

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Долгополов И.С.<sup>1,2</sup>, Рыков М.Ю.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской университет», Тверь

<sup>2</sup>ГБУЗ Тверской области Детская областная клиническая больница, Тверь

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», Москва

**Введение.** Несмотря на то, что туберкулез остается серьёзным вызовом системе здравоохранения всего мира, врожденный туберкулез является чрезвычайно редкой патологией, при диагностике которой врач-педиатр сталкивается с необходимостью оценивать не только неспецифические симптомы, социальный, семейный и материнский анамнезы, но и проводить сложный диагностический поиск.

**Клинический случай.** Девочка Т. от домашних преждевременных родов на 32-33 неделе. Мать ВИЧ-инфицирована, статус матери по туберкулезу на момент беременности и родов неизвестен. Масса тела ребенка при рождении составила 1610 г., длина тела – 43 см. Плацента была утилизирована без ее осмотра медицинским персоналом. Сиблинги пациентки наблюдаются в связи с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ). Госпитализирована в первые сутки жизни в связи с недоношенностью и синдромом гипервозбудимости без очаговых неврологических симптомов. Симптом декомпенсированной патологии со стороны органов и систем не выявлено. При поступлении ЧСС – 156, ЧД -52 в 1 минуту, выслушиваются единичные проводные хрипы. Печень+1,5 см., селезенка не пальпировалась. Проведенные на момент поступления рентгенография грудной клетки и УЗИ брюшной полости не выявила патологии. Показатели в 2 последовательных общих анализах крови соответствовали возрастной норме. Выявлены положительные титры иммуноглобулинов IgG и IgM к вирусу иммунодефицита человека 1 и 2. После подтверждения наличия антител проведением иммуноблоттинга, пациентке проводилась профилактическая антиретровирусная терапия зидовудином и амивереном в течение 1 мес., с добавлением вирамуна в первые 2 недели лечения. При определении методом ПЦР ДНК ВИЧ на день +69 жизни не выявлена.

Общее состояние ребенка ухудшилось на день +27 жизни, появилась лихорадка, непродуктивный кашель, сатурация составила 89-90% на атмосферном кислороде. При этом аускультативных изменений в лёгких не наблюдалось. Рентгенография органов грудной клетки выявила двухстороннюю полисегментарную пневмонию (рисунок 1А). Последовательно была назначена терапия цефалоспорином, затем меропенемом в комбинации с амикацином и линезолидом. проводилась антимикотическая и инфузионная терапия без выраженного эффекта. В анализах крови отмечались анемия 1 степени с минимальным уровнем гемоглобина 93 г/л и нейтрофильный лейкоцитоз до  $21,7 \times 10^9/\text{л}$  с абсолютным моноцитозом (1740 клеток/мкл). В биохимии крови СРБ 39 мг/л. К лечению добавлен левофлоксацин. Диаскинтест® дал отрицательный результат. ПЦР исследование промывных вод желудка на 34 день жизни и двукратное микробиологическое исследование материала от на 36 и 39 дни жизни выявили наличие *M. tuberculosis* в низком титре (5 КУМ 100 п/зр). В возрасте 36 дней выставлен предварительный диагноз: врожденный туберкулез, двустороннее поражение легких, МБТ (+). Назначена терапия рифампицином, пипразинамидом, моксифлоксацином, линезолидом и амикацином. В возрасте 46 дней отмечено нарастание частота дыхания до 70-74 в 1 минуту, ЧСС 160 в 1 минуту, АД 74/45 мм.рт.ст.,  $\text{SO}_2$  88-89%. На фоне декомпенсации со стороны дыхательной и сердечно сосудистой системы пациентка переведена на ИВЛ на 47 сутки жизни. На рентгенограмме определяются массивные сливные инфильтративные тени в обоих легких (рисунок 1Б). По результатам микробиологического исследования выделенных в dniu +67 жизни *M. tuberculosis* выявлена резистентность к изониазиду, стрептомицину, протионамиду и этамбутолу.

Выставлен окончательный диагноз: Р37.0 Врожденный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов с бронхолегочным поражением верхней доли правого легкого, диссеминированное двустороннее поражение обоих легких, фаза инфильтрации, МТБ (+), лекарственная устойчивость к изониазиду и протионамиду, дыхательная недостаточность 3 степени. Состояние пациентки после 60 дней ИВЛ (д+107 жизни) остается стабильно тяжелым за счет дыхательной и сосудистой недостаточности (рисунок 2). Параметры ИВЛ FiO<sub>2</sub> – 40% (SO<sub>2</sub> -99%), PEEP 5, Pmax 35 см H<sub>2</sub>O, частота дыхательных движений - 40 в 1 минуту, дыхательный объем 35 мл. ЧСС 115 в 1 минуту, АД 80/40 мм.рт.ст. На рентгенограмме сохраняются явления массивной двусторонней сливной инфильтрации легочной ткани без выраженной позитивной динамики. На этом фоне определяются множественные участки буллезных вздутий. (рисунок 1В). В анализах крови отмечается анемия 2 ст., лейкоцитоз до 23,4x10<sup>9</sup>/л (п/я нейтрофилы 12%, с/я нейтрофилы 46%, лимфоциты 11%, моноциты 7%, эозинофилы 24%). В биохимических анализах гипергликемия 6,5-8,5 ммоль/л, гипопроотеинемия, СРБ- 56 мг/л. При УЗИ определяется умеренная спленомегалия. По результатам микробиологических исследований пациентке продолжена терапия препаратами рифампицин, пиразинамид, мофлоксацин, линезолид и амикацин.

**Выводы.** Частота первичных ошибочных диагнозов при ВТБ остается высокой, а прогноз при отсутствии или задержке назначения адекватной терапии неблагоприятным. При этом ВТБ поддается лечению, если оно начато на ранней стадии развития процесса и не вызвано *M. tuberculosis* с широкой лекарственной резистентностью. Вероятность ВТБ у недоношенного новорожденного необходимо подозревать при наличии факторов, указывающих на возможность анте- и интранатального инфицирования *M. tuberculosis*, даже если единственным симптомом у новорожденного является лихорадка. Точное документирование социального, материнского и семейного анамнезов туберкулеза и любых клинических симптомов заболевания имеет решающее значение для ранней диагностики. Врач в обязательном порядке должен принимать все меры для диагностики специфического поражения у новорожденного с инфекционным синдромом, поражением легких, резистентных к проводимой стандартной антибиотикотерапии.

Рыков Максим Юрьевич, e-mail: wordex2006@rambler.ru