 (29; 50) лет, у женщин – 33 (25; 46) года; $p > 0,05$). Как видно из табл. 1, максимальная доля заболевших мужчин и женщин приходилась на разные возрастные группы: у мужчин – 30–39 (23,4 ± 2,7 %) и 40–49 (23,4 ± 2,7 %) лет, а у женщин – 20–29 (33,3 ± 3,9 %) лет. Следовательно, женщины поражаются ИТЛ чаще в самый репродуктивный период, что связано с гормональной перестройкой организма в этом возрасте, обусловленной беременностью, родами [7, 8].

Анализ социального состава заболевших в зависимости от пола показал, что как у мужчин, так и у женщин наиболее высока доля неорганизованного населения: неработающие лица трудоспособного возраста (46,8 ± 3,1 % и 40,1 ± 4,0 % соответственно; $p > 0,05$), инвалиды (8,3 ± 1,7 % и 7,5 ± 2,2 % соответственно; $p > 0,05$), пенсионеры (5,6 ± 1,4 % и 2,2 ± 2,7 % соответственно; $p < 0,05$). Среди мужчин достоверно чаще встречались лица рабочих профессий (31,3 ± 2,9 % *vs* 17,0 ± 3,1 %; $p < 0,001$), а среди женщин – служащие (15,0 ± 2,9 % *vs* 3,6 ± 1,2 %; $p < 0,001$), в т. ч. занятые в сфере здравоохранения (5,4 ± 1,9 % *vs* 1,2 ± 0,7 %; $p < 0,05$) [9]. Доля студентов среди мужчин составила 4,0 ± 1,2 %, среди женщин – 8,2 ± 2,3 % ($p > 0,05$).

Таблица 1
Возрастно-половая структура впервые выявленных больных ИТЛ (M ± m)

Возраст, годы	Пол, абс. (%)	
	Мужчины, *n* = 252	Женщины, *n* = 147
18–19	13 (5,2 ± 1,4)	12 (8,2 ± 2,3)
20–29	56 (22,2 ± 2,6)*	49 (33,3 ± 3,9)
30–39	59 (23,4 ± 2,7)	31 (21,1 ± 3,4)
40–49	59 (23,4 ± 2,7)	24 (16,3 ± 3,0)
50–59	53 (21,0 ± 2,6)	20 (13,6 ± 2,8)
≥ 60	12 (4,8 ± 1,3)	11 (7,5 ± 2,2)

Примечание. * – достоверные различия между мужчинами и женщинами в данной возрастной группе ($p < 0,05$).

Изучение образовательного уровня заболевших не выявило достоверных различий: среднее образование отмечено у 36,5 ± 3,0 % мужчин и 33,3 ± 3,9 % женщин ($p > 0,05$), среднее специальное – у 32,1 ± 2,9 и 27,9 ± 3,7 % соответственно ($p > 0,05$), высшее и неоконченное высшее – у 6,7 ± 1,7 и 11,6 ± 2,6 % соответственно ($p > 0,05$). Следует отметить, что у каждого 5-го больного как среди мужчин, так и среди женщин имелось лишь начальное и незаконченное среднее образование; такой низкий образовательный уровень отрицательно сказывался на санитарной грамотности этой части больных [10].

Жилищно-бытовые условия у мужчин и женщин были одинаковы – в частных домах проживали 60,3 ± 3,1 % мужчин и 61,2 ± 4,1 % женщин; в благоустроенных квартирах – 36,5 ± 3,0 % и 34,7 ± 3,9 %; в общежитии – 3,2 ± 1,1 % и 4,1 ± 1,6 % соответственно. Семья достоверно чаще имелась у женщин (68,0 ± 3,8 % *vs* 53,6 ± 3,1; $p < 0,01$).

Обращает на себя внимание более высокая частота контакта с больными туберкулезом у женщин: 49,7 ± 4,1 % *vs* 39,3 ± 3,1 % у мужчин ($p < 0,05$), что соответствует литературным данным [11]. При этом у женщин чаще имел место семейный контакт (33,3 ± 3,9 % *vs* 17,5 ± 2,4 % у мужчин; $p < 0,001$), а у мужчин – в местах лишения свободы (7,9 ± 1,7 % *vs* 1,4 ± 1,0 % у женщин; $p < 0,05$).

Заболевания группы риска имелись у 63,5 ± 3,0 % мужчин и 44,9 ± 4,1 % женщин ($p < 0,001$). Сахарный диабет встречался у 7,5 ± 1,7 % мужчин и 12,9 ± 2,8 % женщин ($p > 0,05$); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки чаще наблюдалась у мужчин (3,2 ± 1,1 % и 0,7 ± 0,7 % соответственно; $p < 0,05$), равно как и хронические неспецифические заболевания легких (35,7 ± 3,0 % и 25,2 ± 3,6 % соответственно; $p < 0,05$); вирус иммунодефицита человека отмечен у 0,8 ± 0,6 % мужчин и 0,7 ± 0,7 % женщин ($p > 0,05$); 2,0 ± 0,9 % заболевших мужчин страдали психическими заболеваниями. Курили 83,3 ± 2,3 % мужчин и 51,0 ± 4,1 % женщин ($p < 0,001$), злоупотребляли алкоголем 12,3 ± 2,1 % и 4,8 ± 1,8 % соответственно ($p < 0,01$). Можно считать, что преобладание сопутствующей патологии у мужчин во многом связано с большей по сравнению с женщинами частотой вредных привычек.

Активная форма туберкулеза выявлена у 56,7 ± 3,1 % мужчин и 54,4 ± 4,1 % женщин ($p > 0,05$), т. е. пути выявления заболевания не зависели от пола

Таблица 2
Частота клинических проявлений ИТЛ у мужчин и женщин (M ± m)

Клинические симптомы	Пол, абс. (%)		p
	мужской, n = 252	женский, n = 147	
Слабость	91 (36,1 ± 3,0)	52 (35,4 ± 3,9)	> 0,05
Субфебрильная температура	38 (15,1 ± 2,3)	16 (10,9 ± 2,6)	> 0,05
Фебрильная температура	49 (19,4 ± 2,5)	34 (23,1 ± 3,5)	> 0,05
Потливость	25 (9,9 ± 1,9)	6 (4,1 ± 1,6)	< 0,05
Похудание	69 (27,4 ± 2,8)	33 (22,4 ± 3,4)	> 0,05
Кашель сухой	36 (14,3 ± 2,2)	22 (15,0 ± 2,9)	> 0,05
Кашель с мокротой	97 (38,5 ± 3,1)	50 (34,0 ± 3,9)	> 0,05
Боли в грудной клетке	48 (19,0 ± 2,5)	28 (19,0 ± 3,2)	> 0,05
Одышка	61 (24,2 ± 2,7)	25 (17,0 ± 3,1)	> 0,05
Кровохарканье	12 (4,8 ± 1,3)	6 (4,1 ± 1,6)	> 0,05

заболевших. Анализ сроков предыдущего флюорографического обследования показал, что 36,9 ± 3,0 % мужчин и 32,0 ± 3,8 % женщин не проходили его > 2 лет, что подтверждает низкий уровень их санитарной грамотности [4, 10, 12].

Бессимптомно ИТЛ протекал у 31,0 ± 2,9 % мужчин и 33,3 ± 3,9 % женщин ($p > 0,05$); острое начало наблюдалось у 28,2 ± 2,8 % и 30,6 ± 3,8 % ($p > 0,05$), подострое – у 40,8 ± 3,1 % и 36,1 ± 4,0 % ($p > 0,05$) соответственно. Следует отметить, что в срок до 1 мес. после возникновения симптомов за медицинской помощью обратились лишь 22,6 ± 2,6 % мужчин и 24,5 ± 3,5 % женщин, при этом каждый 10-й больной, независимо от пола, не обращался > 3 мес.

Как видно из табл. 2, клинические проявления ИТЛ у мужчин и женщин не имели существенных различий при интоксикационном и бронхолегочном синдромах.

При аускультации измененный характер дыхания встречался одинаково часто среди лиц обоих полов: у мужчин – в 72,2 ± 2,8 %, у женщин – в 68,7 ± 3,8 % ($p > 0,05$) случаев, при этом у мужчин чаще выслушивались сухие локализованные хрипы (9,9 ± 1,9 % *vs* 4,8 ± 1,8 %; $p < 0,05$), а у женщин – влажные рассеянные (5,4 ± 1,9 % *vs* 1,2 ± 0,7 %; $p < 0,05$).

Изучение гемограмм больных показало отсутствие различий в частоте лейкоцитоза у мужчин и женщин (21,8 ± 2,6 % *vs* 16,3 ± 3,0 % соответственно; $p > 0,05$); моноцитоз чаще наблюдался у мужчин (31,0 ± 2,9 % *vs* 19,0 ± 3,2 %; $p < 0,01$). Увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) (> 30 мм / ч) наблюдалось одинаково часто: 44,0 ± 3,1 % у мужчин и 44,2 ± 4,1 % – у женщин ($p > 0,05$), Me СОЭ также не имела различий (24 (9,3; 45,0) и 26 (12; 44) соответственно; $p > 0,05$).

Сочетание поражения легких с внелегочной локализацией наблюдалось у 10,3 ± 1,9 % мужчин и 9,5 ± 2,4 % женщин ($p > 0,05$).

У женщин, больных ИТЛ, чаще (см. рисунок), чем у мужчин, определялись ограниченные (1–2 сегмента) поражения (49,7 ± 4,1 % *vs* 38,9 ± 3,1 % соответственно; $p < 0,05$), а у мужчин, наоборот, преобладали процессы, занимающие 1 долю легкого (46,0 ± 3,1 % *vs* 34,0 ± 3,9 % соответственно; $p < 0,05$), что, вероятно, связано у последних с более частым наличием сопутствующих заболеваний группы риска и вредных привычек. Специфический процесс, захватывающий > 1 доли легкого, встречался у 15,1 ± 2,3 % заболевших мужчин и у 16,3 ± 3,0 % женщин ($p > 0,05$). Несмотря на то, что распад легочной ткани констатировался одинаково часто у мужчин и женщин (71,4 ± 2,8 % и 67,3 ± 3,9 % соответственно; $p > 0,05$), бронхогенное обсеменение чаще встречалось у мужчин (40,1 ± 3,1 % *vs* 29,3 ± 3,8 % соответственно; $p < 0,05$).

Частота БВ не зависела от пола, составив 74,2 ± 2,8 % у мужчин и 72,1 ± 3,7 % у женщин ($p > 0,05$) (см. рисунок). Однако у мужчин оно чаще носило массивный характер: удельный вес БВ, установленного методом люминесцентной микроскопии, у мужчин был выше, чем у женщин (74,9 ± 3,2 % *vs* 63,8 ± 4,7 % соответственно; $p < 0,05$).

Первичная ЛУ микобактерий туберкулеза определялась у мужчин в 48,0 ± 3,7 %, у женщин – в 51,4 ± 4,9 % случаев ($p > 0,05$). Особого внимания заслуживает анализ структуры первичной ЛУ микобактерий туберкулеза у больных ИТЛ: монорезистентность

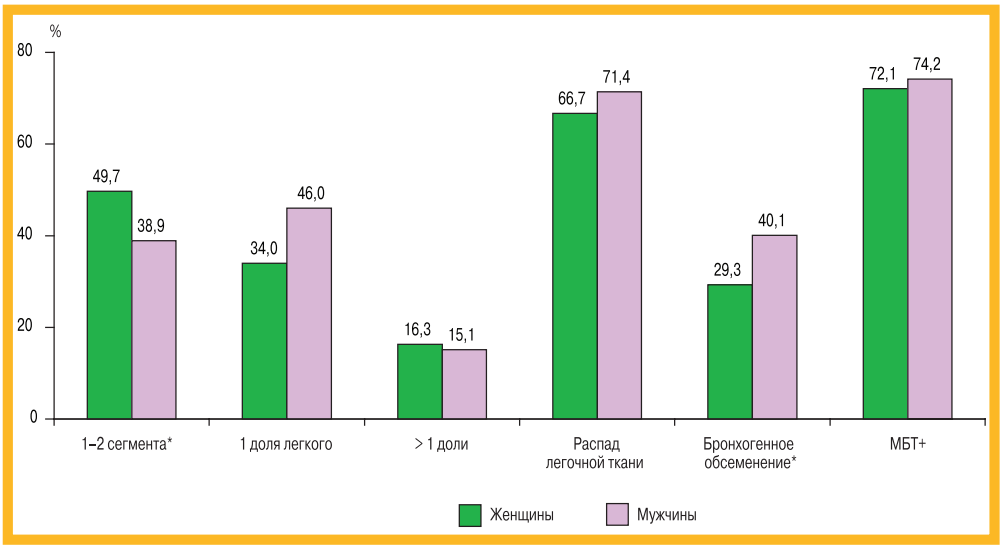

Рисунок.
Характеристика ИТЛ у мужчин и женщин
Примечание: * – различия между женщинами и мужчинами достоверны, $p < 0,05$.

встречалась одинаково часто у мужчин и женщин (9,9 ± 2,2 % и 7,6 ± 2,6 % соответственно; $p > 0,05$), полирезистентность преобладала у мужчин (17,7 ± 2,8 % *vs* 8,6 ± 2,7 % соответственно; $p < 0,05$), а множественная ЛУ – у женщин (35,2 ± 4,7 % и 20,4 ± 3,0 % соответственно; $p < 0,05$). Следует отметить, что показатели первичной ЛУ микобактерий туберкулеза при ИТЛ значительно выше, чем приводится в литературе [6, 13–15], равно как и частота множественной ЛУ [3], что подтверждает неблагополучную эпидемическую ситуацию по туберкулезу на территории Красноярского края.

Заключение

Констатированы следующие гендерные особенности ИТЛ: женщины чаще заболевают в молодом, самом репродуктивном возрасте (20–29 лет) и контактируют с больными туберкулезом, тогда как у мужчин чаще отмечается наличие сопутствующих заболеваний группы риска и вредных привычек. Высокий удельный вес лиц с низким образовательным уровнем как среди мужчин, так и среди женщин, косвенно подразумевающий их низкую санитарную грамотность, подтверждается нарушением декретированных сроков прохождения флюорографического обследования у каждого 3-го больного и обращением за медицинской помощью у каждого 10-го лишь спустя 3 мес. после появления симптомов заболевания. Пути выявления заболевания, равно как и его симптоматика, не зависели от пола. Несмотря на больший удельный вес ограниченных процессов у женщин, частота распада легочной ткани и БВ у них не отличалась от таковой у мужчин. При отсутствии зависимости частоты БВ от пола у мужчин она носила более массивный характер, а у женщин в 1,6 раза чаще встречалась множественная ЛУ микобактерий туберкулеза. Последнее свидетельствует о более высокой эпидемиологической опасности среди женщин вследствие их более тесного контакта с детьми.

Литература

1. Туберкулез в Российской Федерации, 2011 год. Аналитический обзор статистических показателей используемых в Российской Федерации и в мире. М.; 2013.
2. *Ревякина О.В., Алексеева Т.В., Мурашкина Г.С., Павленок И.В.* Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном Федеральных округах. Новосибирск; 2013.
3. *Григорьева Е.А., Копылова И.Ф.* Исходы лечения впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких, прогнозирование степени риска рецидива. Туб. и бол. легких 2009; 9: 16–19.
4. *Петренко А.Б., Кононенко В.Г.* Впервые выявленный туберкулез органов дыхания у женщин. Пробл. туб. и бол. легких 2008; 9: 13–22.
5. *Игонина О.В., Поддубная А.В., Игнатова Н.А.* Инфильтративный туберкулез легких в современных эпидемиологических условиях. В кн.: Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении: Материалы IX Российско-немецкого науч.-практ. форума им. Р.Коха и И.М.Мечникова. Новосибирск; 2010. 216–217.
6. *Иванова О.Г., Батищева Т.Л., Буркова И.В.* Основные факторы, оказывающие влияние на течение и исход заболевания у больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких. В кн.: Актуальные вопросы оказания медицинской помощи больным туберкулезом в современных условиях: Материалы международной науч.-практ. конф. Омск; 2013. 134–136.
7. *Нечаева О.Б., Кожекина Н.В., Подымова А.С.* Заболеваемость и смертность от туберкулеза женщин в Свердловской области. Пробл. туб. и бол. легких 2008; 6: 24–29.
8. *Соловьев Е.О., Кибрик Б.С.* Заболеваемость туберкулезом и репродуктивная функция женщин, проживающих в сельских районах Ярославской области. Туб. и бол. легких 2011; 7: 29–33.
9. *Большакова И.А., Горбач Н.А., Корецкая Н.М.* Заболеваемость туберкулезом медицинских работников в Красноярском крае. Здравоохр. Рос. Федерации 2004; 3: 43–46.
10. *Глазкова И.В., Волкова Е.Н., Молчанова Л.Ф.* Факторы риска развития туберкулеза у женщин репродуктивного возраста. Туб. и бол. легких 2010; 4: 14–17.
11. *Мякишева Т.В., Мишин В.Ю.* Предрасполагающие факторы заболевания туберкулезом легких у молодых мужчин и женщин. В кн.: XIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания. М.; 2009. 279.
12. *Трифонова Н.Ю., Полунина Н.В.* Социальные аспекты туберкулеза у женщин. Рос. мед. журн. 2007; 1: 3–5.
13. *Брюханова Н.С., Антропова В.В.* Медико-психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии и его влияние на психический статус впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких. Сиб. мед. обозр. 2011; 6: 83–87.
14. *Зиновьев И.П., Поздеева Н.В., Беляева Е.Л. и др.* Барьерный механизм в возникновении лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза при интенсивной химиотерапии. Вят. мед. вестн. 2013; 1: 3–5.
15. *Мордык А.В., Иванова О.Г.* Клинико-рентгенологические характеристики и эффективность лечения больных инфильтративным туберкулезом легких с различными изменениями вегетативного гомеостаза. Туб. и бол. легких 2010; 5: 31–34.

Информация об авторах

Корецкая Наталия Михайловна – д. м. н., профессор, зав. кафедрой туберкулеза с курсом ПО ГБОУ ВПО "КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого" Минздрава России; тел.: (391) 261-76-82; e-mail: kras-kaftuber@mail.ru

Наркевич Анна Александровна – ассистент кафедры туберкулеза с курсом ПО ГБОУ ВПО "КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого" Минздрава России; тел.: (391) 261-76-82; e-mail: kras-kaftuber@mail.ru

Наркевич Артем Николаевич – аспирант кафедры медицинской кибернетики ГБОУ ВПО "КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого" Минздрава России; тел.: (391) 220-03-89; e-mail: narkevichart@gmail. com

Поступила 27.02.14
© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.24-002.5-055.1/2