

© Польова С.П.

УДК 618.2:616.24-002.5

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПЛАЦЕНТАХ ТА ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я ВАГІТНИХ, ІНФІКОВАНИХ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

С.П.Польова

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – доц. С.П.Польова) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Наведені результати клініко-морфологічного обстеження 68 вагітних, інфікованих мікобактеріями туберкульозу. Проаналізовано функціональні та клінічні зміни під час гестації, особливості перебігу вагітності та пологів на тлі туберкульозного ураження легень та морфологічні порушення структури плацентарного комплексу.

Ключові слова: туберкульоз, вагітність, пологи, фетоплацентарний комплекс.

Поширення туберкульозу (Тб) в Україні супроводжується зростанням захворюваності жіночого населення, вагома частка якого належить до активного віку щодо материнства [1-3]. Ризик материнської та дитячої патології значно підвищується у зв'язку з незадовільним станом здоров'я вагітних, інфікованих Тб. Це є причиною великої кількості ускладнених вагітностей, пологів та перинатальних наслідків.

Вагомим показником стану репродуктивного здоров'я жінок є материнська та малюкова смертність. Високий рівень інфікування Тб вагітних потребує невідкладних додаткових заходів щодо планування сім'ї, запровадження сучасних стандартів профілактики, діагностики та лікування захворювань репродуктивної системи на тлі туберкульозної інфекції, вирішення питання доцільності виношування вагітності за умов активного туберкульозного процесу [4-7].

Збереження репродуктивного здоров'я вагітних, інфікованих мікобактеріями Тб, значною мірою залежить від способу їх життя, соціальної поведінки та ставлення вагітної до захворювання на Тб. Тому однією з функцій акушерської служби щодо репродуктивного здоров'я у таких пацієнток є формування груп ризику, планування сім'ї, якісна діагностика і лікування Тб, профілактика ускладнень та впровадження сучасних технологій з досконалою організаційно-методичною роботою жіночих консультацій [8-9].

Мета дослідження. Підвищити ефективність діагностики, профілактики і лікування порушень репродуктивного здоров'я вагітних, інфікованих мікобактеріями Тб.

Матеріал і методи. Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 68 вагітних і породілей віком від 18 до 45 років, інфікованих мікобактеріями Тб і контактних з хворими на Тб. Проаналізовані ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду. Використовували загальноклінічні, спеціальні акушерські та інструментальні методи, гістологічні і гістохімічні методи дослідження плацент. Контрольну групу становили 24 соматично здорові вагітні. Вивчення функціональних та морфологічних змін фетоплацентарного комплексу (ФПК) проводили на основі анамнезу життя, захворюваності на Тб, гінекологічного і акушерського анамнезу, перебігу даної вагітності та її ускладнень, перебігу пологів та внутрішньоутробного стану плода.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед вагітних, хворих на Тб, 56 жінок отримували протитуберкульозне лікування до вагітності, 6 (8,8 %) оперовані за 2-4 роки до вагітності з приводу Тб легень, у 5 (7,3 %) виявлено активний Тб легень у період гестації, у 4 спостерігався вторинний Тб і мав місце один летальний випадок у пологах на тлі активного дисемінованого Тб легень (виявлений посмертно). Клінічний перебіг туберкульозного ураження у вагітних представлений у таблиці.

Аналіз ускладнень вагітності показав, що

Таблиця
Розподіл вагітних за клінічними формами туберкульозу

Форма та фаза туберкульозу легень	Кількість хворих на туберкульоз		
	абс.	%	МБТ (+/-)
фаза інфільтрації	38	55,8	-
фаза розпаду	9	13,2	2
Дисемінований (всього)	47	69,1	-
фаза інфільтрації	11	16,2	-
фаза розпаду	5	7,3	1
Вогнищевий (всього)	16	23,5	1
фаза інфільтрації	3	4,4	-
фаза розпаду	2	3,0	1
Фіброзно-кавернозний	5	7,4	1

фетоплацентарна недостатність трапляється у 6,5 раза частіше у вагітних, інфікованих мікобактеріями Тб, ніж у контрольній групі, анемія вагітних – у 4,2 раза, загроза передчасних пологів – у 2,7 раза, токсикоз першої половини вагітності – у 1,9 раза.

Ультразвукове дослідження показало задовільний стан ФПК у 34,4 % вагітних, що хворіли на Тб, у 33,6 % відмічалися гіпер- або гіпоплазія плаценти, наявність кальцинатів, передчасне або сповільнене її дозрівання. У переважній більшості вагітних при доплерометричному дослідженні виявляли патологічні криві кровотоку в маткових артеріях з малими значеннями діастолічного компонента та підвищенням якісних показників кровотоку, що перевищували на 28-30 % фізіологічні величини. Індекси судинного опору переважали такі показники у здорових вагітних.

Клінічні прояви порушення функції ФПК підтверджено даними імуноферментативного аналізу крові вагітних, хворих на Тб. Концентрація плацентарних гормонів у пізньому фетальному періоді зберігалася нижчою, ніж у вагітних контрольної групи, втричі знижувався рівень естрадіолу в крові. Рівень прогестерону і плацентарного лактогену був нижчим у 2 рази. Проте рівень кортизолу в основній і контрольній групах вагітних не зазнавав істотних змін.

Морфологічне та гістохімічне дослідження плацент показало, що плаценти породілей основної групи відрізняються від плацент контрольної групи значним зменшенням їх параметрів (за об'ємом, середньою товщиною, периметром та площею найбільшого перерізу). Проте форма плацент не змінювалася, на що вказу-

вали сталі величини показників "площинно-товщинного індексу" та "ексцентриситету еліпса". У 8 жінок основної групи спостерігали візуалізовані білі інфаркти, а в 4 – дефекти (розриви) котиледонів плаценти. У контрольній групі жінок таких утворень не виявлено (рис. 1-2).

Ознаки туберкульозного запалення мали місце у 16 з 68 досліджених плацент: ділянки казеозного некрозу, оточені епітеліоїдними клітинами, лімфоцитами та нечисленними велетенськими багатоядерними клітинами Лангганса у базальній пластинці. При

фарбуванні гістологічних зрізів за методом Ціль-Нільсена підтверджено туберкульозне запалення незначною кількістю кислотостійких бактерій. У 16 випадках відмічали ознаки затримки дозрівання ворсинчастого хоріона, нехарактерну для здорової плаценти персистенцію клітин Гофбауера, цитотрофобласт у проміжних зрілих та термінальних ворсинах, а також більшу, ніж у здорових жінок, товщину синцитіотрофобласта (рис. 3-4).

Спостерігали збільшення відкладання інтервільозного та перибазального фібриноїду, частоти та розмірів кальцинатів, виражений склероз стовбурових ворсин, а також окремих дрібних ворсин, які остаточно не ідентифікуються. У плацентах породілей, контактних з хворими на Тб, коли не розвинулося запалення, також відмічали перелічені явища. У всіх плацентах від породілей, хворих на Тб, виявлено надмірне утворення синцитіальних вузликів. Такі структури є одним з морфологічних доказів посиленого відмирання синцитіотрофобласта. Гістопатологічне дослідження в одних випадках підтвердило туберкульозне ушкодження плаценти, в інших – допомогло з'ясувати морфофункціональні зміни у ворсинчастому хоріоні, які властиві хронічній плацентарній недостатності. У плацентах без ознак туберкульозного запалення у 38 (55,9 %) з 68 спостережень також відмічалися ознаки гальмування розвитку хоріального дерева.

У вагітних із залізодефіцитною анемією (ЗДА), інфікованих мікобактеріями Тб, плацентарна недостатність проявлялася ознаками незрілості хоріального дерева та тривалою альтерацією різних плацентарних структур на тлі спе-

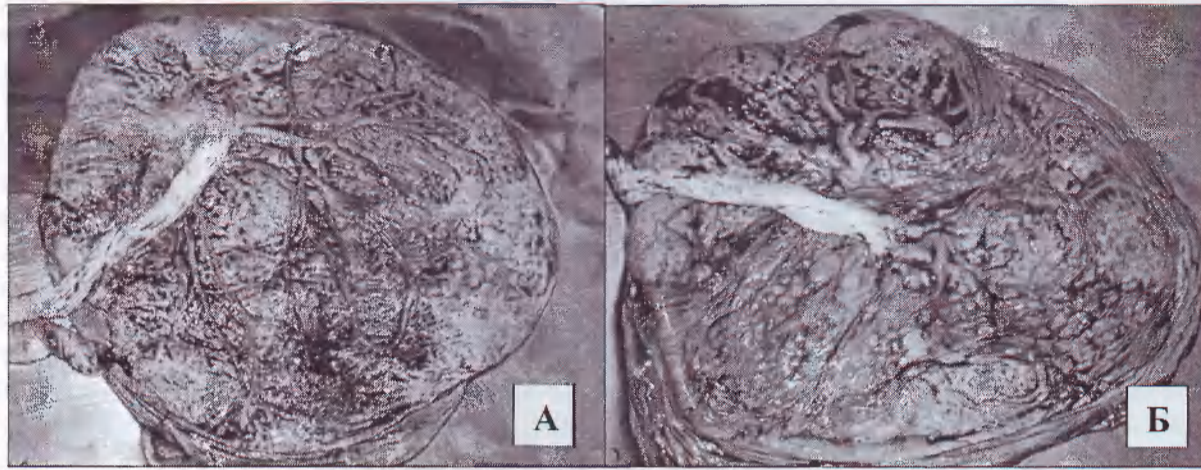


Рис. 1. Плацента при фізіологічній вагітності (А) і плацента жінки, інфікованої мікобактеріями туберкульозу (Б). Макропрепарати.

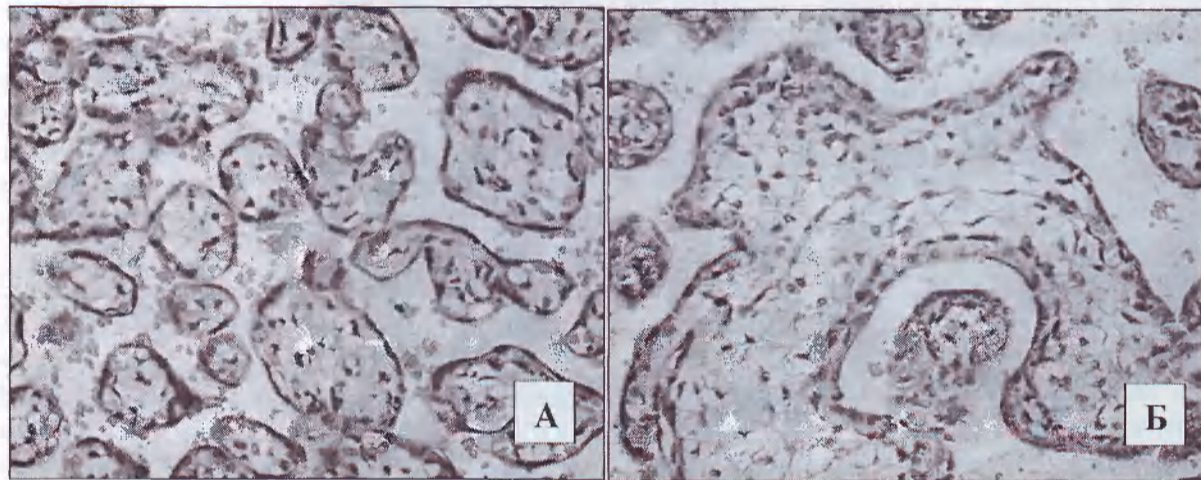


Рис. 2 Плацента при фізіологічній вагітності (А) і плацента жінки, інфікованої мікобактеріями туберкульозу (Б). Гематоксилін-еозин. Мікропрепарати. Об. 20^х, ок. 10^х.

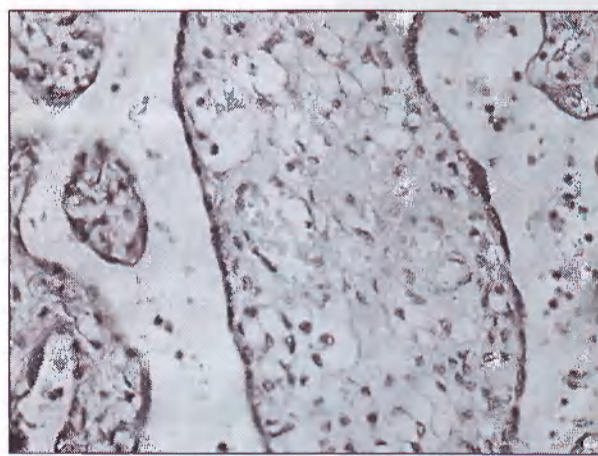


Рис. 3. Плацента жінки, інфікованої мікобактерією туберкульозу. Гематоксилін-еозин. Мікропрепарат. Об. 20^х, ок. 10^х.

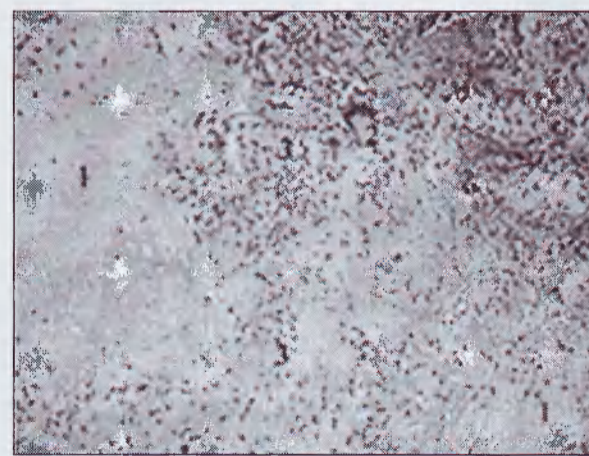


Рис. 4. Туберкульоз плаценти, базальна пластинка. Гематоксилін-еозин. Мікропрепарат. Об. 8х, ок. 7^х: 1 – казеозний некроз; 2 – велетенська багатоядерна клітина Ланганса; 3 – епітеліюідні клітини.

цифічного або неспецифічного туберкульозного запалення посліду. Зазначені морфологічні зміни є проявом хронічної недостатності плаценти з порушенням в першу чергу гормональної функції трофобласта та несприятливими змінами фетального і материнського кровоносного русла у плаценті. Спостерігалася чітка залежність патології плаценти від ступеня тяжкості анемії. При поєднанні ЗДА II-III ступенів з туберкульозним інфікуванням мали місце порушення дозрівання хоріальних ворсин. Лише у двох вагітних, інфікованих мікобактеріями Тб, з анемією I ступеня не виявлено порушень дозрівання хоріальних ворсин. Імуногістохімічні дослідження показали зниження концентрації плацентарного лактогену в синцитіотрофобласті, що служить молекулярним маркером недостатності плаценти.

Пологи у жінок, інфікованих мікобактеріями Тб, супроводжувалися порушеннями скоротливої активності матки (10-15 %), несвоєчасним виливанням навколоплодових вод (8-11 %) та гіпотонічними кровотечами (7-8 %). Загальна тривалість пологів в основній групі жінок становила 6,2 год., (у контролі – 9,1 год.). Прискорення I і II періодів пологів у жінок основної групи можливо пов'язано з накопиченням молочної кислоти та підвищеною скоротливістю матки.

Загальна крововтрата в пологах у жінок основної групи, що отримували протитуберкульозне лікування, становила $280,0 \pm 20,0$ мл, що істотно не відрізнялося від контрольної групи ($250,0 \pm 25,0$ мл). Проте у жінок, хворих на активний Тб, крововтрата збільшувалася ($285,0 - 320,0$ мл); у вагітної з відшаруванням нормально розміщеної плаценти на тлі активного дисемінованого Тб легень крововтрата становила 2500,0 мл. Отримані дані показали підвищену здатність крові до згортання у переважній більшості жінок, що хворіли на Тб, і пряму залежність від тяжкості, активності та розповсюдження туберкульозного процесу.

Більшість пацієнток обох груп розроджені через природні родові шляхи (89,7 % – основної групи, 91,0 % – контрольної). Передчасне вили-

вання навколоплодових вод мало місце у 19, а передчасні пологи спостерігалися у 11 породілей основної групи. Частота кесаревого розтину була практично однакою в обох групах жінок, проте ургентна допомога мала місце у 2,6 раза частіше в основній групі. Перебіг пуерперія у жінок, хворих на Тб, показав зростання рівня ЗДА до 34,5 %, що призводило до акушерських ускладнень: гіпогалакції, лохіометри, пізньої післяпологової кровотечі.

У новонароджених від жінок, хворих на Тб, спостерігалися порушення періоду адаптації (21 %), які супроводжувалися значною втратою маси тіла і пізнім її відновленням (13 %), розвитком синдрому дихальних розладів (9 %), формуванням дистрес-синдрому і зривом адаптації (11 %), які виникали на 1-3 добу після народження. Особливо виражені ці прояви були в дітей з явищами гіпотрофії (4,3 %). Повільне відновлення початкової маси тіла слід пов'язувати з туберкульозною інтоксикацією матері, гіпотрофією при народженні, в'ялим смоктанням, недостатньою кількістю молока та акушерською патологією.

Висновки. 1. Стан репродуктивного здоров'я вагітних в умовах епідемії туберкульозу визначається показниками ранньої діагностики туберкульозу, лікування та профілактики ускладнень вагітності. 2. Морфологічні зміни у плацентах (значне зменшення їх параметрів; ділянки казеозного некрозу, оточені епітеліоїдними клітинами, лімфоцитами та велетенськими багатоядерними клітинами Ланганса у базальній пластинці; збільшення відкладання інтервільозного і перибазального фібриноїду, частоти та розмірів кальцинатів; виражений склероз стовбурових ворсин) віддзеркалюють клініко-функціональний перебіг вагітності та пологів на тлі туберкульозного ураження вагітних.

Перспективи наукового пошуку. В умовах епідемії туберкульозу слід розробляти та впроваджувати в клінічну практику нові науково-обґрунтовані методи діагностики, лікування та профілактики ускладнень вагітності для поліпшення стану репродуктивного здоров'я вагітних жінок.

Література

1. Асмолов О.К., Павлова О.В., Котлярова П.Д. Клініко-морфологічні особливості перебігу туберкульозу у вагітних, які мешкають у південному регіоні України // Вісн. наук. досліджень. – 2005. – № 2. – С. 168-169.
2. Паращук Ю.С., Стрюков Д.В. Стан фетоплацентарного комплексу у вагітних жінок з первинним тубер-

туберкульозом легень // 36. матер. конф. "Инфек. хвороби, туберкульоз та суч. стан довілля: епідеміол., мікробіол., діагностика". – Львів, 2005. – С. 95-96. 3. Польова С.П. Перебіг і наслідки вагітності у жінок, хворих на туберкульоз // Вісн. наук. досліджень. – 2005. – № 4. – С. 106-107. 4. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Патология послода. – СПб: ГРААЛЬ, 2002. – 448 с. 5. Новикова С.В., Краснопольский В.И., Лозутова А.С. и др. Диагностическое и прогностическое значение комплексного ультразвукового исследования при фетоплацентарной недостаточности // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2005. – № 5. – С. 39-42. 6. Польова С.П. Особливості перебігу пологів і пуерперію в жінок, які хворіють на туберкульоз легень // Вісн. наук. досліджень. – 2005. – № 2. – С. 114-115. 7. Benirschke K., Kaufmann P. Pathology of the human placenta. – 4th ed. – New York: Springer, 2000. – 974 p. 8. Давиденко І.С. Проліферативна активність цитотрофобласта в хоріальних ворсинах при залізодефіцитній анемії вагітних у термін гестації 5-27 тижнів // Запорізький мед. ж. – 2006. – № 1. – С. 37-40. 9. Ковганко П.А., Євстигнеев С.В., Петрухин В.А. Течение беременности и родов у женщин с туберкулезом органов дыхания // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2005. – № 2. С. 24-26.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТАХ И НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE PLACENTA AND HEALTH DISORDERS OF GRAVIDAS INFECTED WITH TUBERCULOUS MYCOBACTERIA

С.П.Полевая

S.P.Poliyova

Резюме. Приведены результаты клинико-морфологического обследования 68 беременных, инфицированных микобактериями туберкулеза. Проанализированы функциональные и клинические изменения во время гестации, особенности протекания беременности и родов на фоне туберкулезного поражения легких и морфологические нарушения структуры плацентарного комплекса.

Abstract. The findings of a clinico-morphologic examination of 68 gravidas infected with tuberculous mycobacteria are presented. The author has analyzed functional and clinical changes during gestation, the peculiarities of the course of pregnancy and labor against a background of pulmonary tuberculous abnormality and morphological disturbances of the structure of the placental complex.

Ключевые слова: туберкулез, беременность, роды, фетоплацентарный комплекс.

Key words: tuberculosis, pregnancy, labor, fetoplacental complex.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 19.03.2007 р.
Рецензент – проф. О.В.Кравченко (Чернівці)