

17. Соколовский Е.В., Красносельских Т.В., Тельнюк И.В., Манашева Е.Б. Дистанционное обучение как средство реализации информационно-коммуникационных технологий в системе непрерывного медицинского образования. Кремлевская медицина. Клинический вестник. №1, 2018 с.145-150
18. Толмачев Д.А. Проблема организации дистанционных образовательных технологий и электронного обучения в системе непрерывного профессионального образования врачей функциональной диагностики. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017 г., № 4 с.216-217
19. Чеснокова И.В. применение дистанционных технологий обучения в системе непрерывного медицинского образования
20. Шадриков В.Д. Информационные технологии в образовании. Информационные технологии и дистанционное обучение
21. Шарова Е.И., Шахутова З.З., Хамукова Б.Х. использование возможностей дистанционных технологий при обучении лиц с овз и инвалидностью в высшем образовании. VIII. The practice of implementation. Of distance learning: realities and prospects. с 59-62
22. Узакова О.Ж., Алексеев В.П., Комаров Г.А. Медицинское образование с использованием дистанционных технологий. Медицина Кыргызстана №3, август- сентябрь 2017. Последипломное образование.
23. Усманов С.Р. внедрение дистанционных образовательных технологий для обеспечения нового качества образования
24. Худа Лафта Маджет Особенности информационных технологий, применяемых в дистанционном образовании. Перспективы науки №7 (82). 2016 с.85-89.

Адрес для переписки: tulkova@urniif.ru

СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

УДК 616-053.2

Р.А. Ушакова¹, О.П. Ковтун¹, Я.Б. Бейкин²

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация;

²Клинико-диагностический центр, г. Екатеринбург, Российская Федерация.

В клинических исследованиях 2009-2014 гг. наблюдали 314 детей от одного до 36 месяцев жизни, имеющих перинатальный контакт с матерями-носителями TORCH-инфекций. В группе контроля обследовали 81 (25,8%) ребенка, не реализовавших инфицирование. Группу сравнения составили 233 больных гепатитами, из них 51 (16,2%) имели врожденный гепатит В или С, маркеры герпесвирусных инфекций обнаружили у 158 (50,3%) младенцев, 9 (2,9%) детей дебютировали гепатитом на фоне микоплазмоза, у 15 (4,8%) пациентов отмечали криптогенный гепатит. Стратегия на раннее выявление инфекционных факторов риска, полноценная программа обследования позволяют своевременно назначать адекватную этиотропную терапию и прогнозировать благоприятные исходы.

Ключевые слова: дети, врожденный гепатит, вирусный гепатит, TORCH-инфекции, цирроз печени.

Актуальность

За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в изучении этиологии, клинико-лабораторной оценке тяжести поражений гепатобилиарной системы (ГБС) и формировании исходов у детей первого года жизни. Поражение печени возникает как при внутриутробном, так и постнатальном инфицировании [7, 8, 11, 23, 24, 25]. Доля инфекционных факторов, принимающих участие в формировании гепатитов у детей, достигает 45,1% [12, 20]. Внедрение в медицинскую практику современных и общедоступных серологических, молекулярно-биологических методов обследования позволяет расширить горизонты этиологической расшифровки гепатитов у детей [2, 3, 4, 9, 13]. Известен широкий спектр возбудителей, формирующих патологию ГБС у детей первого года, а наряду с вирусами гепатитов В, С, D, G, ТТV историческую нишу занимают представители семейства вирусов герпе-

са, микоплазмоза, хламидиоза, парвовирус В19 и пр. [6, 10, 14, 16, 17]. Вероятность возникновения клинической ситуации становится высокой в том случае, если у новорожденного ребенка желтуха длится более трёх недель и протекает по сценарию неонатального холестаза либо неонатального гепатита [1, 5, 15, 18, 19, 21, 22].

Цель исследования

Определить прогностические анамнестические и клинико-лабораторные критерии формирования гепатитов у детей первого года, инфицированных при перинатальном контакте, и предложить современный алгоритм обследования.

Материалы и методы

Когортные клинические исследования проводили на базе МАУ «Детская городская клиническая больница № 9» г. Екатеринбурга (главный врач, к.м.н. Карлов А.А.), которые включали осмотр и катamnестическое наблюдение детей в возрасте от одного до 36 месяцев жизни, мониторинг клинико-лабораторных синдромов и протоколов лечения.

Критериями включения были дети первого года жизни, имеющие перинатальный контакт с матерями-носителями вирусов гепатита В и С, цитомегаловируса, герпеса 1, 2, 6 типа и Эпштейна-Барр, токсоплазмоза, уреоплазмоза, микоплазмоза, хламидиоза. Критериями исключения стали новорожденные и дети первого года жизни, имеющие в анамнезе сепсис и/или малые гнойные инфекции, гемолитическую болезнь новорожденных, билиарную атрезия, фетальный алкогольный синдром, инфекцию мочевой системы, стеноз привратника, кишечную непроходимость, врожденный сифилис, ВИЧ-инфекцию, наследственно-генетические заболевания. В клинические исследования не взяли недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой

массой тела (ОНМТ и ЭНМТ) и детей, получивших полное парентеральное питание.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 6,0. С помощью критериев Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова определяли распределение переменных по признаку нормальности. Применяли методы описательной статистики с вычислением медианы (Me), межквартильного интервала (МКИ), среднего арифметического (M), стандартного отклонения (σ), ошибки среднего (m) и 95% доверительного интервала (95%ДИ). Сравнительный анализ качественных и количественных признаков в двух независимых группах проводили с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) с поправкой Йейтса и двухвыборочного t-критерия соответственно, в случае ненормального распределения применяли непараметрический критерий Манна-Уитни (U). Для оценки корреляционных связей вычисляли коэффициент корреляции Пирсона (r). Проверка гипотезы в исследовании проходила через определение нулевой и альтернативной гипотез, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Проведён анализ историй развития 314 детей первого года жизни из группы риска перинатального инфицирования (рис. 1).



Рис. 1. Дизайн исследования. Схема формирования групп

В контрольной группе (группа 1) наблюдали 81 (25,8%) ребёнка, у которых перинатальный контакт с возбудителями TORCH-инфекций не был реализован. У 233 детей (основная группа) ante-, intra- либо постнатальное инфицирование сопровождалось формированием ведущей патологии гепатобилиарной системы — гепатита. В основной группе, неоднородной по этиологическим факторам, 51 (16,2%) пациент заболел вирусным гепатитом В (ВГВ) или С (ВГС) — группа 2, 158 (50,3%) детей страдали герпесвирусными гепатитами (ГГ) — группа 3, у 9 (2,9%) детей группы 4 наблюдали редкие случаи гепатита на фоне микоплазмоза и 15 (4,8%) больных имели криптогенный гепатит (КГ) — группа 0, когда этиологию болезни не удалось установить.

У пациентов группы 2 выявили вирус гепатита В (HBV) в 8 (15,7%) случаях, вирус С (HCV) — 43 (84,3%) (рис. 2, 3). Маркёры репликации цитомегаловируса (CMV) идентифицировали у 141 (89,2%) ребёнка группы 3, герпеса 6-го типа (HHV-6) — 11 (7,0%), вируса Эпштейн-Барр (EBV) — 4 (2,5%), у 2 (1,3%) детей был герпес 2-го

типа (HSV-2) (рис. 4). Возбудителей микоплазмоза обнаружили у 9 (3,9%) больных гепатитами, из них восемь имели маркёры *Ur. urealyticum*.

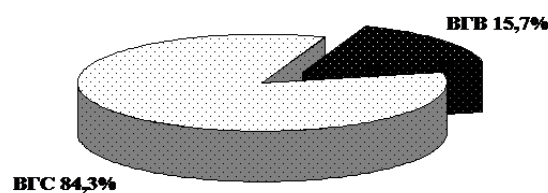


Рис. 2. Этиологическая структура вирусных гепатитов

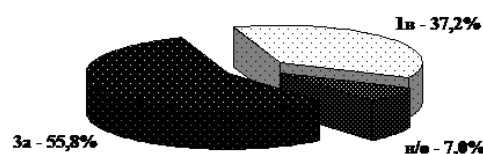


Рис. 3. Частота обнаружения генотипов вируса гепатита С

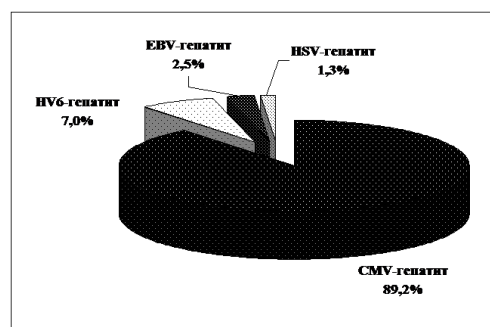


Рис. 4. Этиологическая структура герпесвирусных гепатитов

В 88,5% случаев дети родились доношенными. Недоношенность 1 и 2 степени отмечали у 36 (11,5%) новорождённых, которых наблюдали с одинаковой частотой как в группе контроля, так и в группе больных гепатитами ($p > 0,05$), (табл. 1).

Таблица

Распределение детей в группах по степени недоношенности

Группы	Группа контроля	Основная группа			Всего
		Группа 2	Группа 3	Группа 0	
Недоношенность	Группа 1				абс.
1 степени (ГВ 35-37 нед.)	4	2	13	2	21
2 степени (ГВ 32-34 нед.)	1	1	11	2	15
Всего (абс.)	5	3	24	4	36

Акушерский анамнез сопровождался следующими нарушениями: у матерей из групп 3 и 4 чаще диагностировали патологическую прибавку в массе (ППМ) и отёки в третьем триместре беременности, острые респираторные заболевания (ОРЗ), гестационный нефрит ($p < 0,020$). У женщин групп 3 и 2 отмечали угрозу прерывания

вания беременности, признаки хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), гипоксию плода ($p < 0,042$). У будущих матерей всех групп были выявлены заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), однако в группе 4 микоплазмоз и уреоплазмоз диагностированы в 77,8% случаев по сравнению с группами 1, 2, 3, 0 (соответственно 21,0%; 21,6%; 24,7%; 13,3%, где $p < 0,0001$). Безводный период был продолжительным у женщин групп 2, 3 и 4 в сравнении с контрольной группой ($p < 0,020$). Вакцинацию против гепатита В провели в роддоме более чем у 86,4% новорождённых, однако иммунизация была низкой у детей группы 3 и составила всего 66,5% ($p < 0,0001$). У матерей группы 0 во время беременности чаще регистрировали случаи гестационного нефрита и гипоксию плода в сравнении с группами 1 и 2 ($p < 0,004$).

Затяжная желтуха более 30,0 дней стала предиктором поражения ГБС у младенцев групп 3, 4, 0 ($p < 0,014$). При ВГВ и ВГС регистрировали случаи атипичного дебюта заболевания. Повышение уровня трансаминаз при ГГ происходило до трёх месяцев жизни ребёнка, при ВГВ — в возрасте 3,0-3,5 мес. и ВГС — 4,5-6,5 мес. ($p < 0,0001$). При герпес-гепатитах показатели АсАТ преобладали над уровнем АлАТ, при вирусных гепатитах В и С уровень АлАТ был достоверно выше значения АсАТ. При всём этиологическом многообразии гепатитов, цитолиз и желтуху наблюдали на фоне гепатолиенального синдрома, но увеличение размеров селезёнки достоверно чаще регистрировали при ГГ. Синдром холестаза, в том числе ахолию, высокий уровень щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) достоверно часто определяли при герпес-гепатитах ($p < 0,004$).

У пациентов с ГГ и КГ чаще наблюдали признаки поражения ЦНС: ПП ЦНС гипоксически-ишемического генеза, гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС), пирамидную недостаточность, миотонический синдром, синдром вегето-висцеральных дисфункций (СВВД), синдром двигательных нарушений (СДН), судорожный синдром ($p < 0,020$). При герпесвирусных инфекциях отмечали признаки морфо-функциональной незрелости (МФН), нейтро- и тромбоцитопению, гипогаммаглобулинемию, выявили маркёры соединительнотканной дисплазии, как ДХЛЖ, ФОО, грыжи ($p < 0,028$). При врождённой ЦМВИ наблюдали формирование тугоухости и ангиопатии сетчатки у 5,0% детей. Задержку психоречевого развития и резидуальную церебральную недостаточность регистрировали соответственно в 7,7 и 25,0% случаев герпесвирусных инфекций ($p < 0,040$).

У больных групп 3 и 4 отмечали лимфадению ($p < 0,010$). Атопический дерматит и конъюнктивит наблюдали достоверно чаще у пациентов группы 4 ($p < 0,042$). Нормохромная анемия 1-2 степени была диагностирована в группах 3, 4, 0 ($p < 0,008$). Гипотрофию 1 степени отмечали при ВГ, ГГ и КГ ($p < 0,05$).

У 11 больных ВГС выявили ассоциации с возбудителями герпесвирусных инфекций: маркёры репликации CMV были обнаружены у 5 детей, EBV — 4, HHV6 — 2. В дальнейшем в группе комбинированных по этиологическому признаку гепатитов (микст-ВГС) отмечали рецидивы заболевания в 90,9% случаев, в том числе у четырёх детей в результате суперинфицирования ви-

русами EBV и HHV 6-го типа. Характерной особенностью микст-ВГС стала высокая активность трансаминаз как в дебюте заболевания, так и в процессе проведения противовирусной терапии (ПВТ): показатель АсАТ в 4,0-4,5, АлАТ в 6,7-7,2 раза превышал контрольные значения, соответственно при моно-ВГС в 2,3-2,5 и 2,9-3,1 раза.

Отличительные особенности обнаружили при гепатитах EBV-этиологии. Дети родились недоношенными в гестационном возрасте 32-34 недели с СЗВУР плода, имели достоверно высокий уровень общего билирубина и трансаминаз по сравнению с гепатитами CMV-, HHV6-, HSV-этиологии, ахолию, внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК).

В период с 2005 по 2014 гг. у младенцев основной группы произошли неблагоприятные исходы гепатитов в цирроз печени (ЦП) и летальные случаи, обусловленные печеночной недостаточностью: при CMV- и EBV-гепатитах — 7 (3,0%), КГ — 1 (0,4%). Двум детям с циррозом печени на фоне ЦМВИ была проведена трансплантация печени в ФГУ «НИИ трансплантологии и искусственных органов Росмедтехнологий» им. В.И. Шумакова.

Резюмируя вышеизложенные факты, можно обнаружить совокупность отличительных признаков, позволяющих охарактеризовать гепатиты у детей первого года жизни, инфицированных при перинатальном контакте. Этиологический фактор определил вариативность анамнестических и клинико-лабораторных данных. Так, у женщин из группы вирусных гепатитов отмечали угрозу прерывания беременности и длительный безводный период. Врождённый гепатит В или С у детей дебютировал атипично в возрасте 3,5-6,5 месяцев синдромом цитолиза и мезенхимального воспаления.

У матерей группы герпесвирусных гепатитов наблюдали признаки ХФПН и угрозу прерывания беременности, избыточную прибавку в весе и отёки нижних конечностей, они чаще болели ОРЗ, отмечалась гипоксия плода. По этиологическому фактору герпес-гепатиты распределились следующим образом: 89,2% — цитомегаловирус, 7,0% — герпес 6-го типа, 2,5% — Эпштейн-Барр вирус, 1,3% — вирус простого герпеса 2-го типа. Гепатиты дебютировали синдромом цитолиза в возрасте 1,8-2,5 мес., а затяжная желтуха и гепатолиенальный синдром сопровождали течение болезни. Синдром холестаза диагностировали у каждого четвертого больного в виде ахолии, повышения уровня ЩФ и ГГТП. Наблюдали нормохромную анемию, лимфадению. Симптомы ПП ЦНС отмечали у 89,9% детей, при этом часто были проявления миотонического синдрома, пирамидной недостаточности, ГГС и СВВД. У 6,9% больных произошла ранняя трансформация гепатита в цирроз печени, а 3,4% детей погибли от печеночной недостаточности. При врождённой ЭБВ-инфекции наблюдали недоношенность детей с СЗВУР, признаками МФН и внутрижелудочковыми кровоизлияниями, отмечали ранний дебют холестатического гепатита и выраженный синдром цитолиза.

Матери детей группы 4, у которых достоверно чаще диагностировали ЗППП, болели часто ОРЗ во время беременности, имели избыточную прибавку в весе и у каждой третьей выявлен гестационный нефрит. Во время текущей беременности у 75% женщин произошла реактивация

микоплазмоза либо уреоплазмоза. Гепатит у новорожденных дебютировал тяжелой желтухой, гепатолиенальным синдромом, отмечали умеренную активность трансаминаз. У младенцев выявляли гнойный конъюнктивит либо дакриоцистит, лимфадению, анемию 1-й степени.

У беременных группы 0 наблюдали гестационный нефрит и гипоксию плода. Криптогенный гепатит манифестировал рано в виде холестатической желтухи у 84,6% новорождённых. На фоне нарастающего гепато-лиенального синдрома развивалась ахолия, определялись достоверно высокие показатели ЩФ и ГГТП, отмечали гиперферментемию, тяжелую анемию и ГЭР 2-3 степени.

Заключение

Этиология гепатитов у детей первого года жизни характеризуется многообразием. Следует понимать, что перинатальный контакт младенцев с матерями-носителями TORCH-ассоциированных инфекций может быть реализован и проявиться в том числе патологией гепато-билиарной системы. Результаты собственных клинических наблюдений демонстрируют варианты дебюта и особенности течения гепатитов при разных нозологических формах, а детализация маркёров репликации возбудителей должна осуществляться на ранних этапах проведения диагностического марафона, поскольку такая тактика ориентирует врача-педиатра на дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия (рис. 5).

Литература

1. Дегтярева, А. В. Дифференциальная диагностика и принципы этиопатогенетического лечения заболеваний печени и желчных путей у новорождённых и детей раннего возраста : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09 / А. В. Дегтярева. – Москва, 2008. – 43 с.
2. Диагностика герпесвирусной инфекции у детей раннего возраста / Т. В. Половцева, Н. В. Каражас, М. Ю. Калугина [и др.] // Детские инфекции. – 2012. – Т. 11, № 2. – С. 51-53.
3. Диагностика и прогнозирование некоторых врождённых инфекций в системе беременная–плод–ребёнок первого года жизни / В. В. Васильев, Н. В. Скрипченко, Е. С. Романова [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – № 2. – С. 92-98.
4. Использование молекулярно-генетических технологий, основанных на полимеразной цепной реакции, в диагностике инфекционных заболеваний у новорождённых / Н. Н. Володин, Л. А. Дегтярева, Л. И. Кафарская [и др.] // Вопросы практической педиатрии. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 39-46.
5. Кешишян, Е. С. Алгоритм ведения тяжелой желтухи у детей первых месяцев жизни / Е. С. Кешишян // Доктор. Ру. – 2010. – № 1. – С. 34-37.
6. Никольский, М. А. Клинические варианты первичной инфекции, вызванной вирусами герпеса человека 6-го и 7-го типов, у детей раннего возраста / М. А. Никольский // Педиатрия. – 2008. – Т. 87, № 4. – С. 52-55.
7. Новые возможности диагностики и перспективы лечения поражений печени у детей / Ю. В. Лобзин, Л. Г. Горячева, Н. В. Рогозина [и др.] // Журнал инфектологии. – 2010. – Т. 2, № 2. – С. 6-13.
8. Перинатальный гепатит С: комплексная оценка факторов риска / Л. Б. Кистенёва, С. Г. Чешик, Е. И. Самохвалов [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – № 2. – С. 58-64.
9. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорождённых детей / ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва, 2002. – 104 с.
10. Хмилевская, С. А. Особенности функционального состояния печени при различных вариантах Эпштейна-Барр вирусной инфекции у детей / С. А. Хмилевская, И. А. Зайцева, Е. В. Михайлова // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 8, № 2. – С. 30-35.
11. Цинзерлинг, В. А. Внутриутробные инфекции: современный взгляд на проблему / В. А. Цинзерлинг // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 13-18.
12. Чуелов, С. Б. Циррозы печени инфекционной природы у детей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.08 / С. Б. Чуелов. – Москва, 2009. – 38 с.
13. Clinical importance of cytomegalovirus antigenemia for intrauterine cytomegalovirus infection / M. Kaneko, H. Sameshima, T. Ikenoue T [et al.] // Pediatr. Int. – 2009. – Vol. 51, Iss. 1. – P. 1-4.
14. Chronic hepatitis B virus infection in children and adolescents in Japan / H. Komatsu, A. Inui, T. Sogo [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2015. – Vol. 60, Iss. 1. – P. 99-104.
15. Congenital cytomegalovirus mortality in the United States, 1990-2006 / B.N. Bristow, K.A. O'Keefe, S.C. Shafir [et al.] // PLoS Negl. Trop. Dis. – 2011. – Vol. 5, Iss. 4. – P. 1140.
16. Epstein-Barr virus hepatitis associated with icterus - a case report / P. Canovic, O. Gajovic, Z. Todorovic, Z. Mijailovic // Med. Pregl. – 2006. – Vol. 59, Iss. 3-4. – P. 179-182.
17. Gallegos-Orozco, J.F. Hepatitis viruses: not always what it seems to be / J.F. Gallegos-Orozco, J. Rakela-Brödner // Rev. Med. Chil. – 2010. – Vol. 138, Iss. 10. – P. 1302-1311.
18. Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition / V. Moyer, D.K. Freese, P.F. Whittington [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. and Nutr. – 2004. – Vol. 39, Iss. 2. – P. 115-128.

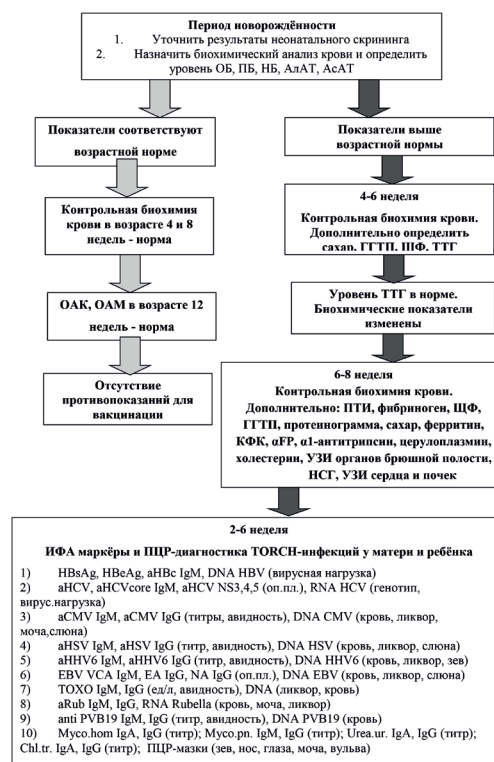


Рис. 5. Алгоритм диагностики гепатитов у детей первого года, рождённых в группе риска перинатального инфицирования

19. Human cytomegalovirus infection in infants with prolonged neonatal jaundice / D. Goedhals, J. Kriel, M.L. Hertzog [et al.] // J.Clin. Virol. – 2008. – Vol. 43, Iss. 2. – P. 216-218.
20. Karim, B. Cholestatic jaundice during infancy: experience at a tertiary-care center in Bangladesh / B. Karim, M. Kamal // Indian J. Gastroenterology. – 2005. – Vol. 24. – P. 52-54.
21. Robinson, D. T. Parenteral nutrition-associated cholestasis in small for gestational age infants / D. T. Robinson, R. A. Ehrenkranz // J. Pediatr. – 2008. – Vol. 152, Iss. 1. – P. 59-62.
22. Role of some viral infections in neonatal cholestasis / O. T. Amer, H. A. Abd El-Rahma, L.M. Sherief [et al.] // Egypt. J.Immunol. – 2004. – Vol. 11, Iss. 2. – P. 149-155.
23. Vertical transmission of hepatitis C virus: systematic review and meta-analysis / L. Benova, Y.A. Mohamoud, C. Calvert [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2014. – Vol. 59, Iss. 6. – P. 765-773.
24. Xiao, S.-Y. Fibrosing Cholestatic Hepatitis: Clinicopathologic Spectrum, Diagnosis and Pathogenesis / S.-Y. Xiao, L. Lu, H L. Wang // J. Clin. Exp. Pathol. – 2008. – Vol. 1, Iss. 5. – P. 396-402.
25. Yang, S.L. Clinical characteristics of primary Epstein Barr virus hepatitis with elevation of alkaline phosphatase and γ -glutamyltransferase in children / S. I. Yang, J. H. Geong, J. Y. Kim // Yonsei. Med. J. – 2014. – Vol. 55, Iss. 1. – P. 107-112.

.....

К ВОПРОСУ О ГРУППАХ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

УДК 618.31.07.-616-002.5

**Д.В. Хлопотова, Е.В. Сабадаш, Н.Н. Степанов, Б.И. Новиков,
М.А. Черненко, А.А. Шмакова**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация;
Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии — филиал НМИЦ ФПИ, г.
Екатеринбург, Российская Федерация.*

Выявление потенциальных факторов риска развития внематочной беременности стало предметом интенсивного обсуждения. В исследовании изучена частота и предрасполагающие факторы внематочной беременности у пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации. Установлено, что у пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации гинекологическая патология встречается в 67 и 70% случаев соответственно. Внематочная беременность у пациенток со спондилитом туберкулезной этиологии наблюдалась в 19% случаев, с легочным туберкулезом — в 5% случаев, что существенно выше, чем среди женщин фертильного возраста, не болеющих туберкулезом. Пациентки со специфическим спондилитом должны быть включены в группу высокого риска внематочной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность, туберкулез легочной и внелегочной локализации.

TO THE QUESTION OF RISK GROUPS OF ECTOPIC PREGNANCY IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

**D.V. Khlopotova, E.V. Sabadash, N.N. Stepanov,
B.I. Novikov, M.A. Chernenko, A.A. Shmakova**

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation;
Ural Research Institute of Phthisiopulmonology — a branch of the Scientific Research Center for FPI,
Yekaterinburg, Russian Federation.*

The identification of potential risk factors for ectopic pregnancy has been the subject of intense discussion. The study examined the frequency and predisposing factors of ectopic pregnancy in patients with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. It was found that in patients with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis, gynecological pathology occurs in 67 and 70% of cases, respectively. Ectopic pregnancy in patients with spondylitis of tuberculous etiology was observed in 19% of cases, with pulmonary tuberculosis in 5% of cases, which is significantly higher than among women of childbearing age who do not have tuberculosis. Patients with specific spondylitis should be included in the high-risk group for ectopic pregnancy.

Keywords: ectopic pregnancy, pulmonary and extrapulmonary tuberculosis.

Введение

На сегодняшний день выявление потенциальных факторов риска развития внематочной беременности стало предметом интенсивного обсуждения. Внематочная беременность встречается в 1-2% случаев всех беременностей и считается самым распространенным и серьезным осложнением [3, 5, 7]. Основными причинами развития внематочной беременности являются: возраст старше 35 лет, курение, внематочная беременность и генитальная хирургия в прошлом, воспалительные заболевания органов малого таза (вульвит, сальпингит и оофорит), наличие эндометриоза и эрозии шейки матки, нарушение менструального цикла (по типу олиго- или

дисменорея), маточные и вагинальные кровотечения, психические расстройства (депрессия, тревога и расстройство адаптации) и инфекция органов малого таза — хламидия трахоматис, гонококки, ниссерия, микоплазма и шистосомоз [3, 7]. При этом туберкулезную инфекцию традиционно не считают лидирующей в этиологии внематочной беременности, несмотря на то, что у пациенток с туберкулезом генитальный туберкулез диагностируется в 10-30% случаев [1, 2, 4, 6].

Цель исследования

Определить частоту внематочной беременности у пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации.