

ВАГІТНІСТЬ, ПОЛОГИ ТА СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ У ЖІНОК ІЗ РІЗНИМИ ФОРМАМИ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Голяновський О.В., Сенчук А.Я., Берестовий О.О., Шупик В.І., Базелюк О.М.
Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Вступ. Всі захворювання легень у вагітних жінок протікають значно важче, ніж у невагітних. Вагітність у ряді випадків сприяє погіршенню протікання захворювань органів дихання. Це виникає внаслідок фізіологічних змін в органах дихання під час вагітності: посилена васкуляризація, набряк слизової оболонки верхніх дихальних шляхів та бронхів, пониження тону м'язової оболонки бронхів. Припіднята вагітною маткою діафрагма обмежує екскурсію легень та створює додаткове навантаження на дихальну та серцево-судинну систему, що, в свою чергу, сприяє пониженню дихальної функції та вентиляційних процесів в бронхах, дихальній поверхні легень, робить дихальні шляхи іще більш схильними до розвитку чи поширення захворювання.

У випадку активного туберкульозу легень, до цих, вже відомих змін, приєднується ряд вкрай несприятливих факторів (тубінтоксикація, вплив хіміотерапії і т.д.), що, безумовно, диктує необхідність досліджень та детального вивчення особливостей протікання вагітності, пологів та стану плода і новонародженого при даній

патології. Особливої актуальності дослідженням у даному напрямку надає загострення епідемічної ситуації по туберкульозу як в Україні, так і в цілому світі загалом та значним ростом захворюваності серед молодих людей на сучасному етапі.

Незважаючи на відомі досягнення в діагностиці та лікуванні туберкульозу, що знайшли своє відображення і в акушерській практиці [3, 4], існуючі наукові дослідження по проблемі туберкульозу в акушерстві малочисельні, а за останні десятиліття практично відсутні [1, 2].

Метою дослідження було вивчення особливостей протікання вагітності, пологів та стану новонароджених при різних формах активного туберкульозу легень у жінок.

Об'єкти та методи дослідження. Нами проведені ретроспективний та проспективний аналіз 124 обмінних карт, історій пологів та індивідуальних карт новонароджених у пацієнток, в яких були діагностовані активні форми туберкульозу легень. До аналізу включена медична документація акушерського відділення

туберкульозної лікарні №1 м.Києва за 1993-1999рр.

Отримані дані вносилися в спеціально розроблені карти. Якісним ознакам, залежно від градації, присвоювалося значення-код. Статистична обробка отриманих матеріалів здійснювалася методами варіаційної статистики із застосуванням параметричних, непараметричних

методів та відповідної критеріальної оцінки достовірності отриманих результатів. Обробка даних здійснювалася на ПЕОМ.

Результати дослідження. В залежності від клінічної форми туберкульозу легень та від виділення мікобактерій туберкульозу (МБТ), пацієнтки поділялися слідуочим чином (табл.1).

Таблиця 1

Виділення МБТ в залежності від форми легеневого туберкульозу

Бактері-овиділення	Стат. Показник	Інфільтративний	Туберкулома	Диссемінований	Вогнищевий	Кавернозний	Всього
МБТ [-]	абс.	36	6	12	42	2	98
	%	69,2	100,0	75,0	95,5	33,3	79,0
МБТ [+]	Абс.	16	0	4	2	4	26
	%	30,8	0	25,0	4,5	66,7	21,0
Всього	абс.	52	6	16	44	6	124
	%	41,9	4,8	12,9	35,5	4,8	100

Аналіз даних свідчить про те, що частіше вагітність у обстежених нами жінок наступала при негативних результатах на МБТ – 98 (79,0%). Позитивні результати обстеження на МБТ частіше відмічені при кавернозній (66,7%), інфільтративній (30,8%) та диссемінованій (25,0%) формах

туберкульозу легень.

При обстеженні пацієнток ми також встановили наявність фази розпаду легеневої тканини в залежності від форми легеневого туберкульозу (табл.2).

Таблиця 2

Наявність розпаду легеневої тканини в залежності від легеневого туберкульозу

Фаза розпаду	Стат. Показник	Інфільтративний	Туберкулома	Диссемінований	Вогнищевий	Кавернозний	Всього
Відсутня	Абс.	26	2	6	36	0	70
	%	50,0	33,3	37,5	81,8	0	56,5
Наявна	Абс.	26	4	10	8	6	54
	%	50,0	66,7	62,5	18,2	100,0	43,5

Високий процент наявності фази розпаду в легеневій тканині (43,5%) може свідчити про недостатню підготовку жінки до передуючої вагітності. Найбільш несприятливий в плані розпаду легеневої тканини (100,0%) під час вагітності є кавернозна форма активного туберкульозу легень, на другому місці туберкулома (66,7%), далі диссемінований (62,5%) та інфільтративний (50,0%) туберкульоз легень.

В залежності від форми туберкульозу легень обтяжене протікання вагітності частіше ми спостерігали при туберкулозі легень (100,0%), вогнищевому (86,4%), диссемінованому (87,5%) активному туберкульозу легень. Ускладнення під час вагітності при інфільтративному та кавернозному туберкульозу легень відмічені в 73,1% та 66,7% випадків відповідно. Ранні гестози однаково реєструвалися як при наявності фази розпаду легеневої тканини (11,4%), так і без розпаду (11,1%). Пізні гестози частіше виникали у пацієнток із розпадом легеневої тканини (29,6%)

порівняно із пацієнтками, у яких розпад легеневої тканини не зафіксовано (8,6%).

Ускладнений та патологічний перебіг пологів частіше всього (100,0%) ми відмітили при кавернозній формі туберкульозу легень. Далі ідуть інфільтративна (88,5%) та вогнищева форми (81,8%). Рідше ускладнені пологи були при туберкулозі (66,7%) та диссемінованому (50,0%) туберкульозу легень.

Ми вираховували непараметричний зв'язок між ускладненнями вагітності, пологів та формами туберкульозного процесу в легенях (табл. 3).

Так, встановлений слабкий та середньої сили позитивний зв'язок клінічної групи туберкульозу із ускладненнями другого триместру вагітності та ускладненнями другого періоду пологів, анеміями вагітних, часом злиття навколоплідних вод. Диссемінований, вогнищевий та кавернозний туберкульоз легень частіше сприяє самовільному перериванню вагітності. При цих же формах туберкульозу легень коротша тривалість

безводного періоду ($p < 0,05$), другого ($p < 0,05$) та третього періоду пологів. В свою чергу, при цих формах туберкульозу спостерігається більша кровотеча, з однієї сторони, із-за частого

пологового травматизму, а з другої – із-за гіпотонічного стану матки. Цікавість викликають результати кореляції виділення МБТ із більшою тривалістю пологів та більш частими анеміями.

Таблиця 3

Непараметричний зв'язок між протіканням вагітності та пологів із врахованими показниками туберкульозу легень

Групи показників	Коефіцієнт кореляції	P-рівень
Клінічна група/фактори ризику другого триместра	0,32	<0,05
Клінічна група/ускладнення другого періоду родів	0,24	<0,05
Клінічна група/анемія	0,30	<0,01
Клінічна група/злиття навколоплідних вод	0,25	<0,05
Форма туберкульозу легень/самовільні аборти	0,26	<0,05
Ф0	-0,29	<0,05
Ф0	-0,30	<0,01
Ф0	-0,32	<0,05
Ф0	0,21	<0,05
МБТ(+/-)/строк родів	0,28	<0,01
МБТ(+/-)/анемія	0,26	<0,05

Аналіз стану новонароджених вказує на те, що значна кількість дітей народилася в асфіксії. Оцінка за шкалою Апгар в 5-6 балів була у 19,4%, а 4 бали і нижче у 11,3% новонароджених. У 30,6% новонароджених ми відзначали порушення адаптаційних процесів, неврологічну симптоматику та подальшу затримку прибавки маси тіла. Це ми пов'язуємо, в першу чергу із тим, що 36,9% дітей народилися в стані гіпотрофії. Синдром затримки розвитку плода (СЗРП) II ступеню найчастіше ми реєстрували при диссемінованій (16,7%) та інфільтративній (8,0%) формі туберкульозу легень. I ступінь тяжкості СЗРП виявлена у 50,0% новонароджених при кавернозній, у 50,0% при туберкуломі, у 36,0% при інфільтративній, у 23,8% при вогнищевій та у 16,7% при диссемінованій формі туберкульозу

легень.

Таким чином, нашими дослідженнями встановлено, що активний туберкульоз легень у вагітних є фактором підвищеного ризику ускладненого протікання вагітності та пологів для матері та новонародженого. Найбільш частими формами активного туберкульозу при вагітності є інфільтративний та вогнищевий. Фаза розпаду легеневої тканини та виділення збудника переважно реєструється при кавернозній формі, наявності туберкуломи, диссемінованій та інфільтративній формах активного туберкульозу легень.

Ризик вагітності та пологів для матері та плоду особливо високий при кавернозній, диссемінованій, інфільтративній та вогнищевій формі туберкульозу легень.

ЛІТЕРАТУРА

- Кулачковський Ю.В. Туберкульоз легень у вагітних і породіль. Клініка, перебіг та лікування. Автореф. дис... канд. Мед. наук. Львів, 1955.-16с.
- Тимошенко Л.В., Кулачковський Ю.В., Голубева Р.В., Шрамкевич А.Ф. Вагітність при туберкульозі легень.- К.:Здоров'я, 1973.-206с.
- ТВ-А Global Emergency. WHO report on the tuberculosis epidemic, 1994. WHO / ТВ / 94 / 177 (Туберкульоз-глобальна проблема. Доповідь ВООЗ про епідемію туберкульозу / Пер. із англ.-СПб, Інститут ім. Пастера, 1994)
- Vallijo J.G., Strake J.R. Tuberculosis and pregnancy //Clin. Chest. Med. 1992. № 13. P. 639.

SUMMARY

PREGNANCY, DELIVERY AND STATE OF HEALTH OF NEW-BORN CHILDREN OF WOMAN WITH DIFFERENT FORMS OF THE ACTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

Holyanovsky O.V., Senchuk A.Ya., Berestovoy O.A., Shupik V.I., Bazelyuk O.M.

The authors have conducted the retrospective and prospective research of 124 histories of labors at the woman with different active forms of pulmonary tuberculosis. It has been ascertained that the active pulmonary tuberculosis can be considered a factor of heightened risk of complicated proceeding of pregnancy and delivery. The risk of complicated pregnancy and delivery of mother and fetus with cavernous, disseminated and infiltrational forms of tuberculosis is particularly high.

Key words: pregnancy, delivery, pulmonary tuberculosis, fetus, new-born child.