

© ЗАХАРОВА Т.Г., ВЕТУШЕНКО С.А., ПОПОВА Л.Г., СТАРЦЕВА М.Н.

УДК 618.5-06

DOI: 10.20333/2500136-2021-1-73-79

Обоснование лечебно-профилактических мероприятий для улучшения перинатальных исходов у женщин с туберкулезом

Т. Г. Захарова, С. А. Ветушенко, Л. Г. Попова, М. Н. Старцева

¹Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660049, Российская Федерация²Межрайонный родильный дом № 4, Красноярск 660073, Российская Федерация

Резюме. Нами изучены особенности течения беременности и родов, а также перинатальные исходы у женщин с туберкулезом и вирусными гепатитами В и/или С. Исследование показало высокий уровень других сопутствующих соматических, гинекологических заболеваний у таких женщин, высокий уровень инфекций, передаваемых половым путем по сравнению с женщинами, которые не имели туберкулеза и вирусных гепатитов. ЗРП у беременных с туберкулезом отмечалась в 49,2 %, а в сочетании туберкулеза с вирусными гепатитами в 53,3 %, при этом ЗРП III степени отмечалась только при сочетании туберкулеза и вирусных гепатитов.

Ключевые слова: беременная, туберкулез, новорожденный, профилактика, здоровье, плод, роды.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Захарова ТГ, Ветушенко СА, Попова ЛГ, Старцева МН. Обоснование лечебно-профилактических мероприятий для улучшения перинатальных исходов у женщин с туберкулезом. *Сибирское медицинское обозрение.* 2021;(1):73-79. DOI: 10.20333/2500136-2021-1-73-79

Ground for treatment and preventive measures improving perinatal outcomes in women with tuberculosis

T. G. Zakharova¹, S. A. Vetushenko², L. G. Popova², M. N. Startseva²¹Prof. V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation²Inter-District Maternity Hospital № 4, Krasnoyarsk 660073, Russian Federation

Abstract. Features of pregnancy and childbirth course, as well as perinatal outcomes in women with tuberculosis and viral hepatitis B and / or C were studied. The research showed a high level of other concomitant somatic, gynecological diseases in such women, as well as high level of sexually transmitted infections compared to women without tuberculosis and viral hepatitis. Fetal growth retardation in pregnant women with tuberculosis was noted in 49.2 %, and if tuberculosis is combined with viral hepatitis it is noted in 53.3 %, while fetal growth retardation of III degree was observed only in combination of tuberculosis and viral hepatitis.

Key words: pregnant, tuberculosis, newborn, prevention, health, fetus, childbirth.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Zakharova TG, Vetushenko SA, Popova LG, Startseva MN. Ground for treatment and preventive measures improving perinatal outcomes in women with tuberculosis. *Siberian Medical Review.* 2021; (1):73-79. DOI: 10.20333/2500136-2021-1-73-79

Ведение

Туберкулез остается очень серьезным инфекционным заболеванием и в наше время. Туберкулез называют «белой чумой» XXI века. Да, он является в какой-то степени социальной болезнью, но им также болеют люди всех социальных слоев. В структуре смертности населения от инфекционных заболеваний, туберкулез, на сегодняшний день, занимает свое почетное первое место [2, 3, 5, 12]. И, очень большую проблему для акушеров создает больная туберкулезом беременная женщина. Однако цель акушеров сохранить здоровье и жизнь женщины и снизить тяжесть перинатальных исходов. Неблагоприятные перинатальные исходы у женщин с туберкулезом, а особенно в сочетании с вирусными гепатитами, требует совершенствование лечебно-профилактических мероприятий при диспансеризации таких беременных [4, 6, 11, 13].

Цель исследования: разработка и обоснование лечебно-профилактических мероприятий для улучшения перинатальных исходов у женщин с туберкулезом.

Материал и методы

В сплошное исследование включены 558 беременных женщин с туберкулезом различной локализации без бактериовыделения за период 2006-2018 гг., родоразрешенных на базе межрайонного родильного дома № 4 г. Красноярска. В исследуемую группу вошли беременные с различными формами туберкулеза:

- завершившие химиотерапию данного заболевания и снятые с учета;
- завершившие химиотерапию, но еще не снятые с учета;
- не завершившие химиотерапию, но без бактериовыделения.

Группа сравнения сформирована по методу коопара из 558 беременных без туберкулеза. В группу сравнения вошли беременные того же возраста, рожавшие в том же родильном доме, в том же временном периоде (2006–2018 годы), порядковый номер беременности и родов аналогичны основной группе.

Для реализации поставленной цели и сформулированных на основе ее задач использовались методики:

- скрининговое УЗИ для пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития плода в 12-13, 18-21, 30-34 недель;
- доплерометрия для выявления гемодинамических нарушений (ГДН) в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном кровотоке в 18-21 и 30-34 недель, в стационаре по показаниям;
- общеклиническое акушерское исследование, наружное и внутреннее;
- клинические анализы крови, мочи, содержимого влагалища, уретры, цервикального канала;
- биохимическое исследование крови (общий белок, электролиты, билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза);
- обследование на гепатиты HbsAg, HCV, качественный, при необходимости количественный;
- клинко-антропометрическое обследование новорожденных;
- клинко-статистическое исследование первичной медицинской документации;
- статистическая обработка полученных результатов.

Для определения прогностических переменных, позволяющих классифицировать пациенток исследуемых групп, использовали метод дискриминантного анализа, то есть пошаговый отбор информативных признаков на обучающей выборке с получением решающих правил в виде линейных классификационных функций и канонических дискриминантных функций. Статистическая обработка исследованного материала включала обработку всей базы данных с частотным анализом полей с дискретными непрерывными значениями (N , $M \pm m$, δ , минимальные и максимальные значения, асимметрия и эксцесс, где N – число наблюдений, M – среднее арифметическое, m – ошибка среднего арифметического, δ – среднеквадратичное отклонение).

Для оценки статистической значимости различий количественных признаков был применен критерий t Стьюдента и критерий F Фишера. При использовании критерия t Стьюдента предварительно производилась проверка соответствия распределения выборочных значений закону нормального распределения с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. По критерию Стьюдента производили сравнение средних значений для параметрических показателей, а по критерию U Манна-Уитни – для непараметрических данных.

Анализ статистической значимости различий качественных признаков, а также количественных признаков, не соответствующих закону нормального распределения, проведен с помощью критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался $p < 0,05$. Для оценки взаимосвязи между показателями определялся

коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Анализ взаимосвязей между явлениями проводили с расчетом коэффициента корреляции r и корреляционного отношения t . Обработка информации проводилась на персональном компьютере с использованием программных продуктов, входящих в состав интегрированного пакета Microsoft Office™ XP и программного пакета для статистической обработки данных Statsoft Statistica 6.1.

Результаты и обсуждение

Нами выявлен тренд увеличения количества рожениц с туберкулезом. Данная ситуация объясняется увеличением повторных и третьих родов у таких женщин в силу серьезной материальной поддержки деторождения государством, а не увеличением заболеваемости туберкулезом в стране (рис. 1). Однако это не умаляет проблему, а ставит задачу разработки эффективных, научно-обоснованных мероприятий по снижению негативного влияния такой серьезной инфекции, как туберкулез на течение беременности, развитие плода и характер осложнений в родах с целью улучшения состояния здоровья новорожденных у этих женщин.

В начале исследуемого периода в 2006 году беременные с туберкулезом в 100 % были домохозяйками с начальным и средним образованием, 89,1 % курили табак, 89,0 % состояли в браке. На 2018 год каждая третья беременная с туберкулезом имела высшее образование (35,0 %), более половины (51,7 %) женщин заняты в общественном производстве, домохозяйками были только 45,0 %, в 6 раз меньше женщин имели вредные привычки (алкоголь, курение), однако в 2 раза уменьшилось количество женщин, состоящих в браке. Однако следует заметить, что изменение социального портрета беременных с туберкулезом никак не повлияло на тяжесть перинатальных исходов.

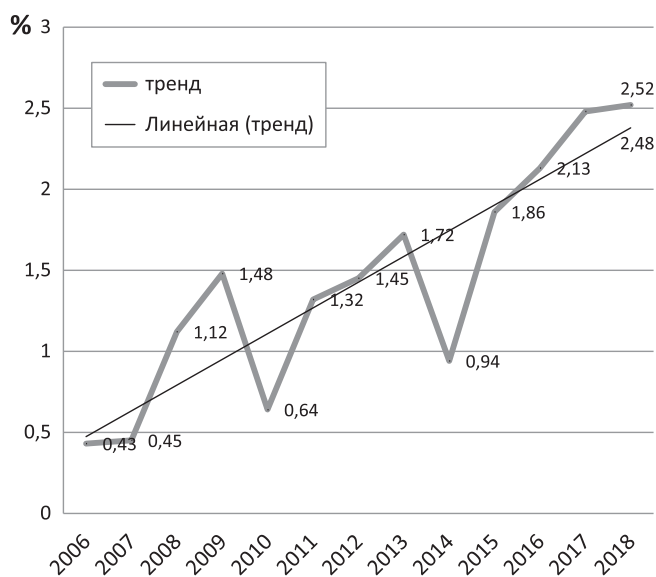


Рисунок 1. Частота туберкулеза у беременных 2006-2018 годы.

Figure 1. Frequency of tuberculosis in pregnant women 2006-2018

Таблица 1

Разница частоты перинатальных осложнений в начале и в конце исследуемого периода у женщин с туберкулезом

Table 1

Difference in perinatal complications incidence at the beginning and at the end of the study period in women with tuberculosis

Перинатальные осложнения	2006-2012 годы		2013-2018 годы		Всего Абс.	Уровень значимости различий показателей, p
	Абс.	На 100 бер.	Абс.	На 100 б		
Общее количество беременных с туберкулезом из них:	201	36,0	357	64,0	558	0,0025
Беременные с ФПН	97	48,2	178	49,8	275	0,16
Беременные с ЗРП	46	22,9	92	25,7	138	0,17
Беременные с гипоксией плода	55	27,4	105	29,4	160	0,16
Беременные с подтвержденным диагнозом ИПВ	11	4,5	16	5,5	27	0,18
ИТОГО	209	-	391	-	600	-

Таблица 2

Экстрагенитальная заболеваемость у беременных в исследуемой группе и группе сравнения

Table 2

Extragenital morbidity in pregnant women in the study group and in the comparison group

Экстрагенитальная патология	Беременные с туберкулезом		Беременные без туберкулеза		p	χ^2
	Абс.	На 100 бер.	Абс.	На 100 бер.		
Заболевания ЖКТ	62	11,1	55	9,92	0,1	1,108
Заболевание почек и мочевыделительной системы	70	12,7	45	8,0	0,01	6,653
Заболевания органов дыхания	97	17,5	59	10,6	0,0025	10,811
Анемия	270	48,5	172	30,9	0,0024	10,633
Гепатит В	9	1,7	2	0,35	0,023	7,651
Гепатит С	62	11,1	2	0,35	0,0025	10,834

При этом следует отметить, что изменение социального статуса женщин с туберкулезом, существенно не влияет на частоту перинатальных исходов, различие в диагнозах, характеризующих данные положение, статистически недостоверны (табл. 1).

По нашим данным, основное количество беременных женщин, исследуемой группы, имели легочные формы туберкулеза (94,6 %). В структуре туберкулеза легких туберкулезу имели 124 беременные (22,4 %), диссеминированный туберкулез – 112 беременных (20,1 %), инфильтративный туберкулез отмечался у 277 беременных (49,7 %), кавернозный туберкулез – у 15 беременных (2,6 %). Внегочные формы туберкулеза диагностированы у 30 беременных (5,4 %), которые представлены: туберкулезом лимфатических узлов у 11 беременных (1,9 %), туберкулезом почек – у 4 беременных (0,7 %), туберкулезным сальпингитом – у 11 беременных (1,9 %), туберкулезом ребер – у 3 (0,5 %) беременных и туберкулезом селезенки – у 1 (0,2 %) беременной женщины.

Установлено, что в основной группе соматические и инфекционные заболевания, кроме туберкулеза, имели 296 беременных (53,0 %), в группе сравнения – только 191 беременная, что составило 34,2 %. Ведущее значение, как в основной группе, так и в группе

сравнения принадлежит анемии беременной, при этом этот диагноз в 1,5 раза чаще встречается в основной группе, очень высок уровень в основной группе вирусных гепатитов, особенно гепатита С (табл. 2).

Выявлен абсолютный уровень значимости различий показателей по экстрагенитальной заболеваемости в основной группе и группе сравнения ($p = 0,0025$; $\chi^2=10,653$). Так, одно заболевание имели 34,8 % беременных с туберкулезом и 9,6 % беременных без туберкулеза, разница абсолютно значима ($p = 0,002$; $\chi^2=9,622$). По два экстрагенитальных заболевания имели 13,9 % беременных с туберкулезом и 5,9 % без туберкулеза, разница абсолютно значима ($p = 0,0025$; $\chi^2=10,322$). По три и более экстрагенитальных заболеваний имели 4,7 % женщин с туберкулезом и 0,9 % без туберкулеза, установлена достаточная значимость различий показателей ($p = 0,001$; $\chi^2=6,632$).

Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что беременные с туберкулезом в 2,2 раза чаще болеют трихомонозом, чем беременные в группе сравнения. Такие тяжелые, в плане перинатальных осложнений заболевания, как гонорея, сифилис и хламидиоз, встречаются чаще в 2,5; 5,8; и 1,6 раза соответственно у беременных в исследуемой группе, в сравнении с женщинами без туберкулеза (табл. 3).

Таблица 3

Инфекции, передаваемые половым путем у беременных в исследуемой группе и группе сравнения

Table 3

Sexually transmitted infections in pregnant women in the study group and in the comparison group

ИППП	Беременные с туберкулезом		Беременные без туберкулеза		p	χ ²
	Абс.	На 100 бер.	Абс.	На 100 бер.		
Трихомониаз	32	5,7	14	2,6	0,06	5,352
Гонорея	3	0,5	1	0,2	0,03	3,842
Хламидиоз	27	4,9	17	3,1	0,1	2,705
Сифилис	38	6,9	6	1,2	0,0025	10,831
ВИЧ	7	1,2	-	-	-	-
ВПЧ	11	1,9	9	1,7	0,1	2,422
Урогенитальный кандидоз	13	2,4	7	1,4	0,1	2,551

Таблица 4

Гинекологические заболевания у беременных в исследуемой группе и группе сравнения

Table 4

Gynecological diseases in pregnant women in the study group and in the comparison group

Гинекологические заболевания	Беременные с туберкулезом		Беременные без туберкулеза		p	χ ²
	Абс.	На 100 бер.	Абс.	На 100 бер.		
Вагинит	85	15,4	29	5,2	0,0025	10,851
Хронический аднексит	74	13,3	29	5,2	0,0023	10,652
Киста яичника	27	4,9	19	3,5	0,01	4,706
Эндометриоз	8	1,4	14	2,6	0,01	4,263
Хронический эндометрит	21	3,8	7	1,4	0,05	3,841
Эктопия шейки матки	296	53,2	213	38,3	0,0025	10,725
НМЦ	14	2,6	27	4,9	0,05	3,841
Миома матки	21	3,8	29	5,2	0,01	2,223

ВИЧ-инфекция имела только в исследуемой группе. Урогенитальный кандидоз встречался в исследуемой группе в 1,7 раза чаще, чем в группе сравнения, а частота встречаемости папилломовирусной инфекции, примерно, равна в обеих группах.

Результаты исследований, в ходе которых установлена частота ИППП у беременных с различными формами туберкулезом свидетельствуют о том, что на первом месте по частоте ИППП находится группа беременных с инфильтративным туберкулезом (49,4 %). На втором месте находятся группа с диссеминированным туберкулезом (21,1 %) и туберкулезом легких (21,1 %). На третьем и четвертом местах находятся соответственно группа с кавернозным туберкулезом легких (5,6 %) и внелегочными локализациями туберкулеза (2,8 %).

Беременность у 275 женщин (49,3 %) протекала с клиническими проявлениями фетоплацентарной недостаточности (ФПН). В 160 случаях диагностирована гипоксия плода (28,7 %), в 52 случаях отмечалась задержка развития плода (ЗРП) (24,9 %), у 61 беременной ЗРП сочетался с гипоксией (11,0 %). У 37 беременных (17,7 %) отмечалось многоводие, у 7 (3,3 %) – маловодие. В группе беременных с ФПН отмечается высокий уровень преэклампсий 31,1 %, аномалий родовой деятельности – 10,0 %, преждевременными родами завершилась беременность в 9,0 % (P < 0,05).

У беременных женщин основной группы отмечается высокий уровень гинекологических заболеваний. Так общее количество беременных в этой группе с гинекологическими заболеваниями составило 307 человек. В контрольной группе общее количество беременных с гинекологическими заболеваниями составило 281 человек. На первом месте в основной группе эктопия шейки матки, которая в 1,4 раза превышает аналогичный показатель в группе сравнения. В три раза выше частота вагинитов, в 2,5 раза чаще

диагностирован хронический аднексит, в 1,4 раза чаще имелись кисты яичников у женщин с туберкулезом по сравнению с женщинами группы сравнения (табл. 4).

Заболевания матери неблагоприятно сказываются на состоянии плода и новорожденного. Наиболее тяжелое нарушение роста и развития плода отмечалось у женщин с туберкулезом, имевших другие сопутствующие заболевания [1, 9].

Одним из наиболее ярких проявлений внутриутробного страдания плода, свидетельствующим о «низком» («очень низком») состоянии питания на фоне туберкулезной инфекции, химиотерапии туберкулеза и других сопутствующих заболеваний, является задержка развития плода (ЗРП). Ультразвуковая фетометрия является эффективной для диагностики ЗРП уже с 20 недель беременности [10, 12].

По данным УЗИ, выделяют три степени тяжести ЗРП: I степень – отставание показателей фетометрии на две недели от гестационного срока; II степень – отставание на 3-4 недели; III степень – отставание более чем на 4 недели [10]. Так, в нашем исследовании в основной группе 87 (16,5 %) плодов имели различные степени ЗРП. Все 13 женщин, родившие детей с ЗРП III степени, имели наряду с туберкулезом хронические вирусные гепатиты, восемь из них кроме туберкулеза и гепатита имели сифилис, шесть – в острой стадии. У 38 женщин, родивших детей с ЗРП II степени, ведущим сопутствующим заболеванием был пиелонефрит и анемия. У 36 женщин, родивших детей с ЗРП I степени, ведущими сопутствующими заболеваниями были анемия, пиелонефрит и заболевания ЖКТ (рис. 2).

На основании полученных данных нами разработана система, позволяющая совершенствовать лечебно-профилактические мероприятия беременным женщинам с туберкулезом различной локализации, а особенно в сочетании с вирусными гепатитами.

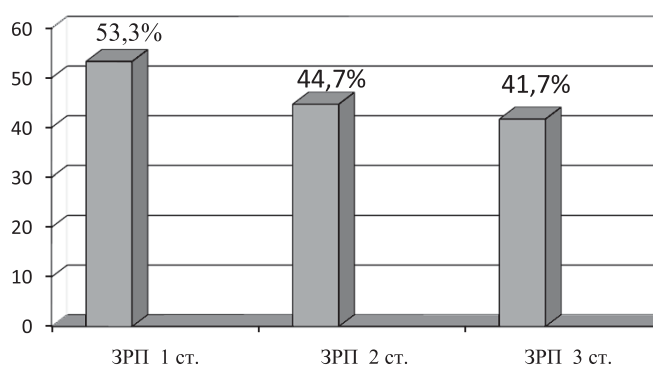


Рисунок 2. Степени ЗРП плода в группе женщин с туберкулезом и вирусными гепатитами.

Figure: 2. Degree of fetal growth retardation in the group of women with tuberculosis and viral hepatitis.

На основании результатов индивидуального прогноза состояния здоровья новорожденного, который используется во всех женских консультациях, согласно Приказу МЗ РФ № 572 н, применять комплекс разработанных медико-социальных и лечебно-профилактических мероприятий, сформированных на основании анализа их предпосылок, к каждой беременной с туберкулезом.

При низкой степени риска заболеваемости новорожденного и благоприятном прогнозе рекомендуется:

- активизировать внимание беременной с туберкулезом на формирование у нее здорового образа жизни (исключить вредные привычки) и подготовке к материнству;
- шире использовать возможность обеспечения беременной с туберкулезом из семей с низким и очень низким уровнем подушевого дохода бесплатным питанием и бесплатными медикаментами и витаминами, используя субвенции муниципальных образований, выделяемые из региональных бюджетов (согласно Закону о защите прав ребенка);
- лечение (амбулаторное, стационарное) по показаниям;
- обязательная консультация фтизиатра, инфекциониста, (при сочетании туберкулеза с гепатитами В и С) в начале беременности, при постановке на учет; по показаниям; перед родоразрешением.

При средней и высокой степени риска заболеваемости новорожденных и неблагоприятном прогнозе рекомендуется:

- взять на диспансерный учет в группу высокого риска по перинатальной заболеваемости;
- провести полное обследование (комплексное обследование и наблюдение женщин с любого срока беременности):
 - УЗ-исследования (3-5 раз),
 - доплерометрия (3-5 раз),
 - кардиомониторный контроль за состоянием плода (количество по показаниям),
 - исследование крови на Rh-фактор, группу крови, на RW, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С,

при наличии антител к вирусным гепатитам: АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза для определения активности процесса в печени (при постановке на учет),

- гемостазиограмма (по показаниям, но не менее 2-х раз),
- биохимический анализ крови (по показаниям, но не менее 2-х раз),
- развернутый анализ крови (по показаниям),
- регулярные исследования мочи,
- исследования влагалищного отделяемого на флору (по показаниям, но не менее 2-х раз),
- урогенитальные инфекции методом ПЦР (по показаниям),
- исследование крови на ЦМВ, герпес, токсоплазмоз, краснуху, цитологическое исследование влагалищного мазка (по показаниям, но не менее 2-х раз),
- обязательная консультация фтизиатра, инфекциониста, (при сочетании туберкулеза с гепатитами В и С) при постановке на учет; по показаниям; перед родоразрешением;
- своевременно проводить лечение основного заболевания и его осложнений (анемии, токсических гепатитов и др.), что и обеспечит профилактику развития ФПН и, как следствие, гипоксию плода, формирование ЗРП;
- шире использовать возможность обеспечения беременных женщин с туберкулезом из семей с низким и очень низким уровнем подушевого дохода бесплатным питанием и бесплатными медикаментами и витаминами, используя субвенции муниципальных образований, выделяемые из региональных бюджетов (согласно Закону о защите прав ребенка);
- провести комплекс лечебно-профилактического лечения по схеме:

беременным с незавершенной химиотерапией туберкулеза, высоким и средним пренатальным риском:

 - рекомендовать с 12 недель беременности прием витаминно-минерального комплекса для беременных I (ранние сроки беременности). Принимать по 609 мг ± 3 %, ежедневно по 1 таблетке и одной мягкой капсуле в течение 10 дней;
 - повторить данный курс витаминно-минерального комплекса II (после 20 недель беременности) в 22-24 недели и 32-34 недели. Принимать ежедневно по одной таблетке и одной мягкой капсуле одновременно во время еды, запивая холодным напитком 12 дней.
 - беременным с незавершенной химиотерапией туберкулеза и вирусными гепатитами в неактивной стадии к терапии добавить гепатопротектор, который содержит масло соевых бобов с этилвинилином, твердый жир с касторовым маслом, α-токоферол с этанолом 96 %-м, 4-метоксиацетофенол, применение при беременности по назначению врача. Применять по 300 мг,

по 2 капсулы 3 раза в день аналогично тремя курсами в 12-14 недель, 22-24 недели и 32-34 недели.

- беременным с незавершенной химиотерапией и диагностированным отставанием в росте плода добавить метаболический препарат, содержащий кокорбоксилазу, рибофлавин, липоевую кислоту, применяется при вирусных и бактериальных инфекция, гипоксии и задержке развития плода. Суппозитории ректальные 12,5 мг + 1 мг + 6 мг + 1 мг + 6, 1 раз в сутки в течение 10 дней;

беременным с завершенной химиотерапией туберкулеза и снятых, либо еще не снятых с учета, но имеющих высокий и средний пренатальный риск:

- рекомендовать с 12 недель беременности прием витаминно-минерального комплекса для беременных I (ранние сроки беременности). По 1 таблетке и одной мягкой капсуле в день.
- повторить данный курс витаминно-минерального комплекса II (после 20 недель беременности) в 22-24 недели и 32-34 недели. По 1 таблетке и одной мягкой капсуле.
- беременным с вирусными гепатитами в неактивной стадии к терапии добавить гепатопротектор, который содержит масло соевых бобов с этилвинилином, твердый жир с касторовым маслом, α-токоферол с этанолом 96 %-м, 4-метоксиацетофенол, применение при беременности по назначению врача. Применять по 300 мг, по 2 капсулы 3 раза в день аналогично тремя курсами в 12-14 недель, 22-24 недели и 32-34 недели.
- беременным с диагностированным отставанием в росте плода добавить метаболический препарат, содержащий кокорбоксилазу, рибофлавин, липоевую кислоту, применяется при вирусных и бактериальных инфекция, гипоксии и задержке развития плода. Суппозитории ректальные 12,5 мг + 1 мг + 6 мг + 1 мг + 6, 1 раз в сутки в течение 10 дней.

В течение 2016-2019 годов нами проведены беременные по предложенной выше лечебно-

профилактической схеме. Получен положительный результат (табл. 5). Все женщины родоразрешены через естественные родовые пути, при доношенной беременности. ЗРП у новорожденных II и III степени не встречалась, ЗРП I степени диагностирована у одной женщины с незавершенным лечением диссеминированного туберкулеза легких. Данная беременная была госпитализирована в родильный дом с токсическим гепатитом на фоне химиотерапии, что потребовало консультации фтизиатра и смены препаратов на более щадящие, лечение токсического гепатита, подготовки к родоразрешению.

Применение разработанной схемы медикаментозной профилактики зарекомендовало себя положительно и может быть использовано в практическом здравоохранении на этапе диспансерного наблюдения беременных с туберкулезом и особенно в сочетании с вирусными гепатитами.

Заключение

Туберкулез очень опасное инфекционное заболевание и в структуре смертности населения от инфекционной патологии занимает первое место [7, 8]. Но деторождение заложено в генетику женщины, и она стремится к материнству, невзирая на состояние своего здоровья. Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что туберкулезом болеет население всех социальных групп, а повышение уровня образования, социального статуса и материальных условий у женщин с туберкулезом не влияют на перинатальные исходы. У беременных с туберкулезом значительно выше уровень сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, ИППП и особенно опасно сочетание туберкулеза и вирусных гепатитов. В этой ситуации задача акушера-гинеколога предотвратить осложнения беременности, снизить риск неблагоприятных перинатальных исходов и получить здоровое потомство. Что представляется возможным, и доказано нашим исследованием, при оптимизации лечебно-профилактических мероприятий при ведении беременности у женщин с туберкулезом.

Таблица 5

Беременные с туберкулезом легких и вирусными гепатитами, прошедшие лечебно-профилактический курс ЗРП плода

Table 5

Pregnant women with pulmonary tuberculosis and viral hepatitis who have undergone a treatment-and-prophylactic course of fetal FGR

Клинические формы туберкулеза	Беременные, не завершившие лечение туберкулеза		Беременные, завершившие лечение туберкулеза		Беременные, имевшие вирусные гепатиты	
	Абс.	На 100 бер.	Абс.	На 100 бер.	Абс.	На 100 бер.
Диссеминированный туберкулез легких	21	67,74	12	52,17	2	28,57
Инfiltrативный туберкулез легких	10	32,25	11	47,82	4	57,14
Туберкулема	1	3,22	-	-	1	14,28
ИТОГО	32	100,0	23	100,0	7	100,0

Литература / References

1. Авдеева РА, Старых ЭФ, Нейман ЕГ, Прокопцева НЛ, Тукмачева ОИ. Здоровье новорожденных детей, родившихся от матерей, больных или переболевших туберкулезом. Сибирское медицинское обозрение. 2008;(5):79-82. [Avdeeva RA, Starykh EF, Neiman EG, Prokoptseva NL, Tukmacheva OI. Health of newborns born to mothers who are ill or have had tuberculosis. *Siberian Medical Review*. 2008;(5):79-82. (In Russian)]

2. Алексеева ТВ, Ревакина ОВ, Филиппова ОП, Краснова ВА. Туберкулез в Сибирском и Дальневосточном Федеральном округах (2007 -2016 гг.). Туберкулез и болезни легких. 2017;8(95):12-17. [Alekseeva TV, Revyakina OV, Filippova OP, Krasnova VA. Tuberculosis in the Siberian and Far Eastern Federal Districts (2007 -2016). *Tuberculosis And Lung Diseases*. 2017;8(95):12-17. (In Russian)]

3. Ветушенко СА. Результаты мониторинга исходов беременности и профилактика врожденной гипотрофии плода у пациентов с туберкулезом *Врач-аспирант*. 2014; 4.1(65):209-218. [Vetushenko SA. Results of monitoring of pregnancy outcomes and prevention of congenital fetal hypotrophy in patients with tuberculosis. *Postgraduate Doctor-Journal*. 2014;4.1(65):209-218. (In Russian)]

4. Ветушенко СА, Зеньков ИВ, Захарова ТГ. Организация профилактики заболеваемости новорожденных у беременных с туберкулезом и сопутствующими гепатитами В и С. Красноярск. СФУ; 2014. 188 с. [Vetushenko SA, Zenkov IV, Zakharova TG. Organization of prevention of neonatal morbidity in pregnant women with tuberculosis and concomitant hepatitis B and C. Krasnoyarsk. SFU; 2014. 188 p. (In Russian)]

5. Гайдаров ГМ, Апханова НС, Душина ЕВ, Толстых АС. Методология определения потребности в коечном фонде противотуберкулезных учреждений на региональном уровне: методические рекомендации. Иркутск. РИО ИНЦХТ; 2017. 16 с. [Gaidarov GM, Arkhanova NS, Dushina EV, Tolstykh AS. Methodology for determining the need for a bed fund of TB institutions at the regional level: methodological recommendations. RIO INCHT; 2017. 16 p. (In Russian)]

6. Гайдаров ГМ. Туберкулез: проблемы, доступность и качество стационарной помощи (монография). Иркутск: РИО ИНЦХТ; 2017. 128 с. [Gaidarov GM. Tuberculosis: problems, accessibility and quality of inpatient care (monograph). Irkutsk: RIO INCHT; 2017. 128 p. (In Russian)]

7. Зимина ВН, Дятярева СЮ, Белобородова ЕН, Соловьева АВ, Калабухова ЕИ, Винокурова ОО, Аганин МА. Туберкулез у взрослых. Клинические рекомендации. Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. 2020. 121 с. [Zimina VN, Dyagtyareva SYU, Beloborodova YeN, Solov'yeva AV, Kalabukhova YeI, Vinokurova OO, Aganin MA. Tuberkulez u vzroslykh. Klinicheskiye rekomendatsii. Odobreno Nauchno-prakticheskim sovetom Minzdrava RF. 2020. (In Russian)]

8. Макаров ОВ, Каюкова СИ, Стаханов ВА. Беременность и туберкулез *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2004;(1):23-26. [Makarov OV, Kayukova SI, Stakhanov VA. Pregnancy and tuberculosis. *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist*. 2004;(1):23-26. (In Russian)]

9. Рейхруд ТА, Кульчавеня ЕВ, Мышкова ЕП, Жукова ИИ, Жукова ЕМ. Туберкулез и беременность.

Акушерство и гинекология. 2017;(10):124-129. [Reichrud TA, Kulchavenya EV, Myshkova EP, Zhukova II, Zhukova EM. Tuberculosis and pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2017;(10):124-129. (In Russian)]

10. Поморцев АВ, Астафьева ОВ, Худорожкова ЕД. Лучевая диагностика в акушерстве и гинекологии. Учебное пособие для клинических ординаторов по специальности «Акушерство и гинекология» и «Ультразвуковая диагностика». Краснодар. «Новация». 2017. 212 с. [Pomortsev AV, Astafiev OV, Hudorozhkova ED. Beam diagnostics in obstetrics and gynecology. Training manual for clinical residents in the specialty. *Obstetrics and gynecology and Ultrasound diagnostics*. «Innovation». 2017. 212 p. (In Russian)]

11. Салина ТЮ, Морозова ТИ. Клинические проявления и эффективность лечения больных коинфекцией туберкулез/ВИЧ и гепатитом. *Туберкулез и болезни легких*. 2017;9(95):25-29. [Salina TYu, Morozova TI. Clinical manifestations and effectiveness of treatment of patients with coinfection tuberculosis/HIV and hepatitis. *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2017;9(95):25-29. (In Russian)]

12. Стрижаков АН, Мирющенко ММ, Игнатко ИВ, Попова НГ, Флорова ВС, Кузнецова АС. Прогнозирование синдрома задержки плода у беременных высокого риска. *Акушерство и гинекология*. 2017;(7):34-44. [Strizhakov AN, Miryushchenko MM, Ignatko IV, Popova NG, Florova VS, Kuznetsova AS. Prediction of fetal retention syndrome in high-risk pregnant women. *Obstetrics and Gynecology*. 2017;(7):34-44. (In Russian)]

13. Gudzera OI, Golub AG, Bdzhola VG, Volynets GP, Lukashov SS, Kovalenko OP, Krikliyiv IA, Yaremchuk AD, Starosyla SA, Yarmoluk SM, Tukalo MA. Discovery of potent anti-tuberculosis agents targeting leucyl-tRNA synthetase. *Bioorganic and Medicinal Chemistry*. 2016;1023-1031.

Сведения об авторах

Захарова Татьяна Григорьевна, д. м. н., профессор кафедры поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +79232873521; e-mail: tania.zah2012@yandex.ru

Ветушенко Светлана Анатольевна, заведующая отделением патологии беременности Межрайонного родильного дома №4; адрес: Российская Федерация, 660073, г. Красноярск, ул. Устиновича, д. 7; тел.: +7913-507-42-28; e-mail: svetavetushenko@yandex.ru

Попова Людмила Геннадьевна главный врач Межрайонного родильного дома №4; адрес: Российская Федерация, 660073, г. Красноярск, ул. Устиновича, д. 7; тел.: +73912244261; e-mail: rd4.web-registratura.ru

Старцева Марина Николаевна, заместитель главного врача по лечебной работе Межрайонного родильного дома №4; адрес: Российская Федерация, 660073, г. Красноярск, ул. Устиновича, д. 7; тел.: +79029918614; e-mail: rd4.web-registratura.ru

Author information

Tatyana G. Zakharova, Dr.Med.Sci., Professor of the Department of Polyclinic Therapy, Family Medicine and Healthy Lifestyle, Professor V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79232873521; e-mail: tania.zah2012@yandex.ru

Svetlana A. Vetushenko, Head of the Department of Pregnancy Pathology, Interdistrict Maternity Hospital № 4; Address: 7, Ustinovich Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660073; Phone: +79135074228; e-mail: svetavetushenko@yandex.ru

Lyudmila G. Popova, Chief Physician of the Interdistrict Maternity Hospital № 4; Address: 7, Ustinovich Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660073; Phone: +73912244261; e-mail: rd4.web-registratura.ru

Marina N. Startseva, Deputy Chief Physician for Medical Work, Interdistrict Maternity Hospital № 4; Address: 7, Ustinovich Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660073; Phone: +79029918614; e-mail: rd4.web-registratura.ru

Дата поступления: 17.12.2020

Дата рецензирования: 27.01.2021

Принята к печати: 29.01.2021

Received 17 December 2020

Revision Received 27 January 2021

Accepted 29 January 2021