

© МАИСЕЕНКО Д. А., ЕГОРОВА А. Т., ВИНОГРАДОВ К. А.

УДК 616.24-002.5:612.648-036

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Д. А. Маисеенко, А. Т. Егорова, К. А. Виноградов

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; кафедра акушерства и гинекологии

ИПО, зав. – д.м.н., проф. А.Т. Егорова; кафедра управления, экономики

здравоохранения и фармации ИПО, зав. – д.м.н., проф. И.П. Артюхов

***Резюме.** Проведен анализ 150 историй новорожденных детей, родившихся от матерей больных активным (первая группа) и переболевших (вторая группа) туберкулезом легких. Контрольную группу составили 100 новорожденных, родившихся от здоровых женщин. Установлено, что у рожениц с туберкулезом легких чаще рождаются недоношенные дети в асфиксии различной степени, с признаками задержки внутриутробного развития. В раннем неонатальном периоде у новорожденных от матерей с туберкулезом наблюдаются признаки церебральной ишемии, внутриутробного инфицирования.*

***Ключевые слова:** новорожденные дети, женщины, туберкулезом легких.*

Маисеенко Дмитрий Александрович – аспирант каф. акушерства и гинекологии ИПО КрасГМУ; e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru.

Егорова Антонина Тимофеевна – д.м.н., проф. зав. каф. акушерства и гинекологии ИПО КрасГМУ; тел. 8(391)2360621.

Виноградов Константин Анатольевич – д.м.н., проф. каф. кафедра управления, экономики здравоохранения и фармации ИПО КрасГМУ; тел.: 8(391)2268540.

Проблема сочетания туберкулеза и материнства является чрезвычайно актуальной, поскольку страдает репродуктивное здоровье женщин, создаются условия для рождения ослабленных, больных детей, что отрицательно влияет на генофонд нации [3]. Если в прежние годы врачей интересовало, как влияет туберкулезный процесс на развитие беременности и беременность – на течение туберкулеза легких, то в настоящее время не менее важно выяснить влияние туберкулезного процесса в легких беременной на развитие плода и состояние новорожденного [1].

Относительно высокий и практически не имеющий тенденции к снижению уровень перинатальных и неонатальных потерь в России диктует необходимость разработки эффективных мер социального и медицинского характера. Переход на внеутробное существование служит серьезнейшим испытанием зрелости всех функциональных систем самостоятельного жизнеобеспечения плода и тех функций, которые до рождения выполнял материнский организм. При неблагоприятных условиях, действующих в момент перехода к внеутробной жизни, создаются предпосылки для формирования патологических состояний в неонатальном периоде [5].

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации, равно как и в Красноярском крае, остается напряженной. По данным официальной статистики, в 2009 году на территории Российской Федерации зарегистрировано 117227 случаев активного туберкулеза, среди которых одну треть составляют женщины, причем максимум их заболеваемости приходится на фертильный возраст 25-34 года (88,1 на 100000 населения соответствующего возраста). Величина последнего показателя продолжает расти из года в год. В городе Красноярске показатель первичной заболеваемости туберкулезом в 2009 году составил 90,8 на 100000 населения. Число случаев туберкулеза, регистрируемых у женщин по отношению ко всем заболевшим, увеличилась за последние пять лет с 257 в 2006 году до 319 в 2009 году.

Цель исследования – клиническая характеристика новорожденных детей, родившихся от матерей, больных туберкулезом легких.

Материалы и методы

Проведен анализ 150 историй новорожденных за период с 2006 по 2010 гг. Сформированы три группы новорожденных. Первая группа – 50 новорожденных, рожденных от матерей с активным туберкулезом легких. Вторая группа – 100 новорожденных, рожденных от матерей с туберкулезом легких в анамнезе. Третья группа – 100 новорожденных от здоровых матерей. Все женщины были родоразрешены в родильном доме №4 г. Красноярска и Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере №1, специализированных по легочной патологии. Для оценки клинической характеристики новорожденных детей регистрировались: срок гестации при рождении ребенка, оценка его состояния по шкале Апгар на первой и пятой минутах, масса тела при рождении, выявленные патологические состояния (асфиксия, церебральная ишемия, внутриутробное инфицирование и др.), особенности перевода на второй этап выхаживания.

Описательная статистика результатов исследования представлена в виде относительных показателей, процентных долей (P), стандартной ошибки (m), медианы (Me) и процентилей (p25% и p75%). Статистическая значимость различий показателей определялась по t-критерию Стьюдента при изучении различий между параметрическими показателями и критерию χ^2 Пирсона при изучении различий между непараметрическими показателями. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Медиана возраста женщин в исследуемых группах не различалась и составила 26,0. В первой группе процентиля (p25% и p75%) составили 21 год и 30 лет соответственно. Во второй группе – 22 и 31 год, в третьей – 23 и 29 лет соответственно.

У женщин с активным туберкулезным процессом легких в 46,9 % случаев встречалась инфильтративная форма, при этом активными бактериовыделителями были 15 ($30,0 \pm 6,5\%$) беременных. Во второй группе туберкулезный процесс был в фазе обратного развития (туберкулома, диссеминированный, инфильтративный и очаговый туберкулез в фазе рассасывания, уплотнения и рубцевания, экссудативный плеврит в стадии рассасывания). Беременные с инфильтративным туберкулезом легких в фазе рассасывания, уплотнения и рубцевания составили 43,0 процента.

У женщин с туберкулезным процессом легких имелись соматические заболевания: хронический обструктивный бронхит – у 5 матерей первой группы ($10,0 \pm 4,2\%$); заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, гастрит, панкреатит, гепатиты В и С, токсический гепатит) - у 32 женщин, в том числе у 9 женщин первой группы ($18,0 \pm 5,4\%$) и у 23 второй группы ($23,0 \pm 4,2\%$), патология мочевыделительной системы (хронический цистит, хронический пиелонефрит) – у 17 женщин, в том числе у 3 первой группы ($6,0 \pm 3,4\%$) и у 14 второй ($14,0 \pm 3,5\%$), заболевания сердечно-сосудистой системы (пролапс митрального клапана I-II степени без регургитации, варикозное расширение вен нижних конечностей, гипертоническая болезнь I стадии) - у 19 женщин второй группы ($19,0 \pm 3,9\%$). Все выявленные соматические заболевания были в стадии компенсации и не приводили к существенному изменению общего состояния беременных.

По мнению Х.М. Омаровой, причиной возникновения преждевременных родов является кислородное голодание вследствие легочно-сердечной недостаточности, имеющей место практически у всех больных туберкулезом легких, а туберкулезная интоксикация усиливает гипоксемию и гипоксию [4]. Так, в первой группе родилось 9 ($18,0 \pm 5,4\%$) недоношенных детей, из них при сроке беременности 27-30 недель – 2 ($4,0 \pm 2,8\%$), при сроке гестации 33-37 недель – 7 ($14,0 \pm 4,9\%$) детей. Двое детей, родившиеся в 27-30 недель, имели критическую массу тела 1100 и 1370 граммов. Во второй группе родилось 3 ($3,0 \pm 1,7\%$) недоношенных на сроке гестации 33 - 36 недель, а в

третьей группе только 1 ($1,0 \pm 1,0\%$) недоношенный ребенок. При сравнении результатов достоверные отличия получены между показателями первой и второй, первой и третьей групп ($p < 0,05$).

Средняя масса тела недоношенных детей, родившихся от матерей первой группы составила в среднем 1980 ± 551 граммов, от матерей второй группы 2535 ± 293 граммов ($p > 0,05$).

Клиническая оценка состояния новорожденного при рождении на первой и пятой минутах по шкале Апгар в исследуемых группах соответствовала 8-8 баллов.

Средняя масса тела доношенных новорожденных составила в первой группе – $3105,1 \pm 85,7$ граммов, во второй группе – $3414,9 \pm 47,7$, в третьей – $3422,0 \pm 48,3$. Установлено, что новорожденные, рожденные от матерей с активным туберкулезом легких достоверно имеют массу тела меньше новорожденных рожденных от здоровых матерей и матерей с туберкулезом легких в анамнезе ($p < 0,01$).

В табл. 1 представлены показатели выявленных патологических состояний новорожденных исследуемых групп в неонатальном периоде.

Таблица 1

Выявленные патологические состояния у новорожденных от матерей исследуемых групп

*Примечание: * $p_1 < p_3$, $p_2 < p_3$ при $p < 0,05$; ** $p_1 < p_3$, $p_2 < p_3$ при $p < 0,05$; *** $p_1 < p_3$, $p_2 < p_3$ при $p < 0,05$.*

В умеренной асфиксии родилось трое (6,0 на 100 детей) новорожденных от матерей первой группы, 10 (10,0 на 100 детей) детей от матерей второй группы и один (1,0 на 100 детей) ребенок, от матери третьей группы. Установлено, что дети рожденные от матерей с туберкулезом достоверно чаще рождаются в умеренной асфиксии, в отличие от детей, родившихся от здоровых матерей ($p < 0,05$).

В каждой исследуемой группе выявлен один случай рождения новорожденного в тяжелой асфиксии. В первой группе ребенок родился у матери с активным туберкулезным процессом, осложненным дыхательной недостаточностью II-III ст. в сроке гестации 27-28 недель. Оценка по шкале Апгар 3 балла, масса тела критическая – 1100,0 граммов. Ребенку проведена аппаратная искусственная вентиляция легких (АИВЛ) в родильном зале.

Во второй группе родился новорожденный в сроке гестации 39-40 недель путем операции кесарево сечение. Показанием к оперативному родоразрешению у беременной служили два рубца на матке, пластический пельвиоперитонит, спаечный процесс брюшной полости. Во время операции у новорожденного произошла аспирация околоплодными водами с развитием вторичного респираторного дистресс-синдрома. Оценка по шкале Апгар 1-2 балла, масса тела – 3400,0 граммов. Проводилась АИВЛ.

В третьей группе наблюдался новорожденный с задержкой внутриутробного развития в тяжелой асфиксии, наступившей вследствие аспирации мекония околоплодными водами во время оперативного родоразрешения. Оценка по шкале Апгар 2-7 баллов, масса тела – 2700,0 граммов. Проводилась АИВЛ.

Нами выявлено, что в перинатальной заболеваемости наиболее часто диагностировалась церебральная ишемия различной степени тяжести (I и II степени) - 28 случаев (56,0 на 100 детей) от матерей первой группы, 47 случаев (47,0 на 100 детей) от матерей второй группы и 32 случая (32,0 на 100 детей) в третьей группе. При сравнении результатов достоверные отличия получены между первой и третьей, второй и третьей группами ($p_2 < 0,05$). Высокая частота быстрых родов у рожениц с перенесенным туберкулезным процессом легких, когда головка плода подвергается травматическому воздействию, способствует развитию острой церебральной ишемии [2].

В последние годы наблюдается явный рост частоты внутриутробных инфекций, что связано с одной стороны с появлением новых методов

диагностики и расширением спектра изучаемых возбудителей, с другой стороны, не исключено истинное увеличение частоты данной патологии, обусловленной возрастанием числа женщин фертильного возраста с наличием урогенитальных инфекций. Кроме того, для возникновения внутриутробной инфекции имеет значение наличие у беременной острого или хронического процесса, в том числе туберкулезного [2].

Клинические признаки внутриутробного инфицирования (в виде врожденной пиодермии, конъюнктивита) нами отмечались у 19 (38,0 на 100 детей) новорожденных первой группы, 29 (29,0 на 100 детей) второй группы и у 9 (9,0 на 100 детей) новорожденных третьей группы. В группе детей, рожденных от матерей с активным туберкулезом и туберкулезом легких в анамнезе, внутриутробное инфицирование наблюдалось достоверно чаще, чем у детей рожденных от здоровых матерей ($p < 0,05$). Достоверных отличий во внутриутробном инфицировании в группах детей рожденных от матерей с туберкулезом легких (активным или в анамнезе) не установлено.

Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода установлена в 3,6 раза чаще у новорожденных рожденных от матерей с активным туберкулезом легких и в 1,2 раза чаще с туберкулезом легких в анамнезе, чем от здоровых матерей (табл. 2). В литературе высказано предположение, что ЗВУР плода у беременных с туберкулезом легких развивается в связи с хронической плацентарной недостаточностью, обусловленной патологической незрелостью ворсин плаценты, воспалительными изменениями в ней и увеличенным отложением фибриноида; в плаценте снижена васкуляризация терминальных ворсин, а также уменьшен объем синцитиокапиллярных мембран [6].

Таблица 2

***Показатели выявляемости синдрома задержки внутриутробного
развития плода в исследуемых группах***

*Примечание: * $p_1 < p_2$, $p_1 < p_3$ при $p < 0,05$; ** $p_1 < p_3$ при $p < 0,05$.*

В связи с высокой заболеваемостью новорожденных от матерей с туберкулезом легких, в раннем неонатальном периоде на второй этап выхаживания перевод новорожденных из первой группы был осуществлен в 38 случаях ($76,0 \pm 6,0\%$), во второй группе – в 35 случаях ($35,0 \pm 4,8\%$), в третьей группе – в 17 случаях ($17,0 \pm 3,8\%$).

Среди новорожденных первой группы в реанимационно-консультативный центр для дальнейшего лечения переведено 8 ($16,0 \pm 5,2\%$) детей – это новорожденные, которым сразу после рождения потребовалась реанимационная помощь в родовом зале. Из второй группы переведено 5 ($5,0 \pm 2,2\%$), из третьей – 2 ребенка ($2,0 \pm 1,4\%$), рожденных в асфиксии средней и тяжелой степени тяжести.

Таким образом, наши исследования показали высокую перинатальную заболеваемость и наличие патологических состояний у новорожденных от матерей с туберкулезным процессом легких: дети рождаются с низкой массой тела, в состоянии асфиксии, церебральной ишемии, признаками внутриутробного инфицирования и ЗВУР.

С целью снижения заболеваемости и патологических состояний у новорожденных, беременные женщины с туберкулезным процессом легких должны наблюдаться совместно врачами акушером-гинекологом и фтизиатром с ранних сроков беременности. Им необходимо проводить курсы метаболической, санирующей терапии, направленные на профилактику фетоплацентарной недостаточности и внутриутробного инфицирования плода.

D.A. Maiseenko, A.T. Egorova, K. A. Vinogradov

Литература

1. Авдеева Р. А., Старых Э.Ф., Нейман Е. Г. и др. Здоровье новорожденных детей, родившихся от матерей, больных или переболевших туберкулезом // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – №5. – С.79-82.

2. Каюкова С.И. Взаимодействие беременности, родов, послеродового периода и туберкулеза органов дыхания у женщин в условиях мегаполиса: автореф. дис. ... канд. мед. наук . – М., 2005. – 25с.
3. Ковганко П. А., Степанова С. В. Клиническая характеристика новорожденных детей от матерей, больных туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза и болезней органов дыхания. – 2003. – №1. – С.32-35.
4. Омарова Х. М. Родовспоможение при туберкулезе легких у женщин: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Махачкала, 2000. – 26с.
5. Руппель Н. И. Беременность, роды и перинатальные исходы при индуцированном многоплодии: автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Иркутск, 2008. – 24 с.
6. Черданцева Л. А., Якимова А. В., Надеев А. П. и др. Морфологические изменения в плаценте беременных мышей при экспериментальном туберкулезе // Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 2008. – Т. 146, №8. – С. 233-236.