
ТУБЕРКУЛЕЗ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

КИСЕЛЕВИЧ О. К.^{1,2}, БАЛАШОВА Н. А.², ЮСУБОВА А. Н.^{1,2}, ШИРШОВ И. В.²

TUBERCULOSIS OF MULTIPLE LOCALIZATIONS IN CHILDREN OF THE TENDER AGE

KISELEVICH O. K.^{1,2}, BALASHOVA N. A.², YUSUBOVA A. N.^{1,2}, SHIRSHOV I. V.²

¹ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», г. Москва

²ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом», клиника 2, г. Москва

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, RF

²Moscow Scientific Practical TB Control Center, Clinic no.2, Moscow, RF

Туберкулез у детей раннего возраста развивается на фоне первичного инфицирования и характеризуется развитием гематогенных легочных и внелегочных осложнений. Причиной может быть как морфологическая, так и функциональная незрелость детей раннего возраста, что в сочетании с наличием в этой возрастной группе семейного контакта с больным туберкулезом может привести к летальному исходу.

Цель: изучение особенностей течения и лечения туберкулеза множественных локализаций у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проанализированы 530 историй болезни детей, находившихся на лечении в отделении детской реанимации МНПЦ борьбы с туберкулезом в 2000-2013 гг.

Результаты. У 69 (12,3%) детей выявлено поражение более чем одного органа, т. е. выставлен диагноз туберкулеза множественных локализаций. Из них у 30 детей имелось поражение центральной нервной системы, у 15 (2,7%) – туберкулез сочетался с ВИЧ-инфекцией. Большую часть пациентов составили дети первого года жизни. Обращает внимание тот факт, что у $\frac{2}{3}$ детей был установлен контакт с больным туберкулезом (семейный очаг, очаг смерти). Сроки пребывания детей в отделении достигали 360 дней и зависели от тяжести туберкулезного процесса и показаний к мероприятиям по реанимации и интенсивной терапии. Особенности лечения детей раннего возраста с туберкулезом множественных локализаций определялись: необходимостью интенсивной специфической терапии с одновременным назначением 4-5 противотуберкулезных препаратов, включая препараты резерва, в высоких дозировках; необходимостью проведения длительной инфузионной терапии, направленной на ликвидацию расстройств водно-электролитного

обмена; необходимостью проведения парентерального питания вследствие наличия у большинства детей белково-энергетической недостаточности, потери массы тела. Трудности в лечении и реабилитации вызывали дети с туберкулезным менингитом и менингоэнцефалитом. Использовали такие методики, вмешательства и пособия, как катетеризация центральных сосудов с длительной инфузионной терапией, поднаркозные эндоскопические исследования, люмбальные пункции, шунтирующие операции. Несмотря на интенсивную противотуберкулезную терапию в сочетании со всеми мероприятиями, в 15 (42,9%) случаях прогрессирующее течение привело к летальному исходу. Наиболее частой причиной смерти (73,3%) являлось развитие полиорганной недостаточности, в том числе на фоне первичного или вторичного иммунодефицита. У 10 больных течение менингоэнцефалита сопровождалось развитием окклюзионной гидроцефалии, возникающей на 2-3-м мес. заболевания. Всем 10 пациентам проведено оперативное вмешательство – вентрикулоперитонеальное шунтирование в условиях детских нейрохирургических клиник г. Москвы. В 9 из 10 случаев после шунтирующей операции отмечено уменьшение проявлений окклюзионной гидроцефалии.

Заключение. У детей раннего возраста туберкулез множественных локализаций всегда протекает тяжело и сочетается с полиорганными поражениями. Необходимо внедрять мероприятия по активному воздействию на различные звенья патогенеза у больных данного контингента. У детей раннего возраста заболевание по-прежнему приводит к летальному исходу, особенно при позднем выявлении заболевания и наличии выраженного иммунодефицита.