

Таблица. Параметры со статистически значимыми различиями ($p < 0,05$) у пациентов с микобактериозом и со спорадическим выявлением НТМБ

Table. Parameters with statistically significant differences ($p < 0.05$) in the patients with mycobacteriosis and sporadic detection of non-tuberculous mycobacteria

Параметры	Пациенты с микобактериозом (n = 39)	Пациенты со спорадическим выявлением НТМБ (n = 53)
Возраст (среднее, SD)	58,8 (15,3)	45,8 (18,4)
Положительный результат микроскопии мокроты (абс., %)	28 (71,8)	14 (26,4)
Количество образцов, в которых обнаружены НТМБ (среднее, SD)	2,13 (0,98)	1,04 (0,19)
Число пациентов, у которых были обнаружены <i>M. avium</i> или <i>M. intracellulare</i> (абс., %)	31 (79,5)	9 (16,9)
Обнаружение полостей при рентгенологическом обследовании (абс., %)	21 (58,3) n = 36*	11 (22,0) n = 50*

Примечание: * – у 3 пациентов в каждой группе результаты были недоступны

составила в среднем 0,41 на 100 тыс. населения в год. Среди всех пациентов с НТМБ чаще всего выделяли *M. avium* – у 29/92 (31,5%) и *M. intracellulare* – у 11/92 (11,9%).

У 36/39 (92,3%) больных микобактериозом для лечения применяли кларитромицин, чаще всего в комбинации с рифампицином и этамбутолом. Результаты лечения распределялись следующим образом: у 27/39 (69%) пациентов – эффективное лечение, у 1/39 (3%) пациента – безуспешное лечение, у 5/39 (13%) пациентов лечение прервано, 6/39 (15%) больных умерло.

Заключение. Заболеваемость микобактериозом в Архангельской области составила в среднем 0,41 на 100 тыс. населения в год. Основными возбудите-

лями микобактериоза легких являлись *M. avium* и *M. intracellulare*. Лечение микобактериоза требуется не всем пациентам с обнаруженными в материале НТМБ, так как однократное выявление НТМБ в мокроте может быть результатом колонизации или контаминации материала. У пациентов с микобактериозом при микроскопии мокроты чаще выявлялся возбудитель, а при рентгенологическом обследовании – полостные образования в легких. Эффективное лечение микобактериоза отмечалось в большинстве (69%) случаев.

Елисеев Платон Иванович
(Platon I. Eliseev)
E-mail: peditrics@yandex.ru

ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Нестеренко А. В.¹, Зими́на В. Н.², Каюкова С. И.³

¹КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», г. Красноярск, Россия
²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия
³ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва, Россия

IMPACT OF TUBERCULOSIS ON THE COURSE OF PREGNANCY, DELIVERY AND PERINATAL OUTCOMES

Nesterenko A. V.¹, Zimina V. N.², Kayukova S. I.³

¹Krasnoyarsk Regional TB Dispensary no. 1, Krasnoyarsk, Russia
²People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia
³Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia

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

Материалы и методы. В период с 2010 по 2014 г. в КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1» под наблюдением находились 73 беременные пациентки с туберкулезом (группа ТБ + Б). К ним по принципу «копия-пара» подбирались беременные без туберкулеза, находив-

шиеся на лечении в КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» 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. Статистическую обработку данных проводили с помощью статистического пакета прикладных про-

грамм IBM SPSS Statistics v.19, для сравнения групп использовали критерий χ^2 .

Результаты. Большинство женщин в группах ТБ + Б и Б 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 чаще встречался 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 ± 4,9 мес., медиана 12 (1; 34) мес. На период беременности пришлось четверть основного курса лечения туберкулеза – 3,8 ± 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 ± 3,0%) и в группе Б – 4/73 (5,5 ± 2,7%), $p = 1,000$, новорожденных с задержкой внутриутробного развития было 5/73 (6,8 ± 3,0%) и 5/73 (6,8 ± 3,0%), $p = 1,000$ соответственно. Врожденные аномалии диагностированы у одного ребенка в каждой группе (по 1/73 (1,4 ± 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 ± 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 ± 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 ± 2,2%); умерли от туберкулеза – 6/73 (8,2 ± 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.
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.

Нестеренко Анна Викторовна
(Anna V. Nesterenko)
E-mail: nesterenko.a@list.ru