

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ГОРМОНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А. Е. ГРАБАРНИК, О. Г. ЖУЧЕНКО, З. А. ЗАНГIEВА, В. М. ЕСИКОВА

QUALITY OF LIFE IN FEMALE PATIENTS WITH TUBERCULOSIS DURING HORMONE MODULATION THERAPY

A. E. GRABARNIK, O. G. ZHUCHENKO, Z. A. ZANGIEVA, V. M. ESIKOVA

НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», г. Москва

Нормальное функциональное состояние органов репродуктивной системы следует расценивать как один из важнейших показателей здоровья женщин. На фоне комплексной терапии у женщин, больных туберкулезом, независимо от локализации процесса имеют место выраженные нарушения как функционального состояния яичников, способствующие различным нарушениям менструальной функции, так и анатомо-функциональные изменения в органах репродуктивной системы. Все это, несомненно, оказывает негативное воздействие на качество жизни женщин, страдающих туберкулезом.

При оценке качества жизни стало очевидным, что низкие показатели качества жизни отмечены практически у каждой третьей пациентки, страдающей туберкулезом.

Гормонотерапевтическая терапия с учетом изменений гормонального статуса, наличия гормонозависимых заболеваний, характера и локализации туберкулезного поражения, особенностей проводимой специфической терапии приводит к реабилитации состояния органов репродуктивной системы и улучшает реактивность организма в целом, что сопровождается несомненным повышением качества жизни пациенток данного контингента.

Ключевые слова: гормонотерапевтическая терапия, больные туберкулезом.

The normal function of reproductive organs should be regarded as one of the most important indicators of women's health. During combination therapy, female patients with tuberculosis, regardless of the location of the process, have significant ovarian functional impairments contributing to different menstrual dysfunctions, as well as anatomic and functional changes in the reproductive organs. This all is certain to negatively impact the quality of life in women suffering from tuberculosis.

In assessing the quality of life, it has become obvious that its low indicators are noted in virtually every three patients with tuberculosis.

Hormone modulation therapy with due regard for hormonal changes, the presence of hormone-dependent diseases, the pattern and location of tuberculous lesion, and the specific features of performed specific therapy results in reproductive system rehabilitation and improves the responsiveness of the body as a whole, which is accompanied by a clear increase in the quality of life in this contingent of patients.

Key words: hormone modulation therapy, patients with tuberculosis.

Начало XXI в. характеризуется некоторой стабилизацией эпидемической обстановки по туберкулезу в Российской Федерации, однако показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза не имеют выраженной тенденции к снижению [10].

В эпидемиологии туберкулеза женщины занимают особое место. Женщины, как и дети, наиболее чувствительны к различным колебаниям социальных условий, и, вполне естественно, что многие авторы связывают рост заболеваемости туберкулезом с различными социальными, возрастными, этнографическими и другими факторами [1, 7].

Нормальное функциональное состояние органов репродуктивной системы следует расценивать как один из важнейших показателей здоровья женщин, в связи с этим необходимость профилактики нарушений деятельности органов репродукции у женщин является очевидной, так как только здоровая мать может родить здорового ребенка [8].

Высокий уровень заболеваемости туберкулезом у женщин детородного возраста и отсутствие

надежного прогноза снижения уровня данной патологии в ближайшее время свидетельствуют о настоятельной необходимости более глубокого изучения параметров репродуктивного здоровья.

По данным ряда авторов [2, 3, 5, 6], у женщин, больных туберкулезом, на фоне комплексной этиотропной терапии независимо от локализации процесса имеются выраженные нарушения как функционального состояния яичников, способствующие различным нарушениям менструальной функции, так и анатомо-функциональные изменения в органах репродуктивной системы. Это характеризуется более высокой частотой (по сравнению с популяцией) гормонозависимых заболеваний – различные варианты гиперплазии эндометрия, миома матки, аденомиоз, кисты яичников, фиброзно-кистозная мастопатия и другие [4, 6, 9]. Все это, несомненно, оказывает негативное воздействие на качество жизни женщин, страдающих туберкулезом.

В современной гинекологической практике с целью коррекции вышеуказанных нарушений

репродуктивного здоровья женщин широко применяются различные группы гормонокорректирующих средств [комбинированных оральных контрацептивов (КОК)] [3-5].

С учетом постоянно ухудшающегося репродуктивного здоровья и увеличения контингента женщин в Российской Федерации, страдающих различными локализациями туберкулезного поражения, проблема реабилитации нарушений репродуктивной функции и повышения качества жизни пациенток данного контингента представляется очевидной.

Цель – повышение качества жизни женщин с туберкулезом различных локализаций путем снижения частоты и степени выраженности гормональных нарушений при использовании современных КОК.

Материалы и методы

В основу данного исследования легли данные комплексного динамического клинико-рентгенолабораторного обследования 356 женщин репродуктивного возраста с различными локализациями туберкулезного поражения, находившихся на лечении в профильных клинических подразделениях УКБ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» и Московском областном противотуберкулезном диспансере.

Обследованные женщины были разделены на следующие группы:

- I группа – 126 пациенток с туберкулезом органов дыхания, которые с целью гормонокоррекции принимали КОК. Структура клинических форм и другие характеристики туберкулезного процесса представлены следующим образом: очаговый туберкулез легких без наличия бактериовыделения и интоксикации ($n = 57$); инфильтративный туберкулез легких ($n = 28$, в том числе с наличием бактериовыделения $n = 20$); фиброзно-кавернозный туберкулез легких ($n = 21$, в том числе с наличием бактериовыделения $n = 11$); остаточные изменения после перенесенного туберкулеза легких ($n = 20$);

- II группа – 86 женщин с туберкулезом органов дыхания, не принимавших гормонокорректирующую терапию. Клинические формы и другие характеристики туберкулезного процесса: очаговый туберкулез легких без наличия бактериовыделения и интоксикации ($n = 38$); инфильтративный туберкулез легких ($n = 22$, в том числе с наличием бактериовыделения $n = 12$); фиброзно-кавернозный туберкулез легких ($n = 13$, в том числе с наличием бактериовыделения $n = 3$); остаточные изменения после перенесенного туберкулеза легких ($n = 13$);

- III группа – 78 женщин с внелегочными локализациями специфического поражения, принимавших оральные гормональные контрацептивы. Из них туберкулез гениталий был у 27 женщин (в том числе с бактериовыделением, подтверж-

денным методом посева менструальной крови – 2), костно-суставной туберкулез – у 24, туберкулез периферических лимфоузлов – у 12, туберкулезный мезаденит – у 10, туберкулезный кератит – у 5;

- IV группа – 66 женщин с внелегочным туберкулезом, не принимавших КОК. Туберкулез гениталий диагностирован у 22 женщин (в том числе у одной пациентки с бактериовыделением с использованием метода посева из менструальной крови), костно-суставной туберкулез – у 19, туберкулез периферических лимфоузлов – у 11, туберкулезный мезаденит – у 8, туберкулезный кератит – у 6.

При выполнении данной работы использовали общеклинические, лучевые (рентгенография, компьютерная томография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов малого таза, брюшной полости в динамике, раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок полости матки, по показаниям – гистеросальпингография), морфологические (соскоб эндометрия, операционный материал), микробиологические (люминесцентная микроскопия и посев мокроты, менструальной крови, отделяемого из половых путей), радиоиммунные (содержание половых и тропных гормонов). Оценку качества жизни проводили с использованием шкалы Nottingham Health Profile (NHP) в модификации А. Н. Стрижакова и Л. Х. Костоевой (2000 г.).

Статистическую обработку результатов исследования для анализа межгрупповых различий проводили с использованием t -критерия Стьюдента на ПК с использованием программ Statistica, а также применяли методики непараметрической статистической обработки.

Результаты и обсуждение

У значительного числа женщин всех групп наблюдения имели место указания на перенесенные детские инфекционные заболевания (ветряная оспа, корь, коклюш), среди которых преобладали острые респираторные заболевания и хронический тонзиллит. В группах, включающих больных туберкулезом органов дыхания, данные заболевания в анамнезе по сравнению с пациентками с внелегочными поражениями отмечались достоверно чаще ($p < 0,001$) и составили 74,0 и 45,8% соответственно.

Заслуживает внимания то обстоятельство, что практически каждая третья больная независимо от локализации процесса отмечала наступление менструации в возрасте старше 14 лет, что почти в 2 раза превышает частоту позднего менархе в популяции в целом [4, 6, 8].

У большинства обследованных пациенток имели место различные нарушения менструальной функции: альгодисменорея, гиперполименорея. Данные изменения имелись у 155 (73,1%) боль-

ных туберкулезом органов дыхания и у 91 (63,2%) пациентки с внелегочным туберкулезом. В то же время доля пациенток с гипоменструальным синдромом была достоверно больше ($p < 0,05$) при внелегочных локализациях специфического процесса: 23 (15,9%) и 14 (6,6%) соответственно.

В табл. 1 представлены данные исследования содержания половых, гипофизарных гормонов и стероидов в сыворотке крови у обследованных пациенток с различными формами туберкулезного поражения, а также показатели уровня этих гормонов у практически здоровых женщин репродуктивного возраста.

У всех женщин, страдающих туберкулезом, отмечено значительное повышение содержания тестостерона, которое было достоверным по сравнению со средними нормативными показателями ($p < 0,05$). Обращает внимание повышение содержания кортизола по сравнению с нормой, уровень которого не имеет достоверных различий в группах наблюдения. Тем не менее целесообразно отметить, что при туберкулезе легких его показатель у подавляющего большинства женщин находится на уровне верхней границы нормы.

Содержание эстрадиола в группах наблюдения не имело достоверных различий, но у женщин

Таблица 1

Содержание половых, гипофизарных гормонов и стероидов в сыворотке крови у обследованных женщин

Параметры	Туберкулез органов дыхания n = 212	Внелегочное туберкулезное поражение n = 144	Нормативные показатели уровня гормонов и стероидов у здоровых женщин
Тестостерон (нг/мл)	$1,6 \pm 0,5$	$1,43 \pm 0,5$	0,1-1,0
Эстрадиол (нг/мл)	$94,7 \pm 26,4$	$80,8 \pm 28,6$	70-220
Прогестерон (нг/мл)	$10,8 \pm 2,3$	$8,9 \pm 1,9$	1,7-28,8
ЛГ (МЕ/л)	$8,7 \pm 1,4$	$8,8 \pm 1,3$	0,79-10,3
ФСГ (МЕ/л)	$10,4 \pm 1,8$	$10,0 \pm 1,6$	1-12
ДГЭА (нмоль/л)	$7482,4 \pm 876,5$	$6933,9 \pm 1112,4$	270-8990
17-ОН-прогестерон (нг/мл)	$1,84 \pm 0,7$	$2,42 \pm 0,40$	0,7-3,1
T_4 (нмоль/л)	$13,4 \pm 1,6$	$14,7 \pm 3,2$	11,5-23,2
ТТГ (МЕ/л)	$2,45 \pm 0,80$	$3,06 \pm 0,80$	0,17-4,0
Пролактин (мкЕ/мл)	$540,8 \pm 189,6$	$610,4 \pm 178,9$	40-670
Кортизол (нмоль/л)	$495,1 \pm 110,9$	$626,9 \pm 128,7$	150-660

с распространенными формами туберкулеза отмечалась некоторая тенденция к его снижению. Кроме того, имело место и некоторое снижение содержания уровня прогестерона (в пределах нормативных колебаний) у всех женщин, страдающих туберкулезом (по сравнению с нормативными значениями), что приводило к развитию эффекта относительной гиперэстрогении. Показатели содержания лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) у обследованных женщин с туберкулезным поражением также не имели достоверных различий, однако их уровень был приближен к верхней границе нормы в популяции. Все это свидетельствует о наличии глубоких нарушений в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системе у женщин, страдающих туберкулезом.

Особого внимания заслуживает наличие значительного повышения содержания тестостерона, пролактина и уровня кортизола у женщин с туберкулезом легких. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что у женщин указанного контингента уровень содержания эстрадиола имел тенденцию к снижению, а показатели ЛГ и ФСГ, напротив, к повышению. С нашей точки зрения, содержание эстрадиола, ЛГ и ФСГ можно рассматривать в качестве прогностического критерия неблагоприят-

ного течения специфического поражения органов дыхания. Этот вопрос требует дополнительного исследования совместно с фтизиатрами.

При анализе других параметров гормонального статуса (T_4 , ТТГ, ДГЭА, 17-ОН-прогестерон) принципиальных различий не отмечено. Таким образом, выявленные особенности гормонального статуса у женщин с туберкулезом органов дыхания и внелегочными формами поражения характеризуются склонностью к андрогенизации, гиперпролактинемии, относительной эстрогении, повышению показателей «стрессовых» гормонов (кортизол, тестостерон, пролактин). По-видимому, эти изменения лежат в основе нарушений менструальной функции у значительного числа женщин данного контингента, степень выраженности которых находится в прямой зависимости от тяжести туберкулезного процесса.

Анализ морфологических особенностей слизистой матки у больных туберкулезом женщин показал, что наиболее часто встречающейся патологией эндометрия была его гиперплазия в различных вариантах. Частота гиперплазии эндометрия в группе пациенток с туберкулезом легких составила 51,8% (110 случаев из 212 наблюдений). Среди всех вариантов железистая гиперплазия эндометрия отмечена в подавляющем большинстве

случаев (71 из 110 – 64,5%). Полипоз и гипоплазия эндометрия в группе больных туберкулезом органов дыхания встречались в 3,6% наблюдений, а состояние эндометрия в фазе секреции или пролиферации (варианты нормы) отмечено в 7,1% случаев.

В группе больных с внелегочными формами специфического поражения гиперплазия эндометрия выявлена в 40,9% (53 из 144) случаев с преобладанием железистого варианта (31 из 59 случаев). Полипоз эндометрия отмечен в 5,1%, гипопластичный эндометрий – в 11,9%, варианты нормы (фаза секреции или пролиферации) – в 23,6% наблюдений. Эндометрий с элементами эпителиоидно-гигантоклеточных гранул выявлен в 4 (2,7%) случаях.

Анализ морфологического строения слизистой матки у обследованных женщин показал, что во всех группах наблюдения (туберкулез органов дыхания и внелегочные поражения) нарушения строения эндометрия по сравнению со средними популяционными значениями встречались значительно чаще и имели более выраженный характер.

Результаты ультразвукового исследования органов малого таза при различных локализациях экстрагенитального туберкулеза в целом отразили характер выявленных у пациенток данного контингента нарушений менструального цикла, гормонального гомеостаза и морфологической картины эндометрия. Полученные данные (сонографические признаки гиперплазии и полипоза эндометрия, ретенционные образования яичников) свидетельствовали о наличии выраженных дисгормональных и анатомо-функциональных нарушениях репродуктивной системы у женщин, страдающих туберкулезом, независимо от локализации специфического поражения, которые требовали соответствующей гормональной коррекции.

Выбор гормональных препаратов для коррекции был обусловлен наличием изменений гормонального гомеостаза, пролиферативных изменений в эндометрии, ретенционных образований яичников, характером нарушений менструальной функции и спецификой химического состава КОК (соотношение и качественный состав эстроген-гестагенных компонентов), обеспечивающей оптимальный эффект. Кроме этого, при назначении КОК у женщин с туберкулезным поражением принимали во внимание характер, распространенность и степень тяжести специфического поражения, а также особенности проводимой комплексной противотуберкулезной терапии и ее переносимость.

Женщинам репродуктивного возраста с активным туберкулезом органов дыхания и при внелегочных формах поражения при наличии относительной гиперэстрогении, пролиферативных изменениях эндометрия, ретенционных образований яичников с гормонокорректирующей и контрацептивной целью назначали КОК, содержа-

щие этинилэстрадиол в дозе 30 мкг и дианогест в дозе 2 мг или этинилэстрадиол в дозе 30 мкг и дезогестрел 150 мг, в циклическом режиме на протяжении 3-12 менструальных циклов по контрацептивной схеме. При наличии гиперандрогении надпочечникового или яичникового генеза и ее клинических проявлениях (*acnaevulgaris*, жирная себорея, гипертрихоз) назначали КОК, содержащий этинилэстрадиол в дозе 30 мкг и дианогест в дозе 2 мг, по контрацептивной схеме на 6-9 менструальных циклов. При остаточных изменениях в легких после излеченного туберкулеза органов дыхания с контрацептивной и гормонокорректирующей целью назначали КОК, содержащие этинилэстрадиол в дозе 30 мкг и дианогест в дозе 2 мг или этинилэстрадиол в дозе 20 мкг и дезогестрел 150 мг, по контрацептивной схеме на 6-9 менструальных циклов. Гормональную коррекцию обследованным пациенткам проводили под контролем гормонального статуса, ультразвукового мониторинга органов малого таза, по показаниям выполняли биохимические исследования крови, коагулограммы и стероидного профиля мочи, и гормонального гомеостаза. Длительность приема КОК определялась выраженностью нарушений гормонального гомеостаза, наличием гормонозависимых процессов в органах репродуктивной системы и других общих проявлений. При этом учитывали не только качественно-количественные изменения гормонального фона, но и динамику изменений данных показателей на фоне приема КОК и развития специфического процесса. Также учитывали желание женщины воспользоваться контрацептивным эффектом данных препаратов. Минимально КОК назначали в течение трех менструальных циклов, при удовлетворительной переносимости препаратов средняя продолжительность приема составила 6 ± 3 менструальных циклов, а максимальная – 18 менструальных циклов.

Оценку показателей качества жизни у обследованных женщин проводили с использованием шкалы Nottingham Health Profile (NHP), модифицированной для гинекологических больных (Костоева Л. Х., Стрижаков А. Н., 2000). Исследование проводили до и после окончания курса приема КОК. Основными показателями качества жизни служили такие ее проявления, как энергичность, социальная изоляция, особенности сна и эмоционального фона, наличие болевого синдрома. Наихудшему уровню качества жизни, согласно вышеуказанной шкале NHP, соответствует сумма баллов, равная 100.

Из данных табл. 2 следует, что низкие показатели качества жизни (сумма баллов более 70) до применения гормонокорректирующей терапии отмечены практически у каждой третьей пациентки, страдающей туберкулезом.

Неудовлетворительное качество жизни у женщин с туберкулезом органов дыхания было связано с жалобами на нарушения менструальной функции

Таблица 2

Качество жизни у обследованных женщин до и на фоне приема КОК [по шкале Nottingham Health Profile (NHP)]

Группы наблюдения Оценка в баллах	I группа n = 126		II группа n = 86	III группа n = 78		IV группа n = 66
	До приема КОК	ПТТ + КОК		До приема КОК	ПТТ + КОК	
Менее 50 баллов	33 (26,2%)	68 (53,9%)	23 (26,7%)	18 (23,1%)	43 (55,1%)	15 (22,7%)
50-70 баллов	52 (41,3%)	36 (28,6%)	35 (40,7%)	30 (38,5%)	25 (32,1%)	26 (39,4%)
Более 70 баллов	41 (32,5%)	22 (17,5%)	28 (32,6%)	30 (38,4%)	10 (12,8%)	25 (37,9%)

(гиперполименорея, дисальгоменорея, гипоменорея), болевыми ощущениями вне органов малого таза, слабостью, дискомфортом, масталгией, наличием *acnae vulgaris* и жирной себореи, а также с проявлениями туберкулезной интоксикации и побочными эффектами проводимой специфической терапии. У большинства женщин с туберкулезным поражением из показателей качества жизни прежде всего страдали энергичность и качество эмоциональных реакций, которые в значительной степени зависят от характера гормонального гомеостаза.

На фоне приема КОК у подавляющего большинства пациенток обеих групп [92 женщины (73,1%) и 49 (62,8%) соответственно] произошла нормализация менструального цикла не только в плане его регулярности, но и с учетом объема менструальной кровопотери и выраженности болевого синдрома [до 26 (20,6%) и 15 (19,2%) соответственно].

В то же время в группе женщин с туберкулезом легких, которые не принимали оральные гормональные контрацептивы на фоне проводимой комплексной противотуберкулезной терапии, отмечена выраженная тенденция к возрастанию доли пациенток с различными нарушениями менструального цикла [с 60 (70,5%) до 72 (83,7%)].

Полученные данные демонстрируют выраженный положительный эффект нормализации менструальной функции на фоне приема КОК, что более наглядно проявилось в группе пациенток с туберкулезом легких.

При контрольном исследовании гормонального статуса у обследованных женщин на фоне приема КОК изучено содержание в сыворотке крови тех гормонов, изменение показателей которых на фоне экстрагенитального туберкулеза носило более выраженный характер (тестостерон, эстрадиол, прогестерон, ЛГ, ФСГ, пролактин).

Установлено, что у всех пациенток с экстрагенитальным туберкулезом, принимающих гормональные контрацептивы, с исходной гиперандрогемией ($1,6 \pm 0,5$ нг/мл) произошла нормализация содержания тестостерона в сыворотке крови ($0,48 \pm 0,20$ при нормативных значениях от 0,1 до 1,0 нг/мл). В данной группе пациенток также отмечены достоверное снижение содержа-

ния уровня ЛГ и ФСГ ($8,7 \pm 1,4$ до $5,4 \pm 1,2$ МЕ/л и $10,4 \pm 1,8$ до $5,1 \pm 1,3$ МЕ/л соответственно, $p < 0,05$) и незначительное повышение прогестерона с нормализацией уровня эстрадиола, которое в отличие от гипофизарных гормонов не имело достоверного различия ($10,8 \pm 2,3$ до $12,6 \pm 1,6$ нмоль/л и $94,7 \pm 26,4$ до $107,3 \pm 12,8$ пг/мл соответственно, $p > 0,05$).

Анализ показателей содержания половых и тропных гормонов в группе пациенток с экстрагенитальным туберкулезом, не принимающих оральные гормональные контрацептивы, показал, что имеющаяся исходная гиперандрогемия имела тенденцию к возрастанию ($1,6 \pm 0,5$ до $1,8 \pm 0,5$ нмоль/л, $p > 0,05$), а содержание эстрадиола, напротив, – к снижению ($94,7 \pm 26,4$ до $84,3 \pm 25,8$ пг/мл соответственно, $p > 0,05$). Уровень содержания тропных гормонов (ЛГ, ФСГ) в данной группе имел тенденцию к некоторому увеличению ($8,7 \pm 1,4$ до $9,4 \pm 1,2$ МЕ/л и $10,4 \pm 1,8$ до $11,1 \pm 1,8$ МЕ/л соответственно, $p > 0,05$).

Таким образом, анализ контрольных показателей гормонального статуса показал, что применение гормональных контрацептивов у всех пациенток с экстрагенитальным туберкулезом приводило к нормализации исходной гиперандрогемии, достоверному снижению тропных гормонов (ЛГ, ФСГ) и незначительному снижению уровня эстрадиола и прогестерона. В группе пациенток с экстрагенитальным туберкулезом, не принимавших КОК, отмечены тенденция к возрастанию исходной гиперандрогемии, содержания ЛГ, ФСГ и незначительно выраженное снижение содержания эстрадиола и прогестерона.

В группе пациенток с экстрагенитальным туберкулезом, которые принимали КОК, имело место достоверное увеличение ($p < 0,01$) числа женщин с высоким уровнем качества жизни (менее 50 баллов) с 26,2 до 53,9% за счет снижения доли женщин со средними и низкими показателями качества жизни.

В то же время в группе женщин с туберкулезом легких, которые не принимали КОК (II группа наблюдения), число пациенток с высоким качеством жизни не превысило и четверти на-

блюдений, а низкие его значения отметила каждая третья пациентка [22 (25,6%) и 29 (33,7%) соответственно].

Аналогичная закономерность прослеживается и в группе женщин с внелегочными формами поражения. Так, среди пациенток, принимавших КОК, имели место достоверное увеличение женщин с высоким уровнем качества жизни и снижение такового с неудовлетворительными показателями [с 18 (23,1%) до 43 (55,1%) соответственно, $p < 0,01$]. В группе пациенток, не применявших КОК, число женщин с высоким качеством жизни было достоверно ниже, а с низкими его значениями – достоверно выше по сравнению с контингентом женщин, пользующихся гормональной контрацепцией ($p < 0,05$).

Все эти данные свидетельствуют о выраженном терапевтическом эффекте гормональных контрацептивов в плане регуляции менструальной функции, гормонального гомеостаза, профилактики нежеланной беременности, клинические проявления которой значительно снижали показатели качества жизни в группах наблюдения.

Выводы

1. У женщин репродуктивного возраста, страдающих туберкулезом любой локализации, на фоне проведения комплексной противотуберкулезной терапии имеют место выраженные нарушения в функционировании гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы.

2. Нарушение функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы приводит к повышению частоты различных нарушений менструальных функций (дисменорея, альгодисменорея и т. д.) и возникновению ряда гормонозависимых патологических процессов, что значительно снижает качество жизни пациенток, страдающих туберкулезом, вне зависимости от локализации процесса.

3. Гормонокорректирующая терапия с учетом изменений гормонального статуса, наличия гормонозависимых заболеваний, характера и локализации туберкулезного поражения, особенностей проводимой специфической терапии сопровождается повышением качества жизни данных пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анипина О. А. Нарушения в репродуктивной системе девочек-подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Туб. сегодня: материалы 7-го Рос. съезда фтизиатров. – М.: БИНОМ, 2003. – С. 232-232.
2. Гормональная коррекция функционального состояния яичников у больных женским половым туберкулезом: пособие для врачей / ММА им. И. М. Сеченова, НИИ фтизиопульмонологии; сост.: О. Г. Жученко, Н. Г. Семьякина, С. А. Махия. – М., 1997. – 11 с.
3. Грабарник А. Е., Жученко О. Г., Есикова В. М. Особенности гормонотерапии у женщин с туберкулезным поражением // Междисциплинарные аспекты дифференц. диагностики и лечения больных туб.: Материалы науч.-практ. конференции 2012 г. – М.: НЬЮ ТЕРРА, 2012. – С. 20-22.
4. Гинекология: Руководство для врачей / Серов В. Н., Кира Е. Ф., Аполихина И. А. и др. / Под ред. В. Н. Серова, Е. Ф. Кира. – М.: Литтерра, 2008. – 840 с.ил.
5. Егорова И. Л. Значение эндокринного статуса в течении и исходе туберкулеза легких: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 270 с.
6. Жученко О. Г. Репродуктивное здоровье женщин, страдающих легочным и урогенитальным туберкулезом: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 248 с.
7. Макаров О. В., Каюкова С. И., Стаханов В. А. Беременность и туберкулез // Рос. вестн. акушерства и гинекологии. – 2004. – № 1. – С. 23-26.
8. Радзисский В. Е. Акушерская агрессия. – М.: Медиабюро Статус презенса, 2011. – 688 с.
9. Сметник И. С. Возможности гормональной реабилитации женщин после аборта // Гедон Рихтер в СНГ. – 2002. – № 3 (11). – С. 43-46.
10. Шилова М. В. Туберкулез в России в 2010 г. – М., 2011. – 108 с.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

Зангиева Залина Алаибековна

НИИ фтизиопульмонологии

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова»,

научный сотрудник лаборатории урогенитального туберкулеза, врач-уролог лечебно-диагностического отделения.

127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4.

Тел.: 8 (495) 681-11-66.

E-mail: zangieva.z@mail.ru

Поступила 17.03.2014