

**PECULIARITIES OF THE COURSE OF PREGNANCY OF WOMEN
SICK WITH TUBERCULOSIS OF RESPIRATORY BODIES**
Askarova R.I.¹, Masharipova Sh.S.², Otajonov Sh.Z.³, Masharipova H.K.⁴,
Yakubova U.B.⁵ (Republic of Uzbekistan)
Email: Askarova514@scientifictext.ru

¹Askarova Roza Ismailovna - Senior Lecturer;

²Masharipova Shokhista Sabirovna - Assistant;

³Otajonov Shamsiddin Zarifboevich - Assistant,

DEPARTMENT OF INFECTIOUS DISEASES AND PHTHISIOLOGY;

⁴Masharipova Hulkar Kabulovna – Assistant,

DEPARTMENT OF HOSPITAL AND POLYCLINICS PEDIATRICS;

⁵Yakubova Umida Bakhtiyarovna - Assistant,

DEPARTMENT OF PHYSIOLOGY AND PATHOLOGICAL PHYSIOLOGY,
URGENCH BRANCH

TASHKENT MEDICAL ACADEMY,

URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: tuberculosis is a serious social and medical problem worldwide. In the Republic of Uzbekistan, the situation with tuberculosis in the Khorezm region and in Karakalpakistan, where it has reached the epidemic, is the most disadvantaged. Among the sick, the proportion of women who are sick mainly at the most reproductive, productive age, from 19 to 34 years old, has significantly increased. During pregnancy and after childbirth, the incidence of women is 22.5 times higher than at the same age outside pregnancy. Often in this combination, tuberculosis is later diagnosed and sometimes fatal. Maternal tuberculosis is a great danger to the child. Therefore, the combination of tuberculosis and pregnancy is very relevant and requires close attention of TB doctors. Currently, the tuberculosis epidemic has moved into the category of a nationwide scale. In our Republic, 4 people get sick with tuberculosis every hour and 1 patient dies from it. Women, especially pregnant and giving birth, as well as children, are the most vulnerable to tuberculosis: they are more sensitive to the deterioration of the epidemiological situation and the social factors that cause it [9]. A predisposing factor for tuberculosis in young women is the presence of contact that is most dangerous for pregnant and giving birth women [4], especially double or from the center of death [3]. In modern conditions, the first detected tuberculosis of the respiratory system in women is characterized by an increase in the structure of clinical forms, a large extent of the lesion, an increase in the destruction of lung tissue, and abundant bacterial excretion. It is well known that women's health determines the health of the nation, and women with tuberculosis are a more serious source of infection due to their closer contact with children [10].

Keywords: pregnancy, pulmonary tuberculosis, tuberculosis, the effect of tuberculosis on the fetus and newborn, urogenital tuberculosis, general practitioner.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

**Аскарова Р.И.¹, Машарипова Ш.С.², Атажанов Ш.З.³,
Машарипова Х.К.⁴, Якубова У.Б.⁵ (Республика Узбекистан)**

¹Аскарова Роза Исмаиловна - старший преподаватель;

²Машарипова Шохиста Собировна – ассистент;

³Атажанов Шамсиддин Зарифбаевич – ассистент,
кафедра инфекционных болезней и фтизиатрии;

⁴Машарипова Хулкар Кабуловна – ассистент,
кафедра госпитальной и поликлинической педиатрии;

⁵Якубова Умида Бахтияровна – ассистент,
кафедра физиологии и патологической физиологии,

Ургенчский филиал

Ташкентская медицинская академия,

г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: туберкулез является серьезной социальной и медицинской проблемой во всём мире. В Республике Узбекистан наиболее неблагоприятна ситуация с туберкулезом в Хорезмской области и в Каракалпакистане, где он достиг масштабов эпидемии. Среди болеющих существенно увеличился удельный вес женщин, болеющих преимущественно в наиболее репродуктивном, производительном возрасте, от 19 до 34 лет. В период беременности и после родов заболеваемость женщин в 22,5 раза выше, чем в этом же возрасте вне беременности. Нередко в этом сочетании туберкулез поздно диагностируется и иногда заканчивается летальным исходом. Туберкулез матери представляет большую опасность для ребенка. Следовательно, сочетание туберкулеза и беременности весьма актуально и требует пристального внимания врачей фтизиатров. В настоящее время эпидемия туберкулеза перешла в категорию общенационального масштаба. В нашей Республике каждый час заболевает туберкулезом 4 человека и умирает от него 1 больной. Женщины, особенно беременные и родившие, а также дети являются наиболее уязвимым к туберкулезу контингентом: они более чувствительны к ухудшению эпидемиологической ситуации и обуславливающим ее социальным факторам [9]. Предрасполагающим фактором заболевания туберкулезом женщин молодого возраста является наличие контакта, наиболее опасного для беременных и родивших женщин [9], особенно двойного или из очага смерти [33]. В

современных условиях впервые выявленный туберкулез органов дыхания у женщин характеризуется утяжелением структуры клинических форм, большой протяженностью поражения, учащением деструкции легочной ткани, обильным бактериовыделением. Общеизвестно, что здоровье женщин определяет здоровье нации, а больные туберкулезом женщины являются более серьезным источником распространения инфекции из-за их более тесного контакта с детьми [10].

Ключевые слова: беременность, туберкулез легких, туберкулез, влияние туберкулеза на плод и новорожденного, урогенитальный туберкулез, врач общей практики.

Актуальность: Туберкулез Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) объявлен угрозой всему миру. В Узбекистане, на фоне снижения уровня жизни населения, в 1990-2000 гг. распространенность туберкулеза среди населения увеличилась в два раза. Из территории Республики Узбекистан наиболее неблагоприятна ситуация с туберкулезом в Хорезмской области и в Каракалпакистане, где он достиг масштабов эпидемии. Среди болеющих существенно увеличился удельный вес женщин, болеющих преимущественно в наиболее репродуктивном, производительном возрасте, от 19 до 32 лет. В период беременности и после родов заболеваемость женщин в 22,5 раза выше, чем в этом же возрасте вне беременности. Нередко в этом сочетании туберкулез поздно диагностируется и иногда заканчивается летальным исходом. Туберкулез матери представляет большую опасность для ребенка. Следовательно, сочетание туберкулеза и беременности весьма актуально и требует пристального внимания врачей фтизиатров, акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов а также других специалистов.

Цель исследования: изучить влияние деструктивных форм лёгочного туберкулеза на течение беременности, родов, перинатальные исходы.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2018 г. в Хорезмском областном противотуберкулезный диспансер под наблюдением находились 73 беременные пациентки с туберкулезом (группа ТБ +ТБ)-. К ним подбирались беременные без туберкулеза, находившиеся на лечении в Хорезмском областном противотуберкулезный диспансере в данный период времени (n = 73; группа Б). При подборе в пару у пациенток группы Б учитывали следующие данные: возраст, социальный статус, наличие привычных интоксикаций (никотиновой, алкогольной, наркотической). Тип исследования – случай-контроль.

Результаты исследования: Большинство женщин в группах ТБ + Б и Б были домохозяйками, не работали (57/73 (78,1 ± 4,8%) и 51/73 (69,9 ± 5,4%) соответственно, p = 0,258), имели среднее образование (60/73 (82,2 ± 4,5%) и 57/73 (78,0 ± 5,6%) соответственно, p = 0,678), имели никотиновую зависимость (47/73 (64,3 ± 5,6%) и 45/73 (61,6 ± 5,7%) соответственно, p =

0,732). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: частые выкидыши чаще встречались у пациенток в группе ТБ + Б – 48/73 (65,7 ± 3,5%), чем в группе Б – 33/73 (45,2 ± 2,7%), $p = 0,02$.

У большинства женщин группы ТБ + Б беременность наступала на фоне лечения туберкулеза – 59/73 (80,8%). Получали лечение по поводу впервые выявленного туберкулеза и рецидива 40/73 (54,7%) женщин, 33/73 (45,2%) – были ранее неэффективно лечены. Более чем у половины женщин в группе ТБ + Б выявляли бактериовыделение – 41/73 (56,1%) и деструкцию легочной ткани – 38/73 (52,0%). Среди пациенток с бактериовыделением определена высокая частота множественной лекарственной устойчивости возбудителя (МЛУ МБТ) – 18/41, 43,9%. В стартовой терапии туберкулеза в группе ТБ + Б преимущественно применяли препараты основного ряда – у 40/73 (54,8%).

После получения результатов теста лекарственной чувствительности МБТ проводили коррекцию режимов и схем химиотерапии. Препараты резерва для лечения туберкулеза с МЛУ МБТ использовали у 18/73 (24,6%) пациенток. Длительность основного курса лечения туберкулеза составила $13,0 \pm 4,9$ мес., медиана 12 (1; 34) мес. На период беременности пришлось четверть основного курса лечения туберкулеза – $3,8 \pm 3,1$; медиана 3 (0; 9) мес.

У большинства женщин групп ТБ + Б и Б беременность закончилась родами в срок (61/73 (83,6 ± 4,2%) и 63/73 (86,3 ± 4,0%) соответственно, $p = 0,488$. Преждевременные роды чаще регистрировали у пациенток группы ТБ + Б – 9/73 (12,3 ± 3,8%) против группы Б – 4/73 (5,5 ± 2,7%), $p = 0,245$, развитие акушерских осложнений в родах отмечали у женщин обеих групп – 10/73 (13,6 ± 4,6%) и 6/73 (8,2 ± 3,2%) соответственно, $p = 0,427$. Оперативное родоразрешение достоверно чаще было необходимо пациенткам группы ТБ + Б 29/73 (39,7 ± 5,8%) против 7/93 (9,6 ± 3,4%) в группе Б, $p = 0,001$. Осложнения в послеродовом периоде отмечали у 8/73 (10,9 ± 3,4%) и 5/73 (6,8 ± 3,2%) родильниц в группах ТБ + Б и Б ($p = 0,561$).

Все дети у женщин обеих групп родились живыми, с медианой оценки по шкале Апгар на 1-й и 5-й мин 8 баллов. Масса тела новорожденных, родившихся от матерей группы ТБ + Б, составила 3 100 (2 840; 3 260) г, а от матерей группы Б – 3 390 (3 000; 3 670) г по медиане. Вакцинация БЦЖ в роддоме проведена 56/73 (76,7 ± 4,9%) новорожденным от матерей группы ТБ + Б и 68/73 (93,2 ± 3,0%) новорожденным от матерей группы Б ($p = 0,006$).

Показаниями для отказа от БЦЖ-вакцинации явились: низкая масса тела новорожденных (менее 2 500 г) в группе ТБ + Б – у 9/73 (12,3%), в группе Б – у 4/73 (5,4%) ($p = 0,245$); врожденный порок сердца – у 1 (1,4%) и 0 (0%) соответственно, желтуха новорожденного – 2 (2,7%) и 1 (1,4%), кефалогематома – у 5 (6,8%) и у 0 (0%) соответственно.

Из группы ТБ + Б 3 (4,1%) ребенка выбыли из-под наблюдения после рождения. Остальные, не вакцинированные в роддоме дети обеих групп получили БЦЖ-М вакцинацию в поликлинике по месту жительства в сроки, утвержденные педиатром. Период наблюдения за детьми составил от 6 до 32 мес.

Доля недоношенных детей составила в группе ТБ + Б 5/73 ($6,8 \pm 3,0\%$) и в группе Б – 4/73 ($5,5 \pm 2,7\%$), $p = 1,000$, новорожденных с задержкой внутриутробного развития было 5/73 ($6,8 \pm 3,0\%$) и 5/73 ($6,8 \pm 3,0\%$), $p = 1,000$ соответственно. Врожденные аномалии диагностированы у одного ребенка в каждой группе (по 1/73 ($1,4 \pm 1,4\%$)). У ребенка группы ТБ + Б выявлен порок митрального клапана, у ребенка группы Б – расщелина твердого неба.

Результаты основного курса лечения туберкулеза у пациенток из группы ТБ + Б распределялись следующим образом: курс закончен эффективно у 47/73 ($64,4 \pm 4,7\%$), из них у пациенток без МЛУ МБТ – 42/55 (76,3%), с МЛУ МБТ – 5/18 (27,7%); курс лечения неэффективный – 18/73 ($24,7 \pm 4,4\%$), из них у пациенток без МЛУ МБТ – 10/55 (18,2%), с МЛУ МБТ – 8/18 (44,4%); отрыв от лечения – 2/73 ($2,8 \pm 2,2\%$); умерли от туберкулеза – 6/73 ($8,2 \pm 2,2\%$). Эффективность лечения туберкулеза в когорте больных Красноярского края в период с 2010 по 2014 г. без МЛУ МБТ составила 60,3-72,7%, с МЛУ-ТБ – 41,1-60,2%.

Выводы

1. Не выявлено статистически значимых различий по развитию акушерских осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде у пациенток с туберкулезом легких и без него.

2. Женщинам, больным туберкулезом, достоверно чаще проводили оперативное родоразрешение, кесарево сечение.

3. Характеристики новорожденных и частота аномалий развития у них сопоставимы в обеих группах.

4. Эффективность основного курса лечения туберкулеза, часть которого пришлось на период беременности, у пациенток без МЛУ МБТ была выше, чем в общей когорте больных в Красноярском крае. У беременных больных туберкулезом с МЛУ МБТ эффективность курса лечения оказалась ниже, чем в общей когорте. Таким образом, высокая заболеваемость среди населения детородного возраста, представляющего собой ближайший репродуктивный потенциал страны, определяет необходимость продолжения изучения взаимовлияния туберкулеза и беременности. Требуется организация и проведение многоцентровых исследований по всей России, создание единой базы на женщин с сочетанием туберкулеза и беременности, для того, чтобы на большом материале просчитать возможный риск прогрессирования туберкулеза, как на фоне беременности, так и после родов, и сформировать методические

рекомендации по ведению подобных пациенток с высоким уровнем доказательности.

Список литературы / References

1. Актуальные вопросы туберкулеза: учебное пособие / Под ред. В.Г. Кононенко. Изд. 2-е. Новосибирск, 2006. 90 с.
2. *Богадельникова И.В., Пунга В.В.* Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне. Медико-санитарное просвещение больных и их родственников. М.: ЦПУ Радуга, 2006. 30 с.
3. *Валиев Р.Ш., Гилязутдинова З.Ш.* Туберкулез и беременность: метод. пособие. Казань: Медицина, 2000. 85 с.
4. *Визель А.А., Гурылева М.Э.* Туберкулез. М. Медицина, 1999. 208 с.
5. *Глазкова И.В., Волкова Е.Н., Молчанова Л.Ф.* Факторы риска развития туберкулеза у женщин репродуктивного возраста // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2010. № 4. С. 23-26.
6. *Гулуа И.Р., Жученко О.Т., Семькина Н.Г.* Особенности функции яичников у женщин при различных локализациях туберкулеза // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов, 2002. № 2. С. 16-20.21
Влияние беременности на течение специфического процесса в легких
7. *Жученко О.Г., Габарник А.Е., Курносова И.С., Айдамирова Р.М., Зангиева З.А.* Репродуктивное здоровье у женщин при туберкулезе // Туберкулез и болезни легких, 2011. Т. 88. № 4. С.148.
8. *Жученко О.Г., Радзинский В.Е.* Репродуктивное здоровье женщин с лёгочным и урогенитальным туберкулёзом // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2004. № 7. С. 58-62.
9. *Ильина Т.Я., Муминов Т.А., Калдыбаев С.К.* Туберкулез органов дыхания и эффективность его лечения в некоторых группах повышенного риска // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2000. № 4. С. 9-11.
10. *Каюкова С.И., Стаханов В.А., Макаров О.В.* Беременность и туберкулез – современное состояние проблемы // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2003. № 9. С. 31-35.
11. Клинические лекции по фтизиатрии: лекционный курс. Ч. II / Под ред. Т.П. Маслаускене. Иркутск, 2006. 109 с.
12. *Ковганко П.А.* К проблеме туберкулеза и материнства // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2003. № 4. С. 46-48.
13. *Ковганко П.А., Евстигнеев С.В., Петрухин В.А.* Течение беременности и родов у женщин с туберкулезом органов дыхания // Российский вестник акушера-гинеколога, 2005. Т. 5. № 2. С. 24-26.
14. *Колачевская Е.Н., Воротинова Н.А., Тютикова Т.И.* Туберкулез и беременность // Туберкулез у детей и подростков: руководство / Под ред. Е.Н. Янченко, М.С. Греймер. Изд. 2-е, перераб. и доп. СПб., 1999. 336 с.