

УДК: 616-053.2-06-022.36-036.869-036.22-08-02:618.3/.7-055.2- 06:616.988:578.828.6:616.972

ОСОБЛИВОСТІ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ, ЯКІ МАЛИ СИФІЛІС В АНАМНЕЗІ

Л.Д.Калюжна, Н.М.Нечипоренко¹, Н.В.Турик²¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика² Київська міська клінічна шкірно-венерологічна лікарня

Ключові слова: сифіліс, вагітність, новонароджені, неонатальний період, сифілітична інфекція.

Актуальність теми. Збільшення питомої ваги вагітних в структурі хворих на сифіліс жінок, пояснюється, по-перше, тим, що сифілісом частіше хворіють жінки репродуктивного віку, по-друге, тим, що за останнє десятиліття збільшилась загальна кількість вагітних серед жіночого населення, по-третє, найбільша кількість обстежень на сифіліс проводиться саме серед вагітних жінок шляхом обов'язкової двократної вассерманізації [4, 7]. Найбільшу питому вагу серед епідеміологічних випадків становлять діти, які народилися у матерів, що не проходили допологове спостереження (48,9%). Частка мертвонароджень і викиднів у жінок, хворих на сифіліс, складає 24,5%. Пізно закінчене лікування є причиною вродженого сифілісу в 8,9% випадків, незакінчене - у 4,4% [10, 12, 14].

Клінічні спостереження багатьох авторів свідчать, що адекватна специфічна терапія хворої матері, проведена в перші 4 місяці вагітності, запобігає зараженню дитини. Якщо лікування проводиться після 18-го тижня вагітності, то дитина може народитися без активних проявів сифілісу, але з ознаками ураження кісток та суглобів, нервової системи, очей (паренхіматозний кератит). Випадки вродженого сифілісу реєструються рідко, переважно тоді, коли матері лікувалися незадовго перед початком пологів або зовсім не отримали лікування. Встановлено, що найгірший прогноз для плода мають випадки, коли лікування матері проводиться після 28-го тиж-

ня вагітності. Правильне та адекватне лікування сифілісу на будь-якому терміні вагітності з наступною специфічною терапією новонародженого дозволяє уникнути вродженого сифілісу [3, 5, 16].

Неонатальний період є найбільш складним та відповідальним етапом в онтогенезі людини, період перебудови функціональних систем та напруженої адаптації до нових позаутробних умов існування. Найбільш швидка динаміка адаптаційних реакцій є характерною для раннього неонатального періоду. Усі функції організму дитини перебувають у стані нестійкої рівноваги, тому навіть незначні впливи на організм можуть викликати тяжкі порушення важливих життєвих процесів адаптації. Серед факторів, що визначають вагітність високого ризику та впливають на перебіг адаптації, дослідники виділяють демографічні, соціально-економічні, материнські, плодово-материнські, плацентарні, пологові, неонатальні [2, 6, 10].

Демографічні та соціально-економічні фактори ризику патологічного впливу на перебіг вагітності представлені значним відсотком матерів, які ніде не працюють, народили дитину поза шлюбом, випадкові статеві стосунки матері, шкідливі звички (табакопаління, уживання наркотиків, алкоголю), ігноруючий стиль переживання вагітності, нерегулярне спостереження в умовах жіночої консультації, диспансерному обліку у дерматовенерологічному диспансері, виявлення сифілітичної інфекції у матері на пізніх строках вагітності, пізня діагностика сифілісу у вагітної в стадії вторинного або прихованого раннього сифілісу, пізній початок лікуван-

ня, неадекватне лікування вагітної [1, 13, 15].

Материнські фактори ризику представлені соматичними захворюваннями, обтяженим гінекологічним анамнезом, порушеннями з боку репродуктивної сфери, ускладненнями перебігу вагітності, пологів [5, 6, 12]. Неонатальні фактори ризику виявляються у вигляді гіпоксичних уражень мозку, клінічних ознак затримки внутрішньоутробного розвитку, фізіологічної жовтяниці новонароджених, поширеності серед новонароджених ознак дисплазії сполучної тканини, підвищеним рівнем стигматизації, що підтверджує порушення взаємодій у системі «мати – плацента – плід» [2, 10]. Основними порушеннями стану новонародженого, крім безпосереднього впливу інфекційного фактора, є метаболічні зміни в організмі дитини, порушення з боку імунної, нервової та ендокринної систем [8, 9, 11]. Сучасні методи лікування з високою ймовірністю запобігають розвитку вродженого сифілісу, однак не з'ясовано, які віддалені наслідки патоморфологічних порушень антенатального розвитку при сифілісі [3, 7, 13, 14, 16].

Метою дослідження є вивчення клініко-епідеміологічної характеристики матерів, які хворіли до або під час вагітності сифілісом, та особливостей перебігу неонатального періоду дітей, народжених від матерів, які мали сифілітичну інфекцію в анамнезі

Матеріал та методи дослідження. Проведено аналіз перебігу неонатального періоду у 230 дітей, які проходили обстеження та профілактичне лікування, як діти, народжені від матерів, хворих на сифіліс, у 2008-2010 роках в Київській міській клінічній шкірно-венерологічній лікарні. Дослідження включали аналіз соціального статусу матері, перебігу вагітності, пологів та неонатального періоду. Оцінювалися показники фізичного розвитку, неврологічний статус, висновки суміжних фахівців.

Всім жінкам (n=230) було проведено визначення факторів ризику на підставі збору анамнезу, загальноклінічних лабораторних обстежень, повне серологічне об-

стеження на сифіліс (реакція Вассермана, реакція мікропреципітації) та реакція імунофлуоресценції (РІФ) в різних модифікаціях (РІФ-абс, РІФ-200).

В ході дослідження діти були поділені на дві групи. До 1 групи увійшли діти, матері яких отримали специфічне та/або профілактичне лікування не своєчасно або не в повному обсязі (154 дитини). Групу порівняння склали 76 дітей, матері яких отримали повноцінне та своєчасне лікування (2 група). Лікування проводилось відповідно до діючих нормативних документів МОЗ України.

Результати та їх обговорення. На основі анамнезу, клінічних та серологічних даних встановлено, що прихований ранній сифіліс діагностовано у 74,3% (171) жінок, сифіліс пізній прихований – у 7,8% (18) жінок, вторинний рецидивний у 6,5% (15) жінок, не уточнений у 6,0% (14) жінок, серорезистентність після раннього прихованого сифілісу 5,2% (12) жінок. При аналізі вікової структури матерів в обох групах дослідження захворюваність у віковій групі 19-30 років склала – 71,3% (164 жінки); до 18 років – 10,8% (25 жінок); після 30 років – 17,8% , що вкладається в загально статистичні показники даної патології.

Із загальної кількості матерів 1 групи дітей, не заміжні жінки склали 59,7% (92 жінки) (у групі порівняння – 30,2% (23 жінки)); соціально неадаптовані, які не спостерігались по вагітності в жіночій консультації – 18,8% (29) (у групі порівняння -2,6% (2)); зловживали: алкоголем – 5,2% (8) (у групі порівняння - 0%), курінням – 55,8% (86) (у групі порівняння - 2,6% (2)), наркотиками - 1,9% (3) (у групі порівняння - 0%). Після пологів відмовилися від дітей - 2,6 % (4) матерів (у групі порівняння - 0%).

Перебіг вагітності з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом у матерів 1 групи відмічався у 38,9% (60) (у групі порівняння –19,7% (15)). Фізіологічні пологи в 1 групі склали 87% (134) (у 2 групі - 94,7% (72)); пологи шляхом операції кесарів розтин – 12,3% (19) (у 2 групі - 5,2% (4)); шляхом накладення акушерських щипців - 0,6% (1) (у 2 групі - 0%).

Гестаційний вік новонароджених в обох групах в середньому склав 39,33 тижнів. Фізичний розвиток дітей в обох групах не відрізнявся: середня маса при народженні 3,15 кг.; довжина тіла - 52,12 см.; окружність голови 34,11 см., окружність грудей – 33,1см.

Фізичні показники за шкалою Апгар при народженні в досліджуваних групах дітей склали: 8-9 балів - 51,9% (80) у 1 групі дітей (у групі порівняння – 85,5% (65)); 7-8 балів - у 42,8% (66) (у групі порівняння - 14,4% (11)); 6-7 балів - у 5,1% (8) (у групі порівняння 0 %).

Таблиця 1

Соціальна характеристика матерів

	Матері 1 групи дітей, n=154	Матері 2 групи дітей, n=76
Поза шлюбом	59,7%	30,2%
Не перебували на обліку в ж/к	18,8%	2,6%
Вживання алкоголю	5,2%	0
Паління	55,8%	2,6%
Вживання наркотиків	1,9%	0

Таблиця 2

Акушерський анамнез матерів

	Матері 1 групи дітей, n=154	Матері 2 групи дітей, n=76
Перебіг вагітності з ускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом	38,9%	19,0%
Фізіологічні пологи	87%	94,7%
Пологи шляхом кесаревого розтину	12,3%	5,2%
Пологи шляхом накладання акушерських щипців	0,6%	0

Таблиця 3

Фізичні показники дітей

	1 група дітей	2 група дітей
Гестаційний вік (тижні)	39,33	
Оцінка за шкалою Апгар		
Середня вага (грам)	3150	
Довжина тіла (см.)	52,12	
Окружність голови (см.)	34,11	



Рис. 1. Фактори ризику у дітей, народжених від матерів, які хворіли на сифіліс.

Клінічні спостереження показали, що у дітей, народжених від матерів з сифілісом в анамнезі, серед основних клінічних синдромів у ранньому неонатальному періоді, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку мав місце в 25,6% (59); перинатальне гіпоксичне ураження ЦНС в 13% (30); асфіксія в 10, 4% (24). Зміни з боку ЦНС у дітей основної групи в неонатальному періоді представлені у вигляді: синдрому підвищеної нервової збудливості (42,2% (65)); синдрому пригнічення ЦНС (7,1% (11)); порушення м'язового тону (9,7% (15)) (рис.1).

Висновки. Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що у соціально адаптованих жінок, які своєчасно та в повному обсязі отримали специфічне та профілактичне лікування з приводу сифілісу, відмічається перебіг вагітності з меншими ускладненнями та з низьким ступенем пе-

ринатального ризику. Більшість (66,9%) новонароджених дітей, від матерів з сифілісом в анамнезі, народились від соціально неадаптованих жінок з вагітністю середнього і високого ступеня ризику. Серед патологічних станів періоду новонародженості переважали перинатальні ураження ЦНС (13%) на тлі затримки внутрішньоутробного розвитку (25,6%).

Виявлені в процесі аналізу особливості стану здоров'я дітей, народжених від матерів з сифілісом в анамнезі, які несвоечасно отримали специфічне та/або профілактичне лікування, дозволяють розглядати дітей, як новонароджених із підвищеним ризиком зриву адаптаційних механізмів у неонатальному періоді внаслідок впливу сифілітичної інфекції матері та потребують диференційованого підходу до лікування та реабілітації.

Список літератури

1. Бакуридзе Н.А., Лосева О.К. Физическое и психомоторное развитие детей первого года жизни, родившихся у матерей, больных или болевших сифилисом (по данным из домов ребенка Москвы) / Н.А.Бакуридзе, О.К.Лосева, Г.М.Дементьева и др. // Вестн. дерматологии и венерологии. - 2005. - № 3. - С. 81-83.
2. Баранов А.А. Руководство по педиатрии / Под ред. А.А.Баранова, Б.С.Каганова, Р.Р.Шиляева. – М.: Издательский Дом «Династия», 2006. – Т. Неонатология / Под ред. Г.В.Яцык, Г.А.Самсыгиной. – 464 с.
3. Башинська О.В. Профілактика перинатальної захворюваності та смертності новонароджених від матерів, що хворіли на сифіліс: Автореф. дис. канд. мед. наук / О.В.Башинська. - К.: Б.В., 2007. - 20 с.
4. Державна служба статистики України "Про соціально-економічне становище України за січень-вересень 2011 року"
http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/press/2011/p2011_02.asp
5. Кунгуров, Н.В. Новые подходы к проблеме врожденного сифилиса / Н.В.Кунгуров, А.В.Макаренко, Т.А.Сырнева // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. - 2006. - № 2. - С. 33-36.
6. Лосева О.К. Сифилис и беременность / О.К.Лосева // Венеролог. – 2005. - № 8. – С. 13-20.
7. Мавров Г.И. Влияние сифилиса на течение беременности и внутриутробное развитие плода / Г.И.Мавров, И.В.Губенко // Дерматол. та венерол. – 2002. – №4. – С. 41-43.
8. Овчинникова А.А. Перинатальная патология нервной системы у детей, рожденных женщинами, инфицированными сифилисом: Дис. докт. мед. наук. - Владивосток, 2000. – 255 с.
9. Панкратов О.В. Динамика некоторых показателей иммунной системы у беременных, больных сифилисом // Медицинские новости. – 2006. – № 6. – С. 114-119.
10. Пасічник, І.П. Сучасні аспекти впливу сифілісу на перебіг вагітності та адаптацію новонароджених / І.П. Пасічник // Дерматологія та венерологія. - 2008. - № 3. - С. 47-52.

11. Сорокина И.В., Яковцова А.Ф., Гузенко К.В., Питенько Н.Н., Ганулич Т.В. Морфофункциональные особенности вилочковой железы плодов от матерей, больных сифилисом // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 17-19.
12. Чеботарев В.В. Врожденный сифилис / В.В.Чеботарев. – С.: Ставропольское книжное издательство, 2002. – 134 с.
13. Шунько Є.Є., Лакша О.Т. Проблема перинатальних інфекцій у сучасній неонатології // Новини медицини. – 2006. – № 2. – С. 30-34.
14. Яремчук Т.П. Перинатальна смертність при сифілісі // Вісник наукових досліджень. - 2005. - № 2. - С. 121-122.
15. Kliegman R. Nelson textbook of Pediatrics./ Kliegman R., Jenson H., Behrman R., Stanton B. – 18 th ed. – Saunders, 2007. – P. 1254-1269.
16. Sheffield J.S. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy / J.S.Sheffield, P.J.Sanchez, G.Morris // J. Obstet. Gynecol. – 2002.– V. 186. – P. 569-573.

ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, КОТОРЫЕ ИМЕЛИ СИФИЛИС В АНАМНЕЗЕ

Л.Д.Калюжная, Н.М.Нечипоренко¹, Н.В.Турик²

В статье представлены данные обследования 230 детей, рожденных от матерей, имевших сифилитическую инфекцию в анамнезе, по поводу которой этим женщинам было проведено специфическое и / или профилактическое лечение во время беременности. В зависимости от полноценности и своевременности полученного лечения матерей, дети были разделены на две группы обследования, в которых проводился анализ особенностей неонатального периода.

CHARACTERISTICS THE NEONATAL PERIOD OF INFANTS BORN TO MOTHERS WHO HAVE SYPHILIS IN HISTORY

L.D.Kalyuzhnaya, N.Nechyporenko¹, N.Turik²

The article presents survey 230 children born to mothers who had syphilis infection history, about which they were conducted specific and / or prophylactic treatment during pregnancy. Depending on the usefulness and timeliness of treatment of mothers, children were divided into two groups, the survey, which analyzed the characteristics of the neonatal period.