

УДК 618.3-06:616.24-002.5-08

*А.В.Гошовська, С.П.Польова, Л.М.Рак***ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – доц. С.П.Польова)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Однією з функцій акушерської служби щодо покращання репродуктивного здоров'я вагітних, хворих на туберкульоз, є формування груп ризику, пла-

нування сім'ї, якісна та рання діагностика, лікування туберкульозу і профілактика ускладнень.

Ключові слова: туберкульоз, вагітність, лікування.

Вагомим показником стану репродуктивного здоров'я жінок є материнська і маюкова смертність. Високий рівень інфікування мікобактеріями туберкульозу вагітних потребує невідкладних додаткових заходів щодо планування сім'ї, запровадження сучасних стандартів діагностики, лікування та профілактики захворювань репродуктивної системи на тлі туберкульозної інфекції, вирішення питання доцільності виношування вагітності за умови активності туберкульозного процесу [4, 5, 14, 15].

Встановлено, що нелікований туберкульоз у вагітних більш загрозовий для матері і плода, ніж при застосуванні специфічного лікування матері. Показаннями до проведення протитуберкульозної терапії під час вагітності та після пологів є всі форми активного туберкульозу органів дихання, інших органів і систем, у тому числі, вперше виявлені, випадки загострення туберкульозу та рецидиви специфічного процесу [1, 6, 12].

Сьогодні спеціалісти дотримуються загальноприйнятих принципів хіміотерапії і схем, рекомендованих ВООЗ [16, 21, 23, 24].

У процесі етіотропного лікування вагітних, хворих на туберкульоз, М.М. Савула (2004) пропонує наступні схеми лікування туберкульозу в період гестації [21]:

- пацієнткам I категорії (вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням, а також поширені форми туберкульозу без бактеріовиділення) на першому (інтенсивному) етапі протягом 2-3 місяців призначають 4 препарати: ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол щоденно; на другому етапі (4-5 місяців) – ізоніазид із рифампіцином тричі на тиждень або щоденно;

- пацієнткам II категорії (рецидив туберкульозу або неефективне лікування вперше виявленого туберкульозу) на першому етапі 3 міс. призначають ізоніазид, рифампіцин і етамбутол щоденно або тричі на тиждень. При обмежених процесах із невеликими порожнинами розпаду у вагітних, які належать до I і до II категорій (особливо в першій половині вагітності), доцільно проводити зазначену хіміотерапію без призначення піразинаміду;

- пацієнткам III категорії (вперше діагностований туберкульоз без бактеріовиділення) на першому етапі 2 міс. призначають ізоніазид, рифампіцин і етамбутол; на другому етапі 4 міс. – ізоніазид з рифампіцином щоденно або тричі на тиждень;

- до IV категорії відносять осіб із хронічними формами туберкульозу, при яких, зазвичай, наявна резистентність мікобактерій туберкульозу до одного або кількох туберкулостатиків першого ряду. Таким хворим призначають резервні препарати, які є більш токсичними і небажаними для лікування вагітних, тому необхідно вирішити питання про доцільність збереження вагітності. Під час вагітності і впродовж післяпологового періоду можлива підвищена загроза побічної дії деяких туберкулостатиків, тому хіміотерапію необхідно проводити під певним контролем, систематично досліджувати функцію печінки, призначати гепатопротектори.

Обсяг антибактеріальної терапії визначають відповідно вираженості запальних змін і термінів лікування. При гострих і підгострих розповсюджених процесах у перші 2-4 місяці рекомендується прийом одночасно трьох антибактеріальних препаратів. А в період стихання клінічної картини число препаратів зменшується до двох. При затихлому, неактивному і клінічно вилікованому туберкульозі рекомендується збереження вагітності до терміну пологів [1, 12].

Загально визнано, що у вагітних, хворих на активний туберкульоз, хіміотерапію необхідно починати негайно, незалежно від терміну вагітності. Основним чинником до проведення лікування є дотримання відновного режиму, психологічний комфорт, повноцінне збалансоване харчування з достатньою кількістю білків, вітамінів, мікроелементів на тлі повноцінної хіміотерапії. Все це є передумовою одужання жінки, доношування вагітності до фізіологічних пологів [21].

Лікарів завжди турбувало питання щодо можливого негативного впливу на плід протитуберкульозних препаратів. Погляди дослідників на це питання постійно змінюються. Практично всі протитуберкульозні препарати проникають через плацентарний бар'єр, хоча концентрація їх у крові плода є вдвічі нижча, ніж у крові матері [18].

У США серед найбільш безпечних для вагітних антибактеріальних препаратів застосовують рифампіцин, ізоніазид (обов'язково з вітаміном В₆) і етамбутол, в інших країнах – також піразинамід [18, 21, 25].

Небезпечні (особливо в I триместрі вагітності) всі аміноглікозидні препарати (стрептоміцин, канаміцин, капреоміцин, аміноцин) через їх ото-

токсичність [17]. Протипоказані також при вагітності етіонамід, протіонамід (можливість тератогенної дії), фторхінолонові, макролідні препарати (кларитроміцин, азитроміцин), які останнім часом призначають хворим на мультирезистентний туберкульоз [3, 18, 19, 21, 26].

Щодо особливостей прийому протитуберкульозних препаратів Каюкова С.И. и соавт. (2003) зазначають, що рифампіцин слід призначати в дозі 10 мг/кг, у поєднанні з гепатопротекторами. При цьому необхідно щомісячно контролювати стан печінкових ферментів у крові вагітних. Ізоніазид вагітним, хворим на туберкульоз, призначають у дозі 5-8 мг/кг всередину. При його застосуванні зменшується рівень піридоксаль-5-фосфату, тому разом з ним слід вводити вітамін В₆ по 60-100 мг на добу [2, 12].

У сучасних протиепідеміологічних умовах відбувається патоморфоз туберкульозу та змінюються властивості його збудника, що сприяє виникненню хіміорезистентних форм мікобактерій. При цьому найбільші труднощі виникають під час лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз із виділенням МБТ, резистентні одночасно і до ізоніазиду, і до рифампіцину. Водночас аналіз даних літератури демонструє недостатньо вивчені частоту хіміорезистентного туберкульозу у вагітних та ефективність його лікування [13, 22].

Хворим на хіміорезистентний туберкульоз бажано уникати вагітності, оскільки всі резервні протитуберкульозні препарати (за винятком ПАСК) протипоказані вагітним [8, 13, 22].

Дискутабельним є питання необхідності та термінів проведення оперативного лікування туберкульозу під час вагітності. Аналіз результатів лікування туберкульозу в жінок, оперованих до вагітності та пологів або після них, показав, що підставою до оперативного втручання були особливості туберкульозного процесу (туберкульома, циротична форма туберкульозу, фіброзна каверна), а також низька ефективність консервативного лікування. Об'єм хірургічного втручання при туберкульозах обмежується резекцією уражених сегментів, лобектомією, в окремих випадках – пневмонектомією, видаленням казеозно змінених лімфатичних вузлів. Сприятливими є результати лікування вагітних, які народжували після успішно проведеної операції і повноцінної хіміотерапії, порівнянно з тими, що були оперовані після пологів. Вагітність і пологи, оперованих з приводу туберкульозу жінок, проходили без серйозних ускладнень [11, 20].

Протилежні дані у своїх дослідженнях відмітив Ковганко П.А. (2004), який зазначає, що перебіг вагітності і пологів у жінок, що перенесли операцію на легенях з приводу туберкульозного процесу, мав ускладнений характер. Діти, народжені від них, виявилися групою підвищеного ризику щодо розвитку асфіксії при народженні. Більш високий відсоток ускладнень вагітності і пологів у пацієнток, що перенесли оперативне втручання на легені, можна пояснити наявністю в

цих жінок порушень компенсаторно-приспосувальних реакцій, зменшення потреби в кисні, появи мікрокрововиливів в альвеоли і локальних емфізематозних змін. Порушення функції зовнішнього дихання і значні зміни мікроциркуляторного русла призводять до фетоплацентарної недостатності і, пов'язаною з нею, хронічною внутрішньоутробною гіпоксією плода [10].

У деяких публікаціях наведені дані щодо позитивного впливу озону при застосуванні його в комплексній терапії вагітних із супутнім інфільтративним туберкульозом легень. Озонотерапія сприяла зменшенню ознак фетоплацентарної недостатності, покращанню резервів плаценти, трофобласта, сумарного показника біофізичного профілю плода, що позитивно впливає на подальший розвиток дитини [7].

Ковганко П.А. (2004) застосовував внутрішньовенне введення озону, що покращило переносимість і загоєння каверн при деструктивному туберкульозі. Позитивні зрушення спостерігалися в імунній системі, а саме: підвищення клітинної та гуморальної ланок імунітету; покращалися реологічні властивості крові. Під впливом озону спостерігали покращання стану плаценти – відбулася нормалізація мікроциркуляції, покращалася подача кисню в тканини, збільшилася кількість термінальних ворсин, що, у свою чергу, покращувало процеси обміну між матір'ю і плодом. Автор зазначає, що застосування озонотерапії запобігає розвитку ХФПН, хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода, внутрішньоутробної затримки розвитку плода, передчасного дозрівання плаценти, а в жінок, хворих на активний туберкульоз органів дихання, за різних патологічних станів, сприяє пролонгації вагітності до фізіологічних термінів розродження, зниженню частоти ускладнень вагітності і пологів [9].

У процесі лікування хворих на туберкульоз виникає багато обставин, які можуть бути причиною різкого зниження ефективності хіміотерапії. Серед них – значного впливу зазнають характер розповсюдженості і перебігу самого туберкульозного процесу, масивність бациловиділення, полірезистентність МБТ, пневмосклероз, переносимість лікарських засобів, супутні захворювання органів дихання і травлення (в останньому випадку знижується біодоступність антибактеріальних препаратів) [2].

Таким чином, раціональне застосування протитуберкульозних засобів у комплексному лікуванні акушерської патології в більшості вагітних, хворих на туберкульоз, дозволяє зберегти здоров'я матері і плода, а також довести вагітність до терміну пологів. Ефективність лікування таких, хворих на туберкульоз, жінок до настання вагітності та в період гестації у більшій мірі залежить від обґрунтованого вибору протитуберкульозних засобів, тривалості і системності лікування.

Література

1. Валиев Р.Ш. Туберкулез и беременность / Р.Ш.Валиев, З.Ш.Гилязутдинова. – Казань: МЕДПРЕСС, 2000. – 63 с.

2. Валиев Р.Ш. Особенности и эффективность лечения различных вариантов деструктивного туберкулеза легких в современных социально экономических условиях : автореф. дис. на соискание ученой степени докт. мед. наук : спец. 14.01.25 “Фтизиатрия” / Р.Ш.Валиев. – М., 2000. – 24 с.
3. Ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду у хворих на туберкульоз легень: методичні рекомендації / А.Я.Сенчук, О.В.Голяновський, В.С.Артамонов [та ін.]. – К., 2001. – 37 с.
4. Глуховец Б.И. Патология послета / Б.И.Глуховец, И.Г.Глуховец. – СПб.: ГРА-АЛЬ, 2002. – 448 с.
5. Диагностическое и прогностическое значение комплексного ультразвукового исследования при фетоплацентарной недостаточности / С.В.Новикова, В.И.Краснопольский, Л.С.Логутова [та ін.] // Рос. вестн. акуш.-гинекол. – 2005. – №5. – С. 39-42.
6. Жученко О.Г. Репродуктивное здоровье женщин, страдающих легочным и урогенитальным туберкулезом: автореф. дис. на соискание докт. мед. наук: спец. 14.01.01 “Акушерство и гинекология” / О.Г.Жученко. – М., 2001. – 42 с.
7. Задорожний В.А. Стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з туберкульозом легень та його корекція / В.А.Задорожний // Педіатрія, акушерство та гінекол. – 2004. – № 2. – С. 74-77.
8. Иванова Л.А. Тактика лечения больных лекарственно-устойчивым туберкулезом / Л.А.Иванова, Н.В.Павлова, Л.И.Арчакова // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 5. – С. 14-16.
9. Ковганко П.А. Влияние медицинского озона на беременность, роды и неонатальный период у женщин с активным туберкулезом легких при различных патологических состояниях / П.А.Ковганко, А.А.Ковганко // Вестн. физиотерапии и курортолог. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 56-61.
10. Ковганко П.А. Исходы беременности и родов у женщин с выполненным по поводу туберкулезного процесса оперативным вмешательством на легких / П.А.Ковганко // Рос. вестн. акуш.-гинекол. – 2004. – № 2. – С. 45-47.
11. Ковганко П.А. О некоторых особенностях беременности и родах у женщин с туберкулезом легких : материалы III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України / П.А.Ковганко, А.А.Ковганко. – К., 2003. – 205 с.
12. Макаров О.В. Беременность и туберкулез / О.В.Макаров, С.И.Каюкова, В.А.Стаханов // Рос. вестн. акуш.-гинекол. – 2004. – Т. 4, № 1. – С. 23-26.
13. Мишин В.Ю. Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью / В.Ю.Мишин, В.И.Чуканов, И.А.Васильева // Пробл. туберкулеза. – 2002. – № 12. – С. 18-23.
14. Польова С.П. Морфофункціональні зміни фетоплацентарного комплексу хворих на туберкульоз / С.П.Польова // Клін. анатомія та операт. хірургія. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 33-36.
15. Польова С.П. Особливості перебігу пологів і пуерперію в жінок, які хворіють на туберкульоз легень / С.П.Польова // Вісн. наук. досліджень. – 2005. – № 2. – С. 114.
16. Польова С.П. Проблеми лікування туберкульозу у вагітних / С.П.Польова, Ю.І.Бажора // Одес. мед. ж. – 2007. – № 2. – С. 58-61.
17. Польова С.П. Стан репродуктивного здоров'я жінок, інфікованих микобактеріями туберкульозу / С.П.Польова. – Чернівці: Медуніверситет, 2007. – 264 с.
18. Савула М.М. Діти хворих на туберкульоз матерів / М.М.Савула // Вісн. наук. досліджень. – 2003. – № 2. – С. 4-6.
19. Савула М.М. Перебіг вагітності та пологів у хворих на туберкульоз легень / М.М.Савула, Д.Вітик, Ю.Сливка // Інфекційні хвороби. – 2004. – № 4. – С. 71-75.
20. Савула М.М. Результати лікування, перебіг вагітності і пологів у жінок, яким виконані операції з приводу туберкульозу / М.М.Савула // Шпит. хірургія. – 2005. – № 2. – С. 128-130.
21. Савула М.М. Туберкульоз і вагітність / М.М.Савула // Мистецтво лікування. – 2004. – № 4. – С. 54-57.
22. Савула М.М. Частота хіміорезистентного туберкульозу і ефективність його лікування у вагітних жінок / М.М.Савула, М.І.Сахелашвілі // Практ. мед. – 2005. – № 1. – С. 41-44.
23. Фещенко Ю.І. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу / Ю.І.Фещенко, В.М.Мельник. – К.: Здоров'я. – 2002. – 904 с.
24. Шупик В.І. Вагітність при активному туберкульозі легень / В.І.Шупик: тези доповідей VII Всеукраїнського лікарського товариства, (Тернопіль, 16-17 травня 2003 р.) // Укр. мед. вісті. – 2003. – Т. 5, № 1 (63). – С. 50.
25. Bothamley G. Drug treatment during pregnancy: safety considerations / G.Bothamley // Drug. Sat. – 2001. – № 7. – P. 553-565.
26. Lazarus A., Sanders G. Management of tuberculosis; choosing an effective regimen and ensuring compliance / A.Lazarus, G.Sanders // Posgrad. Med. – 2000. – № 2. – P. 71-84.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.В.Гошовская, С.П.Полевая, Л.М.Рак

Резюме. Одна из функций акушерской службы с целью улучшения репродуктивного здоровья беременных, больных туберкулезом, – формирование групп риска, планирование семьи, качественная и своевременная диагностика и лечение туберкулеза, профилактика осложнений.

Ключевые слова: туберкулез, беременность, лечение.

PECULIARITIES OF TREATMENT OF PREGNANT WOMEN,
SUFFERING FROM TUBERCULOSIS (BIBLIOGRAPHICAL REVIEW)

A.V.Hoshovs'ka, S.P.Poliova, L.M.Rak

Abstract. One of the functions of the obstetric service with a view of updating the reproductive health of gravidas afflicted with tuberculosis is forming risk groups, family planning, qualitative and timely diagnostics, tuberculosis treatment and preventing complications.

Key words: tuberculosis, pregnancy, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. І.С.Давиденко

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol.13, №1.–P.114-117

Надійшла до редакції 20.11.2008 року

УДК 617.553-008.331.1-089

О.І.Івашук¹, В.Ю.Бодяка²РОЛЬ СИНДРОМУ АБДОМІНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТУ В ХІРУРГІЇ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)¹Кафедра хірургії та урології (зав. – проф. А.Г.Іфтодій)

Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

²Відділення хірургії (зав. – В.П.Кабиш)

Красилівської центральної районної лікарні, Хмельницька область

Резюме. Представлено сучасний стан проблеми синдрому абдомінального компартменту в хірургії. Показано причини, які призводять до його виникнення, а саме до зростання внутрішньочеревного тиску та негативний вплив його на різні органи та системи організму. Розглянуто питання діагностики та моніторингу інтраабдомінальної гіпертензії, методів прогнозування,

а також його запобігання, лікування синдрому абдомінального компартменту.

Ключові слова: внутрішньочеревний тиск, інтраабдомінальна гіпертензія, синдром абдомінального компартменту.

Однією з основних причин розвитку синдрому поліорганної недостатності, в осіб з патологією органів черевної порожнини, є зростання внутрішньочеревного тиску. Згідно з даними літератури, перші повідомлення про наслідки підвищеного внутрішньочеревного тиску зроблені наприкінці XIX століття Magey і Burt, які показали пряму залежність від ступеня тяжкості дихальної недостатності та напруги передньої черевної стінки. У XX столітті з'явилися публікації про порушення кровообігу, зміни функції дихання та сечовиділення за підвищеного тиску в черевній порожнині внаслідок патологічних у ній змін. Останнім часом, симптомокомплекс, який частіше розвивається після тяжкої травми або оперативного втручання на органах черевної порожнини, у медичній літературі називають синдромом абдомінального компартменту (САК), а в англійській літературі – “Abdominal Compartment Syndrome”. Летальність при виникненні синдрому абдомінального компартменту становить 42-62 %, а без лікування цей показник сягає майже 100 % [1, 33, 34, 36].

Патогенез тяжких захворювань органів черевної порожнини розглядається як складний процес, нерідко розвивається неспецифічна стрес-реакція організму, яка супроводжується недостатністю двох або більше функціональних систем,

тобто поліорганною недостатністю, яка є головною причиною несприятливого кінця серед таких пацієнтів. У розвитку поліорганної недостатності певну роль відіграє підвищення внутрішньочеревного тиску, а саме інтраабдомінальна гіпертензія, що в подальшому призводить до виникнення САК. Здатність до розтягнення черевної стінки зменшується залежно від збільшення вмісту черевної порожнини, внаслідок набряку тканин, кровотечі, набряку стінки кишечника, скучення в ньому газів тощо. На здатність до розтягнення черевної стінки впливають ступінь розвитку м'язів живота, підшкірний жировий шар, ригідність очеревини та поперечної фасції живота [2, 6].

У нормі тиск у черевній порожнині є відображенням внутрішньоплеврального тиску і дорівнює нулю або дещо від'ємний. Його зростання не одразу та не завжди супроводжується виникненням САК. У літературі немає точних цифр внутрішньочеревного тиску, за якого розвивається САК. Так, N.C. Sanchez et al. (2001) виявили, що внутрішньочеревний тиск у здорових людей у середньому дорівнює 6,5 мм рт. ст. За даними інших авторів, внутрішньочеревний тиск становить від 0 до 7 мм рт. ст., зростаючи практично після будь-якої лапаротомії до 5-12 мм рт. ст. Але існує закономірність: чим вище внутрішньоче-