

© РЫМАШЕВСКИЙ А.Н., ВОЛКОВ А.Е., НЕЧАЮК В.И.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У «ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ» ЖЕНЩИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.Н. Рымашевский, А.Е. Волков, В.И. Нечаюк
Ростовский государственный медицинский университет,
ректор – д.м.н., проф. В.Н. Чернышов.

***Резюме.** Проведен сравнительный анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин, страдающих туберкулезом легких, позволивший авторам сделать парадоксальный вывод: течение беременности у женщин, страдающих туберкулезом легких, а также особенности родов и состояние новорожденных кардинально не отличаются от соответствующих показателей «практически здоровых» беременных женщин.*

***Ключевые слова:** туберкулез, беременность, роды, новорожденные.*

Туберкулез является актуальной медико-социальной проблемой. В последние годы сохраняется тенденция максимальной заболеваемости туберкулезом у молодых женщин в возрастной группе 25–34 лет (41,8 на 100 тыс.). Частота туберкулеза у беременных женщин в период лактации в 1,5–2 раза превышает общую заболеваемость в популяции. Проблема сочетания беременности и туберкулезного процесса остается до сих пор актуальной в акушерстве и гинекологии, фтизиатрии, педиатрии, поскольку влияние такого тяжелого инфекционного заболевания обуславливает особенности течения беременности, родов, послеродового периода, которые необходимо учитывать при оказании адекватной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным [1,2,3].

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

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

Всем беременным, страдающим туберкулезом легких, проводили исследование общего анализа крови. Среди обследованных этой группы у 23 (46%) больных показатели общего анализа крови отличались от нормы. В частности у 7 (14%) была отмечена анемия, у двух (4%) – гемоконцентрация. В контрольной группе у 6 (4,8%) установлена анемия I степени. У всех беременных группы 3 количество лейкоцитов не превышало $10,0 \times 10^9/\text{л}$.

Показатели «красной» крови у женщин изучаемых групп достоверно различались. У беременных с туберкулезом легких различия в количестве лейкоцитов и нейтрофилов оказались недостоверными, а общий нейтрофилез

был ниже, чем в группе контроля. Поэтому лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) в основной группе составил $2,783 \pm 0,22$ против $2,9565 \pm 0,14$ в группе контроля. Содержание белка крови у женщин с туберкулезом легких было достоверно выше, чем в группе контроля ($65,55$ против $63,14$ г/л).

Осложнения течения беременности в III триместре 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 больных 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 дородовое 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 периоды родов в среднем составила $7,02 \pm 0,28$ часов.

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

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).

У 16 из 50 родильниц группы 3 (32%) была выявлена анемия после родов (дородовая анемия была у 6 (12%)). В тоже время в группе контроля анемия была выявлена у 25 из 124 (20,1%) родильниц (дородовая анемия была у 6 (4,8%)). Различия по частоте встречаемости анемии до и после родов не достоверны.

Как видно, из представленных данных в группе 3 после родов достоверно были снижены следующие показатели: гемоглобин, эритроциты, гематокрит, тромбоциты и лейкоциты. Однако количество лейкоцитов и сегментоядерных нейтрофилов достоверно превышало соответствующий показатель до родов.

При оперативном родоразрешении ЛИИ резко повышался после родов, что свидетельствовало о наличии интоксикации у большинства женщин с туберкулезом легких.

В зависимости от пути родоразрешения большинство показателей крови после родов были идентичны, а достоверные отличия наблюдались только в количестве лейкоцитов после родов ($7,92 \cdot 10^9$ /л при естественных родах и $9,48 \cdot 10^9$ /л при оперативном родоразрешении).

Анализ показателей общего анализа крови после родов в группе 3 показал, что большинство из них достоверно отличались от аналогичных показателей в группе контроля.

Средние значения таких показателей крови после родов как гемоглобин, эритроциты, тромбоциты были достоверно ниже в основной группе, чем в контрольной. Однако число лейкоцитов и лимфоцитов было достоверно выше в группе женщин, страдающих туберкулезом легких. Что касается лейкоцитарной формулы, то в основной группе нейтрофилез оказался ниже чем в группе контроля, вследствие этого был снижен лейкоцитарный индекс ин-

токсикации ($2,96 \pm 0,19$ против $3,71 \pm 0,17$ в контроле) причем с высоким уровнем достоверности.

При естественных родах в группе 3 достоверно отличались следующие показатели: эритроциты ($3,25$ против $3,35$ в группе 0); лейкоциты ($7,92$ против $7,39$); лимфоциты ($19,69$ против $17,75$); ЛИИ ($2,85$ против $3,72$).

При оперативном родоразрешении: гемоглобин ($102,25$ против $113,40$ в группе 0); эритроциты ($3,06$ против $3,39$); лейкоциты ($9,47$ против $7,63$).

Рис.1. Диаграмма относительного изменения показателей общего анализа крови до и после родов в группе 0 и 3 при естественных родах. (0% - исходный показатель перед родами, черная линия – основной группы)

Рис.2. Диаграмма относительного изменения показателей общего анализа крови до и после родов в группе 0 и 3 при оперативном родоразрешении. (0% - исходный показатель перед родами, черная линия – группы 3).

Рис.3. Диаграмма достоверно изменяющихся показателей крови до и после родов в группе 0 и 2. (0% - исходный показатель перед родами)

Из рисунков 1, 2 видна неоднородность изменения показателей общего анализа крови 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 в 6% случаев роды были преждевременными, запоздалых родов не наблюдалось. В контрольной группе регистрировалась иная картина: преждевременных родов – 2 (1,6%), в срок – 114, запоздалых – 8.

При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни в группе контроля и группе 3 получены следующие данные. Как видно из таблиц 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%).

Различий в состоянии ребенка по шкале Апгар между контрольной и третьей группами 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.). Различия в массе при рождении оказались достоверно значимыми. При преждевременных родах различия в массе тела при рождении были незначимыми, но масса тела новорожденных в основной группе была в среднем на 533 грамма больше по сравнению с аналогичным показателем контроля.

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 установлено, 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. Остальные показатели в группах достоверно отличались. 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%. У 10% больных новорожденных было зарегистрировано только одно заболевание. В структуре патологии новорожденных в трех случаях это было замедление роста и недостаточность питания плода, а

еще в двух расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении.

Таким образом, представленные 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. 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. Карачунский М.А. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких // Атмосфера. Пульмонология и аллергология: журнал для практикующих врачей. – 2005. – № 1. – С. 6-9.

2. Ковганко П.А., Евстигнеев С. В., Петрухин В. А. Новый подход к профилактике и лечению перинатальных осложнений у беременных с активным туберкулезом легких // Рос. вест. акушера-гинеколога. – 2005. – Том 5, №1 – С. 62-65. - ISSN 1726-6122.

3. Шехтер А.И., Лепихин Н. М., Лепихина Д. Н. Компьютерная томография на амбулаторном этапе дифференциальной диагностики деструктивных воспалений и туберкулеза легких. – 2005. – № 2. – С. 11-19.

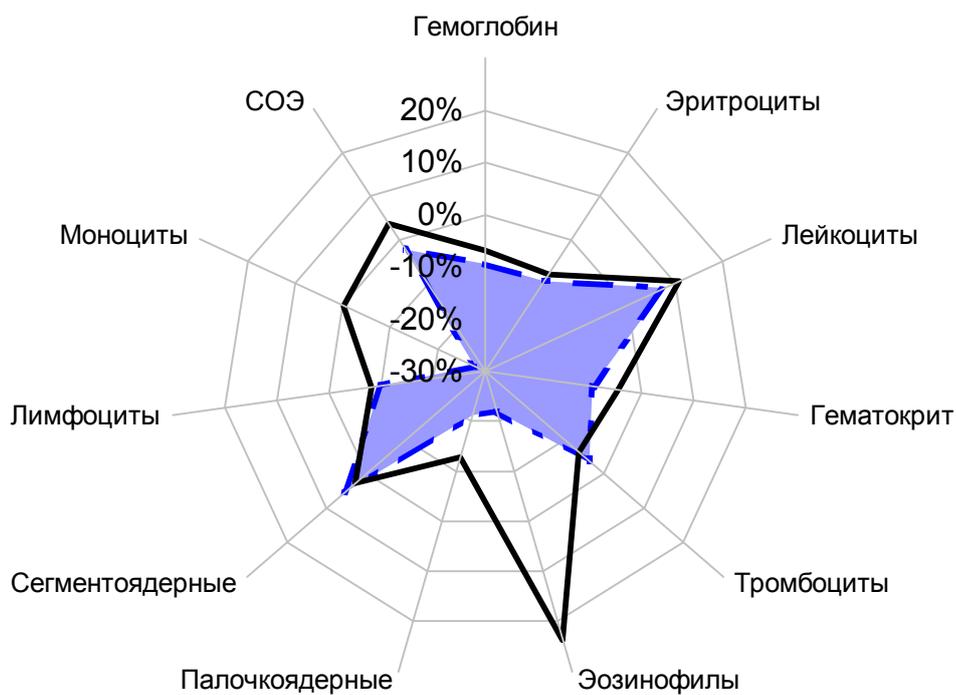


Рис.1. Диаграмма относительного изменения показателей общего анализа крови до и после родов в группе 0 и 3 при естественных родах. (0% - исходный показатель перед родами, черная линия – основной группы).

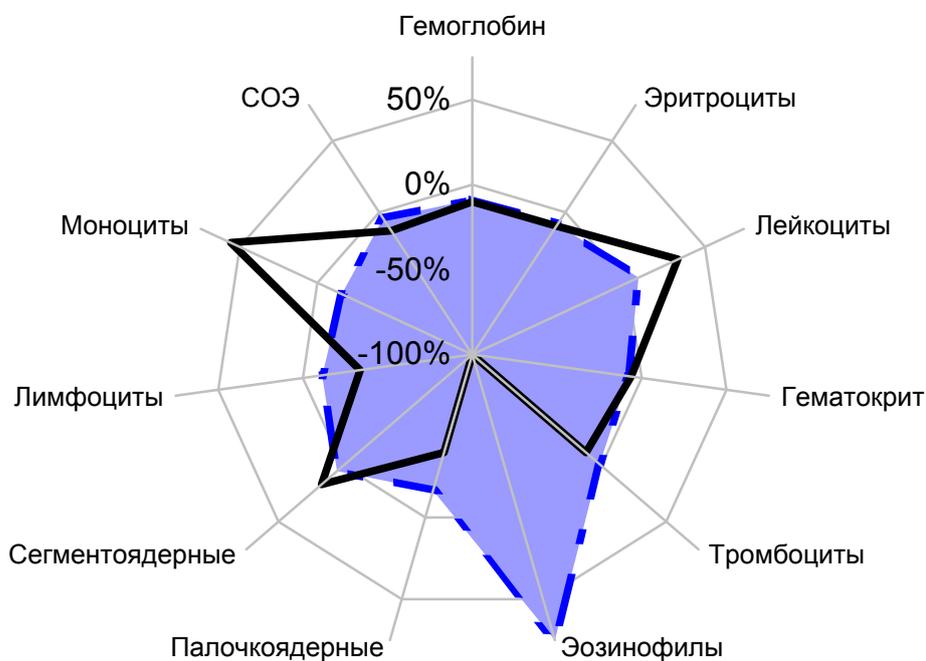


Рис.2. Диаграмма относительного изменения показателей общего анализа крови до и после родов в группе 0 и 3 при оперативном родоразрешении. (0% - исходный показатель перед родами, черная линия – группы 3).

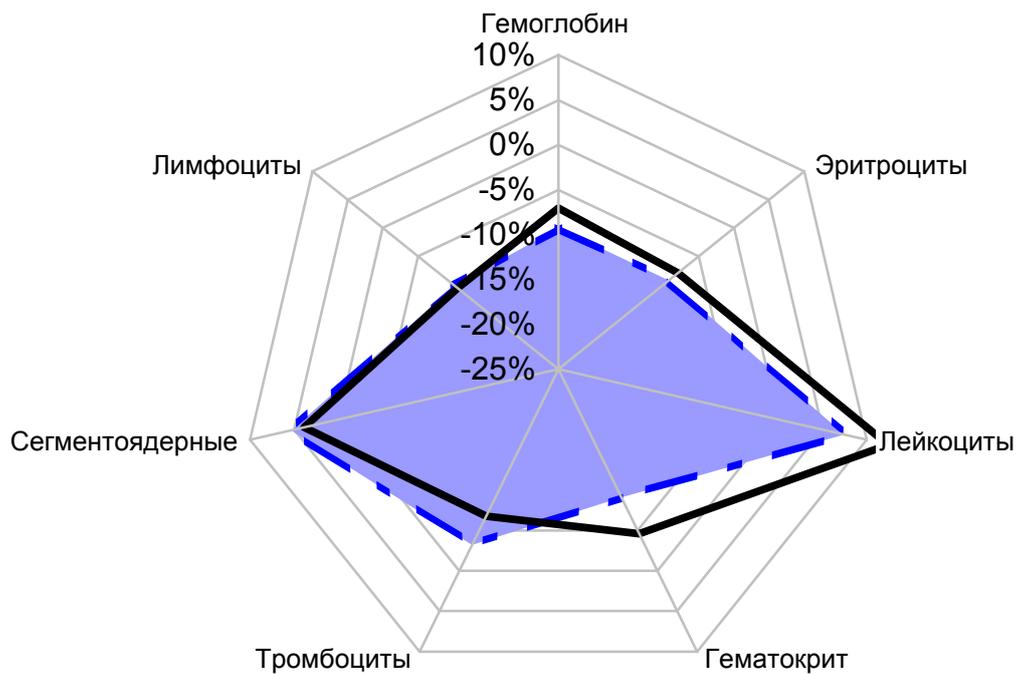


Рис.3. Диаграмма достоверно изменяющихся показателей крови до и после родов в группе 0 и 2. (0% - исходный показатель перед родами)