

Н.В. Попова, О.Я. Лещенко, Л.В. Сутурина

РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ЖЕНСКОМ БЕСПЛОДИИ

ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН (Иркутск)

Проанализированы статистические отчеты и амбулаторные карты женщин репродуктивного возраста с бесплодием за 2008–2011 гг. После внедрения активного мониторинга бесплодных пар выявление мочеполового туберкулеза у пациенток с бесплодием возросла от 0 до 18 %.

Ключевые слова: мочеполовой туберкулез женских половых органов, бесплодие, репродуктивное здоровье

SOME RESULTS OF ACTIVE DETECTION OF GENITAL TUBERCULOSIS IN INFERTILE WOMEN

N.V. Popova, O.Y. Leshchenko, I.V. Suturina

Scientific Center of family health and human reproduction problems Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences, Irkutsk

The article presents the results of analysis of statistics and hospital records of women of reproductive age with infertility, who were examined in 2008–2011. It was shown that after the implication of active monitoring of infertile women tuberculosis prevalence in risk group increased from 0 to 18 %.

Key words: urogenital tuberculosis, infertility, reproductive health

В конце 70-х гг. количество бесплодных пар в мире составило 5 % (ВОЗ, 1977). Сегодня эта цифра равна 10–15 % по обращаемости и доходит до 18–20 %, а по некоторым данным до 30 % при активных полевых исследованиях. Углубленный анализ причин бесплодия в специализированных клиниках указывает на рост сочетаний нарушений менструально-овариального цикла и трубно-перитонеального фактора (до 85 %), степень выраженности которых определяется длительностью заболевания и особенностями предшествующего лечения [3].

По данным активного выявления, доля бесплодных женщин в Иркутской области составила $19,56 \pm 1,1$ %, не выявлено значимых различий между городскими ($18,94 \pm 1,3$ %) и сельскими ($21,17 \pm 0,74$ %) женщинами. Частота женщин с первичным бесплодием составила $32,5 \pm 0,7$ %, вторичным бесплодием — $67,5 \pm 0,7$ %. Официальные данные распространенности бесплодия по обращаемости (0,411 случая на 100 женщин репродуктивного возраста) и данные, полученные при активном выявлении ($19,56 \pm 1,1$ %) ($z = 4,31^*$; $\alpha = 0,05$), позволяют сделать вывод о том, что официальная статистика не отражает реальную распространенность женского бесплодия [1, 4].

В структуре женского бесплодия в браке преобладает вторичное бесплодие ($67,5 \pm 0,7$ %), первичное бесплодие выявлено у $32,5 \pm 0,7$ % женщин Иркутской области, что согласуется с данными ряда исследований, проведенных на территории Российской Федерации [1, 4]. Средний возраст женщин с бесплодием составил $29,52 \pm 5,96$ лет. Среди причин женского бесплодия по данным анкетирования отмечен маточный фактор у 18,7 %, трубный фактор — у 12,4 % [1, 4]. В соответствии с классификацией

МКБ-10 бесплодие трубного происхождения было диагностировано у 61,8 % женщин, непроходимость маточных труб выявлена у 50,7 % женщин с бесплодием [1, 4].

За последние 20 лет в РФ отмечается ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, особенно в Сибирском федеральном округе. Иркутская область является территорией с наиболее высокими показателями распространенности, заболеваемости и смертности от туберкулеза [7, 8].

Туберкулез женских половых органов является редким заболеванием и встречается в 3,2–3,5 случаев на 100 тыс. населения [2, 5, 6]. Несмотря на то, что распространенность заболевания не превышает в популяции 1 %, мочеполовой туберкулез занимает ведущее место в структуре внелегочных форм [2, 5–7]. В то же время, истинную распространенность урогенитального туберкулеза установить практически невозможно, поскольку прижизненная диагностика остается невысокой (6,5 %) в сравнении с патологоанатомическими исследованиями [2, 5, 6].

Туберкулез женских половых органов манифестирует в молодом возрасте в период первичной гематогенной диссеминации туберкулеза и может скрываться под маской сальпингоофорита, кист яичников, внематочной беременности, бесплодия, маточных кровотечений, дисфункции яичников и т. д. [2, 5, 6]. Протекая латентно, инфекционный процесс вовремя не диагностируется. Клинические проявления генитального туберкулеза чаще совпадают с началом половой жизни. Период от начала заболевания до установления правильного диагноза нередко достигает 5–20 лет. При этом пациентки долгие годы могут иметь только одну жалобу — бесплодие. Воспалительные заболева-

ния генитального тракта у женщин требуют тщательного диагностического обследования, так как доля диагностических ошибок при этой патологии чрезвычайно высока. Особенно часто это наблюдается при туберкулезном поражении внутренних половых органов, встречающемся в 3 — 25 % среди женщин, страдающих бесплодием [2, 3, 6].

Актуальность современной диагностики туберкулеза женских гениталий определяется несоответствием объективного увеличения распространенности легочного туберкулеза и субъективной низкой распространенностью урогенитального туберкулеза, связанным со сложностью его выявления и результатами лечения. Также объективен факт увеличения распространенности трубноперитонеального бесплодия у женщин, причиной которого зачастую является генитальный туберкулез. Из-за отсутствия скрининговых диагностических тестов мочеполовой туберкулез выявляют на поздних стадиях при необратимых анатомических изменениях мочеполовых органов [2, 3, 5, 6].

Цель исследования: определить частоту генитального туберкулеза при его активном выявлении у бесплодных женщин соответствующей группы риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью изучения распространенности туберкулеза женских половых органов у пациенток репродуктивного возраста с бесплодием проанализированы статистические отчеты и амбулаторные карты (форма 025/у-04) на базе МАУЗ «Городская Клиническая Больница № 8 г. Иркутска» за период 2008 — 2011 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2008 г. на диспансерном учете в Женской консультации МАУЗ Городская Клиническая Больница № 8 г. Иркутска находилось 18 755 женщин фертильного возраста. С диагнозом бесплодие за этот период зарегистрировано всего 44 женщины. Из них после определенного обследования и лечения беременность наступила у 5 женщин (11,4 %). Большинство пациенток не получили обследование и лечение в полном объеме по разным объективным и субъективным причинам, туберкулез женских половых органов не был выявлен ни в одном случае.

Учитывая, что статистические данные распространенности женского бесплодия по обращаемости не соответствуют соответствующим показателям, полученным при активном выявлении, с 2009 г. в Женской консультации № 8 внедрен мониторинг бесплодных супружеских пар (приказ № 219-08-173/9 Департамента здравоохранения г. Иркутска от 02.04.09.). Мониторинг представляет собой систему оперативного наблюдения за состоянием и изменением здоровья бесплодной пары.

Обследование женщин с бесплодием осуществлялось в соответствии с существующими приказами и протоколами, в том числе — Приказом Минздрава России от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных меро-

приятий в Российской Федерации», Постановлением Минздрава России и Главного государственного врача РФ № 62 от 22 апреля 2003 г. «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил «Профилактика туберкулеза» СП 3.1.1295-03, Приказом Минздравсоцразвития России от 29 октября 2009 г. № 855.

С 2009 г. по 2011 г. на одном из участков Женской консультации № 8 (опытная группа) в результате внедрения алгоритма по формированию групп риска заболеваемости туберкулезом половых органов у женщин с бесплодием было выявлено 50 женщин с высокой степенью риска урогенитального туберкулеза. В результате углубленных исследований в условиях Областного противотуберкулезного диспансера у 9 женщин из группы риска выявлен туберкулез женских половых органов (18 %). Необходимо отметить, что у двоих женщин генитальный туберкулез выявлен после проведенного оперативного лечения по поводу трубно-перитонеального бесплодия и нескольких курсов безуспешной стимуляции овуляции.

На других участках Женской консультации № 8, где алгоритм формирования групп риска генитального туберкулеза среди бесплодных женщин не использовался, частота выявления туберкулеза половых органов осталась на прежнем уровне, то есть была нулевой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика туберкулеза женских половых органов основана на комплексе традиционных и новых диагностических методов, применяемых в определенной последовательности в амбулаторных и/или стационарных условиях. Обследование занимает несколько месяцев, что создает определенные трудности для пациенток в профессиональных и личных отношениях. При выявлении туберкулеза гениталий пациентки нуждаются в антибактериальном лечении в течение 1 — 2 лет, а по показаниям и больше, затем назначается прерывистое лечение с целью предотвращения рецидива заболевания, в течение еще 1 — 2 лет. Таким образом, наступление желанной беременности «откладывается» на неопределенный промежуток времени. Следует учитывать и то, что бесплодие часто встречается у женщин старше 30 лет и шансы к наступлению овуляции с каждым годом у них снижаются. В отношении клинического излечения туберкулеза прогноз благоприятный. Значительно хуже обстоит дело с реабилитацией детородной функции, так как заболевание диагностируют поздно, когда, как правило, уже имеются практически необратимые анатомо-функциональные изменения в маточных трубах [4].

Для своевременной диагностики туберкулеза женских половых органов в учреждениях общей лечебной сети необходимо активное выделение групп риска генитального туберкулеза с последующим углубленным обследованием в противотуберкулезном диспансере:

- женщины, состоящие на учете или снятые с учета по поводу туберкулезного процесса любой локализации;
- женщины, имевшие или имеющие контакт с больными активными формами туберкулеза любой локализации;
- женщины, требующие наблюдения по поводу бесплодия и стойких функциональных нарушений менструального цикла, особенно не поддающихся гормональной терапии;
- женщины с длительно существующими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, особенно при отсутствии эффекта от проводимой неспецифической противовоспалительной терапии в течение трех и более лет;
- девушки-подростки с выражом туберкулиновых проб, с явлениями интоксикации при наличии функциональных изменений со стороны половой сферы или нелокализованных абдоминальных болей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бесплодный брак в современных условиях Восточной Сибири / Л.И. Колесникова [и др.] // Проблемы медико-демографического развития и воспроизводства населения в России и регионах Сибири : материалы Всеросс. конф. — Иркутск, 2007. — С. 130 — 134.
2. Крайненко Е.В. Современные аспекты туберкулеза женских половых органов (эпидемиология, клиника, диагностика) : дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 172 с.
3. Кулаков В.И., Лопатина Т.В. Репродуктивное здоровье населения России // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В.И. Кулакова. — М., 2006. — С. 10 — 19.
4. Лещенко О.Я. Основные факторы и детерминанты потерь репродуктивного потенциала женского населения Восточной Сибири : автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Иркутск, 2011. — 46 с.
5. Перельман М.И. Фтизиатрия. Национальное руководство. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 512.
6. Совершенствование диагностики генитального туберкулеза у женщин репродуктивного возраста / А.В. Мордык [и др.] // Омск, Омская государственная медицинская академия, Клинический противотуберкулезный диспансер № 4. — www.pubmed.
7. Шилова М.В. Распространенность туберкулеза / Эпидемиология. — 2010. — Т. 1. — www.gosmedportal.com
8. Эпидемиология туберкулеза в Иркутской области / М.Е. Кошечев [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2011. — № 2 (78). — С. 138 — 142.

Сведения об авторах

Попова Надежда Викторовна — врач акушер-гинеколог женской консультации МАУЗ ГКБ № 8 г. Иркутска (Иркутск, ул. Баумана 214 а), аспирант ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН (Иркутск, ул. Тимирязева, 16, тел./факс 83952207636)

Сутурина Лариса Викторовна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН (Иркутск, ул. Тимирязева, 16, тел./факс 83952207636)

Лещенко Ольга Ярославна — доктор медицинских наук, руководитель лаборатории социально значимых инфекций ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН (Иркутск, ул. Тимирязева, 16, тел./факс 83952207636)