

Кравченко Е.Н., Мордык А.В., Валева Г.А., Пузырева Л.В.

Особенности течения беременности и родов после перенесенного туберкулеза в зависимости от сроков клинического излечения

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г. Омск

Кравченко Е.Н., Мордык А.В., Валева Г. А., Пузырева Л.В.

Features of a course of pregnancy and childbirth after the transferred tuberculosis depending on terms of clinical treatment

Резюме

Проведен сравнительный анализ особенностей течения беременности, родов и раннего послеродового периода у 2-х групп пациенток с разным сроком давности перенесенного ранее туберкулеза: более 4-х лет назад, (n=91) и от 1 года до 3-х лет назад (n=52). Выявлено, что достоверно чаще осложнения во II и III триместрах беременности с возникновением плацентарной недостаточности развивались у женщин со сроком клинического излечения туберкулеза менее 3-х лет. Роды у женщин с недавно излеченным туберкулезом чаще осложнялись гипоксией плода, атоническими и гипотоническими кровотечениями, ранний послеродовый период - субинволюцией матки. В группе беременных со сроком давности перенесенного туберкулеза от 1 до 3-х лет с помощью дисперсионного анализа установлено, что более частое наличие внутриутробной задержки развития плода напрямую зависело от течения беременности во II и III триместрах. **Ключевые слова:** беременность, туберкулез, осложнение родов, осложнение беременности

Summary

The comparative analysis of features of a course of pregnancy, childbirth and the early postnatal period at 2 groups of patients with a different limitation period transferred before tuberculosis is carried out: more than 4 years ago, (n=91) and from 1 year to 3 years ago (n=52). It is revealed that is reliable more often in the II complications and the III trimesters of pregnancy with emergence of fetoplatcentarny insufficiency less than 3 years developed at women with the term of clinical treatment of tuberculosis. Childbirth at women with recently cured tuberculosis became complicated a fruit hypoxia, atonicheskы and hypotonic bleedings, the early postnatal period - uterus subinvolution more often. In group of pregnant women with a limitation period of the transferred tuberculosis from 1 to 3-x years by means of the dispersive analysis it is established that more frequent existence of a delay of pre-natal development of a fruit directly depended on the course of pregnancy in II and the III trimesters. **Keywords:** pregnancy, tuberculosis, complication of childbirth, pregnancy complication

Введение

В начале третьего тысячелетия проблема туберкулеза в мире остается актуальной, микобактериями туберкулеза инфицировано 1/3 населения планеты, а ежегодно заболевают 8-10 миллионов человек [5]. Однако, не смотря на серьезный диагноз туберкулеза, около 70,0% впервые выявленных больных вылечиваются от данного заболевания, при условии своевременного выявления [5].

Проблема туберкулеза и материнства по своей значимости во фтизиатрии, акушерстве и педиатрии занимает одно из ведущих мест [7]. Известно много научных трудов, в которых описываются особенности течения беременности и родов у беременных женщин с активным туберкулезом легких [1,2,3,6]. Вместе с тем, не анализировались беременность и роды у женщин с клинически

излеченным туберкулезом. Проблема поиска методов рационального ведения беременности и родов у данного контингента женщин представляется весьма актуальной.

Цель - изучить течение беременности и родов у женщин с перенесенным туберкулезом в зависимости от срока давности клинического излечения.

Материалы и методы

Проведено простое, проспективное исследование, в которое включены 143 женщины, ранее переболевших туберкулезом, роды которых произошли в период с 2009 по 2013 год в родильных домах города Омска. Женщины были разделены на 2 группы в зависимости от времени, прошедшего после клинического излечения. В основную группу были включены 91 пациентка, у которой интервал

между клиническим излечением туберкулеза и наступлением настоящей беременности составлял 4 и более года. В группу сравнения вошли 52 женщины, у которых от клинического излечения туберкулеза до наступления настоящей беременности прошло от 1 года до 3 лет.

Средний возраст беременных женщин из основной группы составил $28,0 \pm 4,5$ лет, в группе сравнения $29,9 \pm 3,8$ лет ($t=0,9$; $p=0,1$). В основной группе жительница города было 70,3%, в группе сравнения -82,7% ($\chi^2 = 2,06$; $p = 0,1$). В основной группе социально-сохранных пациенток было 71,4%, в группе сравнения женщин, создавших социально-сохранные семьи, было 86,5% ($\chi^2 = 3,4$; $p = 0,06$). Женщины со сроком клинического излечения более 4-х лет имели среднее специальное или высшее образование в 68,1% случаев, в группе сравнения – в 65,3% ($\chi^2 = 0,02$; $p = 0,8$). Вредных привычек не имели большинство пациенток в сравниваемых группах – 69,2% и 71,1% соответственно ($\chi^2 = 0,003$; $p = 0,9$).

Из анамнеза было известно, что все беременные ранее перенесли туберкулез органов дыхания, наличие остаточных изменений на рентгенограмме служило подтверждением этому. Наиболее часто встречалась инфильтративная форма туберкулеза, в 58,2% и в 63,4% случаев соответственно ($\chi^2 = 0,1$; $p = 0,6$).

Настоящее исследование было проведено посредством следующих основных этапов:

I. подготовка данных: сбор информации, заполнение электронных таблиц, проверка и сортировка, формирование матрицы, импорт в программы статистической обработки;

II. разведочный анализ: вычисление основных статистик, визуализация данных;

III. проведение оценки взаимосвязей исследуемых параметров путем дисперсионного анализа.

Для оценки силы и достоверности влияния факторов использован дисперсионный метод. Сравнивая компоненты дисперсии, посредством F – критерия Фишера (Fisher), можно определить, какая доля общей вариативности результативного признака обусловлена действием регулируемых факторов [4].

В группах сравнения при анализе данных определяли основные характеристики изучаемых параметров (средняя, медиана, квартили, дисперсия, стандартное отклонение, стандартная ошибка). Затем проводили визуальную оценку распределения вариационных рядов. В связи с отсутствием нормального распределения изучаемых признаков в вариационных рядах, для выявления различий при сравнении исследуемых групп использовали непараметрические методы.

Статистическая обработка материала проведена с помощью методов вариационной статистики на основе анализа абсолютных и относительных величин. Количественные данные в виде $M \pm m$, где M - среднее арифметическое, m - ее стандартная ошибка. Обработка данных проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Word Excel 2007, Биостат, Statistica 6.0 (русифицированная версия). Для сравнения показателей в группах использовались критерий хи-квадрат (χ^2) и

Стьюдента (t). Статистическая значимость результатов выражалась в виде $p=0,000$, результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Из акушерского анамнеза выявлено, что менструация у пациенток, в сравниваемых группах в среднем наступала в возрасте $13,4 \pm 1,3$ и $12,9 \pm 2,5$ лет соответственно ($t=0,9$; $p=0,7$). Нарушений менструального цикла не выявлено. Наиболее часто встречалась патология шейки матки (эрозия) - у 42,8% и 53,8% женщин в группах соответственно ($\chi^2 = 1,1$; $p = 0,2$); и хронические воспалительные заболевания матки и придатков – у 14,3% и у 25,0% женщин соответственно ($\chi^2 = 1,8$; $p = 0,1$) (таб. 1).

Большая часть женщин в группах сравнения были повторно беременны – 59,4% и 75,0% соответственно, из них, повторнородящих было 37,3% и 44,2% соответственно ($\chi^2 = 0,3$; $p = 0,5$). Предыдущие беременности заканчивались медицинскими абортми у 59,3% женщин в основной группе и у 56,4% женщин в группе сравнения ($\chi^2 = 0,4$; $p = 0,2$), причиной прерывания беременности служил туберкулезный процесс. У 12,9% пациенток основной группы и у 15,4% пациенток группы сравнения имели место неразвивающиеся беременности в сроке до 12 недель ($\chi^2 = 0,2$; $p = 0,6$), у 7,4% женщин основной группы и у 15,4% группы сравнения отмечались самопроизвольные выкидыши в ранние сроки беременности ($\chi^2 = 1,6$; $p = 0,2$), и в 2 случаях (3,7%) в основной группе и в 2 (5,1%) в группе сравнения наблюдалась антенатальная гибель плода ($\chi^2 = 0,002$; $p = 0,9$). Таким образом, беременных с осложненным акушерским анамнезом было 52,7% и 53,8% в группах сравнения соответственно ($\chi^2 = 0,002$; $p = 0,9$) (таб. 1).

Беременные, с клинически излеченным туберкулезом, часто вставали на учет в ранние сроки, до 12 недель. Средний срок первичного обращения в женскую консультацию составил $10,6 \pm 2,8$ недель беременности у женщин основной группы и $11,4 \pm 3,1$ недель у женщин группы сравнения ($t=1,2$; $p = 0,7$). При этом у 87,9% и 82,7% женщин в сравниваемых группах посещение участкового гинеколога было регулярным ($\chi^2 = 0,3$; $p = 0,5$) (таб. 1).

При обследовании беременных женщин инфекции передаваемые половым путем были выявлены у 4 (4,4%) в основной группе и у 1 (1,9%) в группе сравнения ($\chi^2 = 0,09$; $p = 0,7$). TORCH-инфекции – у 30 (33,9%) и 19 (36,5%) соответственно ($\chi^2 = 0,06$; $p = 0,8$). Неспецифический вагинит присутствовал у 20,8% пациенток со сроком клинического излечения туберкулеза более 4-х лет и у 32,7% пациенток со сроком излечения туберкулеза менее 4-х лет ($\chi^2 = 1,8$; $p = 0,1$), а бактериальный вагиноз у 3,3% и 1,9% беременных в группах сравнения соответственно ($\chi^2 = 0,002$; $p = 0,7$) (таб. 1).

В 1-м триместре часто встречалась угроза прерывания беременности, у 23,0% женщин с клинически излеченным туберкулезом давностью более 4-х лет и у 34,6% женщин со сроком менее 4-х лет после излечения туберкулеза ($\chi^2 = 0,5$; $p = 0,6$). Ранний токсикоз беременных встречался в 16,4% случаев в основной группе и в

Таблица 1. Данные анамнеза у беременных женщин, в группах сравнения, абс. (%)

Признак	Основная группа (n=91), абс. (%)	Контрольная группа (n=52) абс. (%)	χ^2	p
Наличие гинекологических заболеваний в анамнезе:				
Воспалительные заболевания матки и придатков:	13 (14,3%)	13 (25,1%)	1,8	0,1
Патология шейки матки (цервицит):	39 (42,8%)	28 (53,8%)	1,1	0,2
Патология шейки матки (дисплазии I степени):	6 (6,6%)	1 (1,9%)	0,7	0,4
Бесплодие:	0	2 (3,8%)	1,3	0,2
Нет заболеваний:	32 (35,2%)	8 (15,3%)	5,4	0,01
Паритет:				
Первобеременные:	37 (40,6%)	13 (25,0%)	2,9	0,08
Повторнобеременные:	54 (59,4)	39 (75,0%)		
Исходы предыдущих беременностей:				
Аntenатальная гибель плода:	2 (3,7%)	2 (5,1%)	0,002	0,9
Погибшее плодное яйцо и непустырный занос	7 (12,9%)	6 (15,4%)	0,2	0,6
Самопроизвольный выкидыш	4 (7,4%)	6 (15,4%)	1,6	0,2
Медицинский аборт:	32 (59,3%)	22 (56,4%)	0,4	0,5
Исход благополучный:	44 (81,5%)	16 (41,0%)	3,5	0,06
Инфекционные болезни:				
ЗППП:	4 (4,4%)	1 (1,9%)	0,09	0,7
TORCH-инфекции:	30 (33,9%)	19 (36,5%)	0,06	0,8
Неспецифический вагинит:	19 (20,8%)	17 (32,7%)	1,8	0,1
Бактериальный вагиноз:	3 (3,3%)	1 (1,9%)	0,002	0,9
Гепатит С:	4 (4,4%)	2 (3,8%)	0,07	0,7
Нет инфекций:	31 (34,0%)	12 (23,0%)	1,1	0,2

Таблица 2. Частота осложнений беременностей в группах сравнения, абс. (%)

Признак	Основная группа (n=91), абс. (%)	Контрольная группа (n=52) абс. (%)	χ^2	p
Течение I триместра беременности:				
Без особенностей	43 (47,2)	16 (30,7)	6,3	0,1
Ранний токсикоз	15 (16,5)	13 (25,0)		
Угроза выкидыша	21 (23,1)	18 (34,6)		
ОРВИ	3 (3,3)	4 (7,7)		
Анемия	9 (9,9)	4 (7,7)		
Течение II триместра беременности:				
Без особенностей	26 (28,6)	15 (28,8)	0,025	0,8
Угроза выкидыша	32 (35,2)	15 (28,8)	0,3	0,5
Плацентарная недостаточность	5 (5,5)	10 (19,2)	5,2	0,02
Внутриутробная инфекция	7 (7,7)	5 (9,6)	0,007	0,9
Преэклампсия	1 (1,1)	1 (1,9)	0,113	0,7
ОРВИ	3 (3,3)	1 (1,9)	0,003	0,9
Анемия	17 (18,7)	5 (9,6)	1,4	0,2
Течение III триместра беременности:				
Без особенностей	12 (13,2)	2 (3,8)	2,2	0,1
Угроза преждевременных родов	11 (12,1)	4 (7,7)	0,2	0,5
Истмико-цервикальная недостаточность	2 (2,2)	0	0,11	0,7
Низкая плацентация	1 (1,1)	1 (1,9)	0,11	0,7
Плацентарная недостаточность	10 (11,0)	14 (26,9)	4,9	0,02
Внутриутробная инфекция	7 (7,7)	5 (9,6)	0,007	0,9
Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести	30 (33,0)	14 (26,9)	0,2	0,6
ОРВИ	4 (4,4)	2 (3,8)	0,07	0,7
Анемия	14 (15,4)	10 (19,2)	0,12	0,7

Таблица 3. Частота осложнений в родах и послеродовом периоде в группах сравнения, абс. (%)

Признак	Основная группа (n=91), абс. (%)	Контрольная группа(n=52) абс. (%)	χ^2	p
Течение родов:				
Без осложнений	68 (74,7)	25 (48,1)	9,1	0,02
Аномалии родовой деятельности	0	1 (1,9)	0,08	0,7
Гипоксия плода	6 (6,6)	11 (21,2)	6,5	0,01
Разрывы мягких тканей родовых путей	17 (18,7)	9 (17,3)	0,00	0,9
Атоническое и гипотоническое кровотоечение	0	5 (9,6)	6,4	0,01
Задержка последа в полости матки	0	1 (1,9)	0,08	0,7
Течение послеродового периода:				
Правильный	70 (77,0)	24 (46,2)	12,5	0,000
Субинволюция матки	11 (12,1)	20 (38,5%)	9,6	0,002
Гематометра	7 (7,7)	7 (13,4)	0,6	0,4
Эндометрит	3 (3,3%)	1 (1,9)	0,002	0,9

25,0% случаев в группе сравнения ($\chi^2=0,14$; $p=0,7$) (таб. 2). Анемия развивалась у 9,8% и 7,6% беременных пациенток в группах сравнения соответственно ($\chi^2=6,3$; $p=0,1$). Во 2 триместре доля женщин с угрозой прерывания беременности составила в основной группе 35,2%, в контрольной – 28,8% ($\chi^2=0,3$; $p=0,5$). В группе сравнения во 2-м триместре большей была доля пациенток с плацентарной недостаточностью – 19,2%, в основной группе – 5,5% ($\chi^2=5,2$; $p=0,02$). При этом у большинства женщин в обеих группах (28,6% и 28,8% соответственно) течение беременности как в 1-м так и во 2-м триместре было без осложнений ($\chi^2=0,025$; $p=0,8$) (таб. 2).

В 3-м триместре количество беременных с преэклампсией средней тяжести в основной группе составило 33,0%, в контрольной – 26,9% ($\chi^2=0,2$; $p=0,6$). У пациенток группы сравнения плацентарная недостаточность отмечалась у 26,9% пациенток, против 11,0% в основной группе ($\chi^2=4,9$; $p=0,02$). Доля беременных с анемией в обеих группах была 15,4% и 19,2% соответственно ($\chi^2=0,12$; $p=0,7$). Угроза преждевременных ро-

дов сохранялась у 12,8% и 7,6% в исследуемых группах соответственно ($\chi^2=0,2$; $p=0,5$) (таб. 2).

Чаще всего родоразрешение проводилось через естественные родовые пути (76,9% и 73,1% в группах сравнения соответственно), в срок (95,6% и 88,5%), со своевременным излитием околоплодных вод (50,5% и 42,3%), без родостимуляции (94,7% и 75,0%), и эпизиотомии (71,4 и 71,1%) ($p>0,05$). Общая кровопотеря в родах через естественные родовые пути составила в среднем в основной группе 208,2±0,9 мл. и 229,45±1,4 мл. в группе сравнения ($t=1,3$; $p=0,1$).

Операции кесарево сечение были проведены в 23,1% и 26,9% в группах сравнения соответственно ($\chi^2=0,09$; $p=0,7$), с общей кровопотерей 648,3±4,8мл в 1-й группе и мл 610±1,8мл во 2-й группе ($t=0,9$; $p=0,5$).

Роды у женщин с интервалом 4 года и более между излечением туберкулеза и наступлением настоящей беременности наиболее часто проходили без осложнений 74,7%, а в группе сравнения таких родов было меньше – 48,0% ($\chi^2=9,1$; $p=0,02$). Атонические и гипотонические

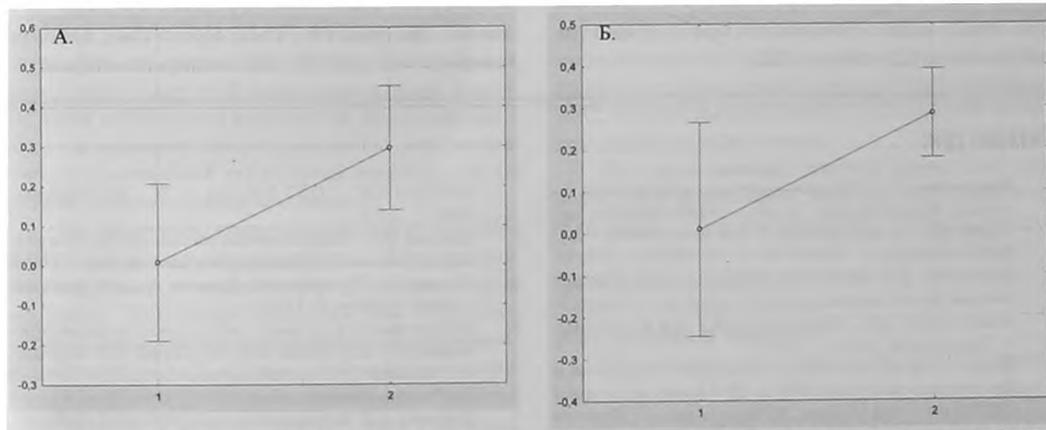


Рисунок 1. – Результат дисперсионный анализ влияние течение II (А. $F=7,50$, $p=0,007$.) и III (Б. $F=4,31$; $p=0,03$) триместров беременности на задержку развития плода (ЗРП) у женщин с клинически излеченным туберкулезом легких. Вертикальные столбцы равны 0,95 доверительных интервалов.

Обозначения на рисунке: 1- течение триместра не осложненное, 2-осложнённое течение триместра

кровотечения наблюдались только в группе сравнения 9,6% ($\chi^2 = 6,4$; $p = 0,01$). Послеродовый период без осложнений протекал чаще в основной группе (77,0% и 46,2% соответственно; $\chi^2 = 12,5$; $p = 0,000$). В контрольной группе чаще встречалась субинволюция матки (12,1% и 38,4% соответственно; $\chi^2 = 9,6$; $p = 0,002$) (таб. 3).

Все роды закончились рождением живых детей, со средней массой новорожденного $3270 \pm 3,1$ грамм в 1-й группе и $3268,4 \pm 4,4$ грамм во 2-й группе ($t = 1,0$, $p = 0,5$), в удовлетворительном состоянии (85,7% и 80,7% соответственно; $\chi^2 = 0,013$; $p = 0,9$).

В некоторых случаях были рождены дети с признаками задержки развития плода (ЗРП). Так в основной группе детей с признаками ЗРП I степени было рождено 18 (19,8%), а в группе сравнения 12 (23,1%) ($\chi^2 = 0,06$; $p = 0,8$). Детей с ЗРП II степени было 3 (3,3%) и 2 (3,8%), соответственно ($\chi^2 = 0,09$; $p = 0,7$).

По результатам полученных данных был проведен дисперсионный анализ. Выявлено, что давность сроков туберкулезного процесса оказывает влияние в первую очередь на осложнения в родах ($F = 27,39$; $p = 0,000$), затем на течение раннего послеродового периода ($F = 23,34$; $p = 0,000$), а также на течение III ($F = 4,25$; $p = 0,04$), и II триместров беременности ($F = 4,11$; $p = 0,049$).

Доказано влияние течения беременности во II ($F = 7,50$; $p = 0,007$) и в III триместрах беременности ($F = 4,31$; $p = 0,03$) на задержку развития плода.

Заключение

Таким образом, проведенный анализ показал, что туберкулез в анамнезе может оказывать влияние на течение беременности, родов и раннего послеродового периода, если с момента клинического излечения туберкулеза до наступления настоящей беременности прошло от 1 года до 3 лет. Во время беременности у таких женщин чаще встречалась плацентарная недостаточность ($\chi^2 = 4,9$; $p = 0,02$). В родах развивались осложнения в виде атонических и гипотонических кровотечений у каждой десятой женщины ($\chi^2 = 6,4$; $p = 0,01$), а в послеродовом периоде наблюдалась субинволюция матки у каждой третьей пациентки ($\chi^2 = 9,6$; $p = 0,002$).

Наиболее благоприятное течение беременности, родов отмечено нами у женщин с длительным, более 4-х лет, периодом после клинического излечения туберкулеза. Отсутствие и также своевременная коррекция возможных осложнений беременности отмечены у женщин, регулярно посещавших гинеколога и тщательно выполнявших все рекомендации специалистов. Выявлено, что давность клинического излечения туберкулезного процесса влияет на осложнения в родах ($F = 27,39$; $p = 0,000$), на течение раннего послеродового периода ($F = 23,34$; $p = 0,000$), а также на течение III ($F = 4,25$; $p = 0,04$), и II триместров беременности ($F = 4,11$; $p = 0,049$).

Таким образом, учитывая полученные данные, актуальна разработка методов рационального ведения беременности и родов у женщин, перенесших туберкулез. Считаем, что после перенесенного туберкулеза планировать беременность пациентке необходимо совместно с фтизиатром и гинекологом. Своевременное выявление и лечение туберкулеза у беременных, а также соблюдение профилактических мер после клинического излечения туберкулеза позволяют успешно выносить беременность, родить здорового ребенка и сохранить здоровье матери в послеродовом периоде. ■

Кравченко Елена Николаевна – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии последипломного образования ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздрава РФ, г. Омск; Мордык Анна Владимировна – д.м.н., заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Минздрава РФ г. Омск; Валева Галина Александровна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии последипломного образования ГБОУ ВПО Омская, г. Омск; Пузырева Лариса Владимировна – к.м.н., ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Минздрава РФ, г. Омск; Автор, ответственный за переписку – Пузырева Лариса Владимировна – к.м.н., ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Минздрава РФ г. Омск. Адрес: г. Омск, 644050 ул. Химиков 8А, тел. (3812) 40-45-20. E-mail: puzirevaly@mail.ru

Литература:

1. Ковганенко П.А. Влияние легочного туберкулеза на течение беременности, родов и перинатальных исходов: дис. ... д-ра мед. наук / П.А. Ковганенко. – М., 2005. – 268 с.
2. Моисеенко Д.А. Организация медицинской помощи, течение беременности и родов у женщин с туберкулезом легких: дис. ... канд. мед. наук / Д.А. Моисеенко. – Красноярск, 2011. – 108 с.
3. Мордык А.В. Анализ случаев сочетания туберкулеза и беременности за период с 2000 по 2004 год по материалам ГКПТД ц 4 / А.В. Мордык, В.В. Антропова, О.Г. Иванова // Омский научный вестник - Декабрь 2005 г. - С.12-14.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.
5. Шилова М.В. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. / М.В. Шилова // Туберкулез и болезни органов дыхания. – 2010. – ц 5. – С. 14-21.
6. Эффективность лечения туберкулеза на фоне беременности / А.В. Лысов, В.В. Антропова, А.В. Мордык, О.Г. Иванова // Омский научный вестник - 2006. - ц 3 (37), приложение, часть I. – С. 185-188.
7. Якимова А.В. Клинические и структурные особенности системы «мать-плацента-плод» при туберкулезе легких: автореф. д-ра. ... мед. наук / А.В. Якимова. – Омск, 2010 г. – 43 с.