

Г.В. Садова

ІНФІКОВАНІСТЬ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У НИХ

Київський медичний інститут Української асоціації народної медицини

Досліджено інфікованість мікобактеріями туберкульозу (МБТ) жінок репродуктивного віку (від 16 до 40 років) залежно від віку та тютюнокуріння. Показано, що найбільша інфікованість МБТ (43,9 %) у віці від 21 до 30 років.

Встановлено, що саме інфікування МБТ не сприяє гіпоксії, однак обструктивні зміни частіше притаманні для пацієнток, які курять. Відмова від тютюнокуріння, дихальна гімнастика та короточасне використання В2 агоністів короткої дії дозволили зменшити кількість пацієнтів з обструкцією та знизити її інтенсивність.

Незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці, лікуванні та профілактиці туберкульозу, з 90-х років спостерігається підвищення інфікованості мікобактеріями туберкульозу та захворюваності на цю інфекцію. Тому в акушерській та фтизіатричній практиці все частіше доводиться стикатися з жінками репродуктивного віку, які хворіють на туберкульоз легень [1-4].

Вивченню функції зовнішнього дихання (ФЗД), частоти обструктивних змін у жінок репродуктивного віку не відводиться належної уваги. За останні 10 років ХХ століття та 6 років ХХІ відсутні наукові роботи щодо дослідження ФЗД у такої категорії жінок, а кількість ускладнень вагітності та пологів зростає, що, можливо, пов'язано зі змінами в легенях [5]. Активний туберкульозний процес, метатуберкульозні зміни в легенях або бронхообструктивні зміни, що пов'язані і з тютюнокурінням, призводять до певних змін в перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок, тому вивчення показників функції зовнішнього дихання є актуальним, а їх корекція дозволить покращити перебіг вагітності та пологів на тлі бронхообструктивних змін незалежно від їх етіології.

Мета роботи - дослідити інфікованість МБТ у жінок репродуктивного віку, визначити основні

показники стану (ФЗД) та оксигеметрії залежно від віку та тютюнокуріння.

Матеріали і методи

Об'єкт дослідження - 308 жінок репродуктивного віку від 16 до 40 років, з яких інфікованих МБТ було 164, неінфікованих - 144, що курили - 100, а ще 15 на момент дослідження не курили, але з анамнезу було відомо, що вони мали стаж тютюнокуріння.

Методи дослідження - туберкуліновий тест (проба Манту РРД-Л з 2 ТО), серологічний імунохроматографічний «Гексагон-тест», дослідження основних об'ємних і швидкісних показників ФЗД визначали за допомогою приладу «Пульмометр-1», насичення крові киснем - за допомогою оксигеметра.

Результати досліджень та їх обговорення

На початку дослідження всім пацієнткам проводили туберкуліновий тест, при позитивній пробі проводили «Гексагон-тест» для виключення активного туберкульозу.

Інфікованих пацієнток було 164, що складало 53,2 %, з яких віком від 16 до 20 років було 34 (20,7 %), від 21 до 30 років - 72 (43,9 %), від 31 до 40 років - 58 пацієнток (35,4 %). Всі обстежені пацієнтки обох груп за віком достовірно не відрізнялись, що дозволило коректно провести аналіз і статистичну обробку матеріалу.

Враховували наявність в анамнезі тютюнокуріння. Було відомо, що з 308 жінок, які були включені в дослідження, курило 100 (32,5 %), загальний стаж куріння у кожної з них був від 3 до 5 років, а ще 15 (4,9 %) жінок на момент дослідження не курили, але з анамнезу було відомо, що мали стаж тютюнокуріння. З інфікованих МБТ курили 83 (50,6 %), а серед неінфікованих - 38 (26,4 %), що вірогідно рідше.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначені основні показники ФЗД у жінок репродуктивного віку за допомогою приладу «Пуль-

момент-1» та показники оксигеметрії відображені в таблиці 1.

Таблиця 1

Основні показники ФЗД та оксигеметрії згідно груп обстеження

Група	ОФВ1		ФЖЕЛ		Індекс Тіфно	SaO ₂
	л/с	% від належного	л	% від належного	%	%
Інфіковані МБТ	2,28±0,10	78,8±1,2	2,90±0,10	90,5±2,9	78,6±4,1	95,0±2,2
Неінфіковані МБТ	2,74±0,10	88,9±3,4	3,08±0,10	98,8±1,1	89,6±3,0	97,1±1,7
P	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05

Недостатність вентиляції за обструктивним типом спостерігалась у 52 (27,4 %) пацієток з обох груп, у т.ч. 32 інфікованих МБТ - (32,0±3,6) % та 22 неінфікованих - (24,4±3,1) %. У всіх обстежених пацієток був I ступінь (легкий) бронхообструктивного синдрому.

Дослідження ФЗД дозволило виявити поодинокі (3,8 %) рестриктивні і досить часто (27,4 %) -

обструктивні зміни в легенях. Якщо рестриктивні зміни спостерігались однаково рідко як при інфікуванні МБТ, так і без нього, то обструктивні зміни дещо частіше - (32,0±5,0) проти (22,4±0,8) %, P>0,05) виявляли у пацієток з інфікуванням МБТ. Провели аналіз обструктивних змін в легенях залежно від тютюнокуріння (табл. 2).

Таблиця 2

Обструктивні зміни в легенях обстежених жінок залежно від тютюнокуріння

Обструктивні зміни	Жінки, що курять (n=50)		Жінки, що не курять (n=48)		P
	абс.	%	абс.	%	
Виявлені	30	60,0±6,9	4	9,1±4,2	<0,01
Не виявлені	20	40,0±6,9	44	90,9±4,2	<0,01

Встановлено, що обструктивні зміни в легенях на 50,9 % частіше виявляли при тютюнокурінні загальним стажем від 5 до 15 років.

Що стосується оксигеметрії, то саме інфікування МБТ і тютюнокуріння не сприяли гіпоксемії, оскільки значного зниження SaO₂ не спостерігалось як у групі жінок з інфікуванням МБТ, так і без нього, а також серед тих, які курили, і тих, що не курили.

Проведено аналіз функції зовнішнього дихання у жінок, які курили в минулому, але вже покинули цю шкідливу звичку (21 особа) та використовували дихальну гімнастику протягом місяця, а деякі (10 осіб) – вживали В2-агоністи короткочасної дії. Встановлено часткове відновлення ОФВ1 та ФЖЕЛ у таких пацієнтів. Більше того, доведено, що зі стажем тютюнокуріння з кожним роком ОФВ1 зменшується не на 20-30 мл, як у здорових людей, а більше, що свідчить про формування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у цих пацієнтів. Таким чином, обструкція у жінок репродуктивного віку тісно пов'язана з тютюнокурінням і його тривалістю.

Висновки

1. Серед жінок репродуктивного віку (16-40 років) доведена висока інфікованість мікобактеріями туберкульозу (53,2 %), причому найвища (43,9 %) - у віці 21-30 років.
2. Бронхообструктивні зміни виявлені у 27,4 % жінок репродуктивного віку, дещо частіше (32,0 %) у тубінфікованих, порівняно з неінфікованими (24,4 %).
3. Бронхообструктивні зміни в легенях зумовлені не тубінфікуванням, а переважно тютюнокурінням. При курінні обструктивні зміни в бронхах виявляються в 6,6 разу частіше, ніж без нього.
4. З метою профілактики хронічного обструктивного захворювання легень у жінок репродуктивного віку рекомендується припинення тютюнокуріння; короткочасне використання В2-агоністів короткої дії та дихальна гімнастика.

Література

1. Голяновський О.В., Сенчук А.Я., Мельник В.П. Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок з активним туберкульозом легень // Вісник асоціації акушер-гінекологів України. - 1999. - № 5-6. - С. 60-64.

2. Колачевская Е.П., Воротынова П.А., Тютикова Т.Н. Туберкулез и беременность // Проблемы туберкулеза. - 1994. - № 5. - С. 48-51.

3. Тимошенко Л.В., Кулачковський Ю.В., Голубева Р.Є. Вагітність при туберкульозі легень. - Київ: Здоров'я, 1973. - С. 177-180.

4. Вагітність і туберкульоз легень: Методичні рекомендації / Голяновський О.В., Сенчук А.Я., Мельник В.П. - Київ, 2002. - 21 с.

5. Базелюк О.М. Стан функції зовнішнього дихання у вагітних з активним туберкульозом легень // Зб. наук. праць асоціації акушер-гінекологів України. - Київ, 2003. - С. 387-389.

6. Солонинка Г.Я. Інфікування мікобактеріями та профілактика захворюваності на туберкульоз серед студентів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Київ, 2006. - 18 с.

INFECTING OF REPRODUCTIVE-AGE WOMEN BY MYCOBACTERIA OF TUBERCULOSIS AND PARAMETERS OF EXTERNAL BREATHING FUNCTION

H.V. Sodomova

SUMMARY. Infectioning of women of reproductive age (from 16 to 40 years) by mycobacteria of tuberculosis (MBT) depending on age and nicotine usage has been researched. It has been shown that most infectioning by MBT (43,9 %) is met in age from 21 to 30 years.

It has been shown, that MBT infectioning does not result in hypoxia, but the obstructive changes are more frequent met at patients with MBT infections, which closely correlated with experience of smoker. Waiver of smoker, respiratory gymnastics and brief use of B2 agonists of short action allowed to decrease the quantity of patients with obstruction and to lower its intensity.

© Ярош О.О., 2006
УДК

О.О. Ярош

ЛІКУВАННЯ ПОСТГЕРПЕТИЧНОЇ НЕВРАЛГІЇ

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України

Постгерпетична невралгія (ПГН) є частою причиною невропатичного болю, який виникає невдовзі після завершення гострого періоду оперізувального лишая. У таких випадках мають місце інтенсивні та спонтанні болі в одному чи суміжних дерматоммах тупого, пекучого чи свердлячого характеру, які провокуються звичайними подразниками та формуються через місяць після згасання наскірної висипки [1, 2]. Біль може тривати місяцями, знижує якість життя та є частим ускладненням у старших за віком імунікомпетентних пацієнтів [3]. Так, в осіб до 60 років після завершення гострих проявів зостер-інфекції ПГН розвивається у 50 % та у віці понад 70 років – у 75 % випадків [4]. У типових випадках біль у більш ніж половини пацієнтів згасає упродовж року, але нерідко може тривати роками [5].

ПГН є викликом для клініцистів та не має універсального загальноприйнятого лікування. В літературі зустрічається багато анекдотичних повідомлень, які розповсюджуються від застосування вітамінів групи В і до зміїної отрути [6]. Низька достовірність результатів багатьох лікувальних і профілактичних рекомендацій пояснюється ігноруванням таких факторів, як вік пацієнтів, тривалість та тяжкість болю, а також обумовлена малою кількістю випадків. В усуненні болю при герпес-зостер та в запобіганні її прогресування в ПГН запропоновано багато лікувальних заходів [7]. Деякі з них довели свою ефективність. Разом з тим, лікування ПГН залишається складною проблемою та є частим джерелом розчарувань і невдач як для пацієнтів, так і лікарів.