

Г. В. Садова

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА У ВАГІТНИХ*Медичний інститут Української асоціації народної медицини*

Верифікація діагнозу туберкульозу легень у дорослого населення відбувається завдяки виділенню мікобактерій туберкульозу з харкотиння. Однак виділення мікобактерій туберкульозу може бути відсутнім, що значно ускладнює діагностику. У багатьох випадках клінічна маніфестація туберкульозу проявляється нетипово, а саме атиповою лихоманкою, поступовою втратою маси тіла без виражених респіраторних симптомів або взагалі їх відсутністю [3]. В таких випадках встановленню своєчасного діагнозу туберкульозу перешкоджають атипові прояви захворювання, які можуть проявлятися в осіб залежно від віку, статі, наявності супутніх захворювань тощо [5]. Атипові симптоми туберкульозу часто бувають обумовлені позалегеновою локалізацією туберкульозу або розвитком туберкульозу в період первинного інфікування. Особливо часто уражаються внутрішньогрудні та периферичні лімфатичні вузли [1, 3, 6]. Жінки вірогідно частіше хворіють на позалегеновий туберкульоз, особливо туберкульозом статевих органів [3, 7].

У жінок молодого віку часто відзначають атипові рентгенологічні прояви туберкульозного ураження. Причиною нехарактерної рентгенологічної картини може бути швидкий розвиток захворювання при первинному періоді туберкульозної інфекції. Нетипова нижньодольова локалізація часто без розпаду й виділення мікобактерій є основною причиною хибної діагностики туберкульозу [3, 8]. Це, в свою чергу, приводить до попереднього лікування пневмонії.

В Україні та Росії за останнє десятиріччя відсутні дослідження, що направлені на вивчення особливостей перебігу туберкульозу у жінок, хоча сучасна епідемічна ситуація з туберкульозу характеризується зростанням захворюваності підлітків та жінок із появою гостро прогресуючих форм [4].

Встановлено, що на розвиток туберкульозу у ВІЛ-негативних осіб значною мірою впливає зловживання алкоголем та тютюнопаління [2]. Однак, враховуючи те, що жінки в загальній масі в меншій мірі схильні до цих шкідливих звичок, невідомо, чи існують інші причини, які сприяють захворюванню у ВІЛ-негативних [1,8]. Невідомо чи відрізняються результати лікування у жінок та чоловіків, чи є відмінності в переносимості протитуберкульозних препаратів, що потребує додаткових заходів моніторингу в процесі лікування.

Метою дослідження було вивчення клінічних, рентгенологічних та бактеріологічних особливостей перебігу туберкульозу у жінок репродуктивного віку та вагітних для вдосконалення діагностики, а також лікування туберкульозу у жінок репродуктивного віку та вагітних жінок.

Матеріали та методи

Клінічний перебіг туберкульозу у жінок репродуктивного віку вивчали у відкритому рандомізованому контрольованому дослідженні, яке включало 664 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, із них 204 — жінки репродуктивного віку (від 16 до 49 років) — 1 ос-

новна група, 406 осіб — чоловіки в такий самий віковий період (контрольна група), 54 вагітні жінки — (2 основна група), які лікувались в 2000—2005 роках в Київській міській туберкульозній лікарні № 1. Критерії включення в дослідження: жінки та чоловіки у віці 16—49 років, із вперше діагностованим раніше не лікованим туберкульозом легень, підписана інформована згода на участь у клінічному дослідженні.

Критерії виключення з дослідження: особи 50 років та старше, рецидиви та хронічні форми туберкульозу легень, раніше лікований вперше діагностований туберкульоз, неадекватне ставлення до лікування.

Згідно із задачами дослідження клінічний перебіг туберкульозу вивчали у жінок різних вікових груп у репродуктивному періоді. Виділено наступні вікові групи: 16—24 роки; 25—34 роки; 35—49 років. При вивченні клінічних особливостей перебігу туберкульозу в різних вікових групах, кількісне співвідношення пацієнтів в основних та контрольній групі було однаковим.

Структуру туберкульозу, розповсюдженість процесу та тяжкість його перебігу; наявність, число та розмір деструкцій у легенях, бактеріовиділення та медикаментозну резистентність вивчали для виявлення особливостей перебігу туберкульозу у хворих названих груп.

Результати та їх обговорення

На підставі вивчення клінічних проявів хвороби при вступі до стаціонару виявлено симптоми інтоксикації та респіраторні симптоми, що притаманні для туберкульозу (табл. 1).

Симптоми інтоксикації, які проявлялися фебрильною температурою, визначалися у 46,1 % жінок та у 48,1 % вагітних. У чоловіків в 1,4 раза рідше відзначали фебрильну температуру, що вірогідно відрізнялось, $p < 0,05$.

Серед симптомів інтоксикації вірогідна відмінність між групами була по показнику схуднення, який відзначала переважна кількість жінок та чоловіків репродуктивного віку. Проте, схуднення відзначала вірогідно більша кількість жінок (на 13 %), ніж чоловіків. У вагітних схуднення було лише в третини хворих, що було вірогідно нижче, ніж у жінок та чоловіків.

Респіраторні симптоми проявлялися сухим кашлем та кашлем із виділенням харкотиння, задишкою, інколи кровохарканням.

Відмінність між основними та контрольною групою відзначали по частоті сухого кашлю та кашлю з виділенням харкотиння. У жінок та вагітних майже в 2 рази частіше, ніж в чоловіків, відзначали сухий кашель, ніж кашель із харкотинням. Відповідно чоловіки частіше скаржились на кашель із виділенням харкотиння.

Загалом 175 (85,8 %) жінок репродуктивного віку скаржились на кашель і 381 (93,8 %) чоловіків, що вірогідно відрізнялось, $p < 0,05$.

Кровохаркання однаково рідко було у хворих усіх груп. Задишку у спокої вірогідно частіше відчували чоловіки — 16 % проти 6,4 %, $p < 0,05$.

Враховуючи вірогідну відмінність між чоловіками та жінками по деяким симптомам туберкульозу, було вивче-

но поширеність цих симптомів у жінок різних вікових груп (табл. 2).

Дані таблиці 2 свідчать про те, що характерні для жінок симптоми туберкульозу (фебрильна температура, схуднення, сухий кашель) вірогідно частіше відзначаються в молодих жінок віком 16–24 роки, ніж в інших вікових групах. Поширеність цих симптомів змінюється в бік молодого віку. Усі характерні для жінок симптоми зустрічаються рідше у віці 35–49 років порівняно з віковою групою 25–34 роки, а в останніх — порівняно із 16–24 річними.

Отже, аналіз симптомів туберкульозу показав, що для жінок характерні фебрильна температура, сухий кашель, схуднення в більшій мірі, ніж для чоловіків. Ці симптоми зустрічаються в жінок віком 16–24 роки в 1,4 раза частіше, ніж в інших вікових групах.

Також були проаналізовані рентгенологічні особливості туберкульозу у хворих 3-х груп. У всіх хворих переважала інфільтративна форма туберкульозу, з типовою верхньодольовою локалізацією інфільтрату, атипова нижньодольова локалізація зустрічається в 1,7 рази частіше у жінок репродуктивного віку та в 2,1 раза у вагітних, ніж у чоловіків. У жінок та вагітних частіше визначають односторонню локалізацію туберкульозного процесу, ніж у чоловіків (відповідно в 1,2 та в 1,4 раза). Звертає увагу значно менша частота деструктивних форм у жінок репродуктивного віку, ніж у чоловіків (на 20 %), та ще менша у вагітних, ніж у невагітних жінок (на 17 %). У жінок

та вагітних рідше визначали великі та гігантські каверни, ніж у чоловіків (дані відображені в таблиці 3).

Рентгенологічні зміни в легенях при інфільтративному туберкульозі в значно більшій кількості хворих жінок та вагітних, ніж у чоловіків, мають пневмонієподібний вигляд — хмароподібні інфільтрати, які розташовані в нижніх долях і рідше мають розпад. Звичайно така рентгенологічна картина значно утруднює своєчасну постановку діагнозу у разі відсутності харкотиння (що також характерно для жінок) для дослідження на кислотостійкі палички та мікобактерії туберкульозу.

Частота бактеріовиділення різними методами у хворих основних та контрольної груп наведена в табл. 4.

У хворих 1-ї основної групи бактеріовиділення виявили у 63,7 % випадках, а деструктивний процес був у 56,9 % пацієнтів. Це означає, що частина хворих без наявних деструкцій (які визначались рентгенологічно) виділяли МБТ.

У хворих 2-ї основної групи МБТ виявляли в 42,6 % випадків, що вірогідно рідше, ніж у пацієнтів 1-ї групи, $p < 0,05$, а деструктивний процес визначали у 38,9 % хворих. Таким чином, бактеріовиділення, так само як і у пацієнтів 1-ї групи, визначалось у більшій кількості хворих, ніж деструкції.

У контрольній групі бактеріовиділювачів було вірогідно більше, ніж в основних групах — 75,8 % проти 63,7 % та 42,6 % (відповідно у 1,2 раза та 1,8 раза), ($p < 0,05$), так само, як і у хворих із деструктивними формами 76,8 % проти 56,9 % та 38,9 % ($p < 0,05$).

Однак у чоловіків співвідношення бактеріовиділення до деструктивних форм туберкульозу було іншим, і хворих із деструктивними процесами було більше, ніж бактеріовиділювачів. Кількість бактеріовиділювачів на 100 хворих деструктивним туберкульозом у чоловіків становить 98,7 проти 112,0 та 109,5 у хворих основних груп, що вірогідно нижче, $p < 0,05$. У чоловіків бактеріовиділення виявляли в 1,2 раза частіше, ніж у жінок репродуктивного віку та в 1,5 раза частіше, ніж у вагітних.

Джерелом бактеріовиділення у жінок за відсутності явних каверн могли бути дрібні ділянки розпаду, які не візуалізувалися на рентгенограмах та томограмах легень.

Методом мікроскопії харкотиння бактеріовиділення підтверджували у 47,5 % хворих 1-ї основної групи, у 24,1 % — 2-ї основної групи і у 67 % хворих контрольної групи. Таким чином, кислотостійкі палички (КСП) методом мікроскопії виявляли найчастіше у чоловіків. У вагітних жінок КСП методом мікроскопії та МБТ методом посіву виявляли вірогідно рідше, ніж у жінок репродуктивного віку (24,1 % проти 47,5 %), що обумовлено меншою кількістю деструктивних форм туберкульозу.

Таблиця 1

Клінічні симптоми при встановленні діагнозу туберкульозу

Клінічні симптоми	Жінки n = 204		Вагітні n = 54		Чоловіки n = 406	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Фебрильна температура	94	46,1	26	48,1	132	32,5*
Схуднення	148	72,5	18	33,3*	259	63,8*
Кашель сухий	77	37,7	22	40,7	97	23,9*
Кашель з виділенням харкотиння	98	48,0	30	55,5	284	70,0*
Кровохаркання	10	4,9	2	3,7	17	4,2
Задихка (у спокої)	13	6,4	5	9,2	65	16,0*

Примітка. * Показник вірогідно відрізняється від такого в інших вікових групах, $p < 0,05$.

Таблиця 2

Клінічні симптоми при встановленні діагнозу туберкульозу у жінок різних вікових груп

Симптоми туберкульозу	Всього хворих	Вікова група					
		16–24 років n = 70		25–34 років n = 60		35–49 років n = 74	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Фебрильна температура	94	44	62,8*	27	45,0	23	31,1
Схуднення	148	63	90,0*	45	75,0	40	54,1
Сухий кашель	77	36	51,4*	20	33,3	21	28,4
Відсутність кашлю	31	11	15,7	7	11,7	13	17,6

Примітка: * — показник вірогідно відрізняється від такого в інших вікових групах, $p < 0,05$.

Однак, тільки методом посіву мікобактерії туберкульозу виявляли вірогідно частіше у жінок та вагітних жінок, ніж у чоловіків — відповідно у 16,2 % та 18,5 % проти 8,8 %.

Частоту бактеріовиділення різними методами в жінок репродуктивного віку в різних вікових групах (дані відображені в таблиці 5).

У жінок частота бактеріовиділення в 1,6 раз рідша у віковій групі 16–24 роки, ніж в інших вікових групах. У жінок цього віку рідко виділяють КСП методом мікроскопії харкотиння.

Рідке виділення МБТ у віковій групі 16–24 роки пов'язане з тим, що у цих жінок частіше буває сухий кашель без виділення харкотиння, і рідше виявляють деструктивні зміни в легенях.

Медикаментозна резистентність виявлена у 36 (27,7 %) хворих 1-ї основної групи, у 6 (26,1 %) 2-ї групи і у 89 (28,9 %) хворих 3-ї групи, що вірогідно не відрізнялось. У всіх групах найчастіше виявляли монорезистентність і значно рідше мульти- і полірезистентність. Найчастіше резистентність виявляли до ізоніазиду (з усіх видів резистентності). Загалом до ізоніазиду МБТ були резистентними у 16,8 % хворих 1-ї групи; у 17,2 % — 2-ї основної групи; у 18,0 % — 3-ї контрольної групи, що вірогідно не відрізнялось. До рифампіцину (з усіх видів резистентності) МБТ були резистентними відповідно у 9,9 %, 12,9 %, 8,0 %, до стрептоміцину відповідно — у 5,1 %, 6,8 %, 4,7 %, до етамбутолу — у 2,6 %, 1,7 %, 1,6 %, що вірогідно не відрізнялось між групами. Частота мультирезистентності була невисокою у всіх групах. В усіх випадках медикаментозна резистентність була первинною, оскільки пацієнти раніше не лікувались.

Результати лікування хворих, які завершили 6 місячну хіміотерапію в Київській міській клінічній лікарні №1, надані в таблицях 6–9. В 1 основній групі таких хворих було 172, в 2 основній — 48, в 3-й — 316. Для лікування застосовували стандартні режими хіміотерапії 2-3HRSZ(E) 4-6HR, у вагітних застосовували 2-3HRZE 4HR.

У результаті антимікобактеріальної терапії у хворих відбувалась швидка клініко-рентгенологічна динаміка. Через 3–4 тижні знижувалась температура, зменшувались інтенсивність кашлю і кількість харкотиння. Через 1 місяць лікування у значної кількості хворих клінічні прояви захворювання починали зникати (температура тіла нормалізувалась, зникав кашель, спостерігали прибавку у масі тіла). Динаміка зникнення клінічних проявів хвороби під впливом лікування наведена в таблиці 6.

Динаміка клінічних симптомів через місяць була однаковою у всіх групах, однак через 2 місяці у жінок та вагітних клінічні симптоми зникали в більшій кількості хво-

рих, ніж у чоловіків — у 80,8 % та 89,5 % проти 71,4 %, $p < 0,05$.

Наприкінці лікування клінічні прояви хвороби зникли у 94,1 % хворих 1-ї основної групи і у 97,8 % 2-ї основної групи, у 91,1 % хворих контрольної групи, що вірогідно не відрізнялось. Тобто, кінцевий результат був однаковим в усіх групах, однак у чоловіків зникнення симптомів відбувається більш повільними темпами, ніж у жінок та вагітних.

Динаміка розсмоктування запальних явищ у легенях у хворих основних і контрольної груп наведена в таблиці 7.

Через 2 місяці лікування у частини хворих усіх груп відмічалось повне розсмоктування інфільтративних та вогнищевих змін у легенях. В 1-й та 2-й основних групах

Таблиця 3

Рентгенологічні ознаки інфільтративної форми туберкульозу

Клінічні симптоми	Жінки n = 204		Вагітні n = 54		Чоловіки n = 406	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Хмароподібний інфільтрат	126	61,8	36	66,7	189	46,6*
Нижньо та середньодольова локалізація	64	31,3	21	38,9	73	18,0*
Деструктивні зміни	116	56,9	21	38,9	312	76,8*
Великі каверни	44	21,6	7	13,0	144	35,5*
Бронхогенний засів	41	20,1	5	9,3	162	39,9*

Примітка: * — показник вірогідно відрізняється від такого в інших вікових групах, $p < 0,05$.

Таблиця 4

Частота бактеріовиділення різними методами у хворих на туберкульоз легень

Бактеріовиділення, метод виявлення МБТ (КСП)	1 основна n = 204		2 основна n = 54		3 контрольна n = 406	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Усього бактеріовиділення	130	63,7	23	42,6*	308	75,8**
Методом мікроскопії та посіву	97	47,5	13	24,1*	272	67,0**
Тільки посівом	33	16,2	10	18,5	36	8,8**

Таблиця 5

Частота бактеріовиділення різними методами в жінок репродуктивного віку в різних вікових групах

Бактеріовиділення, метод виділення МБТ	Вікові групи (роки)						P1–2	P1–3	P2–3
	16–24 n = 70		25–34 n = 60		35–45 n = 74				
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%			
Усього бактеріовиділення n = 130	32	45,7	44	77,3	54	73,0	< 0,05	< 0,05	> 0,05
Методом мікроскопії та посіву n = 97	19	27,1	32	53,3	46	62,2	< 0,05	< 0,05	> 0,05
Тільки посівом n = 33	13	18,6	12	20,0	8	10,8	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Таблиця 6

Динаміка клінічних проявів хвороби під впливом лікування

Групи хворих	Зникнення клінічних проявів хвороби									
	через 1 місяць		через 2 місяці		через 3 місяці		через 6 місяців		Всього	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1 основна n = 172	86	50,0	53	30,8	18	10,4	5	2,9	162	94,1
2 основна n = 48	25	52,0	18	37,5	4	8,3	—	—	47	97,8
контрольна n = 316	161	50,9	65	20,6*	42	13,3	20	6,3	28,8	91,1

Примітка: * — показник вірогідно відрізняється від такого у жінок та вагітних, $p < 0,05$.

Таблиця 7

Динаміка розсмоктування інфільтративних і вогнищевих змін у легенях під впливом лікування

Групи хворих	Кількість хворих, у яких відбулося повне розсмоктування та ущільнення інфільтративних і вогнищевих змін у легенях							
	через 2 місяці		через 4 місяці		через 6 місяців		Всього	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1 основна n = 172	35	20,3	82	47,7	44	25,6	161	93,6
2 основна n = 48	12	25,0	17	35,4	15	31,2	44	91,6
контрольна n = 316	31	9,8*	65	20,6*	188	59,5*	284	89,8

Примітка: * — показник вірогідно відрізняється від такого у хворих основних груп, $p < 0,05$.

Таблиця 8

Динаміка бактеріовиділення під впливом лікування

Групи хворих	Припинення бактеріовиділення (міс.)									
	через 1 місяць		через 2 місяці		через 3 місяці		через 4 місяці		Всього	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1 основна n = 112	34	30,4	38	33,9	18	16,1	9	8,0	99	88,4
2 основна n = 19	6	31,6	6	31,6	4	21,1	1	5,2	17	89,5
контрольна n = 272	73	26,8	78	28,6	39	14,3	44	16,2	234	86,0

Примітка: n — кількість бактеріовиділювачів.

через 2 міс лікування у кожного п'ятого (четвертого) хворого було розсмоктування інфільтративних і вогнищевих змін проти 9,8 % у контрольній групі. У жінок та вагітних розсмоктування відбувалось більш швидкими темпами (68 % та 60,4 %), ніж у чоловіків (30,8 %), хоча за кінцевим результатом частота розсмоктування інфільтративних змін у легенях була однаковою в усіх 3-х групах.

Наприкінці лікування повне розсмоктування інфільтративних і вогнищевих змін у легенях спостерігали у 93,6 % хворих 1-ї основної групи і у 91,6 % хворих — 2-ї основної групи та в 89,8 % хворих контрольної групи, що вірогідно не відрізнялось.

Середній термін розсмоктування інфільтративних і вогнищевих уражень у легенях у хворих 1-ї основної групи становив ($3,3 \pm 0,2$) міс, 2-ї основної групи — ($3,5 \pm 0,2$) міс, контрольної — ($4,8 \pm 0,2$) міс, що вірогідно довше, $p < 0,05$.

У всіх хворих із першого місяця почала зменшуватись масивність бактеріовиділення. Динаміка бактеріовиділення наведена в таблиці 8

У хворих всіх груп припинення бактеріовиділення відбулося з 1-го по 6-й місяці (включно) із максимальним числом за перші 2 місяці. За динамікою припинення бактеріовиділення відмінностей в групах порівняння не було.

Середній термін припинення бактеріовиділення у хворих 1-ї основної групи становив ($1,7 \pm 0,2$) міс, 2-ї основної групи — ($1,6 \pm 0,2$) міс, контрольної — ($1,8 \pm 0,2$) міс, що вірогідно не відрізнялось, $p > 0,05$.

В цілому у хворих на вперше діагностований туберкульоз жінок репродуктивного віку, вагітних та чоловіків отримано високі результати лікування — припинення бактеріовиділення досягли відповідно в 88,4 %, 89,5 %, 86,0 %, що вірогідно не відрізнялось.

Динаміка загоєння каверн в основних і контрольних групах наведена в таблиці 9.

Загоєння каверн у хворих всіх груп починалося після 2 місяців лікування і досягало максимуму через 4 і 6 місяців. У хворих контрольної групи загоєння каверн зміщено на більш пізні терміни. Кількість пацієнтів чоловіків, у яких загоєння каверн відбулося через 6 місяців вірогідно більша, ніж через 4 місяці — 36,5 % проти 26,8 %, $p < 0,05$. У жінок загоєння каверн через 4 та 6 місяців відбулося з однаковою частотою.

Середній термін загоєння каверн у хворих 1-ї основної групи становив ($4,2 \pm 0,3$) міс, 2-ї основної групи — ($4,0 \pm 0,1$) міс, 2-ї контрольної — ($5,4 \pm 0,3$) міс, що вірогідно відрізняється, ($p < 0,05$).

Кінцеві результати загоєння каверн були дещо нижчими у чоловіків — 76,1 % проти 80,3 % та 84,2 % у жінок

Таблиця 9

Динаміка загосення каверн під впливом лікування

Групи хворих	Кількість хворих, у яких відбулося загосення каверн							
	через 2 місяці		через 4 місяці		через 6 місяців		всього за 6 місяців	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1 основна n = 112	21	18,7	34	30,3	35	31,3	90	80,3
2 основна n = 19	2	10,5	9	47,4	5	26,3	16	84,2
контрольна n = 272	35	12,9	73	26,8	99	36,4	207	76,1

Примітка: n — кількість хворих в групах із деструктивним туберкульозом.

та вагітних, однак різниця не була вірогідною. Таким чином, хоча сумарні результати із загосення каверн в групах не відрізнялись, темпи загосення каверн були вірогідно повільніші у чоловіків. Така різниця в темпах загосення каверн цілком зрозуміла, оскільки серед чоловіків було більше осіб, в яких діагноз туберкульозу встановили невчасно і в яких були великі та численні каверни, а також чоловіки відрізнялися своєю недисциплінованістю та більш частим тютюнопалінням.

Нами також проведений аналіз лікування хворих жінок репродуктивного віку в залежності від своєчасності виявлення, діагностики та розпочатого лікування туберкульозу, тютюнопаління, виявлених бронхообструктивних змін та індивідуального підходу до лікування. В першу підгрупу (n=100), були включені жінки, у яких діагностований туберкульоз протягом 2–3 тижнів, які не палили тютюн. При виявленні бронхіальної обструкції хворим призначалась корегуюча терапія. В другу групу (n=100) були включені жінки, в яких діагноз встановлювався на протязі більше 3 тижнів, вони палили, корекція бронхіальної обструкції не проводилась. Хворі 1 і 2 груп отримували стандартне лікування по 1 чи 3 категорії (4 або 3 антимікобактеріальні препарати в інтенсивну фазу). По частоті бактеріовиділення і деструктивних змін в легенях хворі не відрізнялися, лише по розповсюдженості процесу в легенях, хворих в другій групі було на 15 % більше, ніж в першій.

Індивідуальний підхід до кожної хворої, відмова їх від тютюнопаління, досягнення максимальних результатів за перші 2 місяці інтенсивного лікування в стаціонарі дали свої плоди. За 2 місяці лікування клінічні прояви зникли у 86,0 % хворих, тоді як в контрольній групі лише у 58,1 %. За 2 місяці інтенсивної терапії досягнуто абактеріальність у 82,7 % жінок, тоді як в контрольній групі лише у 64,8 % і лише через 3 місяці досягнуто подібного показника.

Таким чином, перебіг туберкульозу у жінок репродуктивного віку та вагітних жінок має свої клінічні, рентгенологічні та бактеріологічні особливості.

Відсутність харкотиння при кашлі, часта атипова локалізація процесу в легенях, низька інформативність бактеріоскопії затримують діагностику і вчасний початок лікування у жінок репродуктивного віку.

Своєчасно розпочате лікування, відмова від паління тютюну, короткотривала корекція бронхіальної обструкції та віра у видужання від туберкульозу дозволяють без зайвих матеріальних затрат при стандартній хіміотерапії прискорити видужання 20 % хворих на 1 місяць і досягти припинення бактеріовиділення та повернути в сім'ю більшість хворих на туберкульоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Русакова Л. И. Остро прогрессирующие формы легочного туберкулеза у подростков // Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 1. — С. 31–34.
2. Фещенко Ю. І. Етапи боротьби з туберкульозом та DOTS програма // Український медичний часопис. — 2005. — № 2. — С. 16–18.
3. Голяновський О. В., Мельник В. П. Комплексний підхід щодо лікування туберкульозу легень у вагітних та породіль // Український пульмонологічний журнал. — 2003. — № 4. — С. 31–34.
4. Савула М. М., Сахашвілі М. І., Сливка Ю. І. Особливості перебігу і результати лікування туберкульозу у вагітних і породіль // Український пульмонологічний журнал. — 2006. — № 3. — С. 62–64.
5. Мельник В. М., Драч К. М. Рецидиви туберкульозу легень: частота, причини і профілактика. // Український пульмонологічний журнал. — 2003. — № 2. — С. 257.
6. Alcaide J., Alter M. N., Plans P. Cigarette smoking as a risk factor for tuberculosis in young adults: a case control study // Tubercle Lung Dis. — 1996. — V. 77. — P. 112–116.
7. Enarson D. A., Rieden H. L., Arnadottir T., Trebusq A. Management of tuberculosis. A guide for low income countries. 5th edition. — Paris: IUATLD, — 2000. — P. 218.
8. Kothari A. Mahadevan N., Girling J. Tuberculosis and pregnancy—Results of a study in a high prevalence area in London // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2006. — V. 126, N. 1. — P. 48–50.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА У ВАГІТНИХ

Г. В. Садова

Резюме

У відкритому рандомізованому контрольованому дослідженні було вичено клінічний перебіг уперше діагностованого туберкульозу у 204 жінок репродуктивного віку та 54 вагітних. Встановлено, що перебіг захворювання мав свої клінічні, рентгенологічні та бактеріологічні особливості. Своєчасно розпочате лікування, відмова від паління тютюну, короткотривала корекція бронхіальної обструкції та віра у видужання від туберкульозу дозволяють підвищити ефективність лікування не змінюючи стандарти хіміотерапії.

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN PREGNANT AND WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

G. V. Sadomova

Summary

In open randomized controlled study the current author has revealed the peculiarities of newly diagnosed pulmonary tuberculosis in 204 women of reproductive age and in 54 pregnant women. It was established that the course of the disease in this group of patients had its own clinical, radiological and bacteriological features. Timely initiated therapy, smoking cessation, short-term management of bronchial obstruction and belief in recovery allowed increasing the effectiveness of treatment under the constant chemotherapy regimens.