

УДК 618.3-06: 616, 24-002.5

ВАГІТНІСТЬ, ПОЛОГИ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ДЕСТРУКЦІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ

Сенчук А.Я., Голяновський О.В., Берестовий О.О., Шупик В.І., Базелюк О.М.

Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Ключові слова: вагітність, пологи, туберкульоз легень, плід, новонароджений

Вступ. На сьогоднішній день тактика ведення вагітності та пологів при різних формах туберкульозу легень потребує вдосконалення або взагалі нових розробок на основі сучасних інформаційних технологій. Актуальність цієї проблеми зумовлена тісним зв'язком захворюваності на туберкульоз з соціальним, економічним та екологічним станом країн, в тому числі й України [3, 8].

Метою даного дослідження було вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів при активному туберкульозі легень у жінок, залежно від наявності чи відсутності розпаду легеневої тканини.

Об'єкти та методи дослідження. Нами проведений ретроспективний та проспективний аналіз 172 обмінних карт та історій пологів акушерського відділення туберкульозної лікарні №1 м.Києва за 1995-1999 рр., у 62 із яких були діагностовані активні форми туберкульозу легень –

основна група. Контрольну групу склали 110 практично здорових жінок. Для адекватного формування клінічних груп ми проаналізували кількість вагітних з активним туберкульозом легень, що виділяють мікобактерії туберкульозу (МБТ), та наявністю розпаду тканини легень.

Залежно від наявності розпаду вагітних з активним туберкульозом легень ми розподілили для подальшого аналізу на 2 групи. Першу групу (27 вагітних) склали пацієнтки з розпадом, а другу групу (35 вагітних) – без розпаду легеневої тканини. Дані наведені в таблиці 1. Аналіз їх свідчить, що виділення МБТ переважно реєструється у хворих з розпадом легеневої тканини.

Рівень кореляційних зв'язків ($R=0,98$ при $p<0,01$) стадії розпаду із виділенням МБТ дозволив нам сформувати групи вагітних із активним туберкульозом легень.

Таблиця 1.

Залежність виділення МБТ від фази перебігу туберкульозу легень

Бактеріовиділення	Статистичний показник	Розпад легеневої тканини		Всього
		Не виявлений	Виявлений	
МБТ (-)	абс.	34	15	49
	%	69,4%	30,6%	100%
МБТ (+)	абс.	1	12	13
	%	7,7%	92,3%	100%
Всього		35	27	62

Якісним ознакам, залежно від градації, присвоювали ознаку-код. Отримані дані вносили до спеціально розробленої карти та аналізували. Статистичну обробку отриманих матеріалів здійснювали методами варіаційної статистики з застосуванням відповідної критеріальної оцінки достовірності отриманих результатів. Обробку даних здійснювали на ПЕОМ.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі анамнестичних даних встановлено, що обтяжений акушерський анамнез за період хвороби туберкульозом легень у 1-й групі встановлено в 42,9%, у 2-й групі - в 51,9% ($p>0,05$). В контрольній групі цей показник склав 25,45% ($p<0,05$, порівняно з першою та другою групами). Питома вага обтяженого гінекологічного анамнезу не відрізнялася у всіх групах. При аналізі розподілу генетичних систем крові за АВО та Rh-системах достовірної різниці не встановлено.

Перебіг вагітності у жінок з активним туберкульозом легень був переважно обтяженим. Ускладнений перебіг першого триместру вагітності у вагітних 1-ї групи відзначено в 33,3% випадків, у 2-й групі - в 25,7% (контрольна група - в 20,0%). Зокрема, анемію вагітних I та II ступеня у жінок 1-ї групи діагностовано в 7,4% ($p<0,05$) випадків, 2-й групи - в 2,9% (контрольна група - в 2,8%). Загроза переривання вагітності зустрічалася, в середньому, в 7,0-9,0% в усіх групах. Ранні гестози в 1-й групі діагностовано в 7,4% випадків, у 2-й групі - в 14,3% (контрольна група - в 6,4%), при цьому гестози в ряді випадків у 1-ї та 2-й групах поєднувалися із анемією вагітних I ступеня та/ або загрозою переривання вагітності. Також спостерігалися зміни з боку сечовидільної системи. У 1-й групі піелонефрит вагітних діагностовано в 3-х випадках (11,1%), в 2-й групі в однієї вагітної (2,8%) виявлено

бактеріурію. У контрольній групі подібних змін виявлено не було ($p < 0,05$). Таким чином, варто відзначити, що питома вага ускладнень вагітності у жінок 1-ї групи в першому триместрі була найвищою.

У другому триместрі у жінок 1-ї групи перебіг вагітності був більш сприятливим, ускладнення діагностовано у 15 (55,6%) вагітних, а в 2-й групі – у 24-х (68,6%) жінок (в контрольній групі ускладнення виявлені в 21,8%, при $p < 0,05$). Переважання ускладненого перебігу другого триместру вагітності у жінок 2-ї групи зумовлено анемією вагітних I та II ступеня, яка в 2-й групі була діагностовано у 21 (60,0%) жінок, а в 1-й групі це ускладнення розвинулося та не піддавалося терапії з попереднього триместру в 7-и (26,0%) жінок; в контрольній групі анемія вагітних виявлена в 13,6% ($p < 0,001$). Серед інших ускладнень звертає на себе увагу загроза переривання вагітності, яка діагностовано у 3 (11,1%) жінок 1-ї групи, та у 2-х (5,7%) жінок 2 групи (в контрольній групі це ускладнення відзначено у 7,3% вагітних, $p > 0,05$). Гестози розвинулися у 2-х (7,4%) жінок 1 групи ($p < 0,01$), та у 1-ї (2,9%) жінки 2-ї групи; в контрольній групі гестоз розвинувся у 1-ї (0,9%) жінки. Характерною рисою перебігу другого триместру вагітності у жінок 1-ї групи ми вважаємо те, що зміни з боку сечовидільної системи, незважаючи на комплексну терапію, збереглися у 3-х (11,1%) жінок і в другому триместрі.

Ускладнений перебіг вагітності в третьому триместрі був у 13-и (48,2%) жінок 1-ї групи, та у 15-и (42,9%) жінок 2-ї групи (показники у жінок контрольної групи склали 30%, при $p < 0,10$). Конкретизуючи ускладнення перебігу третього триместру вагітності, варто відмітити, що загрозу передчасних пологів у жінок 1-ї групи діагностовано у 3-х (11,1%), в 2-й групі у 3-х (8,6%), в контрольній групі дане ускладнення трапилось у 2-х (1,8%) жінок (при $p < 0,05$). Преєклампсія легкого та середнього ступеня тяжкості, в тому числі в поєднанні з анемією вагітних або загрозою передчасних пологів відзначена у 6-и (22,2%) жінок 1-ї групи, та у 4-х (11,4%) жінок 2-ї групи (в контрольній групі-6,4%, при $p < 0,05$).

Передчасні пологи були у 3-х (11,1%) жінок 1-ї групи, та у 2-х (5,7%) жінок 2-ї групи. В контрольній групі всі пологи були терміновими ($p < 0,05$).

У 1-й групі 24 (88,9%) пологів, в 2 групі-28 (80,0%) та в контрольній групі 104 (94,6%) пологів пройшли через природні пологові шляхи. У 1-й групі фізіологічними були 5 (20,8%), ускладненими 8 (33,3%), та патологічними 11 (45,8%) пологів. У 2-й групі фізіологічними були 6 (21,43%), ускладненими 7 (25,0%), та патологічними 15 (53,6%) пологів. У контрольній групі переважна кількість пологів були фізіологічними - 74(71,2%), ускладненими 19(18,3%), та 11(10,6%) - патологічними.

При аналізі пологів через природні пологові шляхи різниці в тривалості пологів у жінок 1-ї та 2-ї груп не встановлено. Необхідно відзначити, що загальна тенденція зменшення тривалості пологів в 1-й та 2-й групах характерна для хворих жінок з активним туберкульозом легень, оскільки перший період був коротшим на 20-30 хвилин, другий – на 2-3 хвилини, ($p > 0,05$), і третій, також, на 2-3 хвилини, ніж в контрольній групі ($p < 0,05$). Крововтрата при пологорозрішенні через природні пологові шляхи достовірно не відрізнялася. Проте, в 1-й групі патологічна крововтрата в межах 400-1000мл виникла у 12,5% роділь та породіль, а в 2-й групі- у 7,14% (в контрольній групі – 1,9%, при $p < 0,05$).

Оперативне пологорозрішення шляхом кесарева розтину було у 3-х (11,1%) жінок 1-ї групи, 7-х (20,0%) 2-ї групи, та у 6-х (5,5%) жінок контрольної групи.

В табл. 2 представлено результати аналізу частоти макроскопічних дефектів плацентарної тканини та плідних оболонок.

Нашими дослідженнями встановлено збільшення питомої ваги плацент із різними дефектами. Необхідно відзначити, що найбільша питома вага дефектів плаценти відзначена в 1-й групі, дещо нижча в 2-й групі. Дефекти плацентарної тканини зумовили більш масивні кровотечі, а також були показаннями для операцій ручної чи інструментальної ревізії порожнини матки в післяродовому періоді у жінок з активним туберкульозом.

Таблиця 2

Розподіл та питома вага патології плацентарної тканини

Група	Статистичний показник	Макроскопічно	
		нормальна плацента	дефект плаценти
Туберкульоз легень із явищами розпаду легеневої тканини	Абс %	19 70,37%	8* 29,63%
Туберкульоз легень без розпаду легеневої тканини	Абс %	27 77,14%	8* 22,86%
Контрольна група	Абс %	101 91,82%	9 8,18%
Всього	Абс %	147 85,5%	25 14,55%

*- різниця достовірна при порівнянні з контролем.

За нашими даними, ускладнений перебіг вагітності у хворих туберкульозом зустрічається частіше. З літературних джерел відомо, що ускладнений перебіг вагітності у хворих активним туберкульозом легень спостерігається в 40,0-43,1% випадків [8, 9], а згідно наших даних - до 60%. Ми можемо засвідчити, що частота анемії вагітних у жінок із активним туберкульозом легень, значно вища середньої в популяції, яка за літературними даними досягає 15-20%. Крім того, збільшення питомої ваги анемії вагітних I та II ступеня у жінок без розпаду легеневої тканини, напевне, свідчить про ретельніше спостереження та проведення лікувально-профілактичних заходів у жінок I-ї групи. Втім, анемія вагітних, діагностована в I-й групі (на фоні розпаду легеневої тканини), важко піддавалася терапії. Збільшення частоти ускладнень вагітності у жінок з активним туберкульозом легень ми пов'язуємо з туберкульозною інтоксикацією та застосуванням туберкулостатиків, а також хронічною гіпоксемією на фоні деструктивних форм туберкульозу.

Встановлена нами частота гестозів перевищує показники, наведені в літературі [7]. Крім того, частота гестозів вагітних з активним туберкульозом легень в стадії розпаду значно перевищує загальнопопуляційний рівень [5].

Коротший безводний період та тенденцію до скорочення всіх періодів пологів в I-й та 2-й групі ми пов'язуємо, передусім, з активнішою пологовою діяльністю, на що звертають увагу ряд авторів. На загальне вкорочення пологів у хворих туберкульозом легень вказують Тимошенко Л.В. та ін. (1973). Скорочення безводного проміжку, другого та третього періодів пологів при деструктивних формах туберкульозу легень відзначають багато авторів [3, 6, 9]. Таким чином, наші дослідження збігаються з загальновідомими даними про тривалість пологів у жінок з активним туберкульозом легень.

Більшу кровотрату у пологах та в ранньому післяпологовому періоді при деструктивних формах туберкульозу легень деякі автори пояснюють пологовим травматизмом, активацією фібринолітичної системи на фоні хронічного ДВЗ-синдрому, та впливом туберкульозної інтоксикації на скоротливість міометрію [2,7,9]. З цим важко не погодитися, спираючись на отримані нами результати. Ми розглядаємо збільшення кровотрати у пологах та в ранньому післяпологовому періоді у жінок з розпадом легеневої тканини як результат запальних змін в плаценті та плідних оболонках, як специфічного, так і неспецифічного характеру (що підтверджується даними таблиці 2).

Таким чином, в даній роботі визначено особливості перебігу вагітності та пологів у жінок із активним туберкульозом легень залежно від розпаду легеневої тканини. Простежено достовірний зв'язок даних ускладнень вагітності та пологів з деструктивними формами активного туберкульозу легень.

Висновки. Проведені нами дослідження однозначно свідчать про те, що вагітних із активним туберкульозом легень необхідно відносити до групи підвищеного ризику. Необхідно врахувати, що розпад легеневої тканини при туберкульозі легень у вагітних збільшує ризик розвитку тяжких ускладнень вагітності, пологів та раннього післяпологового періоду.

Вважаємо доцільним рекомендувати лікарям враховувати результати наших досліджень стосовно жінок із активним туберкульозом легень в плані ведення вагітних, а саме:

а) профілактику анемії вагітних при активному туберкульозі легень слід здійснювати з першого триместру вагітності;

б) завчасно проводити тести функціональної діагностики гестозів та здійснювати їх профілактику в критичні строки розвитку плоду;

в) своєчасно здійснювати консультації вагітних у спеціалізованих відділеннях з метою діагностики та профілактики мимовільного переривання вагітності та передчасних пологів, геморагічних ускладнень у пологах та в післяпологовому періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бейли Н.Т. Математика в биологии и медицине. М.: «Мир», 1970.- 326 с.
2. Кремер М.Ф., Рагоза В.И. Ведение родов у больных активным туберкулёзом // Акуш. и гинеко.-1958.- №5- С.60-65.
3. Кулачковський Ю.В. Туберкульоз легень у вагітних та породіль. Клініка, перебіг і лікування. - Автореф. дис... канд. мед. наук. Львів, 1955.- 16 с.
4. Минцер О.П. и др. Биологическая и медицинская кибернетика: Справочник. Киев, Наукова думка.-1986.- 374 с.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству.-М.: МИА, 1997.- 436 с.
6. Тимошенко Л.В., Кулачковський Ю.В., Голубева Р.В., Шрамкевич А.Ф. Вагітність при туберкульозі легень. -К.: Здоров'я, 1973.- 206 с.
7. Шуваева Н.И. Течение беременности, родов и послеродового периода у больных туберкулёзом. - Автореф. дисс... канд.мед.наук. М., 1959.- 16 с.
8. TB-A Global Emergency. WHO report on the tuberculosis epidemic, 1994. WHO / TB / 94 / 177 (Туберкульоз-глобальна проблема. Доповідь ВООЗ про епідемію туберкульозу / Пер. із англ.-СПб, Інститут ім. Пастера, 1994)
9. Vallijo J.G., Starke J.R. Tuberculosis and pregnancy //Clin. Chest. Med. 1992. № 13. P. 639.

SUMMARY

PREGNANCY, LABOR AND PUERPERAL PERIOD IN WOMEN WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IN DEPENDENCE ON A STATE OF A PULMONARY TISSUE

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

We conducted retrospective and prospective analysis of 172 metabolic cards and histories of labors during 1995 - 1999 years. Among them 62 contained a diagnosis of pulmonary tuberculosis. It was found that the pregnant women with pulmonary tuberculosis should be related to a high risk-level group. It is necessary to take into account, that the disintegration of pulmonary tissue in case of tuberculosis with pregnant woman authentically enlarges the risk of development of serious complications of pregnancy, labors and puerperal period.

The practical references for doctors in pregnancy, labors and puerperal period in the women with destructive pulmonary tuberculosis are given.

Key words: pregnancy, labors, pulmonary tuberculosis, fetus, neonatal.