

УДК 618.3-06:616-00.5 (575.2)

ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН В КЫРГЫЗСТАНЕ

Ж.М. Насирдинова

Проведен анализ историй родов, акушерских и перинатальных исходов у беременных женщин с туберкулезом. Отмечено, что туберкулез как одно из тяжелых экстрагенитальных заболеваний представляет угрозу репродуктивному здоровью женщин.

Ключевые слова: туберкулез; беременность и роды; репродуктивная функция и туберкулез; взаимовлияние туберкулеза и беременности; влияние туберкулеза на исход родов.

INFLUENCE OF TUBERCULOSIS ON THE CURRENT AND OUTCOME PREGNANCY AT WOMEN IN KYRGYZSTAN

J.M. Nasirdinova

The article considers the analyses of history labors, obstetric and perinatal outcomes in pregnant women with tuberculosis. It is noticed that tuberculosis as one of a serious extragenital disease poses a threat to genital health of women.

Keywords: tuberculosis; pregnancy and labor; reproductive function and tuberculosis; influenza each other between tuberculosis and pregnancy.

Актуальность. Показатель материнской смертности в Кыргызской Республике за последние десятилетия остается высоким в пределах 33,4–77,2 на 100 тыс. живорождений и не имеет тенденции к снижению [1–5].

В рамках государственной политики охраны репродуктивного здоровья в Кыргызской Республике на данный период времени реализуется утвержденная приказом МЗ КР “Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008–2017 годы” за № 315 от 2008 года. В программе предусмотрена реализация целей Саммита тысячелетия, где в составе 189 стран мира Кыргызстан подписал Декларацию тысячелетия по улучшению положения человечества во всем мире, по борьбе с ВИЧ и СПИДом, малярией и туберкулезом. В литературе ближнего и дальнего зарубежья широко освещены проблемы диагностики, ведения беременности, взаимовлияния, лечения и решение вопросов прерывания беременности при туберкулезе у женщин [6–15]. Туберкулез у женщин репродуктивного возраста в Кыргызстане встречается, по данным исследований Т.Б. Мамбетова и соавт. (2013) [9], 140 случаях на 100 тыс. населения. Однако за последние пять десятилетий

в отечественной литературе исследовательской работы посвященной туберкулезу при беременности практически не встречается [14, 15].

Целью настоящей работы явилось изучение акушерских и перинатальных исходов у беременных женщин с туберкулезом.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру различных видов туберкулеза у беременных женщин.
2. Изучить течение и исход беременности у женщин с туберкулезом.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования стали 40 беременных женщин с физиологическим течением беременности, поступивших в родильный блок ГПЦ за апрель-июль месяцы 2015 г. Они были определены в контрольную – I – группу.

Основную группу (II группа) составили истории родов 42 беременных женщин с туберкулезом, поступивших в акушерские отделения ГПЦ в период 2005–2015 гг.

Был проведен анализ историй родов ретроспективно и проспективно у беременных женщин с туберкулезом. Для выполнения поставленных задач применялись общепринятые методы клинико-

Таблица 1 – Характеристика исследуемых групп

№ п/п	Группа исследования	Кол-во, n	Средний возраст беременных, лет	Срок беременности, нед.	На учете в ЦСМ, %
1	Контрольная (I)	40	28,5 ± 0,672	39,3 ± 0,212	100
2	Основная (II)	42	26,7 ± 0,637*	37,2 ± 0,619**	83

Примечание. * – P = 0,05, ** – P < 0,02.

лабораторных и инструментальных исследований, а также рентгенографии органов грудной клетки, бактериальный посев мокроты и консультации фтизиатров.

При проведении исследовательской работы для классификации туберкулезного поражения органов у беременных мы придерживались рекомендаций ВОЗ (2005), и все туберкулезные поражения органов были разделены на следующие группы:

1. Легочная форма.
2. Внелегочная форма.
3. Легочная и внелегочные формы поражения.
4. Большие и малые остаточные изменения (МОИ и БОИ).

Статистическая обработка полученных данных проводилась по стандарту, методом вариационной статистики. Разницу средних величин оценивали по t-критерию Стьюдента и вероятности P с вычислением средних ошибок.

Женщины обеих групп были в сопоставимых сроках беременности и средний возраст исследуемых групп не имел достоверной разницы (таблица 1).

В основной группе 19,0 % беременных на учете у врача акушера-гинеколога не состояли и по месту проживания не наблюдались. Беременным женщинам с активной формой туберкулеза в 2-х случаях, по согласованию, было произведено прерывание беременности по медицинским показаниям в сроках 23–25 недель беременности, в связи с чем они были исключены из общего анализа акушерских и перинатальных исходов.

Данные этих женщин были исключены из общего анализа акушерских и перинатальных исходов.

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза беременных женщин с туберкулезом выявлено, что в 2-х случаях (4,77 %) женщины были контактными с мужьями, больными туберкулезом. Из 42 поступивших беременных в Городской перинатальный центр легочный туберкулез был диагностирован в 69 % случаях (таблица 2). Основные, полученные нами данные согласуются с данными литературы [6–13]. Сочетанные формы легочно-

го и внелегочного туберкулеза были в 3-х случаях (7 %), в целом, легочный туберкулез составил 76 %.

В результате анализа, полученные нами данные согласуются с данными литературы [6–8, 10–13]. Внелегочный туберкулез был представлен следующим образом: экссудативным плевритом туберкулезной этиологии в 3 (7,0 %) случаях, туберкулезным менингитом и туберкулезом вертела бедренной кости (после операции) по 1 случаю – 2,0 %.

Среди внелегочных форм превалировал экссудативный плеврит – 2 случая (4,77 %), по 1 случаю (2,4 %) диагностированы милиарный туберкулез легких и сочетание туберкулезного менингоэнцефалита с милиарным туберкулезом в фазе инфильтрации.

Течение туберкулеза и беременности осложнилось в 2-х случаях (4,77 %) кахексией: в одном случае на фоне милиарного туберкулеза легких и в другом – при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких. При легочной форме туберкулеза была выделена группа диссеминированного туберкулеза легких (куда были отнесены и 2 случая милиарного туберкулеза легких), впервые выявленные в сроках 28–31 неделя беременности, они составили 3 случая (7 %) в общей структуре туберкулезного поражения. Всего в 29 случаях (69 %) туберкулез органов дыхания был представлен инфильтративным туберкулезом верхней доли правого легкого в фазе распада, из них с положительным выделением микобактерий туберкулеза выявлено 12 случаев (41,4 %).

Беременные, перенесшие туберкулезное поражение органов и клинически излеченные, были отнесены в группу больших и малых остаточных изменений в 5 случаях (12 %).

По рекомендации ВОЗ, по программе “Directly observed treatment short course” (DOTS), всем беременным, начиная со 2-го триместра беременности, проводилась специфическая терапия.

Следует отметить, что в основной группе в 24 случаях (57,15 %) туберкулез был диагностирован впервые при данной беременности в различных ее сроках.

Таблица 2 – Распределение клинических форм туберкулеза во II группе

№ п/п	Структура клинических форм туберкулеза	n	%
I	Легочный	29	69
II	Внелегочный	5	12
III	Легочный ТБ в комбинации с внелегочным ТБ	3	7,0
IV	Малые и большие остаточные изменения	5	12
	Всего	42	100

Таблица 3 – Акушерские исходы в исследуемых группах (n/%).

№ п/п	Гр. исслед./ акушерск. исходы	Роды в срок, n/%	Прежд. роды, n/%	Общая кровопотеря в мл	Дород. излит. о/п вод. в n/%	Слаб. родовая деятельность, n/%	Травмы родов. путей в n/%
1	Контр. (I) (n = 40)	40/100	0	149 ± 5,5	0	0	11/27,5
2	Основ. (II)(n = 40)	34/85	6/15	187 ± 16,1*	17/42,5	8/20	14/35

Примечание. Разница достоверности между I и II группами равна: * – P = 0,05; ** – P < 0,01.

Среди 24-х беременных с впервые выявленным туберкулезом заболевание диагностировано в 12 случаях (50 %) в сроке 28–36 недель, в 9 случаях (37,5 %) – в сроках 14–27 недель беременности, в 3-х случаях (12,5 %) – в сроках до 14 недель беременности. В одном случае роды были вне лечебного учреждения, с клиническим диагнозом: роды III, преждевременные в сроке 33 недель, ранний послеродовой период, инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада. Больная, которая поступила в ГКП для получения медицинской помощи, в дальнейшем была переведена под наблюдение фтизиатра в Национальный центр фтизиатрии. Необходимо отметить, что в 35 случаях (87,5 %) доношенной беременности и в 5 случаях (12,5 %) преждевременных родов состояние рожденных детей в постнатальном периоде было удовлетворительным, все дети были рождены без видимой патологии и уродств. В данный расчет не вошли мертворожденные младенцы при прерывании беременности у 2-х беременных женщин в сроках 23–25 недель беременности.

При анализе акушерских исходов (таблица 3) выявлено в 42,5 % случаев дородового и раннего излития околоплодных вод и в 35 % случаев отмечены травмы родовых путей (против контроля 27,5 % случаев).

Так, в основной группе роды осложнились в 42,5 % случаев дородовым и ранним излитием околоплодных вод и в 35,0 % – травмами родовых путей, преждевременными родами – в 12,5 % случаев. Указанные показатели были достоверно выше, чем в группе контроля. В одном случае

беременность закончилась летальным исходом в позднем послеродовом периоде, из-за отказа беременной продолжать лечение при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, осложненном кахексией, анемией тяжелой степени и множественной лекарственной устойчивостью.

Таким образом, анализ результатов исследования показал, что туберкулез беременных является одним из тяжелых экстрагенитальных заболеваний и представляет серьезную угрозу здоровью женщин и благополучному исходу при беременности.

Выводы

1. Легочный туберкулез в основной группе выявлен в 76 % случаях. Открытая форма туберкулеза выявлена в 41,4 % случаев. Туберкулез впервые при данной беременности был диагностирован в 57 % случаев. Из них туберкулезное поражение органов у беременных женщин наиболее часто (50 %) диагностировалось в сроках 28–36 недель.
2. По медицинским показаниям с открытой формой туберкулеза в 2-х случаях (4,77 %) беременность была прервана в сроках 23–25 недель беременности. В основной группе анемия различной степени тяжести сопровождала беременность в 82,5 % случаях, хронический пиелонефрит и гломерулонефрит – в 4-х случаях (9,53 %).
3. Беременность в основной группе осложнилась преждевременными родами в 12,5 % случаев, дородовым излитием околоплодных вод – в 42,5 %, слабостью родовой деятельности – в 20 % случаев. Летальный исход отмечен в 1 случае (2,5 %).

Литература

1. *Болбачан О.А.* Проблемы материнской смертности в Кыргызстане / О.А. Болбачан, Ишен кызы Г. // Медицина Кыргызстана. 2012. № 4. С. 27–28.
2. *Василевский М.Г.* Эпидемиология материнской смертности / М.Г. Василевский, Н.М. Василевская, Д.Д. Ибраимова // Медицина Кыргызстана. 2013. № 1. С. 42–45.
3. *Ишеналиева Ч.А.* Анализ материнской смертности в республике за 1997 год / Ч.А. Ишеналиева, Н.Е. Чернова // Сб. науч. статей НИИА-ИП КР. Бишкек, 1998. С. 30–37.
4. *Мусуралиев М.С.* Оценка эффективности оперативного гемостаза при массивных кровотечениях / М.С. Мусуралиев // Центрально-Азиатский медицинский журнал. 2004. Т. X. Прилож. 8. С. 245–249.
5. *Рыбалкина Л.Д.* Программа снижения материнской смертности от поздних гестозов (ПГ) в Кыргызской Республике / Л.Д. Рыбалкина // Сб. науч. трудов “Вопросы акушерства и педиатрии”. Бишкек, 1995. 145 с.
6. *Зайков С.В.* Беременность и туберкулез / С.В. Зайков // Медицинские аспекты здоровья женщины. Винница, 2010. № 3 (30).
7. *Каюкова С.И.* Взаимовлияние беременности, родов, послеродового периода и туберкулеза органов дыхания у женщин в условиях мегаполиса: дис. ... канд. мед. наук / С.И. Каюкова. М., 2005. 148 с.
8. *Маисеенко Д.А.* Активный туберкулез легких и беременность / Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова // Здоровье Казахстана. Астана. 2014. № 11/31.
9. *Мамбетов К.Б.* Особенности гормонального профиля и качество жизни у женщин репродуктивного возраста больных туберкулезом легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.Б. Мамбетов. Бишкек, 2013. 28 с.
10. *Таимбетова Т.* Беременность и туберкулез / Т. Таимбетова. Талдыкорган, 2011.
11. *Нечаева О.Б.* Туберкулез у женщин детородного возраста в Свердловской области / О.Б. Нечаева, Н.В. Кожекина // Российский медицинский журнал. 2009. № 1. С. 6–9.
12. *Якимова А.В.* Беременность и роды у больных туберкулезом органов дыхания женщины: особенности развития и исход / А.В. Якимова, В.А. Шкурупий // Акушерства и женскихъ болезней. 2009. Том LYIII. № 4. С. 70–78.
13. *Bergeron K.G., Bonebrake R.G., Gray C.J.* Tuberculosis in pregnancy: current recommendations for screening and treatment in USA // Expert. Activ. Infect. Ther. 2004. № 2 (4). P. 598.
14. *Забирова Г.И.* Влияние на потомство туберкулезного процесса бактериальной терапии матери в период беременности (экспериментально-клинические данные): дис. ... канд. мед. наук / Г.И. Забирова. Фрунзе, 1966. 179 с.
15. *Ибраева А.А.* Репродуктивная функция жительниц Кыргызстана, больных туберкулезом: дис. ... канд. мед. наук (14.01.01.) / А.А. Ибраева. Бишкек, 2012. 112 с.