

K problematike novorodencov matiek chorých na tuberkulózu

Eva Nevická, Renáta Sečkárová

To The Problem of Newborns of Mothers Suffering from Tuberculosis

Súhrn

Tuberkulóza nie je eradikovaná z nášho života. Na celom svete stúpa počet ochorení. Tuberkulóza sa stala u gravidnej ženy a v období po narodení dieťaťa opäť aktuálnou a veľmi závažnou otázkou. Novorodenca je potrebné od narodenia sledovať s možnosťou výskytu kongenitálnej a konnatálnej tuberkulózy. Pôrod u ženy s akútnou tuberkulózou je potrebné viesť podľa možností na špecializovanom pôrodníckom oddelení. Ak to nie je možné, treba konzultovať ďalšie možnosti s odborníkmi (tab. 4, lit. 1).

Kľúčové slová: tuberkulóza, tehotnosť, pôrod, novorodenec matky s tbc.

Summary

Tuberculosis is not eradicated. The increase of newly detected cases of tbc has been reported all over the world. Tuberculosis in a pregnant woman and in the period after the birth has become an actual topic again. Newborn should be followed since his birth with a possibility of contracting congenital and connatal tuberculosis. The delivery of a woman suffering from acute tuberculosis should be performed in a specialized obstetrical department. If there is no such possibility, a specialist should be consulted. (Tab. 4, Ref. 1).

Key words: tuberculosis, pregnancy, delivery, congenital tbc.

Praktická gynekológia, 4, 1997, č. 2.

Úvod

Epidemiologická situácia v tuberkulóze u nás a vo svete, kde sa očakávali tendencie priaznivého vývoja, sa významne zmenila. Optimistické predpovede týkajúce sa možnej eliminácie tbc do roku 2000 sa ukázali nereálne. Za posledných 10 rokov stúpol počet ochorení (najmä pľúcne formy) na celom svete - teda aj vo vyspelých krajinách Európy a Ameriky.

Stále aktuálnejšia je otázka gravidity a tuberkulózy (tbc). Aj keď je kongenitálna tbc pomerne zriedkavá, je potrebné novorodenca, ktorého matka má aktívnu tbc a vylučuje *M. tuberculosis* (ďalej BK), od narodenia sledovať a vylúčiť možnosť prenosu tbc na dieťa.

Nové diagnostické možnosti v oblasti tbc (polymerázová reťazová reakcia PCR, Gene probe, bactec a pod.) umožňujú

s vysokou citlivosťou a pomerne rýchlo vyšetriť rôzny materiál na prítomnosť BK.

Súbor, použitá metodika a klinické skúsenosti

Od roku 1994 do konca roku 1995 sme sledovali 5 detí matiek s tbc. Uvádzame ich krátke kazuistiky.

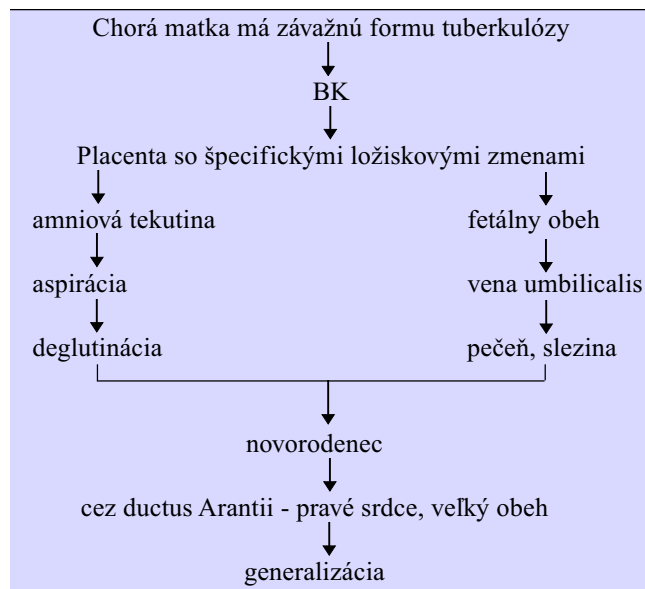
1. Matka pre hemorágiu opakovane kyretovaná, vyšetrený materiál bol kultivačne BK pozitívny. Výsledok vyšetrenia bol až v čase, keď sa u matky zistila gravidita. Matka bola liečená pre tbc endometritídu antituberkulotikami. Dieťa sa narodilo v 40. gestačnom týždni, pôr. hmotnosť 3050 g, dĺžka 49 cm, Apgarovej skóre 10, dojčené 10 dní, BCG vakcinácia. Vyšetrená bola pupočníková krv - genetickou sondou, GP BK pozitívna. Dieťa sme sledovali 1/2 roka, INH s vitamínom B₆, po skončení chemoprofylaxie dieťa zdravé, fyziologický vývoj, MTX II s2 TU 6 mm.

2. Matka s infiltratívnou tbc pľúc, BK pozit., liečená antituberkulotikami, pôrod v 38. gestačnom týždni, SC, KP, pôr. hmotnosť 3050, dĺžka 49 cm. Placenta kultivačne a histolo-

Národný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb, Nemocnica Svätého kríža, Bratislava - Podunajské Biskupice

Adresa: MUDr. Eva Nevická, NÚTaRCH, Nemocnica Svätého kríža, Krajinská ulica 90, 825 56 Bratislava, Slovensko.

Tab. 1. Cesty nákazy novorodenca tuberkulózou.



gicky negatívna. U dieťaťa asfyktický syndróm, na ZP snímke pľúc drobnoškrvnitá kresba, podozrenie na tbc pľúc. Pupočníková krv - genetická sonda, GP negat. Nasadená liečba INH, STM, RIF, pyridoxín, imunologické vyšetrenie v norme. V 5. týždni kontrolovaná rtg snímka pľúc, nález ustúpil, MTX II s 2 TU negat., dieťa očkované BCG, izolované do BK negativity matky, nedojčené.

3. Matka s tbc exsudatívnou pleuritídou, liečená antituberkulotikami, pôrod spontánny záhlavím v 40. gestačnom týždni, pôr. hmotnosť 3230, dĺžka 50 cm, AS 10., na 3. deň

Tab. 2. Matka s inaktívnou formou pľúcnej tuberkulózy.

Placenta – kultivačné vyšetrenie, GP, Bactec BK negat.
histologické vyšetrenie BK negat.
Novorodenec – pupočníková krv – GP, Bactec – BK negat.
Očkovaný – BCG, dojčený

Tab. 3. Matka s aktívnou formou pľúcnej tuberkulózy.

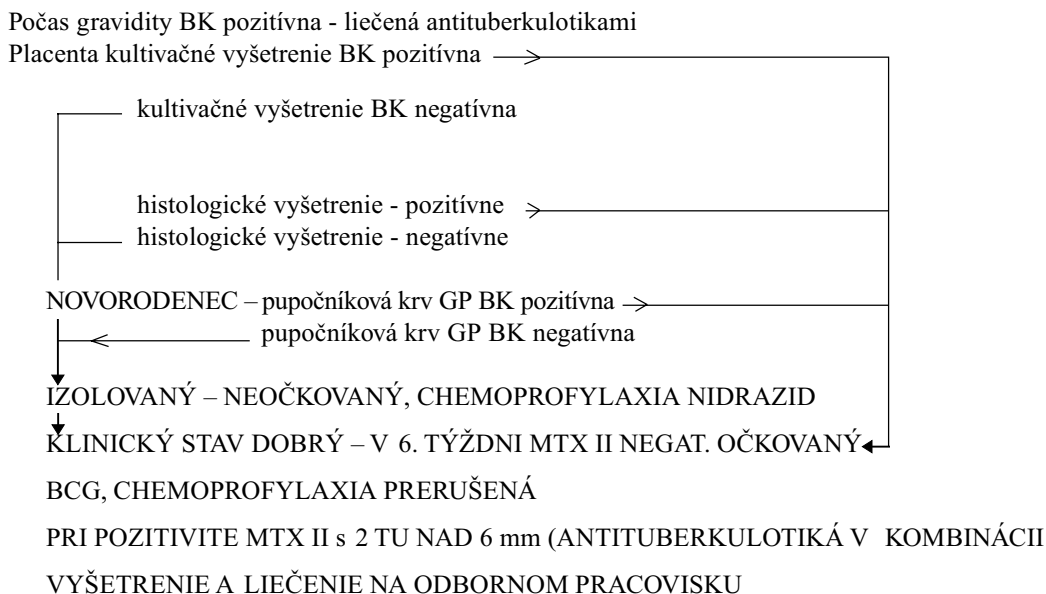
Počas gravidity BK negatívna
Liečená antituberkulotikami
Placenta – kultivačné vyšetrenie, GP, Bactec, BK negat.
histologické vyšetrenie, negat.
Novorodenec – pupočníková krv - GP, Bactec BK negat.
Zdravý – očkovaný BCG
Izolovaný – dojčený

periorálna cyanóza, na ZP snímke pľúc pravostranná pneumónia. Pupočníková krv - genetická sonda, BK pozit., liečená ampiclox, nidrazid, pyridoxín, klinická úprava v 6. týždni, ústup zmien, MTX II s 2 TU negat., dieťa zaočkované BCG, nedojčené.

4. Matka s infiltratívnou tbc pľúc, BK pozitívna, placenta - histologické a kultivačné vyšetrenia negat., pupočníková krv - genetická sonda, GP negat., ZP snímka pľúc negat., nasadená chemoprofylaxia INH a pyridoxín, v 6. týždni MTX II s 2 TU negat., vynechaná profylaxia, dieťa očkované BCG, izolované do negativity matky, dieťa nedojčené.

5. Matka s infiltratívnou tbc pľúc, BK pozitívna, liečená antituberkulotikami, súrodenec - primárna tbc pľúc. Placenta

Tab. 4. Matka s aktívnou pľúcnou alebo mimopľúcnou tuberkulózou.



- genetická sonda, BK pozit., pupočníková krv BK negat., v 6. týždni MTX II s 2 TU negat., dieťa očkované BCG, izolované do negativity matky, dieťa nedojčené.

Diskusia

Matka, ktorá má závažnú BK-pozitívnu formu tbc, môže byť zdrojom nákazy pre novorodenca. Cesta šírenia infekcie je rôzna. Od nej závisí klinická forma kongenitálnej alebo konnatálnej formy tbc. Jedna cesta šírenia infekcie je aspiráciou alebo deglutináciou infikovanej amniovej tekutiny z tuberkulózných ložísk placenty. Ak sa vyprázdni tbc ložisko priamo do fetálneho obehu, vzniká masívna hematogénna infekcia cez umbilikálnu venu do pečene, sleziny, mezenterických uzlín alebo cez ductus Arantii priamo do pravého srdca a do veľkého obehu. Touto cestou vznikajú ťažké generalizované formy kongenitálnej tbc novorodenca (obr. 1). Od pôrodu do klinickej manifestácie tbc u novorodenca môže byť rôzne dlhý čas - niekoľko dní až týždňov (až do 10 týždňov). Sú však opísané aj stavy, keď došlo k veľmi rýchlemu vývoju ochorenia (Křepela, 1995).

Diagnostika je ťažká, dôkaz BK robíme kultivačným vyšetrením placenty, pupočníkovej krvi. Histologické vyšetrenie placenty, tuberkulínovú skúšku u matky i dieťaťa s 2 TU Mantoux PPD, RT 23.

Doteraz používané klasické vyšetrovacie metódy (kultivačné, mikroskopické) vedeli ukázať na prítomnosť BK, ak boli vo vyšetrovanom materiáli zárodky prítomné v určitom

množstve. Pri mikroskopickej pozitivite sa predpokladá, že v materiáli je asi 10 000 zárodokov, pri kultivačnej pozitivite 1000 zárodokov a viac. Polymerázová retazová reakcia PCR ukáže BK-pozitivitu už pri 100 zárodkoch a viac, genetická sonda (GP, gene probe) môže dokázať pozitivitu už pri prítomnosti 10 zárodokov vo vyšetrovanom materiáli.

Klinická prax iste ukáže, ako je potrebné tieto výsledky vzhľadom na liečbu interpretovať. Modelové situácie ukazujú obrázky 2, 3 a 4 s diagnostickým a terapeutickým postupom, indikáciu k prirodzenej alebo umelej výžive a postup pri BCG vakcinácii. Pri podozrení na možnosť infekcie BK je nasadená chemoprophylaxia nidrazínom (5-7 mg/kg hmotnosti) v jednej dávke s vitamínom B₆ (sledovanie dieťaťa, laboratórne vyšetrenia). Negatívna tuberkulínová skúška v 6. týždni života a dobrý stav dieťaťa, dovoľujú vynechať profylaktické podávanie nidrazidu a dieťa zaočkovať BCG vakcínou. Dieťa izolujeme do BK negativity matky a tuberkulín positivity dieťaťa. Neočkované dojča s tuberkulínovou skúškou MTX II s 2 TU 6 mm a viac je infikované. Podľa stavu dieťaťa a klinického nálezu podávame kombináciu antituberkulotík (dĺžka podávania 6 mesiacov a viac). Liečba vyžaduje odborné pracoviisko.

Literatúra

1. Křepela K.: Tuberkulóza dětí a dorastu, její diferenciální diagnostika. Maxdorf - Jesenius, 1995, 221 s.

Do redakcie došlo 10.4.1997.

SPRÁVA

Stanovisko hodnotiacej komisie pre výber vedeckej publikácie pre udelenie Ceny firmy Schering AG Pharma a SGPS SLS za rok 1997

Do súťaže vypísanej v časopise Praktická gynekológia boli prihlásené dve vedecké state uverejnené v odborných časopisoch:

1. Jozef Záhumenský, Vladimír Krivoš, Magdaléna Turanská: Naš príspevok k poznatkom o vírusovej etiológii prekancerózných zmien krčka maternice. Práca bola uverejnená v časopise Praktická gynekológia, 3, 1996, č. 1, s. 32—36.

2. Juraj Šimko, Lívia Horváthová, Renáta Mezenská, Olga Mináriková, Eva Véghová, Karol I. Holomáň, Marián Križko: Detekcia sekvencií chromozómu Y metódami nukleárnej genetiky ako markeru výrazne zvýšeného rizika vzniku go-

nadoblastómu u pacientok s Turnerovým syndrómom. Práca bola uverejnená v časopise Slovenská gynekológia a pôrodníctvo, 3, 1996, č. 4, s. 119—122.

Hodnotiaca komisia po kompetentnom posúdení predložených vedeckých pojednaní navrhuje na udelenie Ceny prácu MUDr. Juraja Šimka, CSc., a spol., ktorí v práci prezentovali jasne formulovaný zámer využiť metódy molekulovej genetiky na odhaľovanie a detekciu porúch, ktoré môžu mať mimoriadne závažné následky pre ich nositeľov. Práca vychádza z predpokladu korelácie medzi vznikom onkologického procesu s nešpecifickými molekulovými markerami.

V Bratislave 7.5.1997 Prof. MUDr. Ivan Hulín, DrSc.
predseda hodnotiacej komisie