

© Корандо Н.В., 2010

УДК 618.5-06:616.24-002.5

ПРИЧИНИ І НАСЛІДКИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Н.В.Корандо*Хмельницька обласна клінічна лікарня*

Резюме. Наведені дані клініко-лабораторного обстеження вагітних, хворих на туберкульоз легень, та морфологічного дослідження плацент у жінок, яким переривали вагітність за медичними показаннями. Проаналізовано особливості перебігу вагітності та морфологічні зміни у плаценті на тлі туберкульозу.

Ключові слова: туберкульоз, вагітність, невиношування, плацента, діагностика.

Охорона здоров'я матері та зниження перинатальної захворюваності при невиношуванні вагітності є одним з найважливіших завдань перинатальної медицини [1, 2]. Ризик материнської та перинатальної патології значно підвищується у вагітних, хворих на туберкульоз легень (ТЛ), який є причиною чималої кількості ускладнень вагітності, зокрема її невиношування [3, 4]. Виношування вагітності у хворих на туберкульоз значною мірою залежить від активності туберкульозного процесу [4, 5]. Патогенетично обґрунтованою стратегією ведення хворих на туберкульоз із загрозою переривання вагітності є корекція ускладнень вагітності на тлі туберкульозу, а за умов її неефективності та прогресування специфічного захворювання – переривання вагітності у будь-який термін гестації [6, 7].

Мета дослідження. Підвищити ефективність діагностики та лікування невиношування вагітності у жінок, хворих на ТЛ.

Матеріал і методи. Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 25 вагітних віком 18-43 років, хворих на ТЛ, серед яких у 9 переривали вагітність за медичними показаннями. Контрольну групу становили 24 соматично здорові вагітні. Використовували загально-клінічні, спеціальні акушерські та інструментальні методи, гістологічні і гістохімічні методики дослідження плацент. Для гістологічного та бактеріоскопічного дослідження шматочки плаценти фіксували у 10 % розчині нейтрального забуференого формаліну, зневоднювали у спиртах висхідної концентрації, заливали у парафін і виготовляли гістологічні зрізи

завтовжки 5 мкм, які фарбували за методикою Циль-Нільсена з наступною бактеріоскопією препаратів з масляною імерсією (імерсійний об'єктив 100^x) для ідентифікації кислотостійких бактерій. Досліджено основне місце локалізації специфічного та неспецифічного запалення при туберкульозі – базальну пластинку плаценти, яку оцінювали оглядовою методикою фарбування гістологічних зрізів гематоксиліном і еозином.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз перебігу першого триместру вагітності у жінок обох груп показав, що в 21 (84%) вагітної, хворої на туберкульоз, мав місце високий інфекційний ризик та обтяжений акушерський анамнез порівняно з контролем – 7 (29%). За структурою гінекологічної захворюваності виявлено, що частка кольпітів вірогідно переважала у жінок основної групи і відповідно становила 19 (79%) та 6 (25%). В анамнезі відмічена значна кількість ендометритів – 11 (44%), у контролі – 2 (8,3%); хронічних сальпінгофоритів – 13 (52%), у контролі – 5 (20,8%); дисфункції яєчників – 14 (56%), у контролі – 7 (29%). Зниження репродуктивної функції у хворих на туберкульоз вагітних спостерігали за частотою мимовільних викиднів у ранні терміни гестації – 8 (32%), у контролі – 3 (12,5%). Загроза переривання вагітності виникала у 17 (68%) жінок основної групи та 9 (37,5%) контрольної. У першому триместрі вагітності в основній групі вагітних частіше траплявся ранній токсикоз – 11 (44%) та анемія вагітних – 13 (52%). Втрати на ранніх термінах гестації спостерігалися лише в пацієнток основної групи.

Ультразвукові маркери невиношування вагітності

Маркери	Основна група (n=25)	Контрольна група (n=24)
Потовщення стінок міометрія	16 (64%)	7 (29%)
Симптом "краплі"	7 (28%)	2 (8,3%)
Відшарування хоріона	8 (32%)	3 (12,5%)
Відставання тім'яно-куприкового розміру	10 (40%)	4 (16,6%)
Тахікардія (>200 уд./хв.)	9 (36%)	3 (12,5%)
Брадикардія (<90 уд./хв.)	11 (44%)	2 (8,3%)
Прогресуюче зниження об'єму плодового яйця та амніотичної порожнини	7 (28%)	1 (4,1%)
Вагітність, що не розвивається	6 (24%)	1 (4,1%)
Синдром затримки розвитку плода	3 (12%)	-

Для визначення генезу ранніх порушень стану плода і прогнозу перебігу вагітності у хворих на туберкульоз проведено ультразвукове дослідження (УЗД) в обох групах вагітних (таблиця). У 10 (40%) вагітних основної групи виявлено відставання тім'яно-куприкового розміру (ТКР) на 8-10 днів від фізіологічного, а в 8 (32%) з них зберігалось відставання його на 6-7 днів. Прогресуюче відставання ТКР в поєднанні зі зменшенням об'єму плодового яйця призводило до затримки росту ембріона, яка трансформувалася у 6 хворих на туберкульоз у вагітність, що не розвивалася; у 2 із них – у мимовільні викидні в 15-16 тижнів вагітності; у 9 пацієток вагітність переривали за медичними показаннями.

З метою встановлення морфологічних порушень у плаценті, як клінічного прояву загрози переривання вагітності, гістологічно досліджено 9 плацент жінок, яким переривали вагітність за медичними показаннями з приводу туберкульозу. Оцінювали запальні процеси у різних структурах плаценти, відповідність будови хоріального дерева терміну гестації, склеротичні процеси в хоріальних ворсинах, стан інтервільозного фібриноїду та наявність кальцинатів. Результати дослідження показали, що запальний процес у плаценті хворих на туберкульоз переважно локалізувався в децидуальній тканині у вигляді неспецифічних запальних проліфератів лімфоцитарно-макрофагального складу та запальних інфільтратів з переважанням лімфоїдних клітин на тлі набряку та повнокров'я судин мікроциркуляторного русла. У 3 спостереженнях (з 9) виявлено продуктивний віллузит (запалення ворсин з проліферацією стромальних клітин мезенхімального та фібробластичного типу) з наявністю лімфоцитів та макрофагаль-

них форм (рисунок). У різних ділянках хоріального дерева спостерігали злипання хоріальних ворсин у вигляді тоненьких смужок інтервільозного фібрину, який визначали за методикою хромотроп-водний блакитний та хромотроп-світловий зелений. Виявлено гальмування дозрівання хоріального дерева, що виражалося порушенням середнього співвідношення між проміжними незрілими та проміжними зрілими ворсинами відповідно 68%:32%, тоді як при фізіологічному перебігу вагітності в 18-20 тижнів

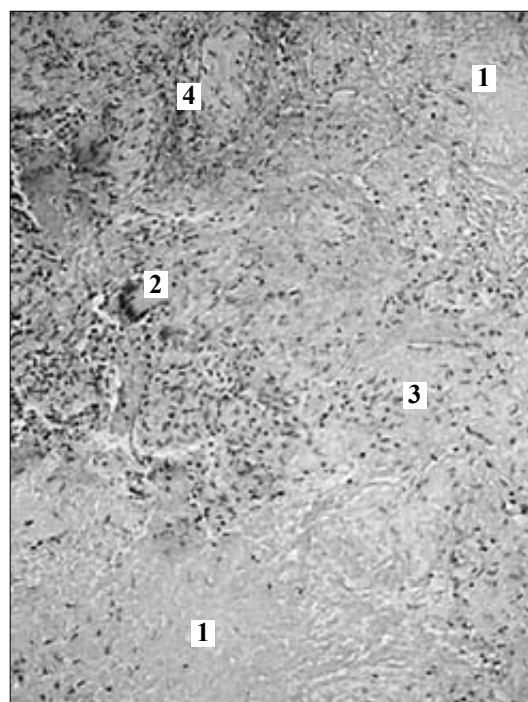


Рис. Базальна пластинка ураженої туберкульозом плаценти. Забарвлення гематоксилином і еозином. Мікропрепарат. Об. 8х, ок. 7^х: 1 – казеозний некроз; 2 – велетенська багатоядерна клітина Ланганса; 3 – епітеліоїдні клітини; 4 – лімфоцити.

гестації таке співвідношення становить 1:1. Проміжні незрілі ворсини мали набряклішу строму, а їх кількість відносно інших хоріальних ворсин була в межах норми. У половині випадків спостерігали посилене відкладання інтервільозного фібриноїду у вигляді тонких смужок, які поєднували суміжні хоріальні ворсини, або у вигляді грудочок неправильної чи кулястої форми. У цих же плацентах виявляли кальцинати в елементах базальної пластинки, що нехарактерно для даного терміну гестації при фізіологічному перебігу. За даними імуногістохімічних досліджень, у трофобласті хоріальних ворсин також знижувалася концентрація плацентарного лактогену (до $0,360 \pm 0,0019$ в. од. оптичної щільності) у порівнянні з контрольною групою ($0,412 \pm 0,0014$ в. од. оптичної щільності).

Отже, гістопатологічне дослідження плацент в одних випадках підтвердило туберку-

льозне ураження плаценти, в других допомогло з'ясувати клінічні та морфофункціональні зміни, які призводять до невиношування вагітності в будь-яких її формах і клінічних проявах.

Висновки та перспективи наукового пошуку. 1. За умов туберкульозу настають морфологічні зміни у плацентах, які віддзеркалюють клінічний перебіг невиношування вагітності. 2. Виявлені зміни плацентарного комплексу вказують на дисфункцію плаценти, яка проявляється вже на 18-20 тижнях вагітності, патогенетично зумовлена зниженням гормональної функції на тлі інтоксикаційного синдрому і має несприятливий прогноз щодо подальшого виношування вагітності. 3. Поширення туберкульозу потребує впровадження в клінічну практику нових науково-обґрунтованих методів діагностики, лікування та профілактики невиношування вагітності.

Література

1. Антипкін Ю.Г. Репродуктивне здоров'я жінок як важлива складова покращення демографічної ситуації в Україні / Ю.Г.Антипкін // Ж. АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 476-485.
2. Долинська М.Г. Особливості перебігу вагітності у хворих на туберкульоз в період епідемії / М.Г.Долинська, Н.В.Шипілова // Укр. мед. альманах. – 2005. – Т. 8, № 6. – С. 180-181.
3. Ковганко П.А. Течение беременности и родов у женщин с туберкулезом органов дыхания / П.А.Ковганко, С.В.Евстигнеев, В.А.Петрухин // Рос. вестн. акушера-гинекол. – 2005. – № 2. – С.24-26.
4. Паращук Ю.С. Стан фетоплацентарного комплексу у вагітних жінок з первинним туберкульозом легень / Ю.С.Паращук, Д.В.Стрюков // Інфекційні хвороби, туберкульоз та сучасний стан доквілля. Епідеміологія, мікробіологія, діагностика: зб. матер. конф. – Львів, 2005. – С. 95-96.
5. Польова С.П. Перебіг і наслідки вагітності у жінок, хворих на туберкульоз / С.П.Польова // Вісн. наук. дослідж. – 2005. – № 4. – С. 106-107.
6. Глуховець Б.И. Патология последа / Б.И.Глуховець, Н.Г.Глуховець. – СПб: ГРААЛЬ, 2002. – 448 с.
7. Польова С.П. Особливості змін плаценти у вагітних, хворих на туберкульоз / С.П.Польова // Лікар. справа. – 2007. – № 5-6. – С. 40-43.

ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Резюме. Приведены данные клинико-лабораторного обследования беременных, больных туберкулезом легких, и морфологического исследования плацент у женщин, которым прерывали беременность по медицинским показаниям. Проанализированы особенности течения беременности и морфологические изменения в плаценте на фоне туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, беременность, невынашивание, плацента, диагностика.

CAUSES AND CONSEQUENCES OF NON-CARRYING OF PREGNANCY IN PATIENTS AFFLICTED WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Abstract. The findings of a clinico-laboratory examination of gravidas afflicted with tuberculosis of the lungs and a morphological study of the placentas of women with interrupted pregnancy for medical indications have been presented. The specific characteristics of the course of pregnancy and morphologic changes in the placenta with underlying tuberculosis have been analyzed.

Key words: tuberculosis, pregnancy, noncarrying, placenta, diagnostics.

Regional Clinical Hospital (Khmel'nyts'kyi)

Надійшла 01.09.2010 р.
Рецензент – проф. О.А.Андрієць (Чернівці)