

отмечен его рост с наибольшим уровнем показателя – 67,6% и сохранением высокого уровня к 2013 г. – 70,6%. Одновременно в данный период регистрировали снижение уровня риска первичного инфицирования МБТ (2004 г. – 2,2%) с минимальным показателем в 2009 г. – 0,3% и в 2013 г. – 0,05%. Полученные результаты подчеркивают, что необходимо обратить внимание на проблему раннего выявления туберкулезной инфекции в подростковом возрасте, так как результаты туберкулинодиагностики малоинформативны.

Заключение. Оценивая изменения в развитии туберкулезной инфекции у детей можно выделить несколько основных эпидемиологических аспек-

тов: сохранение высокого уровня заболеваемости среди детей, что свидетельствует о большом резервуаре туберкулезной инфекции среди взрослого населения; сохранение высокого риска развития туберкулеза у детей дошкольного и младшего школьного возраста; высокий уровень инфицирования МБТ, формирующийся до 15 лет; высокий уровень первичного инфицирования среди детей дошкольного и младшего школьного возраста, что свидетельствует о высокой информативности туберкулинодиагностики в данной возрастной группе; отсутствие высокоинформативных методов раннего выявления туберкулеза для подросткового возраста.

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ И БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л. В. ПОДУБНАЯ

Новосибирский государственный медицинский университет

Туберкулез у детей раннего возраста часто имеет острое или подострое начало, нередко сопровождается сложными в морфологическом отношении поражениями (15-33%): сегментарные процессы, бронхолегочные поражения (БЛП). БЛП представлены поражением бронха, нарушением бронхиальной проходимости (разной степени), развитием ателектаза и бронхогенным обсеменением. Клиническими симптомами являются обструктивный синдром, экспираторный стрidor, кашель, выраженность которых зависит от возраста ребенка, сроков развития и характера осложнений. Дифференциальная диагностика БЛП у детей раннего возраста, чаще первого года жизни, проводится с бронхолегочной дисплазией (БЛД). БЛД – полиэтиологическое хроническое заболевание, которое проявляется у детей, родившихся от женщин с соматической патологией и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, а также имевших угрозу прерывания беременности на разных сроках. БЛД развивается у новорожденных, чаще недоношенных детей, в процессе проведения им искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и терапии дыхательных расстройств высокими концентрациями кислорода. Частота развития БЛД прямо пропорционально зависит от гестационного возраста и массы тела при рождении ребенка. Выделяют две формы БЛД недоношенных: классическую и новую. Классическая форма развивается у недоношенных, в лечении которых применялись жесткие режимы ИВЛ.

В основе классической формы БЛД лежит повреждение незрелых легких кислородом, давлением при проведении ИВЛ, что ведет к развитию системной воспалительной реакции, поражению дыхательных путей, фиброзу легочной

ткани и эмфиземе. Новая форма БЛД – паренхиматозное легочное заболевание, характеризуется нарушением роста, развития альвеол и сосудов малого круга кровообращения, формируется у детей с гестационным возрастом менее 32 недель, у которых применялись препараты сурфактанта для профилактики респираторного дистресс-синдрома и щадящая респираторная поддержка. Клинические и рентгенографические признаки БЛД неспецифичны. Проявляется дыхательной недостаточностью (обструктивным синдромом, участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, одышкой), явлением гипоксемии. При аускультации – непостоянные разнокалиберные хрипы, рассеянная крепитация. При рентгенологическом исследовании – повышение прозрачности и обеднение легочного рисунка, буллезные вздутия, ателектазы, участки локального пневмосклероза. Общими клиническими проявлениями БЛП при туберкулезе и БЛД являются наиболее часто снижение или малая прибавка массы тела, обструктивный синдром, а рентгенологические изменения представлены гиповентиляцией, ателектазом, очаговыми тенями, что является одним из поводов дифференцировать две патологии (табл.). Диагноз БЛД правомочен только у детей до 3 лет, после рассматривается только как заболевание, имевшее место в анамнезе. Эти пациенты должны состоять на диспансерном учете и наблюдаться пульмонологами и педиатрами. Однако встречаются проблемы ведения детей, страдающих БЛД: неправильная формулировка диагноза и его «потеря» в истории болезни к моменту выписки ребенка (отсутствие выписок 1,47%); гиподиагностика заболевания (19,9%); рост медико-социальных и эпидемиологических факто-

Дифференциальная диагностика бронхолегочной дисплазии и бронхолегочного туберкулеза у детей раннего возраста

| Признак | Бронхолегочная дисплазия | Бронхолегочное поражение при туберкулезе |
|--|---|--|
| В анамнезе о сложившемся перинатальном периоде | Преждевременные роды. Незрелый с массой тела до 2 кг. Признаки дистресс-синдрома, проведение ИВЛ | Не характерно Может быть |
| Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез | Часто | Может быть |
| Контакт с больными туберкулезом | Чаще отсутствует | Часто семейный, близкими родственниками |
| Клинические признаки бронхообструктивного синдрома | С периода новорожденности разной степени выраженности | Не ранее 1,5-2 мес. от рождения |
| Кашель | Малопродуктивный постоянный, усиливается при ОРВИ | Сухой, влажный, приступообразный, коклюшеподобный |
| Физикальные изменения | Сухие, свистящие хрипы, влажные мелкопузырчатые, крепитирующие еще с периода новорожденности | Сухие, свистящие хрипы, влажные средние и мелкопузырчатые, в период заболевания |
| Течение заболевания | Волюнообразное, нарастает дыхательная недостаточность при наложении ОРВИ за счет усиления бронхообструкции | Острое или подострое. Нарастает ДН постепенно, независимо от ОРВИ |
| Физическое развитие | Отстает с рождения | До заболевания развивается соответственно возрасту |
| Рентгенологические изменения | Сочетание признаков повышенной воздушности, рецидивирующих ателектазов на фоне интерстициального отека (определялись и в период новорожденности), фиброзные изменения | Патология средостения, корня, ателектаз, очаговое обсеменение |
| Бронхологическое обследование | Воспалительные изменения и повреждение мерцательного эпителия | Сужение бронха за счет сдавления увеличенными ВГЛУ, туб. бронхов – чаще свищевая форма, микровищи |
| Лечение: бронхоспастические, кортикостероиды, ИКС, АТБ | Оказывает терапевтическое стойкое действие, наилучшее дексаметазон, беродуал, пульмикорт | Нарастает интоксикация. Дыхательная недостаточность. Некоторые улучшения только при использовании препаратов |

ров (отсутствие вакцинации БЦЖ, социально-дезадаптированные семьи, родители наркоманы, ВИЧ-инфекция, контакт с больными туберкулезом). Кроме того, течение БЛД осложняется лобарными или сегментарными ателектазами, рецидивирующим бронхитом, пневмонией, что также требует дифференцированной диагностики БЛД и БЛП, что представлено в таблице.

Несмотря на то что БЛД и БЛП при туберкулезе вызваны различными этиологическими факторами, они имеют общие патогенетические механизмы развития клинико-рентгенологических проявлений, которые связаны с анатомо-физиологическими особенностями раннего возраста. Быстрому нарушению бронхиальной проходимости при этих заболеваниях способствуют: узкий просвет верхних дыхательных путей (гортани, трахеи, бронхов), особенности строения бронхов (мягкие,

нежные и податливые хрящи, бедные эластическими волокнами), быстрое развитие отека слизистой (большая васкуляризация слизистой), повышенная вязкость бронхиального секрета (большое количество бокаловидных клеток, выделяющих слизь), недостаточная выработка альвеоцитами сурфактанта.

Учет всех критериев дифференциальной диагностики позволит верифицировать одно из заболеваний. Следует помнить, развитие туберкулеза возможно на фоне БЛД, что утяжеляет клиническое течение туберкулезного процесса. Это может встретиться в период внутриутробного инфицирования плода или при аспирации инфицированных околоплодных вод в интранатальный период родов, а также в условиях контакта (даже кратковременного) новорожденного с больным туберкулезом.