

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 ГПЦ 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.