

ВРОЖДЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

(обзор литературы)

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

- В мировой литературе описано около 1 500 случаев врожденного туберкулеза, преимущественно в странах Европы. В других частях света этот туберкулез остается нераспознанным. Рост заболеваемости ТБ молодых женщин и детей увеличивает риск развития данного вида ТБ.
- Правильное и своевременное его распознавание предусматривает достаточную осведомленность врачей о своеобразии проявления данной разновидности ТБ.

• ТБ у матери

- - чаще всего диссеминированный, остро прогрессирующий генерализованный (преимущественно милиарный),
- - казеозная пневмония,
- - фиброзно-кавернозный ТБ, осложненный гематогенной диссеминацией,
- - ТБ половых органов (редко),
- - ТБ других органов (редко).

ПАТОГЕНЕЗ

| Время и место заражения плода | Источники |
|--|----------------------------|
| - В период беременности, в полости матки | мать |
| - В процессе родов | мать |
| - Непосредственно после родов | Мед. работники, мать |

ПАТОГЕНЕЗ (продолжение)

| № п/ п | Пути проникновения инфекции | Локализация ТБ |
|--------------|---|--|
| 1. | Из кровотока матери через пораженную ТБ плаценту в пупочную вену плода и в печень. | Печень, регионарные л/у у ворот печени. В последующем часто генерализация. |
| 2. | Аспирация инфицированных околоплодных вод в процессе родов, искусств. Дыхание рот-в-рот, проводимое БК-выделителем после рождения ребенка | Обширные поражения легких, большой казеозный некроз ВГЛУ, поражение печени |
| 3. | Заглатывание инфицирование околоплодных вод в процессе родов. | Абдоминальный ТБ: мезентериальные ЛУ, кишечник, брюшина и др. |

Особенности патоморфологии

- - первичный комплекс в печени – доказательство внутриутробного заражения,
- - ТБ изменения (фокусы, лимфадениты, милиарные высыпания) быстро казеифицируются, расплавляются и содержат большое количество МБТ,
- - по краям ТБ-поражений – единичные эпителиоидные клетки, лимфоциты; гигантские клетки отсутствуют,
- - морфологическая картина изменений отражает бурное размножение возбудителя при недостаточной сопротивляемости и неполноценной клеточной реактивности.

Клинические проявления врожденного ТБ в зависимости от сроков заражения плода

| Сроки | Проявления |
|--------------------------------------|--|
| Ранние сроки беременнос ти | Выкидыши, мертворождения, недоношенность, внутриутробная гипотрофия |
| Поздние сроки беременнос ти | Рождаются внешне здоровые дети, через 2-е недели развивается выраженный синдром интоксикации, легочные проявления |

Клинические проявления через 1-2-е недели после рождения

- - исчезновение аппетита,
- - прекращение нарастания массы тела, а затем ее снижение,
- - вялость, сонливость,
- - лихорадка,
- - нарастание синдрома интоксикации,
- - диспептические явления,
- - гепатолиенальный синдром,
- - дыхательная недостаточность (одышка, цианоз)

Клиника в отдельных случаях

- Острое начало заболевания с первых дней после рождения:
- - лихорадка с большими размахами,
- - одышка,
- - цианоз.

Так развивается обычно милиарный ТБ, острейший ТБ- сепсис.

Возможно развитие туберкулезного менингита.

Зависимость клиники от путей заражения и локализации процесса

| Пути заражения, локализация | Особенности клиники |
|--|---|
| Трансплацентарное заражение, поражение печени, ЛУ у ворот печени, сдавление желчного протока | Механическая (обструктивная) желтуха, общее истощение, увеличение печени, рентгенологически в легких, милиарная диссеминация. |
| Аспирация околоплодных вод, поражение легких | В начале - сухой кашель, периодический цианоз. В дальнейшем – одышка, мелкопузырчатые влажные хрипы над всеми легкими |

Продолжение таблицы

| Пути • заражения, локализация | Особенности клиники |
|---|---|
| То же | Увеличение печени и селезенки. Рентгенологически – картина распространенной двухсторонней пневмонии. |
| Заглатывание околоплодных вод, абдоминальный ТБ | Преобладание диспептических расстройств, болей в животе при выраженном синдроме интоксикации |

Клиника при прогрессировании заболевания

- - теряется в зависимости от путей заражения,
- - выражен синдром интоксикации,
- - признаки генерализации инфекции,
- - диспептические расстройства,
- - бронхолегочный синдром,
- - возможен геморрагический синдром,
- - ДН,
- Вначале физикальные изменения в легких могут отсутствовать, затем появляются хрипы

Трудности диагностики

- - острое течение,
- - неспецифические клинические проявления,
- - обильные влажные хрипы в легких,
- - изменения на рентгенограмме типа пневмонии,
- - отсутствие чувствительности к туберкулину.
- Часты диагностические ошибки !

Критерии диагностики

- - выявление ТБ в первый месяц жизни ребенка,
- - обнаружение МБТ в желудочном содержимом, мазке из зева, моче, кале, материале из дыхательных путей (взятом электроотсосом), всеми методами,
- - гепато-лиенальный синдром,
- - особенности рентгенкартины органов дыхания: увеличение ВГЛУ, тени инфильтратов, связанных с корнем, милиарная диссеминация

Дифференциальная диагностика

- С внутриутробной неспецифической инфекцией,
- Генерализованной микоплазменной инфекцией
- Врожденным сифилисом
- Пневмонией
- ВИЧ-инфекцией

Критерии диагностики

(продолжение)

- - отсутствие эффекта от неспецифической противовоспалительной терапии,
- - наличие ТБ у матери (преимущественно остро прогрессирующего),
- - верификация ТБ при гистологическом исследовании последа.

Профилактика врожденного ТБ

- - обследование на ТБ беременных при показаниях,
- - своевременное и адекватное лечение ТБ у беременных,
- - предупреждение ТБ у молодых женщин.

Заключение

- Врожденный ТБ диагностируется гораздо реже, чем встречается. Источник заражения – женщина с остро прогрессирующим ТБ.
- Врожденный ТБ не редко проявляется выкидышами, мертворождениями. В других случаях через 2 недели после рождения развивается яркая клиника интоксикации, гепатолиенальный синдром, желтуха, поражения легких. Сохраняется анергия к туберкулину.

- **Помогает в диагностике обнаружение МБТ, выявление ТБ у матери, результаты гистологического исследования последа.**
- **Профилактика – своевременное выявление и лечение ТБ у беременных.**