

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

КУЛЬЧАВЕНЯ Е. В., АЛЕКСЕЕВА Т. В., ШЕВЧЕНКО С. Ю.

SPECIFICS OF SEX AND AGE PARAMETERS OF PULMONARY AND GENITAL TUBERCULOSIS PATIENTS

KULCHAVENYA E. V., ALEKSEEVA T. V., SHEVCHENKO S. YU.

ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

Многие болезни «предпочитают» определенный пол и возраст, что помогает врачу в дифференциальной диагностике. Так, затрудненное мочеиспускание у пожилого мужчины в первую очередь наведет на мысль о доброкачественной гиперплазии простаты, а у молодого – о нейрогенном мочевом пузыре, сфинктерно-детрузорной диссинергии. Учащенное болезненное мочеиспускание у молодой женщины с большой долей вероятности окажется проявлением цистита, а те же симптомы у молодого мужчины, скорее всего, свидетельствуют о простатите.

Материалы и методы. С целью определения структуры туберкулеза органов дыхания (ТОД) и мочеполовой системы в отношении пола и возраста изучили статистические отчеты субъектов Российской Федерации (Сибирский и Дальневосточный федеральные округа), входящих в соответствии с указанием Росздрава РФ от 07.10.2003 № 1214-У/85 «Об оказании организационно-методической помощи субъектам Российской Федерации по вопросам предупреждения туберкулеза» в зону курации ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России, в динамике с 2008 по 2013 г.

Результаты. Суммарно в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах ТОД в 2008 г. заболело 34 576 человек, в 2010 г. – 31 437 человек, в 2013 г. – 26 661 человек. Существенное изменение эпидемической ситуации (число заболевших за 5 лет сократилось на 22,9%) никак не сказалось на половозрастной структуре пациентов. В течение 6 лет сохраняется идентичная пропорция: преобладание мужчин в целом, пик заболеваемости приходится на молодой возраст. Типичная картина представлена на рис. 1.

Иная картина складывается в отношении больных урогенитальным туберкулезом (УГТ). Во-первых, вызывает сомнение правомочность использования в оценке эпидемической ситуации самого термина «урогенитальный туберкулез», который объединяет туберкулез женских половых органов (гинекологический) и туберкулез мочевых и мужских половых органов (урологический). Совершенно очевидно, что закономерно женская составляющая гинекологического туберкулеза должна быть рассмотрена отдельно.

В течение всего срока наблюдения отмечался устойчивый пик заболеваемости туберкулезом жен-

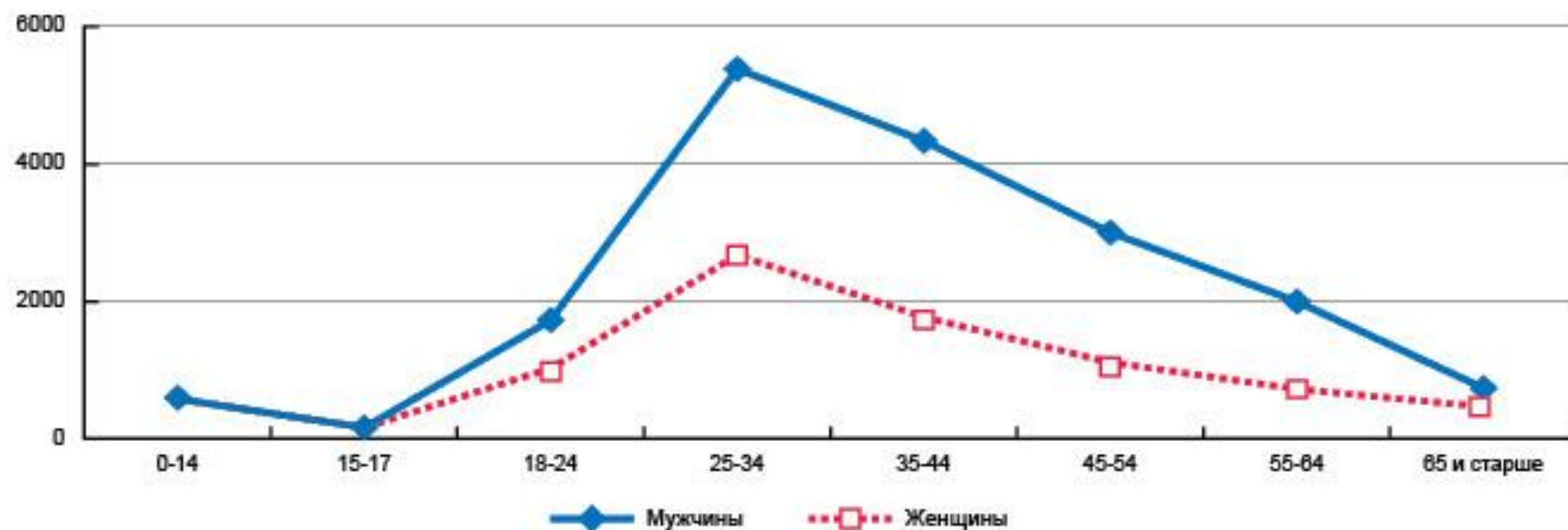


Рис. 1. Заболеваемость ТОД в зависимости от пола и возраста в 2013 г.

ских половых органов в 24-35 лет (как и при ТОД), что естественным образом связано с пиком репродуктивной активности в этом возрасте. Заболеваемость женщин туберкулезом половых органов в динамике представлена на рис. 2.

Стабильность половозрастной характеристики больных ТОД и женских половых органов свидетельствует о хорошей диагностике. В России функционирует развитая сеть женских консультаций, что делает специализированную помощь доступной широким слоям населения. Высокая настороженность в отношении онкологических заболеваний побуждает гинекологов выполнять женщинам с афункциональным кровотечением диагностическое выскабливание стенок полости матки, что позволяет в ряде случаев патоморфологически верифицировать туберкулез эндометрия, который проявляется теми же симптомами.

Что касается урологического туберкулеза (УТ), то здесь отмечается алогично дискретная ситуация. Несмотря на то что под УТ понимаем заболевание органов мочевой и мужской половой систем, среди больных УТ всегда преобладают лица женского пола. Это обусловлено онтофилогенетической связью органов мочевой и половой систем у женщин,

что проявляется изменениями уротелия мочепузырного треугольника, ассоциированными с менструальным циклом, нарушением пассажа мочи во время менструации и беременности. Уростаз, в свою очередь, способствует развитию мочевой инфекции.

В 2008 г. среди заболевших УТ преобладали девочки и женщины старшего возраста. В 2010 г. зарегистрированы синхронные по полу кривые с небольшим всплеском заболеваемости в возрасте 25-34 года и более существенным – в возрасте 55-64 года. В 2012 г. отмечен неожиданный рост заболеваемости среди мужчин в возрасте 25-34 лет, а в 2013 г. – аналогичная картина среди женщин (рис. 3 и 4). На рис. 3 и 4 видна половая синхронность в раннем и зрелом возрасте – однако среди молодых людей заболеваемость кардинальным образом различалась, что свидетельствует о значительных дефектах диагностики, ибо никаких предпосылок к такой перверсии не существует. Не может быть иного объяснения факта, что в одном году заболели исключительно молодые мужчины, а на следующий год – исключительно женщины, для туберкулеза характерна более постоянная избирательность.

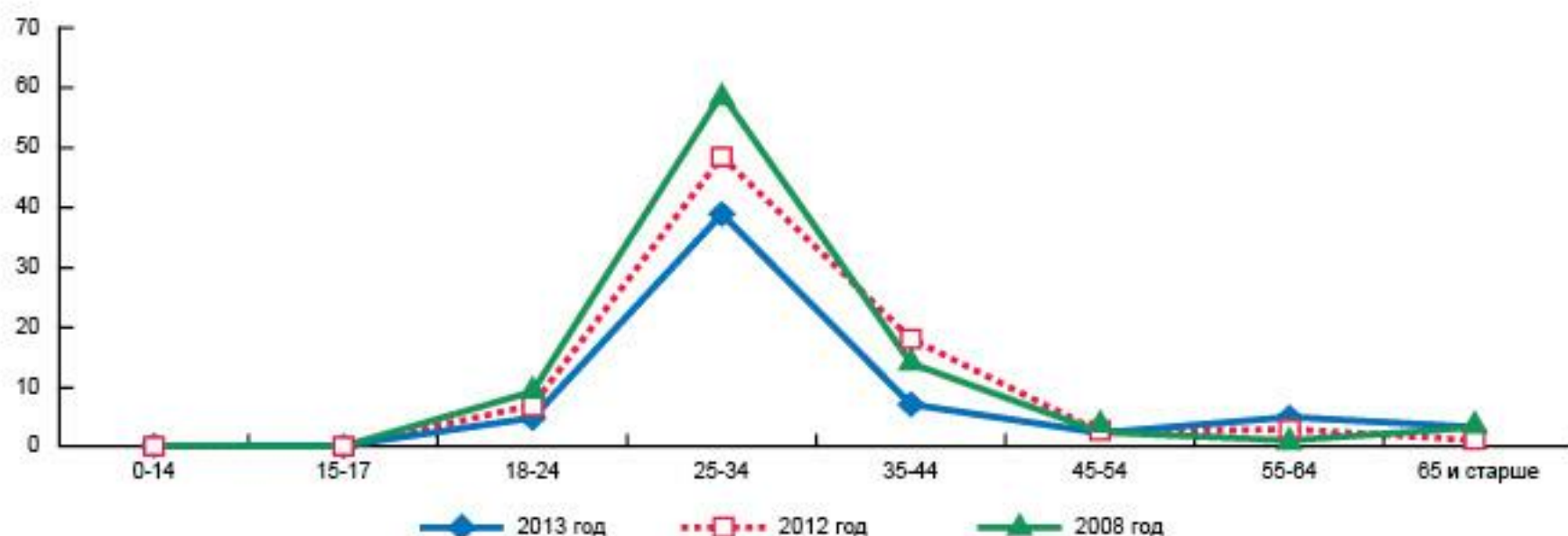


Рис. 2. Возрастная структура туберкулеза женских половых органов в динамике

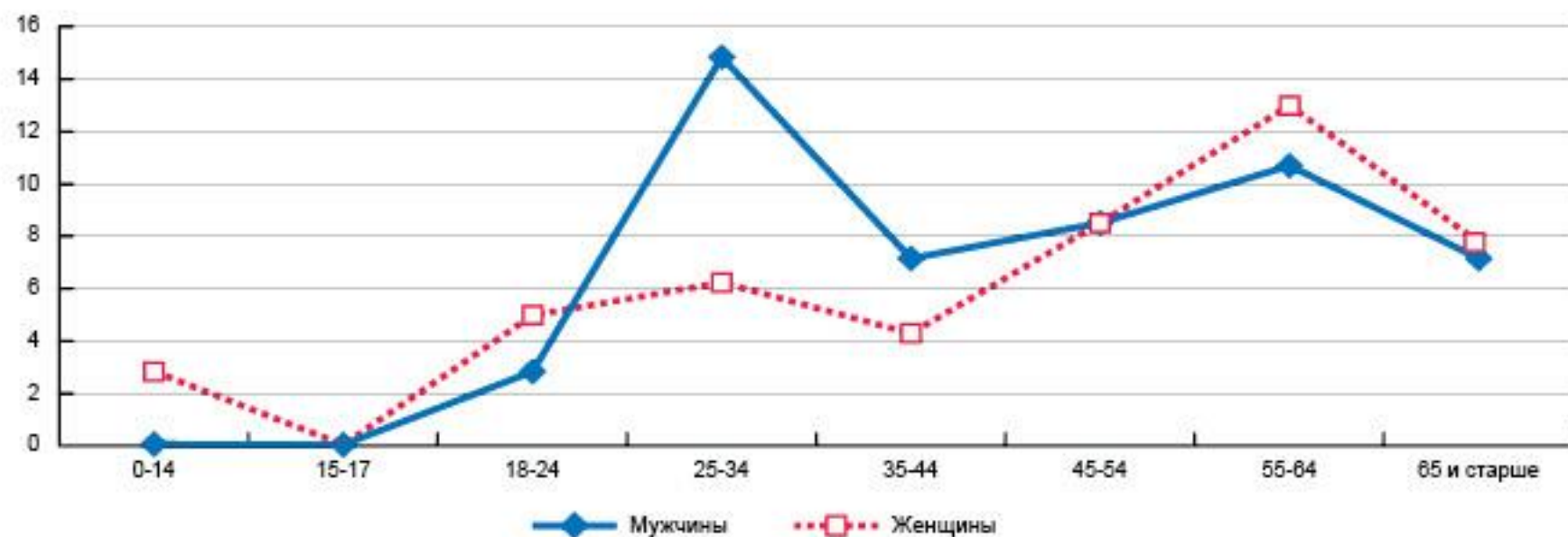


Рис. 3. Заболеваемость уротуберкулезом в зависимости от пола и возраста в 2012 г.

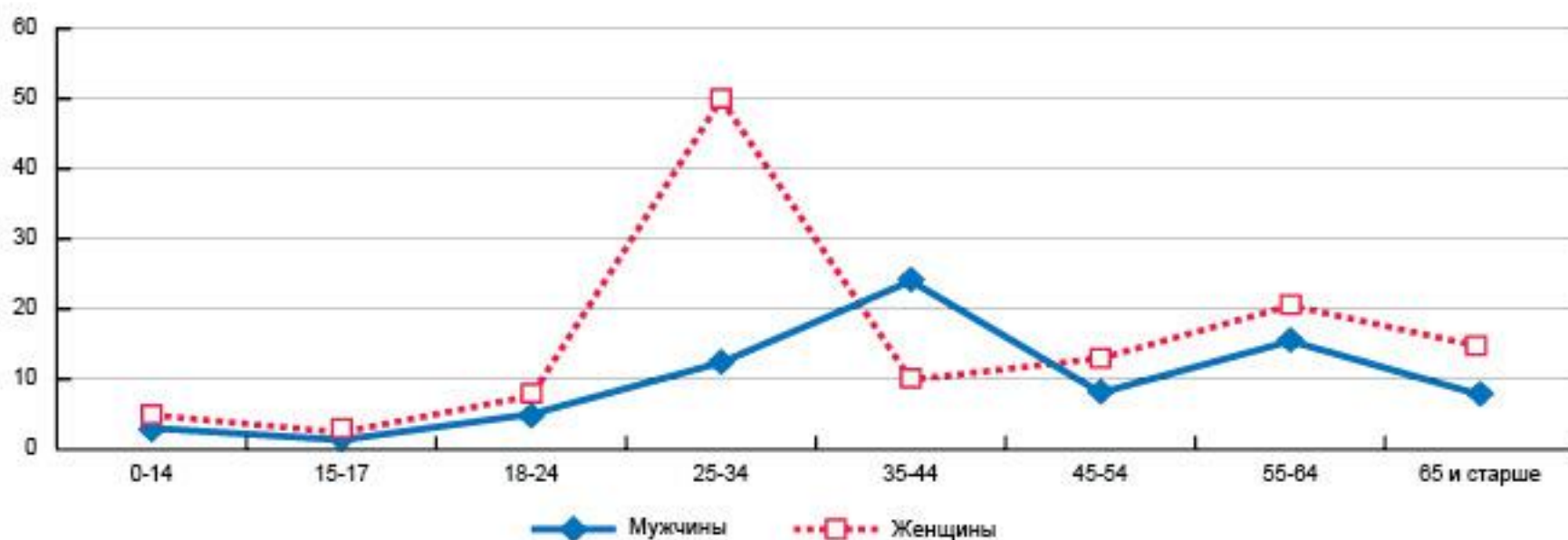


Рис. 4. Заболеваемость уротуберкулезом в зависимости от пола и возраста в 2013 г.

Рис. 4 демонстрирует еще один необъяснимый факт – некоторый всплеск заболеваемости мужчин в возрасте 35-44 года, чего никогда не наблюдалось в предшествующие годы. Таким образом, или УТ каждый год спорадически выбирает наиболее уязвимую группу населения, что не поддается логическому объяснению, или, что более вероятно, имеет место системная ошибка в организации диагностики УТ.

Заключение. Неритмичность эпидемических показателей УГТ свидетельствует о серьезных просчетах в выявлении заболевания. Система выявления больных ГОД хорошо отлажена и проверена временем – в отношении УГТ сталкиваемся с постоянным противодействием. Нет отлаженного механизма обязательного бактериологического обследования, постановки провокационных проб; множество руководств и стандартов по веде-

нию больных инфекциями мочеполовой системы не учитывают особенности нашего региона, ориентированы на эпидемически благополучные территории и не мотивируют врачей на своевременное выявление УТ.

Избежать диагностических ошибок помогут оптимизация эмпирической терапии урогенитальных инфекций, тщательный сбор эпидемического анамнеза, обращение особого внимания на больных урогенитальными инфекциями, перенесшими туберкулез или имевшими контакт с туберкулезной инфекцией, на лиц, страдающих устойчивым к стандартной терапии пиелонефритом, циститом, простатитом, на пациентов с упорной дизурией. Насторожить в отношении УТ должно наличие свища в поясничной области или в промежности, мошонке.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ QUANTIFERON-TB GOLD-ТЕСТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И САРКОИДОЗА

ЛАУШКИНА Ж. А.

USE OF QUANTIFERON-TB GOLD TEST WHEN PERFORMING DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PULMONARY TUBERCULOSIS AND SARCOIDOSIS

LAUSHKINA ZH. A.

ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

Туберкулез легких и саркоидоз – хронические гранулематозные заболевания, сходные по клинко-рентгенологическим, лабораторным и морфологическим проявлениям. Нередко диф-

ференциальный диагноз между ними представляет определенные трудности для клиницистов.

Цель: оценить возможность применения QuantiFERON-TB Gold-теста при проведении диф-