

Шамренко Ю. Г.

Научный руководитель: старший преподаватель *С. В. Гоняко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез (ТБ) в настоящее время является глобальной проблемой, индикатором социально-экономического состояния общества [1]. Известно, что ТБ чаще болеют мужчины, однако заболеваемость женщин также имеет большое значение в связи с тем, что болезнь женщины становится тяжелым грузом для семьи в связи с необходимостью длительной госпитализации и лечения, изоляции и невозможностью контактировать с детьми. В случае заболевания женщины после рождения ребенка ситуация становится особенно опасной в связи с высоким риском передачи инфекции младенцу [1–4].

По данным Всемирной организации здравоохранения ТБ является одной из основных инфекционных причин смерти среди женщин. Ежегодно от ТБ умирает около трех четвертей миллиона женщин, распространение ВИЧ-инфекции, с которой ТБ часто ассоциирован, усугубляет проблему [1].

Несмотря на снижение распространенности ТБ, Гомельская область остается самым эпидемически неблагополучным 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).

Известно, что во время беременности на фоне гормональной и иммунной перестройки женщины становятся более подверженным многим инфекционным заболеваниям. По данным литературы беременность и рождение ребенка могут явиться пусковым фактором развития у женщины активного ТБ [2, 3]. При этом имеются объективные трудности диагностики. Скрининговое рентгенологическое обследование (РО) женщин во время беременности не проводится, что связано с возможным негативным влиянием рентгеновского излучения на плод, поэтому активное раннее выявление ТБ становится невозможным. С другой стороны проявления ТБ при беременности могут иметь стёртый характер и маскироваться симптомами токсикоза беременности, такие признаки заболеваемости как повышенная утомляемость, слабость при беременности могут ошибочно расцениваться как естественные [2, 3, 4].

Таким образом, изучение особенностей ТБ у женщин, заболевших после беременности и родов, имеет важное научное и практическое значение.

Цель

Изучить особенности клинические особенности ТБ легких у женщин, заболевших после беременности и родов.

Материал и методы исследования

Мы проанализировали 50 случаев впервые выявленного ТБ легких у женщин, развитию заболевания у которых предшествовали беременность и рождение ребенка — это все случаи заболевания, выявленные в 2013–2016 гг. Критерием отбора служили указания в анамнестических данных женщины о беременности и родах в течение 2 лет, предшествовавших выявлению ТБ. Мы использовали в исследовании регистрационные формы 089-1/у «Извещение о впервые в жизни установленном диагнозе туберкулеза», а также медицинские карты стационарных пациентов, находившихся на лечении в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице.

Мы определили долю женщин, заболевших после беременности и родов, от числа пациентов в возрасте 18–45 лет (наиболее активный репродуктивный возраст), долю пациентов с ВИЧ-ТБ в исследуемой группе, изучили факторы риска развития активного ТБ, методы выявления заболевания и верификации диагноза, а также некоторые клинические данные: клинико-рентгенологическую форму ТБ легких, данные о бактериовыделении и первичной ле-

карственной устойчивости микобактерии туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС) по результатам различных методов исследования.

Сбор информации производился методом составления анкет и электронной таблицы с последующей статистической обработкой данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины, заболевшие ТБ после беременности и родов (50 пациенток), составили 9 % от числа заболевших женщин в возрасте 18–45 лет (наиболее активный репродуктивный возраст). ВИЧ-негативный статус был определен у 90 % пациенток, ВИЧ-позитивный — у 10 %. Минимальный и максимальный возраст пациенток составил 19 и 39 лет соответственно, средний возраст — 29,5 лет. Доли проживающих в городской и в сельской местности составили по 50 %.

У 30 % пациентов имелись факторы риска, способствующие развитию активного ТБ, то есть они относились к угрожаемому контингенту. По принадлежности к угрожаемому контингенту распределение оказалось следующим (таблица 1):

Таблица 1 — Принадлежность пациенток, заболевших ТБ к угрожаемому контингенту

Факторы риска	Абс., n	Доля, %
ВИЧ-инфицированные	5	10
Контакт с больным в быту	2	4
Больные с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта	1	2
Больные с хронической обструктивной болезнью легких	1	2
Перенесшие экссудативный плеврит	1	2
Сахарный диабет	1	2
Хронический алкоголизм, наркомания и бытовое пьянство	1	2
Рентген-положительные лица	3	6
Всего	15	30

Следует особенно отметить, что 24 % пациенток до выявления ТБ не обследовались рентгенологически более 2 лет, что увеличивает вероятность несвоевременного и позднего выявления заболевания.

В клинико-рентгенологической структуре заболевания преобладал инфильтративный туберкулез, доля составила 66 %. Данные представлены на диаграмме (рисунок 1).

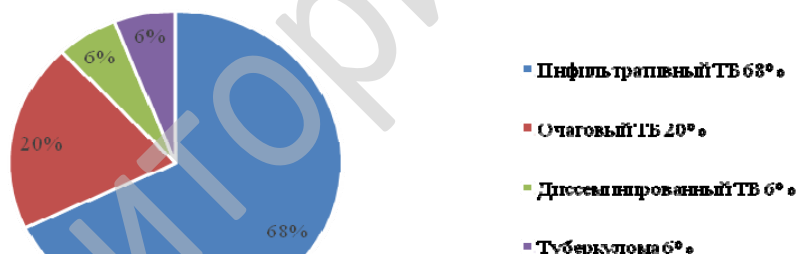


Рисунок 1 — Клинико-рентгенологическая структура ТБ легких у женщин, заболевших после беременности и родов

У большинства пациенток ТБ был выявлен при скрининговом РО, их доля составила 80 %, у 20 % заболевание было выявлено при обращении за медицинской помощью с жалобами интоксикационного и респираторного характера.

Бактериовыделение было обнаружено у 64 % пациенток. Данные о методах обнаружения МБТ и верификации диагноза представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Методы обнаружения МБТ и верификации ТБ легких

Способ верификации диагноза	Абс., n	Доля, %
Диагноз установлен только по данным РО	14	28
Диагноз подтвержден микробиологическими методами, в том числе:	32	64*
Методом бактериоскопии	10	20*
Методом посева	33	66*
Методом ПЦР, в т.ч.:	16	32*
— Gene Xpert	11	22*
— Hain test	5	10*
Диагноз подтвержден гистологическим исследованием	4	8

* Доля рассчитана от числа случаев с бактериовыделением.

Таким образом, диагноз был подтвержден обнаружением МБТ или гистологическим исследованием у 72 % пациенток. Из числа бактериовыделителей у каждой пятой пациентки массивность бактериовыделения позволяла обнаружить МБТ методом бактериоскопии мазка мокроты, окрашенного по Цилю-Нильсену — такие пациенты являются высоко контагиозными, это имеет важное эпидемическое значение.

У 22 пациенток, что составило 68 % от числа бактериовыделителей, была определена первичная лекарственная устойчивость МБТ к ПТЛС, что составило 69 %. Следует отметить, что у всех пациентов определялась поливалентная лекарственная устойчивость (без учета рифампицин-устойчивых случаев по данным GeneXpert, у которых устойчивость к другим ПТЛС была установлена методом посева и (или) Hain test) — как минимум мультирезистентность к изониазиду и рифампицину. Данные о первичной лекарственной устойчивости МБТ, определенной у пациенток исследуемой группы различными методами, представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Первичная лекарственная устойчивость МБТ у женщин, заболевших ТБ легких после беременности и родов

Лекарственная устойчивость	Абс., n	Доля*, %
Монорезистентность (кроме устойчивости к рифампицину по данным GeneXpert)	0	0
Рифампицин-устойчивый ТБ (по данным GeneXpert)	2**	6
Мультирезистентность (по данным посева и Hein test), в том числе:	17	53%
Изониазид + рифампицин	4	12%
Изониазид + рифампицин + другие ПТЛС	13	41%
<u>Пре-ШЛУ</u>	2	6%
Изониазид + рифампицин + амикацин/канамицин/капреомицин	1	3%
Изониазид + рифампицин + респираторный фторхинолон	1	3%
<u>ШЛУ</u>	3	9%
Всего	22	68%

* — От числа бактериовыделителей; ** — у пациенток, у которых была определена лекарственная устойчивость МБТ к рифампицину методом GeneXpert, была также определена поливалентная лекарственная устойчивость методом посева и (или) Hain test.

Распространение мультирезистентного ТБ является острой проблемой в Республике Беларусь и особенно в Гомельской области, за исследуемый период его доля ежегодно увеличивалась и в 2016 г. составила около 40 %. Таким образом, в исследуемой группе показатель оказался выше, чем областной показатель.

Выводы

1. Доля женщин, заболевших ТБ после беременности и родов, составила 9 % от числа женщин 18–45 лет с впервые выявленным ТБ.
2. ТБ был ассоциирован с ВИЧ-инфекцией у 10 % пациенток, еще у 20 % имелись другие факторы риска, таким образом, большая часть пациенток (70 %) не относились к угрожаемому контингенту.
3. У 80 % пациенток ТБ был выявлен при скрининговом РО.
4. У 24 % женщин предыдущее скрининговое РО проводилось более 2 лет назад — это имеет большое значение, так как скрининг позволяет выявить ТБ на ранних стадиях.
5. В клинической структуре заболевания преобладали инфильтративный и очаговый ТБ.
6. Бактериовыделение было обнаружено у 64% пациенток, причем у каждой пятой из них — методом микроскопии, такие пациенты имеют наибольшую контагиозность.
7. Первичная множественная лекарственная устойчивость определена у 68 % пациенток, это выше, чем областной показатель в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туберкулез и гендер. [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. — Режим доступа: http://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/ru/. — Дата доступа: 30.09.2017.
2. 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: 30.09.2017.
3. 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.
4. Туберкулез легких у женщин репродуктивного возраста / К. С. Игембаева [и др.] // Наука и здравоохранение. — 2014. — № 3. — С. 74–75.