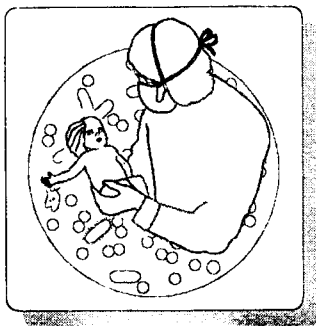




Л.В. Поддубная

ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ МАТЕРИ НА ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Новосибирская государственная медицинская академия, г. Новосибирск

Особенностью современной эпидемической обстановки по туберкулезу является рост заболеваемости туберкулезом молодых лиц, в том числе и женщин [8, 10]. Пик заболеваемости туберкулезом у женщин приходится на возраст 20-39 лет, именно в этом возрасте женщина наиболее часто становится матерью [5], поэтому случаи заболевания туберкулезом стали чаще встречаться и у беременных женщин [1, 11, 13].

Цель работы — изучить течение туберкулезной инфекции у детей периода новорожденности и грудного возраста, родившихся от больных туберкулезом женщин.

Материалом для исследования явились истории болезни и амбулаторные карты индивидуального развития, выписные справки из родильного дома 42 детей в возрасте до 12 мес., родившихся от больных туберкулезом матерей за период 1985-2002 гг., дополнительные данные анамнеза жизни и заболевания получены из противотуберкулезных диспансеров г. Новосибирска и области.

Анализ материала позволил установить, что у каждой второй женщины (23 из 42 чел.) диагностирована инфильтративная форма туберкулеза легких, у большинства (82,6%) — в фазе распада, МБТ+ (19 из 23 чел.). Впервые выявленный остро прогрессирующий туберкулез легких (диссеминированный и казеозная пневмония) встречался у каждой пятой (21,4%). Очаговая форма — у 5 женщин (11,9%), хронический туберкулез легких (фиброзно-кавернозный) — у 4 (9,5%). О тяжести течения туберкулеза у женщин, как во время беременности, так и в послеродовом периоде, свидетельствовали случаи смерти от туберкулеза. Летальный исход от туберкулеза констатирован после родов: в течение первой недели — у 1 больной; 4-6 нед. — у 3 больных, и через 6-12 мес. — у 4 женщин. Кроме того, в трех случаях (7,1%) от туберкулеза умерли и мать и ее ребенок.

Из анамнеза заболевания установлено, что у 15 женщин (35,7%) туберкулез был выявлен до беременности (все состояли на учете у фтизиатра, однако 5 из них вели асоциальный образ жизни, являлись «нережимными» больными, в период беременности у гинеколога не наблюдались, роды были на дому). У 7 женщин (16,7%) инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ+ диагностирован в период беременности, все получали противотуберкулезную терапию и по совместному решению фтизиатра и гинеколога были допущены к родам.

У 20 женщин (47,6%) туберкулезный процесс впервые установлен после родов: у 6 чел. (14,3%) — при рентгенологическом обследовании в родильном доме, у остальных (33,3%) — в течение первых 3 мес. после родов. Следует отметить, что в 5 случаях (11,9%) заболевание у матери установлено после диагностики туберкулеза у их детей.

Таким образом, 59,5% беременных женщин, больных туберкулезом (25 из 42 чел.), не получали противотуберкулезную терапию по причине несвоевременной диагностики заболевания (47,6%) или отказа от лечения (11,9%).

Согласно данным о лечении больных туберкулезом женщин, наблюдавшиеся дети были разделены на 2 группы: 1 группу составили дети от матерей, не лечившихся до и в период беременности (23 чел.), и 2 группу — получавших противотуберкулезную терапию (19 чел.).

У больных туберкулезом матерей, не лечившихся по поводу заболевания, дети рождались недоношенными по массе тела: с одинаковой частотой (каждый третий) первой (с массой тела 1001-1500 г) и второй степени (с массой тела 1501-2000 г), а каждый четвертый ребенок с массой тела 2001-2500 г. Только 13,1% новорожденных имели вес более 2500 г. У женщин с туберкулезом легких, лечившихся в период беременности, недоношенные дети с массой тела до 2000 г встречались в 12 раз реже, чем у пациентов первой группы ($60,8 \pm 10,1$ и $5,2 \pm 5,1\%$ соответственно), $p > 0,001$. Средний вес при рождении детей из 1 группы составил $1958 \pm 123,8$ г; 2 группы — $2903 \pm 133,3$ г; $p > 0,001$. Следует отметить, что степень недоношенности новорожденного зависела и от характера течения туберкулеза у матери. Дети, родившиеся от женщин с ограниченными формами туберкулеза легких, имели массу тела $3180 \pm 168,8$ г, от больных женщин, страдавших фиброзно-кавернозным туберкулезом, а также остро прогрессирующим туберкулезом, рождались с массой тела до 2000 г ($1850 \pm 325,9$ и $1944 \pm 157,8$ г соответственно), что подтверждает влияние хронической и остросравившейся туберкулезной интоксикации на развитие плода ($p > 0,001$).

У детей в период новорожденности кроме гипотрофии были диагностированы перинатальное поражение ЦНС, миотонический синдром у 29 (69,1%) новорожденных (у всех новорожденных 1 группы и 31,6% — 2 группы).

Профилактические противотуберкулезные мероприятия новорожденным проводились соответ-

ственно сведениям о заболевании матери и состоянию здоровья ребенка. Новорожденные в 23,8% случаев (10 из 42 чел.) были изолированы сразу же после родов от матерей, у которых были сведения о заболевании туберкулезом. Остальные 23 ребенка (76,2%) после родов находились в тесном контакте с больной туберкулезом матерью, так как в этот период туберкулез у женщин еще не был установлен. Неправильная интерпретация клинических симптомов интоксикации, локальных симптомов у женщин во время беременности и в послеродовом периоде явилась причиной гиподиагностики заболевания туберкулезом (в отдельных случаях фебрильная лихорадка у родильниц была причиной задержки выписки их из родильного дома до исключения послеродовых осложнений). В 11,9% случаев родители отказались от изоляции ребенка (все дети из 1 группы наблюдения), так как роды были на дому.

Вакцинация БЦЖ проводилась согласно медицинским показаниям. Не вакцинированы БЦЖ по причине медицинского отвода 35,7% наблюдавшихся детей (15 чел.), в том числе 60,8% — 1 группы. В родильном доме привиты 40,5% новорожденных (17 чел.), отсроченная вакцинация БЦЖ-М (через 1-3 мес.) проведена 23,8% пациентам.

Из 42 детей, родившихся от больных туберкулезом матерей (мальчики — 22 чел.; девочки — 20 чел.), у 4 (9,5%) диагностирован врожденный туберкулез, у 19 детей (45,3%) развилось заболевание туберкулезом в возрасте от 2 до 8 мес. У детей первых месяцев жизни, заболевших туберкулезом, часто встречались симптомы туберкулезной интоксикации: вялость, отказ от груди, снижение аппетита, недостаточная прибавка в массе тела, диспепсические явления, периодические подъемы температуры, появление катаральных явлений в легких. У всех этих детей диагностировали ОРВИ, пневмонию на фоне гипотрофии, недоношенности, ППЦНС. Первые клинические признаки заболевания появились у детей в среднем в возрасте $3,2 \pm 0,5$ мес., а диагностировано заболевание туберкулезом в возрасте $6,2 \pm 0,7$ мес. жизни. Причиной поздней диагностики туберкулеза у всех детей явилось отсутствие достоверного эпидемического анамнеза (78,3% родильниц не обследованы ФЛГ, а у 21,7% взаимосвязь заболевания матери и ребенка не изучалась), что свидетельствовало о низкой фтизиатрической настороженности врачей. Нельзя исключать и трудности в диагностике туберкулеза, которые были обусловлены выраженными параспецифическими реакциями, развивающимися при первичном инфицировании МБТ детей этого возраста с фоновыми заболеваниями.

У 5 чел. (11,9%) установлено первичное инфицирование МБТ, 14 чел. (33,3%) не заразились МБТ — это дети, родившиеся от больных туберкулезом, которые лечились до и/или в период беременности и после родов.

В структуре локальных форм первичного туберкулеза у заболевших детей ведущим (52,2%) был первичный туберкулезный комплекс, в 13,1% слу-

чаев (3 чел.) — туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Только в 1/10 случаев (4 чел.) наблюдали гладкое течение первичного туберкулеза, у остальных — прогрессирующее. У большинства больных (82,6%) заболевание характеризовалось гематогенным прогрессирующим туберкулезной инфекции, у каждого второго — генерализацией процесса с поражением ЦНС (12 чел.); у 9 детей (39,1%) описаны в легких диссеминация и ателектаз; гематогенная диссеминация и деструкция легочной ткани и поражение ЦНС. В 30,4% случаев первичный туберкулезный комплекс (5 случаев) и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (1 случай) осложнились бронхолегочными поражениями (развитием ателектаза и диссеминацией). В условиях тесного контакта с больной туберкулезом матерью прогрессирующее течение первичного туберкулеза наблюдали как у не вакцинированных БЦЖ детей, так и у привитых почти с одинаковой частотой ($85,7 \pm 7,3$ и $77,1 \pm 9,5\%$ соответственно, $p < 0,05$).

У 4 заболевших туберкулезом детей (17,4%) развитие генерализованного процесса было связано с внутриутробным инфицированием МБТ, о чем свидетельствовало раннее проявление клинических симптомов заболевания туберкулезом (до 1 мес.) и рентгенологических изменений, указывающих в динамике на течение специфического процесса. Клинические симптомы врожденного туберкулеза не имели специфичности. Диагностическими признаками являлись: прогрессирующее течение туберкулеза у матери во время беременности, эндометрит; у ребенка — гипотрофия, снижение аппетита, субфебрильная температура. Дальнейшее прогрессирование заболевания: фебрильная лихорадка, кашель, одышка, нарастающая дыхательная недостаточность по смешанному типу, цианоз, снижение массы тела, гепатолениальный синдром, развитие менингита (2 случая), бактериовыделение (2 случая).

Ретроспективный анализ позволяет считать, что у 3 пациентов внутриутробное инфицирование МБТ произошло в результате сосудистой диссеминации, на что указывал генерализованный туберкулез у матери (диссеминированный туберкулез легких, туберкулезный эндометрит). У одного ребенка (с генерализованным туберкулезом) заражение произошло при заглатывании околоплодных инфицированных МБТ вод, что подтверждалось изначальной локализацией процесса в среднем ухе с увеличением регионарных периферических лимфатических узлов справа, у матери после родов был диагностирован туберкулезный спондилит, ребенок был разобщен с ней сразу же после родов.

У детей 2 группы по данным туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ было диагностировано первичное инфицирование 3 пациентов (15,8%) с выраженной чувствительностью к туберкулину (пап. 15-16 мм). У 6 пациентов (31,6%) положительные реакции на пробу Манту с 2ТЕ расценены как поствакцинная аллергия, у 10 (52,6%) — анергия (отрицательная реакция) на пробу Манту с 2ТЕ подтверждала отсутствие инфицирования МБТ.

Летальный исход от туберкулеза констатирован у 6 детей (14,3%), все от больных туберкулезом женщин, которые не наблюдались фтизиатром, не получали химиотерапию.

Таким образом, несвоевременная диагностика туберкулеза, отсутствие его лечения у матери во время беременности увеличивали риск развития внутриутробного инфицирования плода, рождения детей с малой массой тела, ослабленными, у которых развившийся туберкулез характеризовался преимущественно поражением легких, гематогенным прогрессированием процесса с поражением ЦНС у каждого второго, высоким риском летального исхода. Важным методом профилактики заболевания детей от больных туберкулезом женщин является своевременная диагностика туберкулеза у женщин, их обязательное лечение противотуберкулезными препаратами. Нелеченый туберкулез у беременной опасен для плода гораздо больше, чем противотуберкулезная терапия [7].

Профилактические мероприятия (иммунизация БЦЖ) должны проводиться в условиях полной изоляции новорожденного от матери, больной туберкулезом МБТ+.

Практические рекомендации

Выделить в группу риска по заболеванию туберкулезом новорожденных от больных туберкулезом женщин, которые не лечились по поводу данного заболевания; от социально-дезадаптированных женщин; от длительно не обследовавшихся (1 и более лет) на туберкулез; от женщин, у которых во время беременности развились симптомы интоксикации, бронхолегочные жалобы неясной этиологии.

Нами предложен алгоритм наблюдения за новорожденными детьми, включающий проведение организационных и медицинских мероприятий в два этапа:

1. *Пренатальный этап* — организационные и медицинские мероприятия по выявлению туберкулеза у беременной женщины (исполнители — гинекологи, фтизиатр).

2. *Постнатальный этап* — организационные и медицинские мероприятия по наблюдению за новорожденными из группы риска по заболеванию туберкулезом (исполнители — участковый педиатр и фтизиатр).

Л и т е р а т у р а

1. Аксенова К.И., Александрова Т.М., Усенко В.В. // Туберкулез сегодня: Мат-лы VII Рос. съезда фтизиатров. М., 2003. С. 152.
2. Крофтон Д., Хорн Н., Миллер Ф. Клиника туберкулеза. М.: Медицина, 1996. 184 с.
3. Жук Н.А., Кожухарь Г.Н. // Пробл. туберкулеза. 2002. №9. С. 5-8.
4. Ильина Т.Я., Муминов Т.А. // Пробл. туберкулеза. 2000. №4. С. 9-11.
5. Корецкая Н.М. // Пробл. туберкулеза. 2002. №9. С. 4-5.
6. Каюкова С.И., Стаханов В.А. // Пробл. туберкулеза. 2003. №9. С. 31-35.
7. Кононенко В.Г., Шкурупий В.А. Туберкулез легких: эпидемиология и парентеральная терапия. Новосибирск, 2002. С. 152.
8. Поддубная Л.В., Кононенко К.Г., Федорова М.В. и др. Актуальные вопросы туберкулеза. Новосибирск: Сибмедиздат, 2003. С. 23-35.
9. Урсов И.Г. Эпидемиология туберкулеза. Новосибирск, 1994. С. 5-14.
10. Фишер Ю.Я. // Пробл. туберкулеза. 1994. №4. С. 14-17.
11. Хоменко А.Г. Туберкулез органов дыхания. М.: Медицина, 1988. 575 с.
12. Янченко Е.Н., Туберкулез у детей и подростков. М.: Гиппократ, 1999. 329 с.

