

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2013 • Том 7 • № 4

**Результаты
компьютерной морфометрии
при гиперплазии эндометрия**

РОЛЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В СТРУКТУРЕ БЕСПЛОДИЯ

Абашидзе А.А., Аракелян В.Ф.

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

Резюме: туберкулез женских половых органов достаточно актуален в последнее время. Особого внимания заслуживает увеличение численности женщин, больных туберкулезом, в возрасте 25-34 лет – возраста пика фертильности. Период от начала заболевания до установления правильного диагноза нередко достигает 5-20 лет. При этом пациентки долгие годы могут иметь только одну жалобу – бесплодие. Актуальность современной диагностики туберкулеза женских половых органов определяется несоответствием объективного увеличения распространенности легочного туберкулеза и субъективной низкой распространенностью урогенитального туберкулеза, связанным со сложностью его выявления и результатами лечения. Среди современных методов иммунодиагностики туберкулеза большое значение приобретает выявление специфических антигенов к микобактерии туберкулеза в периферической крови с помощью иммуноферментного анализа и иммунохроматографического экспресс-теста.

Ключевые слова: туберкулез, женщины репродуктивного возраста, диагностика.

Заболелаемость туберкулезом у женщин репродуктивного возраста в современных условиях приобретает особую значимость, так как охрана здоровья данной группы населения как фактора национальной безопасности (при сохраняющихся негативных демографических тенденциях и депопуляции населения) стала одним из основных направлений деятельности органов и учреждений здравоохранения.

Большой ущерб здоровью женщин наносят инфекционные заболевания, среди которых особое место занимает туберкулез, так как при ухудшившихся социально-экономических условиях жизни населения он становится одной из ведущих медико-социальных проблем. Особого внимания заслуживает увеличение численности женщин, больных туберкулезом, в возрасте 25-34 лет – возраста пика фертильности (в России показатель заболеваемости составил

в 2008 г. 145,5, в 2009 г. – 153,6 на 100 тыс. населения) [3,14].

Согласно данным государственной статистики заболеваемость туберкулезом в России составляет 82 случая на 100 тыс. населения. В нашей стране туберкулез является ведущей причиной смертности от всех инфекционных заболеваний и составляет 80%. В 2009 г. от туберкулеза умерло 23,3 тыс. больных, ежедневно по причине этого заболевания уходило из жизни 64 человека, а ежечасно – трое. При этом статистика отмечает смертность преимущественно трудоспособного населения в возрасте от 25 до 44 лет [10].

Внимания заслуживает мочеполовой туберкулез у женщин репродуктивного возраста, в т.ч. и у беременных, так как эта форма туберкулезного процесса вследствие локализации патологического процесса в маточных трубах, поздней диагностики приводит к бесплодию, а в сочетании с беременностью неблагоприятна в связи с увеличением нагрузки на почки, что, в свою очередь, может привести к функциональной почечной недостаточности, показаниям к прерыванию беременности и высоким рискам неонатальной и материнской смертности [11].

Показатель заболеваемости населения туберкулезом с внелегочными локализациями снижается за счет уменьшения до 18,2% числа заболевших туберкулезом мочеполовых органов. Сложившаяся ситуация по внелегочному туберкулезу не соответствует действительности в связи с ростом обнаружения, в первую очередь, распространенных, деструктивных форм и это обусловлено недостатками выявления и диагностики внелегочных форм туберкулеза [2].

Согласно данным Lasmar et al., при ретроспективном анализе 1548 историй болезни с диагнозом генитального туберкулеза, в период с 1940 по 2011 г., у 7,4% пациенток было выявлено первичное бесплодие и у 0,8% – вторичное бесплодие [16]. Mondal S.K. et al. утверждают, в структуре туберкулеза женских половых органов, туберкулез эндометрия составляет 55,88%, фаллопиевых труб – 23,53%, яичников – 14,71%, шейки матки – 5,88% [17]. Согласно данным Banu J. et al. трубно-перитонеальный туберкулез составляет 36%, двусторонняя непроходимость труб – 60%,

односторонняя непроходимость трубы – 40% соответственно [15].

Актуальность современной диагностики туберкулеза женских половых органов 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 трубно-перитонеального 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 [5,8].

Попова Н.В. и др. [9] утверждают, что, 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.

По данным Каюкова С.Ю. [4], анализ пути следования пациенток в процессе установления диагноза туберкулеза женских половых органов показал, что 57,7% исследуемых женщин обращались в учреждения медико-санитарного профиля г. Москвы и Московской обл. по поводу бесплодия, где им проводились различные лечебно-диагностические мероприятия (курсы неспецифической антибактериальной терапии, гормональная коррекция, искусственная инсеминация, хирургическое лечение, экстракорпоральное оплодотворение и т.д.). Общая длительность времени, затраченного на перечисленные исследования, составила, в среднем $4,26 \pm 0,2$ года с индивидуальными колебаниями от трех месяцев до 13 лет. Прежде чем пациентки попали в противотуберкулезный стационар, за более чем 4-летний срок предыдущих исследований отмечалась отрицательная динамика со стороны генитального туберкулеза (хрониза-

ция воспалительного процесса, нарастание спаечных изменений в полости малого таза, отсутствие эффективности от гормональной коррекции нарушений функции яичников). Кроме того, за этот период времени, помимо материальных затрат, при отсутствии эффективности от проводимой терапии, у женщин нередко развивались депрессивные состояния вследствие перенесенной длительной психологической травмы [4].

В качестве наиболее перспективных направлений в ранней диагностике туберкулеза следует выделить применение молекулярно-биологических (генетических) и иммунологических методов исследования [13,6].

Среди современных методов иммунодиагностики туберкулеза большое значение приобретает выявление специфических антител к микобактерии туберкулеза в периферической крови с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунохроматографического экспресс-теста (ИХА). Метод ИФА при обследовании пациентов с целью диагностики туберкулезного процесса обладает чувствительностью (число положительных результатов у здоровых лиц или больных нетуберкулезными заболеваниями) 79,3% и специфичностью 88,9%; метод ИХА – 72,4 и 96,3% соответственно [7].

Молекулярно-генетические методы обнаружения *Mycobacterium tuberculosis* основаны на полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Высокая чувствительность (возможность определять единичные микобактерии туберкулеза в образце диагностического материала) – 59,6%, специфичность – 98,7% и быстрота проведения анализа (1-2 дня) чрезвычайно ценны для клинической практики. Метод эффективен в отношении возбудителей с высокой антигенной активностью (в т.ч. L-форм), определение которых требует длительного культивирования и сложных питательных сред. Метод ПЦР перспективен для дифференциации *Mycobacterium tuberculosis* и нетуберкулезных микобактерий, а также для быстрого определения лекарственной устойчивости [1,12].

Литература:

1. Валиев Р.Ш., Фаизов Т.Х., Зайнуллин Л.И. Полимеразная цепная реакция в диагностике туберкулеза. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2005; 3: 25-27.
2. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез. СПб. 2000; 351-370.
3. Глазкова И.В., Волкова Е.Н., Молчанова Л.Ф. Факторы риска развития туберкулеза у женщин репродуктивного возраста. Туберкулез и болезни легких. 2010; 4: 14-17.
4. Каюкова С.Ю. Туберкулез женских половых органов – трудности диагностики редкой формы внелегочной туберкулеза. Современные проблемы науки и образования. 2012; 1: 1-7.
5. Кулаков В.И., Лопатина Т.В. Репродуктивное здоровье населения России. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / В.И. Кулаков. М. 2006; 10-19.
6. Мишин В.Ю., Борисов С.Е., Аксенова В.А. Диагностика и химиотерапия туберкулеза органов дыхания. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2005; 3: 58-59.
7. Морозова Т.И., Салина Т.Ю., Завалева И.И. Иммуноферментный и иммунохроматографический анализы в дифференциальной диагностике туберкулеза и онкологических заболеваний органов дыхания. Проблемы туберкулеза. 2003; 4: 20-21.
8. Перельман М.И. Фтизиатрия. Национальное руководство. М. 2007; 512 с.
9. Попова Н.В, Лещенко О.Я, Сутурина Л.В. Результаты активного выявления генитального туберкулеза при женском бесплодии. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2012; 3 (85). 1: 104-106.
10. Рахмадуллин Э.В. Медико-социальные аспекты рождаемости и репродуктивного поведения женщин в муниципальном районе: автореф. канд. ...мед. наук. 2008; 25.
11. Русановская Г.Ф., Камаев И.А., Шпрыков А.С., Востокова Н.В. Современные аспекты проблемы ранней диагностики туберкулеза у женщин репродуктивного возраста в Нижегородской обл. Медицинский альманах. 2011; 4 (17): 65-68.
12. Салина Т.Ю., Морозова Т.И. Полимеразная цепная реакция в режиме реального времени в диагностике туберкулеза легких.

- Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2008; 6: 12-14.
13. Скотникова О.И. Молекулярно-биологические методы во фтизиатрии. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2005; 8: 5-9.
14. Шилова М.В. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. Туберкулез и болезни легких. 2010; 5: 14-21.
15. Banu J., Bequm S.R., Fatima P. Association of pelvic tuberculosis with tubal factor infertility. Mymensingh. Med. J. 2009; 18 (1): 52-55.
16. Lasmar R.B., Barrozo P.R., Parente R.C., Lasmar B.P., Rosa D.B., Penna I.A., Dias R. Hysteroscopic evaluation in patients with infertility. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010; 32 (8): 393-397.
17. Mondal S.K., Dukka T.K. A ten year clinicopathological study of female genital tuberculosis and impact on fertility. JNMA J. Nepal. Med. Assoc. 2009; 48 (173): 52-57.

THE ROLE OF GENITAL TUBERCULOSIS IN THE STRUCTURE OF INFERTILITY

Abashidze A.A., Arakelyan V.F.

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Abstract: the problem of genital tuberculosis is very actual. Special attention deserves an increase the number of TB patients, aged 25-34 years – the age of peak fertility. The period from the beginning of the disease to establish a correct diagnosis is often reaches 5-20 years. Many years the patient can have only one complaint – infertility. The relevance of genital tuberculosis modern diagnostics is determined by the mismatch objective of increasing the prevalence of pulmonary tuberculosis and subjective low prevalence of urogenital tuberculosis associated with the complexity of its detection and treatment outcomes. Among the modern methods of immunodiagnostics tuberculosis, great importance is the identification of specific antibodies to Mycobacterium tuberculosis in the peripheral blood by enzyme immunoassay and immunochromatographic rapid test.

Key words: tuberculosis, women of reproductive age, diagnostics.