

**ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Гопоняко С. В.¹, Буйневич И. В.¹, Бутько С. В.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная туберкулезная больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время Республике Беларусь отмечается стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу (ТБ). При этом бремя ТБ, складывающееся из экономических затрат и демографических потерь, остается значительным. Гомельская область является самым эпидемически неблагоприятным по ТБ регионом Республики Беларусь: в 2016 г. заболеваемость составила 39,9 на 100 тыс. населения, доля ВИЧ-ТБ — 14,8 % (при республиканских показателях 27,6 на 100 тыс. и 6,9 % соответственно). Ожидать изменения тенденции не приходится в связи с ростом инфицированности ВИЧ: в Гомельской области количество людей, живущих с ВИЧ, составляет более 7000 человек, темп прироста инфицированности в 2016 г. составил +10,3 %, среди новых случаев женщины составляют около 40 % [1].

Согласно данным ВОЗ, в регионах с неблагоприятной эпидемической ситуацией туберкулез часто ассоциирован с ВИЧ-инфекцией и является одной из основных причин смерти среди женщин [2, 3, 4]. Эпидемиологические показатели по ТБ легких среди женщин репродуктивного возраста в Республике Беларусь (и в мире) не имеют всесторонней оценки, при том, что заболеваемость туберкулезом женщин составляет достаточно существенную долю в общем социально-экономическом бремени ТБ [2, 3, 5].

Цель

Изучить гендерно-возрастную характеристику пациентов с впервые выявленным ТБ легких, эпидемиологические и клинические данные у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования

Изучены данные статистической отчетности о впервые выявленных случаях ТБ легких в Гомельской области в 2016 г. Изучена гендерно-возрастная характеристика пациентов, проанализированы клинические данные у женщин 18–45 лет (наиболее активный репродуктивный возраст) — клиническая структура заболевания, распространенность деструктивных форм ТБ легких, данные о бактериовыделении и лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза (МБТ). Обработка результатов проведена при помощи программы «Statistica» 10.0, использованы стандартные методы описательной статистики: вычисление среднего значения и его стандартной ошибки, стандартного отклонения ($M \pm \sigma$), долей (%) и 95 % доверительного интервала (95 % ДИ min-max). Для оценки значимости различий использовали критерии Стьюдента, χ^2 и точный тест Фишера, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В 2016 г. в Гомельской области было выявлено 513 случаев ТБ легких у взрослых (возраст от 18 лет), доля ВИЧ-ТБ составила 15,4 (12,6–18,6) %. Среди ВИЧ-негативных пациентов наибольший возраст у мужчин составил 91 год, у женщин — 93 года, средний возраст мужчин и женщин составил $44,1 \pm 14,3$ лет и $47,6 \pm 20,1$ лет соответственно. Среди ВИЧ-позитивных пациентов возраст мужчин составлял 26–60 лет (средний возраст $41,9 \pm 6,2$ лет), возраст женщин — 27–56 лет (средний возраст $37,5 \pm 5,9$ лет).

Доли женщин среди ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных пациентов, впервые заболевших ТБ легких, оказались равными и составили около трети — 34,8 (30,5–39,2) % и 34,2 (25–44,4) % соответственно, при этом доля женщин 18–45 лет среди ВИЧ-позитивных пациентов составила 29,1 (20,5–39,1) %, что достоверно больше, чем среди ВИЧ-негативных — 19,1

(15,7–22,9), $p = 0,04$. Среди ВИЧ-негативных пациенток к возрасту 18–45 лет относились 54,9 (47,3–62,4) %, тогда как среди ВИЧ-позитивных — 85,2 (70,8–93,7) %, $p = 0,003$, при этом, наибольшее распространение ВИЧ-инфекции в Гомельской области приходится на возраст старше 40 лет [1]. Возрастной пик заболеваемости ТБ легких у женщин, независимо от ВИЧ-статуса, приходится на возраст 26–40 лет, тогда как мужчины заболевают чаще в возрасте 36–50 лет.

Заболеваемость туберкулезом легких женщин 18–45 лет составила 31,6 на 100 тыс. — выявлено 106 пациентов, в том числе 83 ВИЧ-негативных и 23 ВИЧ-позитивных, доля ВИЧ-ТБ составила 27,7 (19,5–37,3) %. От числа ВИЧ-негативных пациентов женщины 18–45 лет составили 19,1 (15,7–22,9) %, от ВИЧ-позитивных — 29,1 (20,5–39,1) %.

В клинической структуре у женщин 18–45 лет, независимо от ВИЧ-статуса, значительно преобладал инфильтративный ТБ легких, доля составила 70,3 (61,1–80,9) %. У 85,8 (78,8–91,1) % пациенток с инфильтративным ТБ отмечалось преимущественно одностороннее поражение легких. Доля очагового ТБ легких составила 17,4(7,5–33,6)%, диссеминированного ТБ легких — 4,7 (2,1–9,4) %. Статистически значимых различий по всем клинико-рентгенологическим формам не выявлено, $p > 0,05$, при этом следует отметить, что у ВИЧ-негативных женщин не было выявлено остро прогрессирующих форм ТБ, тогда как у 3 из 23 ВИЧ-позитивных женщин, что составило 13 (5–28) %, был выявлен милиарный (генерализованный) ТБ.

Доля деструктивных форм ТБ у женщин 18–45 лет составила 15,1 (9,6–22,3) %, при этом у ВИЧ-позитивных женщин кавернообразование выявлялось достоверно чаще, чем у ВИЧ-негативных — в 21,7 (10,2–38,8) % случаев против 13,3 (5,7–21) %, $p = 0,03$.

Бактериовыделение различными методами было обнаружено у 68,7 (60,1–76,7) % ВИЧ-негативных и 69,6 (54,5–80,1) % ВИЧ-позитивных женщин 18–45 лет, что статистически не различалось между собой и с долей бактериовыделителей от числа новых случаев ТБ легких в целом (72,5 (68,6–76,2) %), $p = 0,76$. При этом массивное бактериовыделение, определяемое методом микроскопии мазка мокроты, окрашенного по Цилю — Нильсену, у ВИЧ-позитивных женщин определялось достоверно чаще, чем у ВИЧ-негативных — в 62,5 (41,3–80,2) % случаев от числа случаев ТБ легких с бактериовыделением и в 26,3 (17–37,8) % соответственно, $p = 0,007$. Культуральным методом бактериовыделение определялось у 93,8 (90,6–98,9) % ВИЧ-негативных и 96,5 (79,4–98,4) % ВИЧ-позитивных пациенток, $p = 0,78$. Среди ВИЧ-негативных пациенток 18–45 лет первичная множественная лекарственная устойчивость МБТ была обнаружена в 49,1 (37,3–61) % случаев от числа пациенток с установленным бактериовыделением, среди ВИЧ-позитивных женщин — в 56,3 (35,4–75,3) % случаев (статистически не различается, $p = 0,4$).

У 11 женщин ТБ легких был выявлен в послеродовом периоде, возраст пациенток составил от 23 лет до 31 года. От общего числа пациентов доля женщин, заболевших в послеродовом периоде, составила 2,1 (1,2–3,6) %, но при пересчете на число женщин 18–45 лет, заболевших ТБ легких, доля составила 10,4 (6–16,7) %, то есть у каждой десятой женщины в возрасте 18–45 лет заболеванию предшествовала беременность и рождение ребенка. Все 11 пациенток, у которых ТБ легких был выявлен в послеродовом периоде, имели ВИЧ-негативный статус. К группе высокого медицинского риска по развитию ТБ («угрожаемому» контингенту) относилась одна пациентка, страдавшая сахарным диабетом. У 9 женщин ТБ легких был выявлен при скрининговом рентгенологическом обследовании, у 2 — при обращении. Инфильтративный ТБ был выявлен у 6 пациенток, очаговый ТБ — у 4, у 1 была выявлена туберкулома. Деструктивных форм заболевания выявлено не было. Бактериовыделение было определено у 8 пациенток, у всех — культуральным методом (методом микроскопии мазка мокроты, окрашенного по Цилю — Нильсену, кислотоустойчивые бактерии не обнаружены). У 5 из 11 пациенток была зарегистрирована множественная лекарственная устойчивость МБТ.

Выводы

1. Женщины 18–45 лет составили около 1/5 от числа новых случаев ТБ легких среди ВИЧ-негативных пациентов и около трети среди ВИЧ-позитивных пациентов.

2. Наиболее подвержены туберкулезу женщины 25–40 лет как с ВИЧ-негативным статусом, так и, особенно, с ВИЧ-позитивным. Возрастной пик заболеваемости ВИЧ-ТБ (25–40 лет) не совпадает наиболее частым возрастом инфицирования ВИЧ (старше 40 лет).

3. В клинической структуре туберкулеза среди женщин 18–45 лет, независимо от ВИЧ-статуса, преобладал инфильтративный ТБ с преимущественно односторонним поражением легких. У ВИЧ-положительных пациенток достоверно чаще по сравнению с ВИЧ-негативными развивались деструктивная форма ТБ.

4. Более чем у 2/3 женщин 18–45 лет, заболевших туберкулезом легких, определено бактериовыделение, причем у 26,3 (17–37,8) % ВИЧ-негативных и у 62,5 (41,3–80,2) % ВИЧ-положительных женщин высокая концентрация МБТ в мокроте позволяла выявить возбудителя методом микроскопии мазка мокроты, окрашенного по Цилю — Нильсену. У 49,1 (37,3–61) % ВИЧ-негативных и у 56,3 (35,4–75,3) % ВИЧ-положительных пациенток определена первичная множественная лекарственная устойчивость МБТ.

5. Доля женщин, у которых развитию ТБ предшествовали беременность и рождение ребенка, составила 10,4 (6–16,7) % от числа пациенток в возрасте 18–45 лет, причем ТБ у них не ассоциирован с ВИЧ-инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.gomelgce.by/?page_id=73. — Дата доступа: 12.09.2017.
2. Туберкулез и гендер. [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. — Режим доступа: http://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/ru/. — Дата доступа: 12.09.2017.
3. *Sugarman, J.* Tuberculosis in pregnancy: an estimate of the global burden of disease [Electronic resource] / *J. Sugarman, C. Colvin, A. Moran* // *The lancet*. — 2014. — Vol. 2, № 12. — Mode of access: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70330-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70330-4/fulltext). — Date of access: 12.09.2017.
4. *Горбач, Л. А.* Особенности заболевания и качество жизни женщин больных туберкулезом органов / *Л. А. Горбач, И. И. Солонко* // *Белорусский медицинский журнал*. — 2008. — № 1. — С. 43–46.
5. Туберкулез легких у женщин репродуктивного возраста / *К. С. Игембаева [и др.]* // *Наука и здравоохранение*. — 2014. — № 3. — С. 74–75.

УДК 616.5-006.6-085.849.036.8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИКАНЕВОЙ HDR БРАХИТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛАНОМНОГО РАКА КОЖИ

Горть И. В.^{1,2}, Ткаченко М. Н.¹, Ременник О. И.², Козак О. В.²

¹«Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца»,

²«Киевский областной онкологический диспансер»

г. Киев, Украина

Введение

К немеланомному раку кожи (НМРК) относится как базальноклеточный, который в структуре составляет примерно 80 %, так и плоскоклеточный рак — 20 %. С каждым годом частота возникновения НМРК растет и в Украине, и во всем мире [1]. Это связано с общим приростом онкопатологии. Ежегодно в Украине регистрируется более 20 тысяч новых случаев заболеваемости на НМРК. Основной задачей лечения НМРК есть полное излечение заболевания с максимальным сохранением функций и оптимальным косметологическим эффектом. Достичь этого можно с помощью нового современного метода лучевой терапии — брахитерапии, которая обеспечивает подачу радиоактивного вещества, мощность которого может превышать 12 Гр/ч, непосредственно к ограниченному объему первичного опухолевого процесса. Несмотря на большое количество рекомендаций для установки аппликаторов при высокомоментной брахитерапии, остается много спорных вопросов касательно выбора и постановки аппликаторов, нормировке и выборе дозы [2, 3]. Не проходило рандомизированных исследований по сравнению эффективности стандартных режимов фракционирования с другими режимами. Существуют рекомендации по постановке аппликаторов: они могут быть гибкими или жесткими, размещаться параллельно (Французская школа) или «hand free» [2, 4, 5]. Берется во внимание гистологическое происхождение опухолевого процесса, объем опухоли, учитываются данные других диагностических исследований. При подтвержденном отсутствии поражения регионарных лимфатических узлов проводится локальное облучение.