

## Висновки

1. Діагностика туберкульозу геніталій значно ускладнена та потребує клініко-епідеміологічного обстеження, лабораторних досліджень і морфологічного підтвердження.

2. Приєднання вторинної неспецифічної інфекції ускладнює верифікацію діагнозу через подібність морфологічних змін в ендометрії.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Асмолов А. К., Павлова О. В. Генітальний туберкульоз у жінок // Укр. мед. часопис. — 2001. — № 4 (24). — С. 110-114.
2. Гончарова Я. О. Коханевич Є. В., Суменко В. В. Морфофункціо-

нальна характеристика ендометрія в нормі, при ендометриті та ендометріозі // Репродуктивне здоров'я. — 2005. — № 1 (21). — С. 125-133.

3. Долгушина Л. М. Вопросы выявления туберкулеза органов в условиях женской консультации // Проблемы туберкулеза. — 1990. — № 4. — С. 74-79.

4. Жученко О. Г., Радзинский В. Е. Репродуктивное здоровье женщин с легочным и урогенитальным туберкулезом // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2004. — № 7. — С. 58-62.

5. Колачевская Е. Н. Принципы дифференциальной диагностики туберкулеза женских половых органов // Проблемы туберкулеза. — 1998. — № 5. — С. 15-18.

6. Новиков А. И., Лысов А. В., Асмоловская Г. Я. Туберкулез генита-

лий в сочетании с оппортунистическими инфекциями // Вестн. Межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири». — 2000. — № 1. — С. 41-43.

7. Олейник А. Н., Баринев В. С. Активный туберкулез женских половых органов с вовлечением в процесс брюшины, гениталий // Проблемы туберкулеза и болезни легких. — 2003. — № 10. — С. 42-43.

8. Польова С. П. Роль лапароскопии у диагностиці та лікуванні хронічних запальних захворювань геніталій // Шпитальна хірургія. — 2003. — № 2. — С. 98-99.

9. Семеновский А. В., Ариэль Б. М., Попова С. С. Клинико-морфологические проявления туберкулеза гениталий у женщин // Архив патологии. — 1998. — № 2. — С. 39-42.

УДК 618.3+618:5:616-002.5

М. М. Савула, Д. П. Вітик, Ю. І. Сливка

# СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ХВОРИМИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ МАТЕРЯМИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Захворювання матері негативно впливають на внутрішньоутробний розвиток плода, стан здоров'я новонароджених і подальший їх розвиток. При активному туберкульозі різних локалізацій має значення вираженість інтоксикації, ступінь гіпоксії, зміни імунного захисту, порушення плацентарного кровообігу, що є основною причиною фетоплацентарної недостатності, гіпоксії та затримки розвитку плода [1; 2]. Серед новонароджених від хворих на активний туберкульоз матерів частіше спостерігали ознаки асфіксії, високий відсоток новонароджених з масою тіла до 2500 г. У ранньому неонатальному періоді нерідко у дітей констатували різні порушення адаптації [4; 5; 7]. Тим же часом фізичний розвиток і стан

здоров'я новонароджених від матерів з обмеженими, повноцінно лікованими формами туберкульозу або при неактивних післятуберкульозних змінах не відрізняється від аналогічних показників у дітей від здорових матерів [8].

Важливою проблемою охорони дитинства є також загроза зараження туберкульозом новонароджених і дітей раннього віку. Тому метою дослідження було вивчення стану здоров'я, маси тіла новонароджених від матерів, хворих на туберкульоз, а також небезпеки їх інфікування до семирічного віку.

## Матеріали та методи дослідження

Проаналізований стан 108 дітей, які народилися від 99 ма-

терів (чотири жінки народжували двічі, в тому числі одна — двійнят; одна — п'ять разів). Від матерів, у яких на час пологів був активний туберкульоз народилася 41 дитина (1-ша група), 38 (2-га група) — від матерів з затихлими формами туберкульозу і 29 (3-тя група) — від жінок, які захворіли на туберкульоз до 1 року після пологів. Туберкульоз легень діагностований у 96 матерів, у 3 — його позалегенові форми (нирок — 1, геніталій — 1, периферичних лімфатичних вузлів — 1). Анемію встановлено у 59 (54,6 %) жінок, інші обтяжуючі чинники (супровідні хвороби, зловживання курінням, алкоголем, наркотичними речовинами, злидні, мігруючий спосіб життя і т. д.) — у 32 (32,3 %). З метою контролю проаналі-



зовані відомості про 71 дитину, народжену у фізіологічному відділенні пологового будинку у жінок без туберкульозних змін у легенях.

У матерів збирали детальний анамнез, вивчали медичну документацію жінок (у т. ч. історії пологів) і дітей. На підставі аналізу чутливості до туберкуліну в динаміці з використанням проби Манту з 2ТО робили висновок про інфікованість дітей до семирічного віку.

Результати обробляли методом варіаційної статистики. Вірогідність отриманих результатів визначали, використовуючи критерій Стьюдента. Зміни вважали вірогідними при  $P < 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи стан здоров'я дітей, встановили, що природжені вади розвитку були у 4 (3,7 %) із 108 новонароджених. Це вади серця (2) і гіпоплазія кульшових суглобів (2). У трьох матерів цих дітей були активні форми туберкульозу легень, але у двох вони мали обмежений характер і лише в однієї — поширений деструктивний процес з бактеріовиділенням. Ця жінка зловживала алкогольними напоями і лікувалася з приводу сифілісу. Четверта жінка захворіла на туберкульоз лише через 3 міс після пологів. Лише одна з цих матерів приймала протитуберкульозні препарати в I триместрі вагітності. Отже, лише в цьому випадку можна було пов'язати природжену ваду серця у дитини з прийманням протитуберкульозних препаратів, хоча й це залишається недоведеним.

Двоє дітей від матерів з активним туберкульозом померло до 6 міс життя. В одному випадку причиною була природжена вада серця, в другому — недоношеність IV ступеня, фетальний алкогольно-наркотичний синдром плода, поліорганна недостатність.

Проаналізовано показники маси тіла новонароджених. З масою тіла менше 2500 г народилося в 3,4 рази більше дітей у матерів з активним туберкульозом на час пологів (11,7 %), ніж у жінок, в яких туберкульоз розвинувся лише після пологів (3,4 %). У жінок з неактивним туберкульозом не було новонароджених з масою менше 2500 г, за винятком недоношених двійнят. Троє дітей з масою менше 2000 г передчасно народили жінки, які зловживали алкоголем, курінням і наркотичними речовинами. Лише в однієї з них був нелікований деструктивний туберкульоз легень, у решти — обмежений вогнищевий процес без явищ інтоксикації, який не міг істотно вплинути на внутрішньоутробний розвиток плода. Отже, можна вважати, що передчасне народження дітей з низькою масою було пов'язане не лише з наявністю і характером туберкульозного процесу у матерів, але і з іншими обтяжуючими чинниками. Внутрішньоутробну гіпотрофію констатовано у кожній третій дитини від матерів з активним туберкульозом і кожного шостого новонародженого від матерів з неактивним туберкульозом.

Відсоток новонароджених з масою тіла 3000 г і більше був найвищим (90,1±3,5) % серед дітей матерів, які народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку, у всіх клінічних групах дітей від хворих матерів він був нижчим і доволі близьким (70,6±7,1) %,  $P < 0,05$  та (75,8±7,9) %,  $P < 0,05$ .

Розрахунок середньої маси тіла показав, що у новонароджених від матерів з активним туберкульозом на час вагітності та від тих, які захворіли після пологів, маса була вірогідно нижчою (3075,0±101,0) і (3167,0±103,0) г, ніж у контрольній групі (3410,0±54,6) г;  $P < 0,05$ . У дітей від матерів з неактивним туберкульозом середня маса тіла становила (3306,0±81,3) г й істотно не від-

різнялася від аналогічного показника в контрольній групі.

Нижчу масу тіла новонароджених від матерів, які захворіли після пологів, можна пояснити тим, що у більшості цих жінок (20 з 29, або 68,9 %) були різноманітні обтяжуючі чинники, які могли несприятливо вплинути на стан плода, знизити захисні сили організму, сприяти розвитку туберкульозу (гормонозалежна бронхіальна астма, ХОЗЛ, хронічний гепатит, пієлонефрит, сифіліс, анемія, кір під час вагітності, алкоголізм, наркоманія, куріння, проживання на території, забрудненій радіонуклідами, злидні, важкі умови праці, психічні стреси, 5–6 попередніх пологів, багаторазові аборти тощо).

Чинником, який позначився на стані дітей, було також передчасне народження, яке відзначалося у 25 % дітей від матерів з активним туберкульозом; лише в одному випадку — це народження двійнят у жінки з неактивним туберкульозом.

Частота хронічної фетоплацентарної недостатності у вагітних жінок з активним туберкульозом становила (41,6±7,6) %, у жінок з неактивним процесом — (32,0±7,5) %. Проте ознаки асфіксії при народженні та гіпоксичні ураження центральної нервової системи виявлені в 4 рази частіше у новонароджених від жінок, хворих на активний туберкульоз (16,6 %), ніж у разі затилого процесу у матері (4 %). Слід відмітити, що випадки передчасного народження, як і ознаки асфіксії, спостерігали переважно у новонароджених, матері яких, крім туберкульозу, мали інші обтяжуючі чинники.

Отже, стан здоров'я новонароджених від жінок з активним туберкульозом був гірший порівняно з дітьми матерів із затихими післятуберкульозними змінами, але лише в окремих випадках це трапилося виключно внаслідок нелікованого деструктивного туберку-



льозу. У більшості матерів таких дітей були також інші обтяжуючі чинники.

Туберкульоз матері може бути вагомою причиною інфікування і захворювання дітей. У 89 дітей прослідкована інфікованість і захворюваність на туберкульоз до семирічного віку. Встановлено, що локальні форми туберкульозу розвинулися у 3 (3,3 %) дітей (у 2 — від жінок, які мали активний туберкульоз легень на час пологів, і у 1 дитини від матері, що захворіла після пологів). В одному випадку у чотиримісячної дитини діагностований туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, що ускладнився туберкульозним менінгітом. У матері цієї дитини рецидив деструктивного туберкульозу трапився через 7 днів після пологів. Дві інші матері також мали деструктивні форми туберкульозу легень. Інших можливих джерел інфікування дітей, крім матерів, в оточенні дітей не було. Після проведеного лікування діти одужали.

Слід також зазначити, що в сім'ях жінок усіх груп 7 старших дітей у минулому лікувалися з приводу активних форм туберкульозу. В їх оточенні, крім матерів, були також інші хворі на туберкульоз члени сім'ї (батько, вітчим, дідусь, бабуся), отже, вони проживали в умовах подвійного контакту.

У дітей аналізували також в динаміці чутливість до туберкуліну з використанням проби Манту з 2ТО. Інфікування до трирічного віку, яке становить особливу загрозу активного туберкульозу, встановлено у (19,3±3,7) % серед усіх дітей. Інфікування до 3 років спостерігали в 1,9 рази частіше у малюків, матері яких захворіли на активний туберкульоз під час вагітності, ніж серед тих, матері яких захворіли після пологів, і не встановлено в жодному випадку в дітей від матерів з неактивним туберку-

льозом. Слід зазначити, що в оточенні 2/3 дітей, інфікованих до 3 років, були також інші, крім матерів, хворі на туберкульоз. У віці від 3 до 7 років встановлено «віраж» туберкулінових реакцій у 9,7 % дітей, однаково часто у дітей хворих матерів усіх клінічних груп. Загалом до семирічного віку інфікувалися туберкульозом 29 % дітей. Найвищою (36,6±7,5) % була інфікованість до 7 років дітей матерів, що мали активний туберкульоз легень на час пологів. Цей показник перевищує загальний рівень інфікованості в Україні у сучасній епідеміологічній ситуації, який для дітей 7–8 років, за даними Інституту фтизіатрії і пульмонології, становить (8,53±1,71) % [6], хоча автори із Харкова [3] наводять значно вищу цифру інфікованості дітей у семирічному віці (32,5 %), яка майже збігається зі встановленою нами інфікованістю семирічних дітей із сімей, де матері були хворі на активний туберкульоз.

### Висновки

1. Діти від матерів з активним туберкульозом частіше, ніж діти від жінок з неактивними післятуберкульозними змінами в легенях, народжуються передчасно, з низькою масою тіла, ознаками асфіксії, ураженням центральної нервової системи. У більшості жінок, що народжували дітей із вказаними відхиленнями від норми, встановлені також інші, крім туберкульозу, несприятливі чинники, які здатні негативно впливати на внутрішньоутробний розвиток плода і стан новонародженого.

2. У дітей матерів, хворих на активний туберкульоз, інфікування туберкульозом до 3 років наставало в 19,3 %, до 7 років — у 36,6 % випадків. Локальні форми туберкульозу розвинулися у 3,3 % дітей. Тому необхідне посилення профілактичної роботи в осеред-

ках туберкульозної інфекції, своєчасне виявлення і повноцінне лікування туберкульозу у вагітних і породілей, ізоляція дітей від хворих на туберкульоз членів сім'ї.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду у хворих на туберкульоз легень: (Метод. рекомендації) // А. Я. Сенчук, О. В. Голяновський, В. С. Артамонов та ін. — К., 2001. — 37 с.*

2. *Задорожний В. А. Стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з туберкульозом легень та його корекція // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2004. — № 2. — С. 74-77.*

3. *Инфицированность туберкулезом детей и характер туберкулиновой чувствительности у инфицированных / И. А. Сиренко, Н. М. Подопрігора, О. Ю. Марченко и др. // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2004. — № 3. — С. 13-14.*

4. *Ковганко П. А., Степнова С. В. Клиническая характеристика новорожденных от матерей, больных туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза. — 2003. — № 1. — С. 32-35.*

5. *Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок з активним туберкульозом легень / О. В. Голяновський, А. Я. Сенчук, В. П. Мельник та ін. // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. — 1999. — № 5/6. — С. 60-64.*

6. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. — К.: Здоров'я, 2002. — 904 с.*

7. *A survey of pregnant women with tuberculosis at the Port Moresby Genera Hospital / S. Heywood, A. B. Amoа, G. Mola, C. A. Klufio // P. N. G. Med. J. — 1999. — N 3-4. — P. 63-70.*

8. *Jai Kishan, Sailaja, Surjit Kaur. Tuberculosis and pregnancy // National Conference on Pulmonary Diseases 7-th November 2001. — Mumbai TB Chest Dept. Govt. Medical College, Potalia, 2001.*

