

УДК: 616-002.5-056.7

СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА У РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Е.В. Трун, Т.В. Мякишева

ГОУ ВПО СГМА

Кафедра фтизиопульмонологии

Резюме: Рассмотрен случай врождённого туберкулёза у ребёнка грудного возраста. Проанализирована динамика заболевания. Определены причины развития болезни. Имели место факторы риска: социальные, медицинские. Врождённый туберкулёз – заболевание с многообразной клинической картиной, волнообразным течением, требует длительного комплексного, непрерывного лечения.

Ключевые слова: врождённый туберкулёз, ребёнок, беременность, роды, наследственность, вакцинация, лечение.

THE EVENT OF CONGENITAL TUBERCULOSIS IN INFANCY

E.V. Trun, T.V. Myakisheva

Summary: The event of congenital tuberculosis in infancy was considered. The course of disease and causes of its development were analyzed. There were social and medical hazards. Congenital tuberculosis is disease with multiform clinical presentation, wavy course, which demand of long-term complex continuous treatment.

Key words: congenital tuberculosis, child, pregnancy, childbirth, heredity, vaccination, treatment.

Вопрос о взаимосвязи туберкулеза и беременности издавна привлекал внимание клиницистов. Однако в последние годы в связи с глобальным ростом числа больных туберкулезом и повышением заболеваемости им женщин репродуктивного возраста в РФ данная проблема приобрела еще большую

актуальность. Сочетание заболевания с беременностью ставит перед врачами различных специальностей целый ряд проблем. С одной стороны, это влияние беременности, родов и послеродового периода, на развитие и течение туберкулеза, а с другой – влияние этого заболевания на течение беременности и родов, здоровье новорожденных и родильниц.

Внутриутробное заражение плода возможно только при очень тяжелой форме туберкулеза у матери и только при туберкулезном поражении плаценты. По данным литературы, в настоящее время имеются сведения об описании одной тысячи случаев внутриутробного заражения плода [5,4,2]. Заражение плода происходит в основном двумя путями: гематогенным, трансплацентарным или при заглатывании и аспирации околоплодных вод, слизи из родовых путей, инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ). При гематогенном пути заражение чаще всего происходит через пупочную вену, затем МБТ проникают в печень и лимфатические узлы, через нижнюю полую вену в правые отделы сердца, откуда разносятся по всему организму. Первичный аффект формируется в печени с вовлечением в процесс регионарных лимфоузлов ворот печени, мезентериальных и реже внутригрудных лимфоузлов. Трансплацентарный путь распространения инфекции особенно вероятен при диссеминированных формах туберкулеза у матери. Второй путь заражения наблюдается при распаде туберкулезного очага в плаценте и массовом рассеивании МБТ в околоплодные воды. В таких случаях плод заглатывает околоплодные воды до или во время родов при преждевременных дыхательных движениях, в результате чего происходит образование множественных узелковых первичных очагов в легких и в кишечнике. При скрыто протекающем туберкулезе женских половых органов беременность протекает внешне нормально и инфицирование происходит на последних сроках беременности или во время родов, первичный очаг формируется в легких, среднем ухе, кишечнике.

Клиника врожденного туберкулеза многообразна и определяется генезом, характером патологического процесса у матери, сроком беременности,

массивностью и вирулентностью инфекции [1, 2]. При заражении плода на ранних сроках беременности, у матери наблюдается выкидыш или мертворождение. При сохранении беременности дети рождаются недоношенными, с гипотрофией. Но к концу второго месяца их состояние ухудшается, снижается аппетит, появляются вялость, сонливость, лихорадка, потеря массы тела, диспепсия, увеличиваются печень, селезенка, периферические лимфоузлы, нарастает дыхательная недостаточность. Возможны желтуха, геморрагический синдром, неврологическая симптоматика. Рентгенологическое исследование легких указывает на наличие милиарного туберкулеза.

Для диагноза особенно важна туберкулиновая реакция, которая положительна уже в период новорожденности. Обычно она становится положительной через 2-3 недели после рождения. У детей с тяжелой формой заболевания туберкулиновая проба может быть отрицательной, так как иммунная система истощена и не имеет возможности сопротивляться. Подтверждением наличия врожденного туберкулеза у новорожденных может быть обнаружение МБТ в желудочном содержимом или трахеальном аспирате, а так же при гистологическом исследовании биоптата печени. Прогноз по данным литературы очень плохой [3, 4, 5].

Таким образом, в настоящее время проблема туберкулеза и материнства остается актуальной. Своевременная диагностика этого заболевания во время беременности нередко представляет значительные трудности. Своевременное выявление и лечение туберкулеза у беременных позволяют сохранить беременность и здоровье новорожденных, а также матерей в послеродовом периоде.

Приводим клинический пример случая врождённого туберкулёза. Иван П., из цыганской семьи, родился недоношенным от 3 беременности, 3 родов. Вес при рождении 2300 гр, рост 47 см. Первая беременность закончилась родами живым мальчиком, который умер в 2-х месячном возрасте; вторая беременность – роды - живой мальчик; третья беременность (настоящая) - роды

- двойня (мальчики). Один ребёнок из двойни умер в возрасте 1 месяца от бронхо-лёгочной патологии (вскрытия не было). Женщина на учёте в женской консультации не состояла, не обследовалась. После родов, в связи с маточным кровотечением, матери сделана операция – экстирпация матки и труб. Был выявлен генерализованный туберкулёз: туберкулёз лёгких и матки. Мать ребёнка переведена в противотуберкулёзный диспансер для лечения. Из родильного дома ребёнка забрали родственники в удовлетворительном состоянии. В возрасте 2-х месяцев ребёнок поступил в ЦРБ в крайне тяжёлом состоянии: выражены симптомы интоксикации, дыхательная недостаточность, фебрильная температура. Ребёнок вакцинирован в роддоме вакциной БЦЖ. На левом плече есть поствакцинальный знак- рубчик 3 мм. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки отмечается симметричная диссеминация по всем лёгочным полям с двух сторон, расширение корней лёгких. Консультирован фтизиатром. Проведена туберкулинодиагностика - проба Манту с 2 ТЕ-папула 15 мм. Учитывая анамнез и рентгенологическую картину, назначена специфическая противотуберкулёзная терапия: 3-мя противотуберкулёзными препаратами. Из-за тяжести состояния переведён в реанимационное отделение, где продолжена специфическая терапия. На фоне проводимого лечения отмечалась умеренная положительная клиническая динамика: нормализовалась температура тела, появился аппетит. Рентгенологическая картина через 2 недели без изменений. После повторной консультации фтизиатра, ребёнок в возрасте 2 мес 19 дней переведён в детское отделение тубдиспансера. Диагноз при поступлении: основной: Милиарный туберкулёз лёгких. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов, фаза инфильтрации. Осложнение: бронхогенное поражение. Сопутствующий: дистрофия типа гипотрофии II степени. Гипохромная анемия средней степени. Состояние ребёнка тяжёлое за счёт основного заболевания, симптомов интоксикации, сопутствующей патологии. Вес 2600гр. Дефицит массы 30%. Общий анализ крови при поступлении: эр- $2,9 \times 10^{12}/л$, Hb-78г/л, ЦП-0,81, лейко- $13,6 \times 10^9/л$, э-2, п-1, с-66, л-29, м-2, СОЭ-14мм/час. Анизоцитоз. Пойкилоцитоз.

Общий анализ мочи - моча мутная, оксалатурия. Биохимический анализ крови: белок-83г/л; сахар-3,7ммоль/л; билирубин-17,8мкмоль/л; АСТ-0,17 мкмоль/л; АЛТ-0,13 мкмоль/л.

На фоне специфического лечения отмечалась положительная динамика: рентгенологическая - лёгочные поля эмфизематозны, очаги малой и средней интенсивности с обеих сторон различной величины, больше выражены справа в средней доле. Корни лёгких расширены, инфильтрированы. Отмечается небольшая положительная динамика по сравнению с рентгенограммой 2-х недельной давности - в виде частичного рассасывания очагов, чётче просматриваются корни, правый корень полицикличесен за счет увеличенных лимфоузлов. В течение 1,5 месяцев получает специфическое лечение, переносит хорошо. Состояние стабильное. Прибавил в весе.

Однако, через 1 месяц 16 дней состояние ребёнка ухудшилось: стал беспокойный, постоянно плачет, отказывается от еды, пьёт не охотно. Отмечается вздутие живота, пальпация болезненна (даже поверхностная). Сделана очистительная клизма. Через 5-7 минут появился стул жёлто-зелёного цвета с белыми комочками и слизью. Ребёнок успокоился.

Произведена коррекция лечения: лактобактерин, плантекс, хилак форте. Отменён рифампицин. В течение следующей недели состояние остаётся прежним. Стул только после очистительной клизмы. Через 6 дней появился кашель, стал лихорадить (температура тела 37,8), ЧДД 60 в минуту, ЧСС 140 в минуту, кашель частый, влажный, в легких экссудации нет. Живот вздут, при пальпации ребёнок беспокоится. Сон не спокойный, часто просыпается, плачет. Стул самостоятельный 2 раза в сутки. Сосёт вяло по 30-40 мл, пьёт не охотно. Выставлен диагноз: ОРЗ, тяжёлая форма, ринофарингобронхит. Назначено симптоматическое лечение: жаропонижающие, отхаркивающие средства. Несмотря на проводимое лечение состояние ухудшилось – температура тела поднялась до 38,8. Появилась бледность кожных покровов, беспокойство, плач, отказ от еды и питья. По внутренним органам без особенностей. Стул только после очистительной клизмы. Ребенок переведён в реанимационное

отделение. Общий анализ крови: эр- $3,29 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-92г/л, ЦП-0,86, Tr-179, лейкоц- $9,39 \times 10^9/\text{л}$, э-4, п-5, с-45, л-38, м-8, СОЭ-34мм/час. Биохимический анализ крови: АЛТ-45 Ед/л, АСТ-80 Ед/л, билирубин-10,5 мкмоль/л калий-5,0 мкмоль/л, натрий-156 мкмоль/л, хлор-116 мкмоль/л. Общий анализ мочи: белок-0,132 лейкоц-12-15 в поле зрения. Иммунограмма: Е-РОК-44%, ЦИК-6,6г/л, ФИ-70%, YgA-0,5г/л, YgM-2,5г/л, YgG-6,95г/л

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки отмечается отрицательная динамика в виде увеличения инфильтрации справа.

Диагноз: Милиарный туберкулёз. Туберкулёз внутригрудных лимфоузлов, фаза инфильтрации, осложнённый бронхолёчным поражением. ОРЗ, тяжёлая форма, ринофарингобронхит, правосторонняя пневмония. Дистрофия типа гипотрофии III степени. (токсикодистрофический синдром).

Лечение: кислородотерапия, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, антиагреганты, гормональная терапия, иммуноглобулин человеческий, витаминотерапия. В течение месяца находился в реанимационном отделении.

Состояние улучшилось: активен, улыбается, охотно сосёт по 140,0 мл. Прибавил в весе –3320г. Катаральные явления, кашель купировались.

ОАК: эр- $3,09 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-84г/л, ЦП-0,84, лейкоц- $5,89 \times 10^9/\text{л}$, э-4, п-6, с-54, л-31, м-5, СОЭ-8мм/час. ОАМ: без отклонений от нормы. Б/х ан. крови : без отклонений от нормы. Кровь на стерильность: роста нет.

На контрольной обзорной рентгенограмме ОГК через 1 месяц - отмечена положительная динамика в виде частичного рассасывания очагов, уменьшение инфильтрации в корнях.

Для дальнейшего лечения переведён в детское отделение тубдиспансера, где находился 9 месяцев. В течение 1,5 месяцев получал 3 противотуберкулёзных препарата (ПТП) (интенсивная фаза химиотерапии): изониазид, пиразинамид, канамицин и патогенетическое лечение. Отмечалась дальнейшая положительная динамика. Затем получал 2 ПТП (фаза продолжения химиотерапии): фтивазид, пиразинамид и патогенетическое лечение.

Состояние ребёнка при выписке удовлетворительное, сон спокоен, аппетит хороший, кожные покровы чистые от сыпи, обычной окраски, подкожно-жировой слой развит хорошо, тонус и тургор тканей удовлетворительный. Вес 9500 мг, рост 71 см. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 118 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Физиологические отправления в норме. Общий анализ крови: эр- $3,89 \times 10^{12}/л$, Нб-116г/л, ЦП-0,9, лейко- $10,29 \times 10^9/л$, э-3, п-1, с-36, л-57, м-3, СОЭ-6 мм/час. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 10 мм. На обзорной рентгенограмме ОГК - отмечена положительная динамика в виде рассасывания инфильтрации, очагов с обеих сторон, нормализации лёгочного рисунка. Левый корень уплотнён, Синусы свободные. Ребенок, в возрасте 1 года 2 месяцев, в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение фтизиатра по месту жительства.

Описанный клинический случай в практике встречается редко. Причинами развития заболевания были следующие: 1) социально-неблагополучный статус, 2) отсутствие медицинского наблюдения матери, 3) в роддоме не был собран полный анамнез, 4) отсутствие туберкулинодиагностики перед вакцинацией БЦЖ ребёнка, рождённого от матери больной генерализованным туберкулёзом, 5) после вакцинации ребёнок не был изолирован, а выписан домой, где, возможно, были больные туберкулёзом другие родственники.

Описанный случай ярко показывает как необходимо педиатрам, акушерам-гинекологам помнить о возможности наличия у матери и ребёнка туберкулёза, что бы принимать своевременные меры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез. – СПб., 2000.
2. Крофтон Д., Хорн Н., Миллер Ф. Клиника туберкулеза. – М., 1996.
3. Миллер Ф.Дж.У. Туберкулез у детей. – М., 1984.
4. Похитонова М.П. Клиника, лечение и профилактика туберкулеза у детей. – М., 1965.