

Хлопотова Д.В., Сабадаш Е.В.
**ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЕЗОМ
ЛЕГОЧНОЙ И ВНЕЛЕГОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Khlopotova D.V., Sabadash E.V.
**ECTOPIC PREGNANCY IN WOMEN WITH PULMONARY
TUBERCULOSIS AND EXTRAPULMONARY LOCALIZATION**

Department of phthiology and pulmonology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: dashahlopotova@mail.ru

Аннотация. В статье изучены факторы риска развития внематочной беременности у женщин с туберкулезом легочной и внелегочной локализации на территории Свердловской области. Определена эпидемиология внематочной беременности у женщин с туберкулезом.

Annotation. The article studies the risk factors of ectopic pregnancy in women with pulmonary tuberculosis and extrapulmonary localization in the Sverdlovsk region. The epidemiology of ectopic pregnancy in women with tuberculosis was determined.

Ключевые слова: внематочная беременность, репродуктивное здоровье, туберкулез, диагностика.

Key words: ectopic pregnancy, reproductive health, tuberculosis, diagnostics.

Введение

В настоящее время в мире внематочная беременность у женщин репродуктивного возраста встречается в 1-2% случаев всех беременностей и является самым распространенным, и серьезным осложнением беременности [3], [5]. Выявление потенциальных факторов риска для диагностики внематочной беременности, на сегодняшний день, стало центром интенсивного обсуждения в разнообразных источниках литературы. Так, по данным многочисленных авторов [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), аномальные маточные и вагинальные кровотечения, психические расстройства (депрессия, тревога и расстройство адаптации) и предшествующая тазовая инфекция - *Chlamydia trachomatis*, гонорея *Neisseria*, микоплазма и шистосомоз. При этом такой фактор риска, как туберкулезная инфекция, не занимает лидирующей позиции в этиологии развития внематочной беременности у женщин репродуктивного возраста. Хотя проанализировав различные данные можно удостовериться, что удельный вес больных генитальным туберкулезом среди легочной и внелегочной локализации составляет 10-30% случаев [1], [2]. При этом одни авторы утверждают, что наиболее частым проявлением скрытого течения генитального туберкулеза является бесплодие и хронический аднексит [1], другие же уверены, что туберкулезный эндометрит и нарушения менструального цикла в виде гипоменструального синдрома возникают значительно чаще других заболеваний [6]. Развитие же внематочной беременности при туберкулезе легочной и внелегочной локализации в данных литературы указывается лишь в 1% случаев [4].

Цель исследования – изучить факторы риска развития внематочной беременности у пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 60 историй болезни пациенток в возрасте 18-35 лет с легочным туберкулезом и анамнезом туберкулезного процесса не более 1 года (30 пациенток), с внелегочным туберкулезом (туберкулезный спондилит) и с анамнезом – не более 2 лет (30 пациенток). На момент исследования все пациентки проходили курс лечения в клинике Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии – филиала ФГБУ "НМИЦ ФПИ" Минздрава России. Использованы методы статистического анализа; статистическая обработка данных производилась в программе Microsoft-Excel, достоверность оценена по критерию Стьюдента (t). Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При детальном исследовании акушерско-гинекологического анамнеза у женщин с туберкулезом легочной и внелегочной локализации было обнаружено, что в 100% случаев он является отягощенным ($p < 0,05$).

Начало половой жизни в обеих группах в основном отмечалось в периоде от 15 до 17 лет – в 1 группе в 73,3%, а во 2 группе в 56,6% случаев. При этом наличие нескольких половых партнеров в 1 группе выявлено у 89%, а во 2 группе у 43% ($p < 0,01$). Из методов контрацепции в 1 группе наиболее приемлемым являлся естественный - прерванный половой акт, используемый 80% респонденток. Среди пациенток 2 группы до 72% женщин не считали использовать какой-либо метод контрацепции для предохранения от беременности ($p = 0,05$).

У пациенток количество беременностей от 3 до 6 раз насчитывалось в 1 группе у 57% пациенток, а во 2 группе у 40%. Стоит отметить, что как в 1-ой, так и во 2 группе беременность закончилась, в основном (80%), естественными родами (1-2 раза) ($p < 0,01$), но при этом число проведенных аборт и случившихся выкидышей имеет различия ($p < 0,05$). В 1 группе в 10% встречались обе патологии, при этом во 2 группе аборт были сделаны у 14% женщин, а выкидыши произошли в 6%.

Женщины с легочным туберкулезом (1 группа) в 67% ($p < 0,05$) имеют ряд гинекологических заболеваний, среди которых чаще всего наблюдалось нарушение менструального цикла – 68%, эктопия шейки матки – 45% и миома матки - 34% случаев. У респонденток 2 группы (с костно-суставным туберкулезом) гинекологическая патология присутствовала в 70% ($p < 0,05$), среди которой, в подавляющем большинстве случаев, встречается бесплодие - 90%, хронические неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза – 26,6%, нарушение менструального цикла – 20%.

При более тщательном расспросе и изучении истории болезни пациенток был взят во внимание тот факт, что жалобы по поводу наличия у респонденток гинекологического заболевания, в большинстве случаев, отсутствовали (в 1 группе – 65%, во 2 группе – у 73%) ($p < 0,01$). Так же у пациенток с туберкулезом легочной (1 группа) и внелегочной локализации (2 группа) было выявлено, что при туберкулезном спондилите процент развития внематочной беременности у данных пациенток значительно выше, чем при легочном туберкулезе (19% и 5% соответственно).

Обнаружено, что респондентки 1 группы в 59% посещали акушера-гинеколога с профилактической целью один раз в год ($p = 0,05$), при этом во 2 группе количество визитов намного меньше и составило лишь 47%. Стоит отметить, что оставшийся процент женщин в сравниваемых группах (1 группа – 41%, 2 группа – 53%) не рассматривали обязательным ежегодное профилактическое наблюдение у акушера-гинеколога и не стоят на диспансерном учете ($p = 0,05$).

Выводы:

1. У пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации внематочная беременность возникала в достоверно большем проценте случаев, в отличие от общепопуляционного показателя у женщин, не имеющих туберкулез (19%, 5% и 1-2% соответственно).

2. У пациенток с туберкулезным спондилитом наблюдался более высокий процент внематочной беременности (19%), сопровождающийся повторным развитием данного процесса, в отличие от пациенток с туберкулезом легочной локализации, что, безусловно, переводит данных пациенток в группу высокого риска развития внематочной беременности.

3. Факторы риска развития генитального туберкулеза при наличии у пациенток костно-суставного туберкулеза существенно выше, поэтому и

вероятность не диагностированного генитального туберкулеза выше, что и приводит к увеличению % внематочной беременности.

4. Женщины с прошедшей внематочной беременностью должны быть подвержены более углубленному и тщательному обследованию, с обязательным проведением у них гистеросальпингографии, так как внематочная беременность у пациенток с туберкулезом внелегочной локализации произошла задолго до того, как развился сам туберкулезный процесс, и они попали в поле зрения врачей фтизиатров. В связи с чем возможно полагать, что механизм и стадийность генитального туберкулеза значительно отличаются от общего патогенеза туберкулезной инфекции и на сегодняшний день это является огромной проблемой для медицинского сообщества, так как диагностика генитального туберкулеза на ранних этапах затруднительна.

Литература

1. Глазкина Е.И. Генитальный туберкулез в Тульской области / Е.И. Глазкина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – № 3. – С. 71-75.

2. Калиева Л.К. Туберкулез женских половых органов как очаговое проявление генерализованного туберкулеза / Л.К. Калиева, Р.А. Алтаева, Г.М. Аденова // Вестник КазНМУ. – 2015. – № 4. – С. 313-315.

3. Мухиддинов Н.Д. Современные данные относительно вопросов этиологии, диагностики и патологического влияния трубной формы внематочной беременности на репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы). / Н.Д. Мухиддинов, М.М. Исмоилов, А.В. Гулин, О.Ю. Назирбоева, М.С. Саидов. // Вестник ТГУ. – 2017. – Т.22. – С. 1654-1657.

4. Aslan G. Female genital tuberculosis cases with distinct clinical symptoms: Four case reports. / G. Aslan, M. Ulger, ST. Ulger, H. Durukan, FG. Yazici, G. Emekdas // Int. J. Reprod Biomed (Yazd) – 2018. – № 16(1). – P. 57-60.

5. Danielle M.P. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review / M.P. Danielle, H.P. Catherine, C.B. Paula // Fertil Res Pract – 2015. – № 1. – P. 15.

6. Grace, G. Genital tuberculosis in females / G. Grace, D. Angeline, Bella Devaleenal and Mohan Natrajan // The Indian journal of medical research – 2017. – № 145(4). – P. 425-436.

7. Jacob L. Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients / L. Jacob, M. Kalder, K. Kostev // Ger Med Sci – 2017. – Doc19.

УДК: 616-002.5:616.379-008.64

М.А. Шамбатов, Е.В.Сабадаш

ОБОСНОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ТЯЖЕСТИ КОМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ: ТУБЕРКУЛЕЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ