

УДК: 616-002.5-036-053(575.2)

Жаш балдарда кургак учуктун кеч диагнозунун клиникалык учурлары**Р.Ш. Галиева ¹, А.К. Тешебаева ², А.Б. Кересбекова ³, С. Токтогулова ²**¹ С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу медициналык институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы² Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук фтизиатрия борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы³ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кургак учук оорусунда жаш балдар өзгөчө коркунучтуу тайпаны түзөт. Жаш балдарда кургак учук, өспүрүмдөргө караганда бир кыйла оор өтөт жана инфекциянын кескин жайылышы менен мүнөздөлөт. Эмделбеген балдарда, көбүнчө кургак учуктун кеңири тараган түрү кездешет. БЦЖ эмдөөсү, жаш балдарды өпкөнүн курч кармаган миллиардык кургак учугунан жана менингоэнцефалиттен коргойт. Кургак учук оорусун эрте аныктоо боюнча медициналык кызматкерлердин сергектигинин жоктугу, жетишсиз билими, оорунун кеч аныкталышына жана балдардын майып болушуна алып келүүдө. Тыгыз үй-бүлөлүк байланышта болгон жаш балдардын кеч дарт аныктоосунун кесепетинен, оор, таралган кургак учуктун эки клиникалык мисал келтирилген, алардын бири өлүмгө дуушар болгон.

Изилдөөнүн максаты. Тыгыз үй-бүлөлүк байланышта болгон, эмделбеген жаш балдардын кургак учук дартын кеч аныктоосунун кесепеттерин изилдөө.

Материалдар жана ыкмалар. Балдардын клиникалык мисалдары: кыз бала П.Н. 1 жаш 6 ай «Өпкөнүн курч кармаган миллиардык кургак учугу. ММ-. Кургак учуктун менингоэнцефалити. Баш мээ комасы» жана эркек бала Р.А., 2 жаш 9 ай «Өпкөнүн курч кармаган миллиардык кургак учугу. ММ-. Пре ШЛУ байланыш аркылуу. Кургак учук менингоэнцефалити. Баш мээ комасы» дарт аты коюлган.

Изилдөөнүн натыйжалары. Тыгыз үй-бүлөлүк байланышта болгон, эмделбеген жаш балдарда, кургак учук кеч аныкталгандыктан, анын таралган түрлөрү өнүккөн.

Жыйынтыгы. Дарыгерлердин ооруну эрте аныктоо боюнча сергектигинин жоктугу, жетишсиз билими, эмделбеген жаш балдардын арасында кеч дартты аныктоого жана кургак учуктун кеңири тараган түрүнө алып келет.

Негизги сөздөр: кеч дарт аныктоо, эрте жааш, эмдөө, байланыш, кеңири тараган түрү, клиникалык окуя, кургак учук, балдар.

Клинические случаи поздней диагностики туберкулеза у детей раннего возраста**Р.Ш. Галиева ¹, А.К. Тешебаева ², А.Б. Кересбекова ³, С. Токтогулова ²**¹ Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации имени С.Б. Даниярова, Бишкек, Кыргызская Республика² Национальный центр фтизиатрии Министерства здравоохранения, Бишкек, Кыргызская Республика³ Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика**Адрес для переписки:**Галиева Раиса Шавкатовна, 720017,
Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Боконбаева 144а,
КГМИПипК им. С.Б. Даниярова
Тел.: + 996 552017506
E-mail: raisya-gali@mail.ru**Contacts:**Galieva Raisa Shavkatovna, 720017,
144a Bokonbaev str., Bishkek, Kyrgyz Republic
KSMIRaAT named after S.B. Daniyarov
Phone: + 996 552017506
E-mail: raisya-gali@mail.ru**Для цитирования:**Галиева Р.Ш., Тешебаева А.К., Кересбекова А.Б., Токтогулова С.
Клинические случаи поздней диагностики туберкулеза у детей раннего возраста. Здравоохранение Кыргызстана
2022, № 2, с. 149-154. doi.10.51350/zdravkg20226222149**Citation:**Galieva R. Sh., Teshebayeva A. K., Keresbekova A.B., Tok
togulova S. Clinical cases of late diagnosis of tuberculosis
in young children. Health care of Kyrgyzstan 2022,
No.2, pp. 149-154. doi.10.51350/zdravkg20226222149

Резюме. Дети раннего возраста представляют особую группу риска по заболеванию туберкулезом. У детей раннего возраста туберкулез протекает менее благоприятно, чем у старших детей, и характеризуется склонностью к генерализации инфекции. Наиболее часто генерализация процесса происходит у не вакцинированных детей. Вакцинация БЦЖ защищает детей раннего возраста от таких наиболее тяжелых форм туберкулеза как милиарный туберкулез и туберкулезный менингоэнцефалит. Отсутствие настороженности, недостаточные знания медицинских работников по раннему выявлению туберкулеза приводят к поздней диагностике заболевания и инвалидизации детей. Представлены два клинических случая поздней диагностики детей раннего возраста из тесного семейного контакта, у которых развились тяжелые формы генерализованного туберкулеза, у одного из них с летальным исходом. *Цель исследования:* демонстрация последствий поздней диагностики у не вакцинированных детей раннего возраста из тесного семейного контакта. *Материал и методы исследования.* Клинические случаи детей: девочка П. Н. 1 год 6 мес. с диагнозом «Острый милиарный туберкулез. ММ-. Туберкулезный менингоэнцефалит. Мозговая кома» и мальчик Р.А., 2 года, 9 месяцев с диагнозом «Острый милиарный туберкулез легких. ММ-. Пре ШЛУ по контакту. Туберкулезный менингоэнцефалит. Мозговая кома». *Результаты.* В связи с поздней диагностикой туберкулеза у не вакцинированных детей раннего возраста из тесного семейного контакта развились генерализованные процессы. *Вывод.* Отсутствие настороженности, недостаточные знания по туберкулезу у врачей приводят к поздней диагностике и развитию у не вакцинированных детей раннего возраста генерализованных процессов.

Ключевые слова: поздняя диагностика, ранний возраст, вакцинация, контакт, генерализация, клинический случай, туберкулез, дети.

Clinical cases of late diagnosis of tuberculosis in young children

R. Sh. Galieva ¹, A. K. Teshebayeva ², A.B. Keresbekova ³, S. Toktogulova ²

¹ Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Further Training S.B. Daniyarova, Bishkek, Kyrgyz Republic

² National Center for Phthisiology of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyz Republic

³ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. Young children represent a special risk group for tuberculosis. In young children, tuberculosis proceeds less favorably than in older children, and is characterized by a tendency to generalize the infection. Most often, the generalization of the process occurs in unvaccinated children. BCG vaccination protects young children from the most severe forms of TB such as miliary TB and TB meningoencephalitis. Lack of alertness, insufficient knowledge of medical workers on early detection of tuberculosis leads to late diagnosis of the disease and disability of children. Two clinical cases of late diagnosis of young children from close family contact who developed severe forms of generalized tuberculosis, one of them with a fatal outcome, are presented. *Purpose of the study.* To study the consequences of late diagnosis in unvaccinated young children from close family contact. *Material and methods of research.* Clinical cases of children - girl P. N. 1 year 6 months. with a diagnosis of acute miliary tuberculosis. ММ-. Tuberculous meningoencephalitis. brain coma. and a boy R.A., 2 years, 9 months old with a diagnosis of Acute miliary pulmonary tuberculosis. ММ-. PreSLU by contact. Tuberculous meningoencephalitis. brain coma. *Results.* Due to the late diagnosis of tuberculosis in unvaccinated young children, generalized processes developed from close family contact. *Conclusion.* The lack of alertness, insufficient knowledge of tuberculosis among doctors leads to late diagnosis and the development of generalized processes in unvaccinated young children.

Key words: late diagnosis, early age, vaccination, contact, generalization, clinical case, tuberculosis, children.

Введение

У новорожденных и детей раннего возраста туберкулез протекает менее благоприятно, чем у старших детей, и характеризуется склонностью к генерализации инфекции, ее распространению преимущественно лимфогематогенным путем с образованием внелегочных очагов, поражению лимфати-

ческого аппарата. Важнейшим фактором, влияющим на течение туберкулезного процесса в первые годы жизни, является анатомическое и функциональное несовершенство организма ребенка, обусловленное незрелостью тканей, органов, эндокринной и иммунной систем [1, 2]. Несовершенство лимфатического аппарата ребенка, проживающего в условиях длительного семейного контакта, является причиной

генерализации инфекции в организме ребенка под влиянием массивной суперинфекции. Наиболее часто генерализация процесса происходит у не вакцинированных детей. Диссеминация туберкулезной инфекции в организме вакцинированного ребенка ограничивается или полностью предотвращается, соответственно уменьшается риск развития милиарного туберкулеза, менингита и других гематогенных поражений [3, 4, 5]. Дети раннего возраста представляют особую группу риска по заболеванию туберкулезом.

Материалы и методы

Клинический случай 1. Девочка П.Н., 1 год 6 месяцев переведена из реанимационного отделения ГДКБ СМП в детское отделение НЦФ 1.09.1021 г. с диагнозом: Острый милиарный туберкулёз лёгких. ММ-. Менингоэнцефалит. Мозговая кома.

Девочка в прекоматозном состоянии. Положение вынужденное, питание зондовое, мочеиспускание через катетер.

Анамнез жизни: ребёнок от четвертой беременности, вторых родов. Беременность протекала нормально. Роды в срок, путём Кесарева сечения, масса тела - 2580 гр., закричала сразу. Вскармливание грудное. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Контакт с больной туберкулезом мамой, бактериовыделителем. Туберкулез легких у мамы выявлен при обследовании ребенка на туберкулез. Проба Манту с 2ТЕ отриц (туберкулиновая анергия). БЦЖ – след от прививки отсутствует. Ребенок родился в другой стране, где прививку не сделали.

Анамнез болезни: Со слов мамы заболевание началось три месяца назад, когда появилась субфебрильная температура, слабость, покашливание. Девочка получила стационарное лечение по поводу пневмонии в инфекционном отделении, выписана домой с улучшением. Через несколько дней у ребёнка вновь стала повышаться температура до субфебрильных цифр, постепенно ухудшалось состояние, нарастала слабость. Обратились в ЧМЦ Кроха, где назначено лечение, которое получала под контролем в домашних условиях с периодическими улучшениями в течение 2-х недель. Когда состояние ухудшилось, температура поднялась до 38-39° обратились в ГДКБ СМП, госпитализирована в ЭВИ. Несмотря на проводимую терапию температура продолжала оставаться высокой, через неделю родители забрали девочку домой для продолжения лечения в домашних условиях. В течение 20 дней, несмотря на проводимую терапию, ребёнок продолжал лихорадить до 38-40 градусов, состояние ухудшалось, появились судороги и родители снова обратились к ГДКБСМП, куда повторно госпитализированы. Из-за ухудшения состояния девочки вызвали фтизиатра, переведена в детское отделение НЦФ.

Объективно: На момент осмотра общее состояние ребенка крайне тяжелое за счет симптомов интоксикации, мозговой комы, ДН, ССН. При осмотре отмечается незначительная двигательная активность, глазки не открывает, фотореакция отсутствующая. Отмечается правосторонняя гемиплегия, слева наблюдается гипертонус. Менингеальные симптомы положительные. Кожные покровы бледные. Ребенок получает увлажненный кислород через носовую канюлю. Глотание нарушено, питание зондовое. Мочеиспускание через катетер.

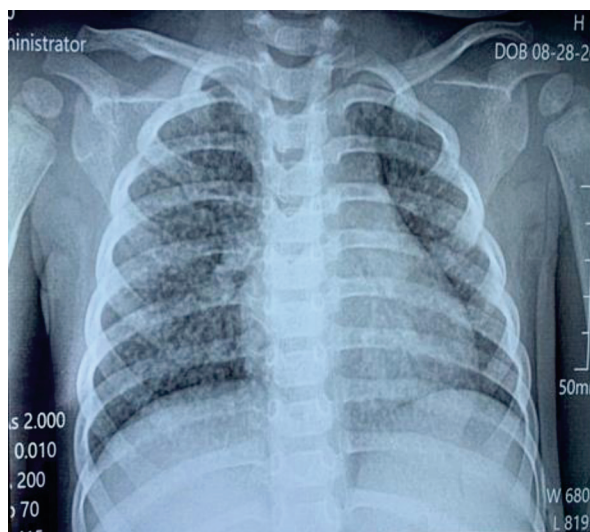


Рисунок 1. Рентгенограмма органов грудной клетки до начала лечения

Figure 1. X-ray of chest organs before the start of cell treatment

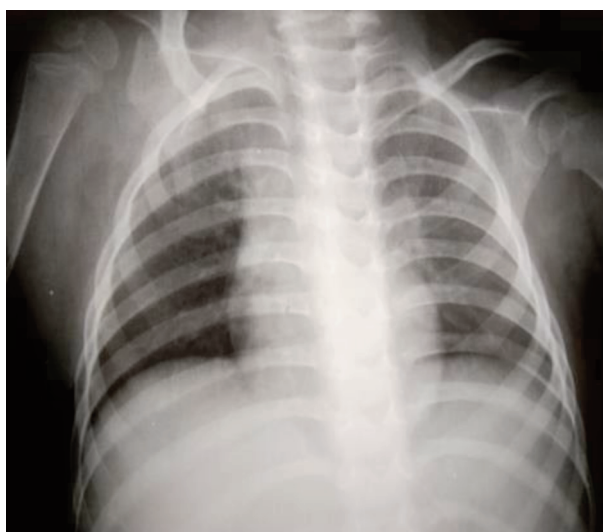


Рисунок 2. Рентгенограмма органов грудной клетки на 5-м мес. лечения

Figure 2. X-ray of the chest organs at the 5th month of treatment

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

На рентгенограмме органов грудной клетки по всем легочным полям многочисленные очаговые тени с инфильтрацией вокруг. Корни легких: Справа широкие, слева за тенью сердца.

Микроскопия мазка из зева на МБТ и GeneXpert дали отрицательные результаты. МТВDR – МБТ обнаружены, чувствительность к противотуберкулезным препаратам сохранена (мазок из зева). Спинномозговая жидкость: прозрачность – полная; Белок – 0.32г/л; сахар – 2,2 ммоль/л; хлориды-95,4 ммоль/л.

При микроскопии ликвора обнаружены МБТ. GeneXpert, МТВDR положительные, МБТ чувствительные к противотуберкулезным препаратам. МРТ головного мозга. Картина очагового поражения обоих полушарий головного мозга, колена мозолистого тела. Умеренное заместительное расширение ликворных пространств.

Осмотрена детским неврологом, который подтвердил специфическую этиологию поражения ЦНС с предварительным диагнозом «Туберкулезный менингит. Туберкулома головного мозга. Левосторонний гемипарез. Мозговая кома» и назначил соответствующее лечение.

Консультация окулиста: Сетчатка без очаговых изменений.

Расходятся не стабильное косоглазие. Зрачок 3-4мм; Глазное дно: Артерии узковатые, вены умеренно сужены.

Получила лечение: Диета №11, противотуберкулезные препараты первого ряда (H, R, Z, E), назначение невролога. Питание и лекарства получала через зонд. Лечение в стационаре продлилось около 5 месяцев, затем, по просьбе родителей, её перевели на амбулаторное лечение под контролем врачей в связи с положительной клинико-рентгенологической динамикой (рис.2).

Неврологический статус при переводе на амбулаторное лечение: гемиплегия справа сохраняется, гипотонус мышц нижней конечности справа сохраняется, отмечается улучшение.

Девочка на осмотр реагирует, издает звуки, улыбается, движение делает самостоятельно, начала активно сосать соску, поворачивает голову в сторону звука, но зрение ещё не восстановилось. Сохраняется небольшая ригидность затылочных мышц. Рефлексы сохранены. Мышечный тонус снижен в н/конечности справа, но в динамике немного улучшается. Глотание восстановилось, воду и другие жидкости мама даёт per os, глотает, но препараты получает через зонд, усвоение пищи удовлетворительное.

Лечение продолжает по плану, прием препаратов через зонд, переносимость удовлетворительная. Диагноз: Милиарный туберкулёз лёгких.

ММ-. ТБ менингоэнцефалит с нарушением сознания. Правосторонний гемипарез. Туберкулома головного мозга.

Клинический случай 2.

Мальчик Р.А., 2года, 9месяцев, поступил в детское отделение НЦФ 1.03.2022 г. с диагнозом: Острый милиарный туберкулез легких. ММ-. Пре-ШЛУ по контакту. Туберкулезный менингоэнцефалит. Мозговая кома.

В день поступления ребенок без сознания, состояние крайне тяжелое. Менингеальные симптомы отрицательные.

Анамнез жизни: Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Беременность протекала нормально. Роды в срок, самостоятельные, масса тела - 2955 гр., закричал сразу. Вскармливание грудное, рос и развивался соответственно возрасту.

Эпид. анамнез: Туб. контакт с бабушкой, который с апреля 2021 года получает лечение по индивидуальному режиму. У бабушки выявлена устойчивость к R/H/E/Z/Lfx/Mfx. Ребенок по контакту не обследован, не наблюдался.

Не вакцинирован. Родители отказались от вакцинации по религиозным соображениям. Проба Манту – отр (анергия).

Анамнез заболевания: Ребенок переведен с ГДКБ СМП из отделения реанимации. Со слов отца заболевание началось с 03.02.22., когда повысилась температура тела до 38-40о. Ребенок жаловался на боли в области эпигастрия. Никуда не обращались, самостоятельно снижали температуру тела, делая обтирания разведенным в воде раствором уксусной кислоты, при болях в животе давали укропную воду. Аппетит снижен. Ребенок начал терять массу тела, слабость нарастала, температура тела не снижалась. На 11 день болезни обратились в ЦСМ по месту жительства, откуда направлен в территориальную больницу Беловодского района, где находился с диагнозом: Лихорадка неясного генеза. В течение 10 дней получал антибактериальное и симптоматическое лечение. От полученной терапии улучшения не было, появились судороги, потерял сознание и переведен в ГДКБ СМП, отделение реанимации, где находился с 25.02.2022 по 01.03.22, продолжал лечение: подключен к ИВЛ, получил противосудорожную, антибактериальную терапию. На 5 день лечения вызвали на консультацию фтизиопедиатра, после чего переведен в отделение реанимации НЦФ.

Объективно: Общее состояние на момент осмотра крайне тяжелое. Находится в коме, сознание нарушено. Менингеальные симптомы отрицательные. Реакция на болевые раздражения есть. Кахексия, масса тела 8 кг. (ИМТ 9,88). По органам без особенностей.

Инструментальные и лабораторные данные: На рентгенограмме органов грудной клетки от-

мечаются усиление легочного рисунка по сетчатому типу, на фоне которого отмечаются мелкие очаговые тени на всем протяжении легких. Корни легких инфильтрированы, широкие, не структурны. Тень сердца без особенностей (рис.3).

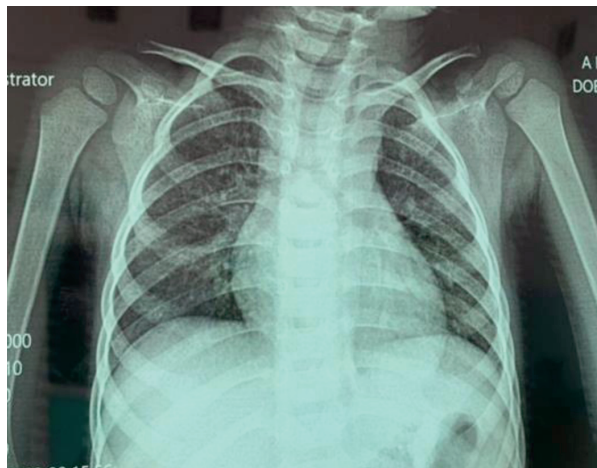


Рисунок 3. Рентгенограмма органов грудной клетки Р.А., 2 года, 9 месяцев при поступлении в детское отделение НЦФ.

Figure 3. Chest X-ray of RA, 2 years, 9 months upon admission to the children's department of the NCF.

МРТ головного мозга: признаки глобальной церебральной ишемии.

Микобактерии туберкулеза в мокроте микроскопией и экспресс методами диагностики ТБ не обнаружены, а в спинномозговой жидкости Хрерт МТВ/Rif - МБТ обнаружены, выявлена устойчивость к рифампицину. Посев на MGIT – положительный. СМЖ: Цвет бесцветный, прозрачность – полная, белок 0,34 г/л. с. -22%, л.- 78%. Снижение сахара (1,3 ммоль/л) и хлоридов (97,0 ммоль/л).

Ребенок доложен на Консилиуме по ЛУ ТБ, лечение назначено на основании ТЛЧ (теста на лекарственную чувствительность) бабушки препара-

тами второго ряда: Dlm, Cfz, Cs, Imp/Cln, Amx/Clv, Am + пиридоксин, преднизолон по схеме.

Несмотря на противотуберкулезное лечение ребенок из комы не вышел, на 41 сутки отмечен летальный исход.

Таким образом, оба клинических случая показывают, что, несмотря на длительное течение заболевания с высокой температурой, ухудшением состояния на фоне антибактериальной терапии вплоть до развития комы, тесный семейный контакт, туберкулез у детей заподозрен поздно, что привело к развитию генерализованных процессов с необратимыми изменениями.

Выводы

1. Представленные два клинических случая наглядно показали позднюю диагностику туберкулеза у детей раннего возраста, приведшую к инвалидизации одного и летальному исходу другого ребенка.
2. Несмотря на длительность течения заболевания, ухудшение состояния на фоне проводимой неспецифической терапии вплоть до наступления комы, наличие тесного семейного контакта, туберкулезный процесс у детей был заподозрен слишком поздно.
3. Отсутствие настороженности, недостаточные знания медицинских работников по раннему выявлению туберкулеза привели к поздней диагностике заболевания и инвалидизации организма у одного ребенка и летальному исходу у другого.
4. Оба ребенка не вакцинированы, что также повлияло на развитие тяжелых диссеминированных процессов.

Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов. The authors declare no conflicts of interest.

Литература/ References

1. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. Учебное пособие /Под ред. В.А.Аксеновой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 272 с.
2. Король О.И., Лозовская М.Э. Туберкулез у детей и подростков. Руководство /Под ред. О.И.Король, М.Э.Лозовской. – СПб: Питер, 2005. – 432 с. – (Серия «Спутник врача»).
3. Никифорова Н.А., Лозовская М.Э., Новик Г.А., Деревянко А.В., Кочмарев Н.В. Роль факторов риска в развитии туберкулеза у детей из очагов с устойчивостью микобактерий к рифампицину // Туб. И болезни легких. – 2021. – Т. 99, № 7. – С.18-25.
4. Горбач Л.А. Заболеваемость туберкулезом детей в очагах туберкулезной инфекции // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – Т. 64, № 4. – С.302.
5. Dayal R., Agarwal D., Bhatia R., Bipin C., Yadav N.K. et al. Tuberculosis burden among household pediatric contacts of adult tuberculosis patients //Indian. J.Pediatr. – 2018. – Vol.85, №10. – P. 867-871.

Авторы:

Галиева Раиса Шавкатовна, к.м.н., доцент кафедры фтизиопульмонологии КГМИПипК, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2600-5403>

Тешебаева Айсалкын Кочкоровна, врач высшей категории, заведующая детским отделением Национального центра фтизиатрии, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0556-4214>

Кересбекова Айзат Болоткановна, ординатор 3-го года, кафедры фтизиатрии КГМА им. И.К. Ахунбаева, фтизиопедиатр Национального центра фтизиатрии, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0371-8651>

Токтогулова Светлана Токтогуловна, врач высшей категории, Приемный врач детского кабинета Национального Центра Фтизиатрии, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2429-4184>

Authors:

Galieva Raisa Shavkatovna, Ph.D., Associate Professor, Department of Phthiopulmonology, KSMIRaAT named after S.B. Daniyarov, Bishkek, Kyrgyz Republic

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2600-5403>

Teshebaeva Aisalkyn Kochkorovna, doctor of the highest category, head of the children's department of the National Center for Phthiology, Bishkek, Kyrgyz Republic

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0556-4214>

Keresbekova Aizat Bolotkanovna, Resident of the 3rd year, Department of Phthiology, KSMA named after I.K. Akhunbaeva, phthiopediatrician of the National Center for Phthiology, Bishkek, Kyrgyz Republic

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0371-8651>

Toktogulova Svetlana Toktogulovna, doctor of the highest category, Reception doctor of the children's office of the National Center for Phthiology, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2429-4184>

Поступила в редакцию 12.04.2022

Принята к печати 29.06.2022

Received 12.04.2022

Accepted 29.06.2022
