ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

М.И. Борисова^{1,2}, Н.Г. Савицкая²

TUBERCULOSIS DETECTION IN THE NON-SPECIALIZED MATERNITY HOSPITALS

M.I. Borisova, N.G. Savitzkaya

Анализ историй болезни 18 пациенток, переведенных в послеродовом периоде в акушерское отделение для больных туберкулезом МНПЦ борьбы с туберкулезом в 2011 г. из родильных домов общего профиля с подозрением на туберкулез (у 17 этот диагноз был подтвержден), показал, что в акушерских учреждениях общего профиля туберкулез выявляют несвоевременно, что свидетельствует об отсутствии настороженности в отношении туберкулеза в акушерской среде. Выявление туберкулеза на фоне беременности позволяет исключить опасный контакт больной матери с новорожденным и другими пациентками родильного дома общего профиля и их детьми. Строгое соблюдение нормативных правил по выявлению туберкулеза в окружении беременных, расширение показаний для рентгенологического обследования беременных и женщин в послеродовом периоде, как группы повышенного риска заболевания туберкулезом, может способствовать своевременной диагностике инфекционного процесса.

Ключевые слова: выявление туберкулеза, беременность, послеродовый период.

The study, based on 18 females, referred in the course of 2011 year during the puerperal period in the specialized obstetrics department of the Moscow Research and Clinical TB Control Center with suspected TB (in 17 TB was confirmed), demonstrate the delay in tuberculosis (TB) detection in patients of non-specialized maternity hospitals due to the lack of alertness to tuberculosis among obstetricians. Early TB detection in pregnant allow exclude harmful contacts of an infected mother with her newborn baby and other patients of maternity hospitals. Strict observance of all regulations for TB detection in those contacting with pregnant as well as wider referral to X-ray examination of pregnant and women in puerperal period forming high-risk group for TB, may contribute to timely diagnosing this infection.

Keywords: tuberculosis detection, pregnancy, puerperal period.

Введение

В последние годы отмечена тенденция к росту заболеваемости туберкулезом женщин [4]. При этом наибольший риск заболеть туберкулезом имеют женщины в возрасте 25-34 лет [1, 2, 4], то есть находящиеся в репродуктивном периоде жизни. Заболеваемость туберкулезом среди беременных и родильниц в 1,5-2 раза превышает общий показатель заболеваемости у женщин [1, 4, 5]. Наиболее опасен в плане развития туберкулеза первый триместр беременности [2]. Выявление

туберкулеза на фоне беременности сопряжено с определенными сложностями: беременность является относительным противопоказанием для выполнения ряда исследований, проводимых при подозрении на туберкулез [1, 2, 3, 5]. С другой стороны, мать, страдающая активным туберкулезом органов дыхания, представляет серьезную опасность для новорожденного. Поэтому выявление туберкулеза на фоне беременности является также профилактикой инфицирования новорожденных микобактериями туберкулеза.

¹ ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России», кафедра фтизиатрии

² ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Цель работы

Повышение эффективности выявления туберкулеза у женщин на фоне беременности и в послеродовом периоде.

В задачи работы входил анализ случаев несвоевременного выявления туберкулеза в акушерских учреждениях общей лечебной сети; учет наличия контакта новорожденного с больной туберкулезом матерью, разработка предложений по улучшению выявления туберкулеза у беременных и женщин в послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования

Изучены материалы историй болезни и рентгенологический архив группы женщин, переведенных в послеродовом периоде в акушерское отделение для больных туберкулезом Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы (МНПЦ борьбы с туберкулезом) в 2011 г. из родильных домов общего профиля с подозрением на туберкулез, а также истории болезни новорожденных детей этих женщин, которых наблюдали в детском отделении роддома МНПЦ борьбы с туберкулезом. Изучаемую группу составили 18 пациенток в возрасте от 20 до 38 лет (21,9% от общего числа лечившихся в отделении). Всем женщинам данной группы проводили общепринятые рентгенологические, лабораторные и инструментальные исследования, показанные при подозрении на туберкулез органов дыхания или внелегочных локализаций.

Результаты исследования и обсуждение

Большинство из исследуемой группы женщин (10 пациенток – 55,5%) были в возрасте от 20 до 25 лет, пять (27,8%) – в возрасте от 26 до 30 лет. Все они до наступления беременности не состояли на учете в противотуберкулезных организациях. Большинство женщин (16 – 88,9%) были приезжими из центральноазиатских стран СНГ (Киргизия, Таджикистан) или Республики Дагестан, не работали и имели неоконченное среднее образование. Две женщины проживали в Московской области, одна из них работала в г. Москве офисным менеджером, имела среднее образование.

Только две женщины были обследованы методом цифровой флюорографии за год до выявления туберкулезного процесса. Все остальные длительно не обследовались и за медицинской помощью не обращались.

Диагноз туберкулеза был подтвержден у 17 пациенток из 18, а у одной женщины была выявлена плеввропневмония, осложненная экссудативным плевритом, развившаяся на фоне остаточных изменений после спонтанно излеченного туберкулеза органов дыхания.

У большинства пациенток был диагностирован туберкулез органов дыхания (14 чел. – 82,4%), но у трех (17,6%) был выявлен генерализованный туберкулез с поражением легких, вну-

тригрудных лимфатических узлов и наличием внелегочных локализаций. Бактериовыделение было обнаружено у восьми женщин (47,1%), наличие деструкции легочной ткани – у девяти (52,9%).

Таблица. Формы туберкулеза, выявленные у включенных в исследование больных

Форма туберкулеза	Число больных	
	абс.	%
Туберкулез органов дыхания	14	82,4
в том числе:		
инfiltrативный	5	29,4
диссеминированный	3	17,6
фиброзно-кавернозный	2	11,8
экссудативный плеврит	3	17,6
туберкулема	1	5,9
Генерализованный туберкулез с поражением легких, внутригрудных лимфатических узлов и наличием внелегочных локализаций	3	17,6
Всего	17	100,0

Анализ клинических форм туберкулеза, выявленного у изучаемой группы женщин (таблица), объема поражения и фазы течения инфекционного процесса в сопоставлении с состоянием на момент выявления (срок беременности, послеродовой период) свидетельствует о поздней диагностике туберкулеза у большинства женщин. Лишь экссудативный туберкулезный плеврит, развившийся на фоне беременности у трех больных, был своевременно выявлен и пролечен, о чем свидетельствовало отсутствие признаков осумкования выпота при выявлении заболевания и достигнутое впоследствии клиническое излечение без выраженных остаточных изменений. Во всех остальных 14 случаях (82,4%) значительная распространенность туберкулезного процесса, прогрессирующее течение с наличием распада и обсеменения легочной ткани и признаки хронизации (фиброзные изменения) позволили с уверенностью утверждать, что на момент выявления туберкулеза эти женщины были больны в течение многих месяцев, а двое с фиброзно-кавернозным туберкулезом – уже несколько лет.

У девяти пациенток туберкулез органов дыхания был выявлен на фоне беременности (*первая подгруппа*). Семь из них были госпитализированы в родильные дома общего профиля по акушерским показаниям (угроза преждевременных родов) и с клиническими проявлениями интоксикации и легочного заболевания (кашель, боли в груди, слабость, потливость, лихорадка). У одной женщины туберкулезный плеврит был выявлен на ранних сроках беременности. Все пациентки этой подгруппы получали адекватную противотуберкулезную

терапию. Роды осуществлены в Родильном доме № 14 Департамента здравоохранения города Москвы¹, куда женщины были госпитализированы в плановом порядке в связи с плановой мойкой родильного дома МНПЦ борьбы с туберкулезом.

У других восьми женщин туберкулез впервые был выявлен в послеродовом периоде (*вторая подгруппа*). Из них у двух пациенток туберкулезный процесс был выявлен при профилактической флюорографии перед выпиской из родильного дома, а у шести женщин имели место клинические признаки заболевания органов дыхания (кашель, боли в груди при дыхании) или органов брюшной полости (боли в животе) и проявления интоксикации (слабость, потливость, лихорадка до фебрильных цифр). У двух женщин указанные выше клинические симптомы развились через одну-две недели после выписки из роддома.

В то же время, тщательный анализ анамнеза женщин из данной подгруппы показал, что в период беременности женщины отмечали ухудшение самочувствия, кашель, что трактовали как вирусную инфекцию.

Контакт с новорожденными был исключен у всех женщин первой подгруппы до проведения рентгенологического и бактериологического обследования в послеродовом периоде. Двум из них контакт с детьми был разрешен фтизиатром, так как по результатам обследования эти женщины не представляли эпидемической опасности. Напротив, все женщины из второй подгруппы сразу после родов имели тесный контакт с новорожденными и кормили их грудью. Продолжительность контактов определялась сроком выявления туберкулеза или появления признаков заболевания (в среднем от пяти до 12 суток). Максимально длительный контакт больной туберкулезом матери с ее грудным ребенком составил 27 суток. При этом пяти новорожденным была проведена вакцинация БЦЖ, так как факт заболевания матери туберкулезом был еще неизвестен, а дети не имели противопоказаний к вакцинации.

Таким образом, в анализируемой группе женщин туберкулез был выявлен впервые в 100% случаев. Клинические признаки туберкулезного процесса имели место у 88,0% больных. Несвоевременное выявление туберкулеза можно констатировать у 82,4% пациенток. Контакт с новорожденными контролировался фтизиатром во всех случаях выявления туберкулеза на фоне беременности. Напротив, при выявлении туберкулеза в послеродовом периоде все женщины имели тесный и, в ряде случаев, продолжительный контакт со своими грудными детьми. Учитывая, что 88% женщин не были обследованы рентгенологически в течение года и более, они подлежали флюорографическому исследованию в послеродовом периоде как группа риска по заболеванию туберкулезом. Но обследование

в родильном доме общего профиля либо не проводили вообще, либо проводили перед выпиской, уже после контакта с новорожденным. Это свидетельствует о низкой настороженности акушеров-гинекологов общей лечебной сети в отношении туберкулеза.

С эпидемиологической точки зрения все женщины анализируемой группы, помимо беременности и родов, имели высокий риск заболевания туберкулезом одновременно по нескольким социальным признакам: мигранты, не работающие (имеющие низкий уровень дохода), не практикующие профилактические медицинские обследования, курящие. Следует отметить, что в рассматриваемой группе была только одна женщина с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Вероятно, этот факт отражает высокую настороженность инфекционистов в отношении туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Заключение

В акушерских учреждениях общего профиля туберкулез выявляется несвоевременно, что свидетельствует об отсутствии настороженности в отношении туберкулеза в акушерской среде. Выявление туберкулеза на фоне беременности позволяет исключить опасный контакт больной матери с новорожденным, а также с другими пациентками родильного дома общего профиля и их детьми. Несвоевременное выявление туберкулеза у беременных может объясняться запретом акушеров на рентгенологическое исследование во время беременности. В то же время, на поздних стадиях беременности проведение цифровой флюорографии под защитой свинцового фартука менее опасно для плода, чем контакт новорожденного с больной туберкулезом матерью, тем более с последующей вакцинацией ребенка от туберкулеза. Нам представляется, что для повышения выявления туберкулеза в акушерских учреждениях общего профиля необходимо развивать настороженность акушеров-гинекологов в отношении туберкулеза, соблюдать имеющиеся нормативные правила, предписывающие более внимательное отношение к лицам с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза, с сочетанием ряда факторов повышенного риска заболевания туберкулезом, как медицинских, так и социальных. Роженицы и родильницы, особенно длительно не обследованные рентгенологическими методами, должны проходить профилактическую флюорографию органов грудной клетки до первого контакта с новорожденным. Женщины с любыми остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза должны быть во время беременности консультированы фтизиатром. Роды у женщин этой группы также должны проводиться в специализированном акушерском учреждении или отделении.

¹ По приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 25.10.2013 № 1028 Родильный дом № 14 был реорганизован в ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» Филиал № 2.

Литература

1. Каюкова С.И. Взаимовлияние беременности, родов, послеродового периода и туберкулеза органов дыхания у женщин в условиях мегаполиса: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 157 с.
2. Ковганко П.А. Влияние легочного и внелегочного туберкулеза на течение беременности, родов и перинатальные исходы: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 286 с.
3. Макаров О.В., Каюкова С.М., Стаханов В.А. Беременность и туберкулез // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 1. – С. 23-26.
4. Противотуберкулезная работа в городе Москве. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, 2012 г. / Под ред. Е.М. Богородской и В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ. – 2013. – 164 с.
5. Фтизиатрия: национальное руководство / гл. ред. М.И. Перельман. – М.: Гэотар-Медиа, 2007. – 512 с.

Сведения об авторах

Борисова Марина Ильинична – доцент кафедры фтизиатрии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России», фтизиатр-консультант родильного дома Клиники № 2 ГКУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук, доцент

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Стромынка, д. 10

Тел. +7 (915) 117-06-95

e-mail: m.i.borisova@mail.ru

Савицкая Наталья Георгиевна – врач акушер-гинеколог отделения для больных активным туберкулезом родильного дома Клиники № 2 ГКУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Барболина, д. 3

Тел. +7 (499) 268-26-20