



УДК: 618.3-06:616.61-002.3:921.5

А.Н. Рымашевский, А.Е. Волков, А.Е. Самсонов, Е.С. Никитина
АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ
И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН,
СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: avolkov@aaanet.ru*

Цель: оценка влияния туберкулёза на течение беременности, родов и состояние новорожденных.

Материалы и методы: обследовано 50 беременных, страдающих туберкулёзом легких (основная группа). Группу сравнения составили 124 «практически здоровые» женщины с физиологическим течением беременности. В группах оценивали паритет, клинико-лабораторные показатели крови (общий анализ крови, гематокрит, лейкоцитарный индекс интоксикации), течение беременности, родов, состояние новорожденных детей и их заболеваемость.

Результаты и выводы: полученные в ходе исследования данные позволяют сделать, на первый взгляд парадоксальный вывод: течение беременности у женщин, страдающих туберкулезом легких, а также особенности родов и состояние новорожденных кардинально не отличаются от соответствующих показателей контрольной группы.

Ключевые слова: туберкулёз, беременность, роды, перинатальные исходы.

A.N. Rymashevsky, A.E. Volkov, A.E. Samsonov, E.S. Nikitina
ANALYSIS OF PREGNANCY, LABOR AND PERINATAL
OUTCOMES OF WOMEN SUFFERING FROM
TUBERCULOSIS

*Rostov State Medical University,
Department of Obstetrics and Gynecology № 1
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: avolkov@aaanet.ru*

Purpose: Assessment of the impact of tuberculosis on pregnancy, childbirth and neonatal status.

Materials and Methods: A total of 50 pregnant women suffering from pulmonary tuberculosis (study group). Comparison group consisted of 124 apparently healthy women with physiological pregnancy. In the groups evaluated parity, clinical and laboratory parameters of blood (blood count, hematocrit, leukocyte index of intoxication), during pregnancy, birth, state of newborn babies and their incidence.

Results and Summary: Obtained in the course of the study data suggest, at first sight paradoxical conclusion: during pregnancy in women with pulmonary TB, and especially the delivery and newborn state does not fundamentally differ from those in the control group.

Keywords: tuberculosis, pregnancy, childbirth, perinatal outcomes.

Введение

Советская медицина зачислила туберкулез в разряд «побежденных» заболеваний, что из-за снижения противоэпидемических мероприятий привело к новому росту заболеваемости в наши дни. Из особенностей современного туберкулеза следует выделить поражение не только малоимущих граждан, но и среднего класса, заболевание женщин преимущественно репродуктивного возраста [1]. Новые подходы к лечению туберкулеза позволили значительно уменьшить количество показаний для прерывания беременности при его

наличии. Кроме того, установлено, что прерывание беременности часто не облегчает состояние здоровья женщин, а наоборот усугубляет течение основного заболевания [2].

Беременность и туберкулез оказывают взаимное влияние друг на друга [3]. С одной стороны – это влияние беременности, родов, послеродового периода и лактации на развитие и течение туберкулезного процесса, с другой – воздействие туберкулеза на течение беременности и родов, а также здоровье новорожденного [4-6].

Цель: оценка влияния туберкулёза на течение беременности, родов и состояние новорожденных.



Материалы и методы

Обследовано 50 беременных, страдающих туберкулезом легких (основная группа). У 24-х из них (48%), процесс локализовался в правом легком, у 15-и (30%) – в левом, двустороннее поражение выявлено у 11 пациенток (22%). «Открытые» (БК+) формы были выявлены у 18 женщин (64%). Инфильтративная форма туберкулеза была у 29 пациенток (58%), очаговый туберкулез легких наблюдали у 12 беременных (24%), а туберкулез в фазе распада регистрировали у 9 больных (18%). Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 9 лет. Причем, у трех беременных в анамнезе были выполнены оперативные вмешательства на легких (сегментэктомия – 2 пациентки, атипичная резекция левого легкого – 1 случай). Кроме того, у 2-х женщин туберкулез легких в фазе распада сопровождался поражением тел позвонков. Необходимо отметить, что все пациентки, включенные в исследование, не получали специфические противотуберкулезные препараты на протяжении всего периода гестации вплоть до родоразрешения. Возраст пациенток был от 17 до 39 лет (в среднем $25,23 \pm 0,77$ лет).

Группу сравнения составили 124 «практически здоровые» женщины с физиологическим течением беременности. Различий по возрасту, анамнезу, паритету среди пациенток обеих групп обнаружено не было.

В группах проводили исследование общего анализа крови (ОАК), гематокрита, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), сравнивали вес рожденных детей в группах, его динамику в раннем неонатальном периоде, изучали заболеваемость новорожденных. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерной программы MS Excel-2003. Достоверное отличие признаков определяли с помощью t-критерия Стьюдента (при $p = 95\%$) с учётом коэффициента ранговой корреляции по Спирмену. Изучение различий показателей крови до и после родов проводили с использованием методики связанных групп.

Результаты и обсуждение

При проведении сравнительного анализа ОАК перед родами выявлены достоверные отличия большинства его составляющих у женщин обеих групп. У 23 женщин (46%), страдающих туберкулезом легких показатели ОАК отличались от нормы. Так, у 7 (14%) была выявлена анемия, у двух (4%) наблюдали гемоконцентрацию. В контрольной группе анемия I степени отмечалась у 6 (4,8%) женщин. У всех беременных основной группы количество лейкоцитов не превышало $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$.

Показатели «красной» крови у женщин изучаемых групп достоверно различались. У беременных с туберкулезом легких различия в количестве лейкоцитов и нейтрофилов оказались недостоверными, а общий нейтрофилёз был ниже, чем в группе контроля. Поэтому ЛИИ в

основной группе составил $2,783 \pm 0,22$ против $2,956 \pm 0,14$ в группе контроля. Содержание белка крови у женщин с туберкулезом легких было несколько выше, чем в группе контроля ($65,55 \pm 2,31$ г/л против $63,14 \pm 1,24$ г/л).

Осложнения течения беременности в III триместре несколько чаще наблюдались в основной группе, чем в группе контроля (54% против 50,8%). У беременных с туберкулезом легких в структуре перинатальной патологии отмечался больший удельный вес гестозов и фетоплацентарной недостаточности.

Неосложненное течение беременности регистрировалось с практически равной частотой (46% в основной и 49,2% в контрольной группах). Аналогичная картина наблюдалась и среди пациенток с наличием одного и более осложнений беременности.

Анализ структуры родов в обеих группах выявил преобладание спонтанных родов через естественные родовые пути. Роды путем кесарева сечения чаще регистрировались в контрольной группе (18,5% против 8,0% в основной группе). Структура показаний к оперативному родоразрешению была практически одинаковой. Однако родовое излитие околоплодных вод в основной группе встречалось реже (12,0% против 16,1%).

Преждевременные роды преобладали в основной группе (6% случаев против 1,6% в контрольной группе). Запоздалые роды в основной группе не регистрировались. Удельный вес родов в срок в обеих группах был идентичен (91,9% и 94%).

В группе женщин, страдающих туберкулезом, длительность безводного промежутка не превышала 4 часов 30 мин ($4,49 \pm 0,32$ часов), а длительность родов в среднем составила $7,02 \pm 0,28$ часов.

Кровопотеря при естественных родах в основной группе составила $255,43 \pm 13,02$ мл, а при оперативном родоразрешении $650 \pm 64,54$ мл (в группе контроля $274,25 \pm 7,82$ и $777,272 \pm 23,660$ мл).

Таким образом, течение родов у рожениц, страдающих туберкулезом легких, практически не отличается от такового в контрольной группе.

У 16 из 50 родильниц основной группы (32%) была выявлена анемия после родов (родовая анемия была у 6 (12%)). В то же время в группе контроля анемия была выявлена у 25 из 124 родильниц (20,1%) (родовая анемия была у 6 (4,8%)). Различия по частоте встречаемости анемии до и после родов в группах оказались высоко значимыми (при $p < 0,05$).

В зависимости от пути родоразрешения большинство показателей крови после родов были идентичны, а достоверные отличия наблюдались только в количестве лейкоцитов после родов ($7,92 \cdot 10^9/\text{л}$ при естественных родах и $9,48 \cdot 10^9/\text{л}$ при оперативном родоразрешении). При оперативном родоразрешении показатель ЛИИ резко повышался после родов, что свидетельствовало о наличии интоксикации у большинства женщин с туберкулезом легких.

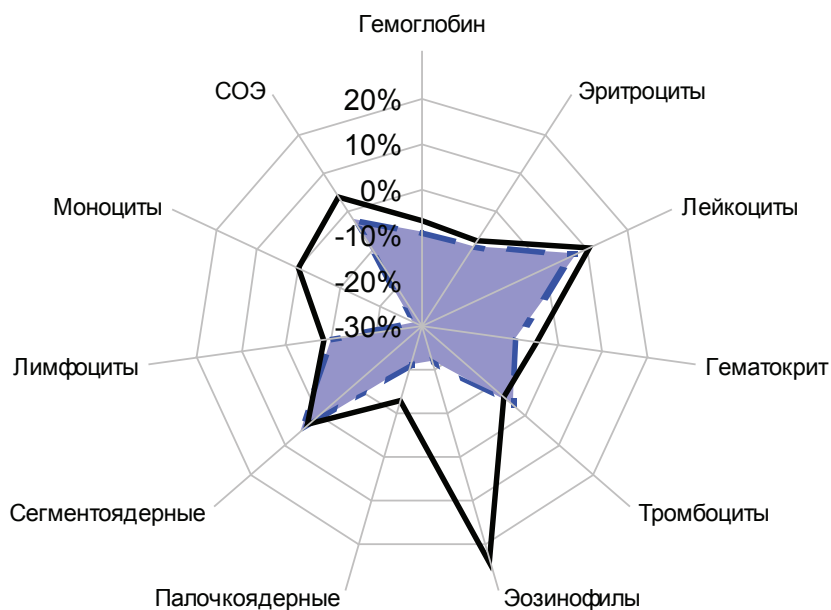


Рис. 1. Диаграмма относительного изменения показателей ОАК до и после родов в группах при естественных родах.
(0% – исходный показатель перед родами, черная линия – показатели основной группы, пунктирная – группа контроля)

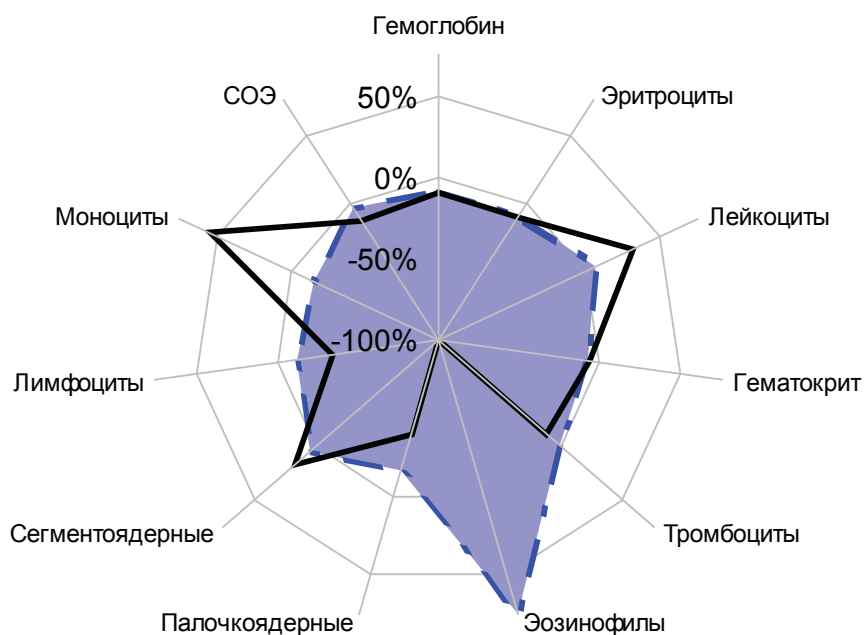


Рис. 2. Диаграмма относительного изменения показателей ОАК до и после родов в группах при оперативном родоразрешении.
(0% – исходный показатель перед родами, черная линия – показатели основной группы, пунктирная – группа контроля)

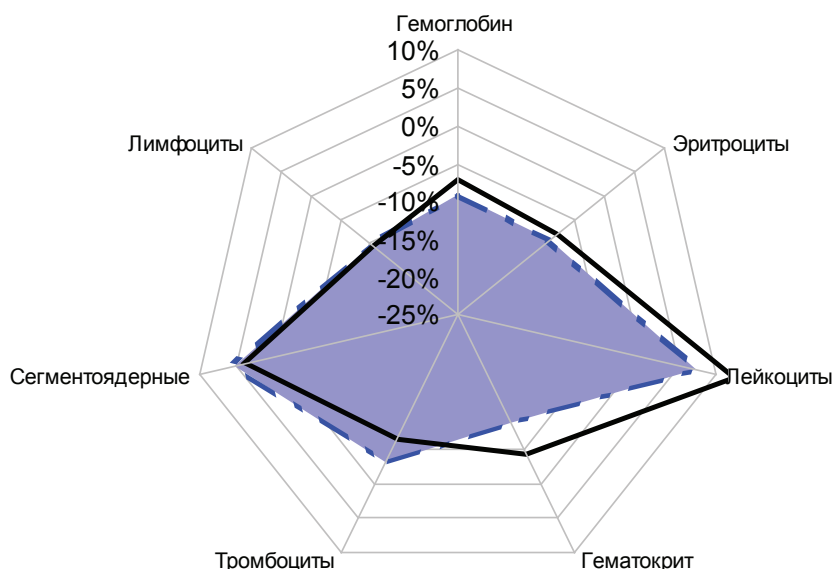


Рис. 3. Диаграмма достоверно изменяющихся показателей крови до и после родов в группах (0% – исходный показатель перед родами, черная линия – показатели основной группы, пунктирная – группа контроля).

Из рисунков 1 и 2 видна неоднородность изменения показателей ОАК до и после родов в группах. Однако если исключить из диаграммы показатели достоверно не отличающиеся между собой (рис. 3), то изменения в показателях обеих групп имеют сходный характер (исключая лейкоцитоз). Данный факт косвенно указывает на сходность течения родов и послеродового периода в сравниваемых группах.

В основной группе роды в срок произошли в 54% случаев, в 6% случаев роды были преждевременными, запоздалых родов не наблюдалось. В группе контроля наблюдалась иная картина: роды в срок произошли у 114 женщин (91,9%); преждевременные роды были у 2 женщин (1,6%), запоздалые – у 8 (6,5%).

При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни в группах получены следующие данные. Значительная доля значений шкалы Апгар на 1 минуте жизни ребенка сосредоточена на значении 7 баллов (94,0%). При оценке состояния новорожденного на 5-й минуте значения шкалы Апгар в большинстве своем составили 8 баллов (90% случаев). Различий в состоянии ребенка по шкале Апгар в группах на 1-й и 5-й минутах не выявлено.

Средняя масса новорожденного при рождении без учета срока родов составила $3287,0 \pm 66,21$ г; при родах в срок $3325,53 \pm 66,48$ г; при преждевременных родах – $2683,33 \pm 60,09$ г (для сравнения в группе контроля: без учета срока родов $3607,21 \pm 46,08$ г; при родах в срок – $3580,93 \pm 45,57$ г; при преждевременных родах $2150,0 \pm 250,0$ г). Представленные цифры свидетельствуют об отсутствии достоверных различий в массе тела детей в анализируемых группах.

Длительность физиологической потери массы тела детей от матерей, страдающих туберкулезом, достигала 5 суток, а максимальное снижение веса составило 370

г. В то же время скорость потери массы тела была практически в 2 раза выше, чем скорость прибавки в весе ($-71,0$ г/сут против $+35,2$ г/сут).

При преждевременных родах наблюдалась несколько иная картина. Максимальное снижение веса составило 270 г при длительности физиологической потери массы тела от 3 до 4-х суток, а скорость потери массы тела была уже в 3 раза выше, чем скорость прибавки в весе ($-50,3$ г/сут против $+15,0$ г/сут).

При сравнении показателей массы тела новорожденных основной группы в зависимости от срока родов было выявлено, что масса ребенка при рождении при преждевременных родах была достоверно ниже ($2683,33$ г против $3325,53$ г при родах в срок). Это определило достоверные отличия в динамике абсолютных показателей массы тела детей. Однако различий в таких показателях как: максимальная потеря веса; длительность периода физиологической потери веса; скорость потери веса; скорость восстановления веса выявлено не было.

Масса при рождении у новорожденных основной группы (роды в срок) варьировала от 2500 до 4400 г. ($3325,53 \pm 66,48$ г). Длительность физиологической потери веса составила $3,02 \pm 0,09$ суток, а максимальная потеря веса $200,44 \pm 10,98$ г. Эти показатели не зависели от срока родов.

Длительность физиологической потери массы тела новорожденных обеих групп оказалась практически одинаковой. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о разном течении периодов адаптации у новорожденных, рожденных от матерей, страдающих туберкулезом легких.

Из 50 новорожденных от матерей, страдающих туберкулезом, практически здоровыми были 90% детей. У 10% больных новорожденных было выявлено только одно заболевание. В структуре патологии новорожденных в трех



случаях это было замедление роста и недостаточность питания плода, а еще в двух расстройств, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении.

Выводы

Таким образом, представленные выше данные позволяют сделать, на первый взгляд парадоксальный вывод: течение беременности у женщин, страдающих туберку-

лезом легких, а также особенности родов и состояние новорожденных кардинально не отличаются от соответствующих показателей контрольной группы. Однако определенная новизна полученных данных не является революционной – она лишь приподнимает пласт проблем, связанных с факторами, влияющими на течение беременности и исход родов у различных контингентов женщин. Проведенные исследования еще раз доказывают сложность этой проблемы и иллюзорную условность здоровья беременных и рожениц контрольной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sheffield J.S., Sanchez P.J., Wendel G.D. Placental histopathology of congenital syphilis // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – V.100, №1. – P.126-133.
2. Валиев Р.Ш. Туберкулез и беременность: Учеб.- метод. пособие. – М., 2000. – 25 с.
3. Lessnau K.D., Qarah S. Multidrug-resistant tuberculosis in pregnancy: case report and review of the literature // *Chest.* – 2003. – V.123, № 3. – P.953-956.
4. Burke S.D., Sawchuk L.A. Tuberculosis mortality and recent childbirth: a retrospective case-control study of Gibraltarian women // *Soc. Sci. Med.* – 2003. – V.56, № 3. – P.477-490.
5. Toyota E., Minoura S., Miyazawa H. Management of tuberculosis during pregnancy and puerperium // *Kekkaku.* – 2002. – V.77, № 11. – P.703-708.
6. Tripathy S.N. Infertility and pregnancy outcome in female genital tuberculosis // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2002. – V.76, № 2. – P.159-163.

ПОСТУПИЛА: 25.11.2010