

*К.А. ЛОБКО***РОЛЬ ЛОР-ЛІКАРЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ**

*Каф. ЛОР-хвороб (зав. – проф. В.В. Кіщук)
Вінницького Нац. мед. ун-ту ім. М.І. Пирогова*

Жінці, яка готується стати матір'ю, лікарі завжди радять відповідально підійти до питання свого здоров'я. Звичайно, стежити за здоров'ям необхідно і до вагітності, але для майбутньої мами це питання стає особливо актуальним.

Вагітність є особливим станом організму жінки. У цей час відбувається зміна імунологічної резистентності, перебудова гормональної, ендокринної, нервової та всіх інших систем. Жінка стає вразливою для інфекцій, загострюються хронічні захворювання, розвиваються деякі патологічні процеси. Тому обстеженню вагітних жінок різними спеціалістами в усіх країнах приділяється велика увага.

Тонзиліти, риніти, гайморити, отити – це патологія, яка, звичайно, може мати хронічний характер і тривалий час має малосимптомний перебіг. Загострення, як правило, виникають при зниженні захисних сил організму, в тому числі й при вагітності. Материнський осередок інфекції як гострої, так і хронічної небезпечний для дитини, тому що вплив на плід може бути подвійним – прямим і опосередкованим. Збудник може подолати фетоплацентарний бар'єр і привести до внутрішньоутробного інфікування. Найбільш вразливою у плода є центральна нервова система, що розвивається протягом усієї вагітності.

Будь-яка вагітність супроводжується послабленням імунологічного захисту. З одного боку, це дозволяє розвиватися організму малюка, який містить відмінний від материнського набір генів, а з іншого – сприяє підвищенню інфекційної захворюваності мами. Гострі респіраторні захворю-

вання досить часто зустрічаються під час вагітності у зв'язку з їх легкою передачею повітряно-крапельним шляхом. Поряд з погіршенням загального самопочуття, при респіраторних інфекціях може відзначатися нежить, запалення мигдаликів, ларингіт, фарингіт, трахеїт та ін.

Хронічний тонзиліт (ХТ) займає одне з перших місць серед усіх захворювань ЛОР-органів [11, 17]. За даними різних авторів, на це захворювання страждає від 3 до 45 % населення України [2, 3, 5, 7, 9, 13]. Тому саме на цю патологію ми звернули найбільшу увагу.

Передумовами до виникнення і розвитку ХТ є анатомо-топографічні й морфофункціональні особливості піднебінних мигдаликів (ПМ), наявність умов вегетування в їх лакунах мікрофлори (м/ф), порушення біологічних процесів й захисно-приспосовуючих механізмів у мигдаликовій тканині [9, 12]. Це виражається в тому, що на відміну від інших мигдаликів лімфаденоїдного глоткового кільця у ПМ є лакуни, просвіти їх завжди містять відторгнуті епітеліальні клітини, які багаті холестеринном, а також лімфоцити і різного характеру мікрофлора, грибкові друзи [4, 12]. Частина зівних отворів лакун прикрита складкою Гіса, а частина звужена або закрита рубцевою тканиною після повторних гострих запалень у ПМ. Ці умови сприяють затримці дренажу лакун, що в свою чергу веде до активації постійно існуючої у лакунах мікрофлори [9, 12].

Профілактичний напрямок сучасної медицини у акушерсько-гінекологічному й перинатальному аспектах повинен сприяти

народженню здорових дітей. Відомо, що на здоров'я дитини, рівень перинатальної захворюваності й смертності впливають медико-біологічні фактори: вік і стан здоров'я батьків, кількість пологів, маса тіла і стать плоду, генетичні фактори, акушерська патологія під час вагітності і пологів, а також якість надання медичної допомоги матерям і дітям. Усі ці фактори можуть діяти на перебіг вагітності та стан плоду як окремо, так і у сукупності.

Невиношування вагітності є однією з важливих проблем сучасного акушерства. Частота цієї патології до загальної кількості пологів складає від 10 до 25 % [15, 16]. Причини переривання вагітності різні, часто буває їх поєднання, що призводить до ускладнення вагітності. За класифікацією причин невиношування вагітності (1975) перше місце займають інфекційні захворювання матері. Гострі інфекційні захворювання, особливо грип та ангіна, є в теперішній час найбільш частими причинами передчасного переривання вагітності (від 1,9 до 19,5 % в залежності від пори року) й смерті плоду [14].

Найбільш важливе значення має осередкова інфекція, а саме ХТ, який справляє негативний вплив не тільки на організм вагітної жінки, але й на життєдіяльність внутрішньоутробного плоду [1, 6, 8]. Але не дивлячись на це, ХТ не отримав відповідної уваги і оцінки в акушерстві. Тому ми повторно звертаємо увагу ЛОР-лікарів на дану проблему.

У багатьох випадках виникнення акушерської патології пов'язано з наявністю ХТ [6, 10]. Так, у вагітних, які мали в анамнезі пізній токсикоз, ХТ відмічався в 2,5

рази, а при тяжких формах токсикозу – в 3,5 рази частіше, ніж у вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Частота ХТ у пацієнток з недоношуванням вагітності в 2,5 рази більша, ніж у жінок, які народили згідно з передбаченою датою пологів [18]. У літературі є дані про взаємозв'язок між ХТ і запальними процесами у геніталіях. Визначено, що діти у вагітних, які хворіли на ангіну, бувають в'ялі, зі зниженням м'язового тону, акроціанозом, період новонародженості ускладнюється субфебрилітетом, іноді бронхопневмоніями [6].

Без сумніву, що осередок інфекції (тонзиліт, а особливо його загострення - ангіна) – це осередок інтоксикації як для материнського організму, так і для плоду. Можливо, ця інтоксикація менш виражена, ніж при специфічних захворюваннях, але у сукупності з іншими пошкоджуючими факторами (підвищення температури, внутрішньоутробне інфікування, розвиток запального процесу у плаценті) вона може значно вплинути на плід [6]. Нормальний внутрішньоутробний розвиток плоду залежить від оптимального рівня обмінних процесів у організмі матері та від високої вибіркової дифузійної здатності плацентарного бар'єру. Зміна цих умов призводить до порушення метаболізму і кисневого голодування плоду. В антенатальному періоді на розвиток плоду і рівень метаболізму впливає стан вагітної та відхилення від нормального перебігу вагітності. В інтранатальному періоді на плід впливає відхилення від нормального перебігу пологів, а також поєднання цих ускладнень з супутньою патологією вагітних, особливо ЛОР-патологією [19].

Література

1. Алимova-Рафикова Х. Р. Влияние хронического тонзиллита на привычный выкидыш у беременных // Мед. журн. Узбекистана. – Ташкент, 1972. – 6 июня. – С. 89.
2. Вершигора А. Е. Иммунобиология небных миндалин. – Київ: Вища школа, 1978. – 316 с.
3. Гюллинг Э. В., Мельников О. Ф. Миндалины: источник инфекции или иммунитета. – К.: Здоров'я, 1976. – 76 с.
4. Заболотный Д. И., Мельников О. Ф. Теоретические аспекты генеза и терапии хронического тонзиллита. – К.: Здоров'я, 1999. – 145 с.
5. Заболотный Д. И., Мельников О. Ф., Самбур М. Б., Волощук М. И., Розенфельд Л. Г. Обгрунтовання та ефективність імунореабілітації у хворих на запальні захворювання верхніх дихальних шляхів з радіогенним імунodefіцитом // Журн. Академії мед. наук України. – 1996. – Т. 2, № 1. – С. 100-108.

6. Казмиренко Г. А. Состояние плода у беременных женщин, больных хроническим тонзиллитом // Вопросы гинеколог. и акушер. эндокринологии. – Благовещенск, 1973. – Вып. 1. – С. 164-167.
7. Кішук В. В. Обґрунтування та ефективність консервативної терапії хворих на хронічний тонзиліт електромагнітним полем та тимічними імунomodуляторами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 1996. – 20 с.
8. Красноусова В. С. Состояние здоровья новорожденных, родившихся от женщин, страдающих хроническим тонзиллитом // Влияние природных факторов Дальнего Востока и Крайнего Севера на здоровье новорожденных детей: Тезисы докладов конференции 13-15 июня 1979. – Красноярск, 1979. – С. 172-173.
9. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 325-330.
10. Медведев М. В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода: Издание 2-е переработанное, дополненное. – М.: Медицина, 1998. – С.64, 81-92.
11. Нестерова К. И., Мишенькин Н.В., Макарова Л.В., Веремеевич Л.И. Сравнительная характеристика различных способов консервативной терапии хронического тонзиллита // Вестн. оториноларингологии. – 2005. – № 2. – С. 43-46.
12. Пальчун В. Т. Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа: Издание 2-е. – М.: Медицина, 1980. – С. 165-170.
13. Попа В. А. Хронический тонзиллит. – Кишинев: Штиинца, 1984. – С. 29-34.
14. Практическое акушерство / Под ред. А. П. Николаева: 2-е исправленное и дополненное издание. – К.: Здоров'я, 1968. – С. 6-8.
15. Сидорова И. С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. – М.: Знание, 2000. – С. 37-39, 62-66.
16. Сидорова И. С., Черниенко И.Н., Сидоров А.А. Особенности течения и ведения беременности при внутриутробном инфицировании плода // МРЖ. – 2003. – № 5. – С. 46-49.
17. Славский А. Н., Овчинников, Н. М., Побединский Н.М., Овчинников А.Ю., Болтуцкая О.И. Влияние тонзиллогенной интоксикации на нарушение менструального цикла у женщин детородного возраста // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – № 5. – С. 21-26.
18. Старостина Т. А., Антипина Н.Н., Красников Д.Г. Влияние некоторых инфекционных заболеваний на течение и исход беременности // Акушерство и гинекология. – 1988. – №3. – С. 33-35.
19. Федорова М. В. Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода. Библиотека практического врача. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М.: Медицина, 1982. – 207 с.

References

1. Alimova-Rafikova HR. Effect of chronic tonsillitis on habitual miscarriage in pregnant. Medical Journal of Uzbekistan. 1972;(6):89. Russian.
2. Vershigora AE. Immunobiology of tonsils. Kiev: Vishcha School; 1978. 316 p. Russian.
3. Gyuling EV, Melnikov OF. Tonsils: the source of infection and immunity. Kiev: Health; 1976. 76 p. Russian.
4. Zabolotnyi DI, Melnikov OF. Theoretical aspects of the genesis and treatment of chronic tonsillitis. Kiev: Health, 1999. 145 p. Russian.
5. Zabolotnyi DI, Melnikov OF, Sambur MB, Voloshchuk MI, Rosenfeld LG. Foundation and effectiveness of immunorehabilitation in patients with inflammatory diseases of the upper respiratory tract of radiogenic. Journal of the Academy of Medical Sciences of Ukraine. 1996;2(1):100-8. Ukrainian.
6. Kazmirenko GA. Status of the fetus in pregnant women, patients with chronic tonsillitis. Questions of gynecological and obstetric endocrinology. 1973;(1):164-7. Russian.
7. Kischuk VV. Justification and effectiveness of conservative treatment of patients with chronic tonsillitis by electromagnetic field and immunomodulators [dissertation]. Kiev; 1996. 20 p. Ukrainian.
8. Krasnousova VS. The health status of infants born of women with chronic tonsillitis. Proceedings of the conference "The influence of natural factors of the Far East and the Far North on the health of newborns". 13-15 June 1979 Krasnoyarsk; 1979. P. 172-3. Russian.
9. Layko AA. Pediatric Otorhinolaryngology. Kiev: Health; 1998. P. 325-30. Russian.
10. Medvedev MV, Yudin EV. Retardation of intrauterine growth. 2nd edition revised, enlarged. Moscow: Medicine; 1998. P.64-92. Russian.
11. Nesterov KI, Mishenkin NV, Makarova LV, Veremeevich LI. Comparative characteristics of different methods of conservative treatment of chronic tonsillitis. Bulletin of otorhinolaryngology. 2005;(2):43-6. Russian.
12. Palchun VT, Preobrazenskiy NA. Diseases of the ear, nose and throat. 2nd Edition. Moscow: Medicine; 1980. P. 165-70. Russian.
13. Popa VA. Chronic tonsillitis. Chisinau: Shtiintsa; 1984. P. 29-34. Russian.

14. Nikolaeva AP, editor. Practical Obstetrics. 2nd revised and enlarged edition. Kiev: Health; 1968. P. 6-8. Russian.
15. Sidorova IS, Makarov IO. Fetoplacental insufficiency. Clinical and diagnostic aspects. Moscow: Knowledge; 2000. P. 37-66. Russian.
16. Sidorova IS, Chernienko IN, Sidorov AA. The course and management of pregnancy in intrauterine fetal infection. MRZH. 2003;(5):46-9. Russian.
17. Slavskii AN, Ovchinnikov NM, Pobedinski NM, Ovchinnikov YU, Boltutskaya OI. Influence of tonsils intoxication on the menstrual cycle in women of childbearing age. Bulletin of otorhinolaryngology. 1999;(5):21-6. Russian.
18. Starostina TA, Antipina NN, Krasnokov DG. Influence of some infectious diseases on the course and outcome of pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 1988;(3):33-5. Russian.
19. Fedorov MV. Diagnosis and treatment of fetal hypoxia. Moscow: Medicine; 1982. 207 p. Russian.

Надійшла до редакції 10.01.15.

© К.А. Лобко, 2015