

УДК 618.2: 616.24- 002.5

ТИТОВ А.В., УГОЛЬНИКОВА Н.А., ТИТОВА В.Г.  
ЧВУЗ «Київський медичинський університет УАНМ»  
Кафедра акушерства і гінекології, г.Київ

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*В статье приведены данные о результатах медицинского аборта у женщин с активным туберкулезом легких.*

**Цель исследования-** изучение особенностей течения послеперинатального периода у женщин с активным туберкулезом легких.

**Материалы и методы.** Основную группу составили 46 женщин с активным туберкулезом легких, прерывавших беременность в акушерском отделении Киевской городской противотуберкулезной больницы №1. Контрольную группу составили 40 беременных женщин, не страдавших туберкулезом.

УЗ-маркерами эндометрита считали субинволюцию матки с наличием гематометры, перифокальный отек субэндометриальной зоны миометрия, выпот в Дугласовом пространстве, усиление локального кровотока в субэндометриальном слое миометрия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клинико-лабораторные и ультразвуковые параметры, характеризовавшие течение послеперинатального периода, оценивали на пятые сутки после операции. Клинико-лабораторные и ультразвуковые признаки эндометрита отмечены нами почти у 30 % женщин с активным туберкулезом легких, в то время как у неболевших туберкулезом эти показатели в большинстве не превышали 15-17 %.

**Выводы.** У женщин с активным туберкулезом легких аборт осложняется эндометритом более, чем в 30 % случаев, у таких пациенток необходим тщательный ультразвуковой и лабораторный мониторинг для раннего выявления и своевременного стационарного лечения послеперинатального эндометрита.

**Ключевые слова:** медицинский аборт, ультразвуковой мониторинг, активный туберкулез легких.

В Украине, как и во многих странах, эпидемическая ситуация с туберкулезом продолжает ухудшаться. За последние десять лет она достигла масштабов эпидемии. Возбудителем туберкулеза инфицировано почти 1,7 млрд. человек, т.е. почти треть населения планеты. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. около 1 млрд. людей инфицируются туберкулезом, 200 млн. заболеют и 35 млн. гибнут от туберкулеза [5]. К сожалению, проблема туберкулеза актуальна и для Украины, так как с 1995 года у нас объявлена и продолжается до настоящего времени эпидемия туберкулеза [1].

Сегодня выделяют три составляющих эпидемии туберкулеза. Первая- увеличение заболеваемости типичным туберкулезом. Вторая- эпидемия, вызванная химиорезистентными возбудителями, которые распространяются быстрыми темпами и создают огромную опасность. Третья составляющая обусловлена заболеваемостью туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Поэтому в акушерской практике

все чаще приходится встречаться с беременностью на фоне туберкулеза. Туберкулез и беременность являются взаимоотягощающими факторами, беременность вызывает более частое появление острых, прогрессирующих форм, при этом особенно опасными считаются первые три месяца беременности [1].

Женщины с активным, и, в меньшей степени, с неактивным туберкулезом, составляют группу высокого риска осложненного течения беременности и родов. Этот риск значительно возрастает при наличии отягощающих факторов- алкоголизма, курения, наркомании [5].

Показаниями к прерыванию беременности являются свежесформированный распространенный активный туберкулез легких с тенденцией к прогрессированию на фоне проведенного курса химиотерапии, деструктивные формы со стойким бактериовыделением, резистентные к химиотерапии формы туберкулезного процесса с частыми рецидивами, состояние после пульмонэктомии при наличии специфического процесса в

единственном легком, значительные остаточные изменения в легких на фоне нарушения функций жизненно важных органов (легочно-сердечная, почечная, печеночная недостаточность), активный туберкулез легких на фоне других экстрагенитальных заболеваний (сахарный диабет, пороки сердца и т.д.).

Искусственный аборт может быть целесообразным также в случае обострения туберкулезного процесса при предыдущей беременности и если новая беременность наступила в первый год после родов [2].

**Цель исследования** – изучение особенностей течения послеабортного периода у женщин с активным туберкулезом легких.

### Материал и методы исследования

В период с 2013 по 2015 гг. в акушерском отделении Киевской городской противотуберкулезной больницы № 1 было проведено 46 медицинских аборт у женщин с активным туберкулезом легких, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 40 беременных женщин, не страдавших туберкулезом. При направлении женщин на прерывание беременности руководствовались приказом № 1177 от 31.12.2010 г. Минздрава Украины «Про затвердження клінічного протоколу «Комплексна допомога під час небажаної вагітності».

Средний возраст пациенток основной группы составил  $29,4 \pm 0,7$  года, в контрольной группе -  $30,18 \pm 12$  года ( $p > 0,05$ ). Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) в основной группе встречались в 75,6%, в контрольной - в 27,3% ( $p < 0,05$ ). Наркотики употребляли 32,6% пациенток основной группы и 5,2% пациенток контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Среди пациенток основной группы ВИЧ-инфекция и гепатит С отмечены у 27,6%, в контрольной - у 3,8% ( $p < 0,05$ ). В основной группе инфильтративный туберкулез легких был выявлен у 48,6%, фиброзно-кавернозный – у 21,4%, очаговый - у 28,3%, туберкулезный плеврит. Распад легочной ткани наблюдался у 1,7% больных, бактериовыделение – у 54,5%, мультирезистентный туберкулез – у 23,6%. Первородящих среди пациенток основной группы было 18,6%, в контрольной группе – 21,7% ( $p > 0,05$ ). Предыдущие беременности закончились родами через естественные родовые пути у 25,7% пациенток основной группы и у 43,6% пациенток контрольной

группы соответственно ( $p < 0,05$ ). Кесарево сечение в анамнезе имело место у 14,3% пациенток основной группы и у 10,8% в группе контроля ( $p > 0,05$ ).

Среди пациенток основной группы причиной прерывания беременности были медицинские показания, связанные с активностью туберкулезного процесса у 30,4%, нежелание иметь ребенка - у 69,6%, в контрольной группе - нежелание иметь ребенка. Срок беременности в обеих группах составлял от 6 до 12 недель, хирургический аборт проводился по стандартной методике с внутривенной седацией раствором Пропофола. В послеабортном периоде пациенткам основной группы, получавшим противотуберкулезное лечение, дополнительная антибиотикопрофилактика не назначалась, в случае отсутствия противотуберкулезного лечения, а также пациенткам контрольной группы, назначали Офор по 1 таблетке 3 раза в день в течение 5 дней.

Ультразвуковые исследования проводились на аппарате ALOKA SSD-4000 с применением конвексного секторного эндокавитарного датчика UST-9124. УЗ-маркерами эндометрита считали субинволюцию матки с наличием гематометры, перифокальный отек субэндометриальной зоны миометрия, выпот в Дугласовом пространстве, усиление локального кровотока в субэндометриальном слое миометрия. Лабораторные исследования крови проводились по общепринятым методикам.

### Результаты исследования и их обсуждение

Беременность осложнилась ранним гестозом в 31,4% случаев в основной и в 23,5% случаев в контрольной группах ( $p < 0,05$ ). Угроза прерывания настоящей беременности отмечена в 42,7% в основной и в 18,6% в контрольной группах ( $p < 0,05$ ). Проявления бактериального вагиноза или дрожжевого кольпита, потребовавшие предварительной санации, имели место в 65,4% в основной и в 27,7% в контрольной группах ( $p < 0,05$ ).

Клинико-лабораторные и ультразвуковые параметры, характеризовавшие течение послеабортного периода, оценивали на пятые сутки после операции. При этом лихорадка выше  $37,5^{\circ}\text{C}$  имела место у 26,3% в основной против 10,4% в контроле, болевой синдром - в 27,8% в основной и в 19,6% в контрольной группе, обильные кровянистые

выделения имели место у 37,5% в основной и в 18,9% в контрольной группах. Лабораторные показатели, характерные для острого воспалительного процесса (лейкоцитоз,

сдвиг лейкоцитарной формулы) отмечался у 32,6% пациенток основной и у 14,7% пациенток контрольной группы.

Таблиця 1

### Клинико-лабораторные показатели течения послеабортного периода у женщин с активным туберкулезом легких

группы	лихорадка	болевого синдром	кровомазанье	изменения параметров крови
основная	26,3±1,12	27,8±0,47	37,5±1,56	32,6±2,43
контрольная	10,4±0,45	19,6±1,06	18,9±1,78	14,7±0,21
p	(p < 0,001)	(p < 0,05)	(p < 0,05)	(p < 0,001)

При проведении трансвагинального УЗ-исследования у пациенток основной группы гематометра и субинволюция матки отмечена в 29,4% случаев, в контрольной группе - в 17,2%, отек субэндометриального слоя миометрия, проявляющийся снижением его эхогенности, в основной группе имел место в 34,1% случаев, в группе контроля - в 15,8%. Наличие свободной жидкости в позадиматочном пространстве в основной группе отмечено у 21,5%, в то время как в контроле - только у 5,1%. При сканировании в режиме энергетического доплера усиление локального кровотока в субэндометриальном слое миометрия отмечено у 35,7% пациенток основной и у 12,3% контрольной групп. Таким образом, как клинико-лабораторные, так и ультразвуковые признаки эндометрита отмечены нами почти у 30% женщин с активным туберкулезом легких, в то время

как у неболеющих туберкулезом эти показатели в большинстве не превышали 15-17%. Считаем, что такие высокие показатели развития эндометрита после медицинского аборта у женщин с активным туберкулезом легких могут объясняться значительным количеством аборт в анамнезе, что, как известно, приводит к развитию хронического вялотекущего эндометрита на фоне туберкулезного процесса, наличием вирусных инфекций (ВИЧ, гепатиты В и С), высокой бактериальной обсемененностью половых путей, снижением показателей общего и местного иммунитета [2].

Ультразвуковой мониторинг может быть удобным, высокоинформативным, динамичным методом раннего выявления послеабортного, и, вероятно, послеродового эндометрита, может использоваться также для контроля эффективности лечения.

Таблиця 2.

### Ультразвуковые показатели течения послеабортного периода у женщин с активным туберкулезом легких

группы	Гематометра и субинволюция матки	Перифокальный отек эндометрия	Жидкость в Дугласовом пространстве	Усиление локального кровотока
основная	29,4±2,04	34,1±1,15	21,5±2,11	35,7±1,32
контрольная	17,2±0,76	15,8±0,82	5,1±0,17	12,3±0,84
p	(p < 0,05)	(p < 0,05)	(p < 0,001)	(p < 0,001)

#### Выводы

У женщин с активным туберкулезом легких аборт осложняется эндометритом более, чем в 30% случаев, даже несмотря на антибиотикопрофилактику, что может объясняться не только наличием туберкулезного процесса, но и другими инфекциями (ВИЧ, гепатиты В и С), нарушениями иммунитета, вредными привычками, высокой

бактериальной обсемененностью половых путей, социальной дезадаптацией.

У таких пациенток необходим тщательный ультразвуковой и лабораторный мониторинг для раннего выявления и своевременного стационарного лечения послеабортного эндометрита. Считаем целесообразным изучить возможность применения у этого контингента женщин альтернатив-

ний нехирургический метод прерывания беременности - комбинацию мифепристона с мизопростолом.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Концепція Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки»/ Кабінет Міністрів України. Розпорядження від 27 квітня 2006 р. № 244. м.Київ. -Нормативно-правові документи: Медичний індекс – акушерство та гінекологія.- 2006.-С. 24-26.
2. *Базелюк О.М.* Сучасні підходи до профілактики ускладнень вагітності жінок з активним туберкульозом легень / О.М.Базелюк, А.Я Сенчук: матеріали Всеукр.наук.-практ. конференції з міжнародною участю .[ «Перинатальна охорона плода: діагностика і фармакокорекції], (Чернівці, 1-2 лист. 2007 р.)- М-во охорони здоров'я, Бук. держ. мед.ун-т, 2007,-С.6-12, .[7] с.
3. *Гурський О. С., Польова С. П.* Переривання вагітності у жінок, хворих на туберкульоз легень. // Досягнення біології та медицини. – 2013. – № 1. – С. 34–36.
4. *Жук С.И.* Преемственность и преимущества медикаментозного прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией // Репродуктивное здоровье женщины.-2004.- № 1.- С. 93-96.
5. *Зайков С. В.* Беременность и туберкулез. // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 3. – С. 5–11.
6. *Корандо Н. В.* Причины і наслідки невиношування вагітності у хворих на туберкульоз легень. // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2010. – Т. 9, № 4. – С. 15–17
7. *Кравченко Е. Н., А. В. Мордык, Г. А. Валева, Л. В. Пузырева.* Аспекты прерывания беременности у женщин с активным туберкулезом легких // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 8. – С. 100–105.
8. *Маусеенко Д. А., Егорова А. Т.* Активный туберкулез легких и беременность: клинический случай прерывания по медицинским показаниям // Рус. мед. журнал. – 2013. – Т. 21, № 14. – С. 766–767.
9. *Польова С. П.* Діагностика переривання вагітності у жінок, хворих на туберкульоз легень. // Клініч. та експерим. патологія. – 2012. – Т. 11, № 3, ч. 2. – С. 89–91.
10. *Сенчук А.Я., Голяновский О.В., Базелюк О.М., Шупик В.И., Титов А.В.* Беременность, роды и состояние новорожденных у женщин с различными формами активного туберкулеза легких. // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України.- 2000.- С.447-450.

## РЕЗЮМЕ

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З АКТИВНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

*О.В.ТИТОВ, Н.А.УГОЛЬНИКОВА, В.Г.ТИТОВА*

У статті наведено дані щодо результатів медичного аборт у жінок з активним туберкульозом легень.

Мета дослідження- вивчення особливостей перебігу післяабортного періоду у жінок з активним туберкульозом легень.

Матеріали та методи. Основну групу склали 46 жінок з активним туберкульозом легень, які переривали вагітність в акушерському відділенні Київської міської протитуберкульозної лікарні №1. Контрольну групу склали 40 здорових вагітних жінок. УЗ-маркерами ендометриту вважали субінволюцію матки з наявністю гематометри, перифокальний набряк субендометріальної зони міометрія, вільну рідину в Дугласовому просторі, посилення локального кровообігу в субендометріальному шарі міометрія.

Результати досліджень та їх обговорення. Клініко-лабораторні та ультразвукові параметри, що характеризували перебіг післяабортного періоду, оцінювали на п'яту добу після операції, при цьому ознаки ендометриту відмічені нами майже у 30 % жінок з активним туберкульозом легень, в той час як у здорових жінок ці показники не перевищували 15-17 %.

Висновки. У жінок з активним туберкульозом легень аборт ускладнюється ендометритом більше, ніж в 30 % випадків, у таких пацієнток необхідний ретельний ультразвуковий та лабораторний моніторинг для раннього виявлення та своєчасного стаціонарного лікування післяабортного ендометриту.

**Ключові слова:** медичний аборт, ультразвуковий моніторинг, активний туберкульоз легень.

## SUMMARY

### FEATURES OF MEDICAL ABORTION IN WOMEN WITH ACTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

*A.TYTOV, N.UGOLNICOVA, V.TYTOVA*

The article presents information about medical abortion in the first trimester in women with active pulmonary tuberculosis. It has been found that the termination of pregnancy in this women leads to more than 30 % endometritis, which can be explained not only by the presence of tubercular process, but also other infections ( HIV, hepatitis B and C ), immune disorders, harmful habits, social maladjustment. For early diagnosis successfully used ultrasound monitoring and laboratory investigation.

**Keywords:** medical abortion, medical abortion, active pulmonary tuberculosis.