



**ФГБОУ ВО «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО» МЗ РФ**

**Кафедра фармакологии и клинической фармакологии им. проф.И.В.Комиссарова**

**Н.В. Конышева, И.А. Сидоренко**  
**ДИАГНОСТИЧЕСКИ СЛОЖНЫЙ ВАРИАНТ**  
**ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ГРУДНОГО РЕБЕНКА С**  
**ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ**  
**ИНФЕКЦИЕЙ**

Цель работы: Обратить внимание педиатров и фтизиатров на возможность и особенности течения туберкулеза в раннем грудном возрасте.

Мальчик Женя Ц. 6 месяцев поступил в клинику с жалобами матери на частую рвоту, отказ от еды, повышение температуры тела, приступы судорог, увеличение размеров головы, бледность, дефицит массы тела.



Из анамнеза: Ребенок здоровых родителей от 1 нормально протекавшей беременности, преждевременных (в сроке 34 недели) родов с массой 2700 г., осложненных обвитием пуповины вокруг шеи. К груди приложен на 3 сутки, с 4 месяцев искусственное вскармливание.

В течение первых 2 месяцев жизни был беспокойным, срыгивал, трижды перенес пневмонию. В 2,5 мес. обнаружена воспалительная инфильтрация в верхней доле левого легкого, которая не исчезала после лечения. После выписки продолжал лихорадить, часто рвал, кашлял с большим количеством мокроты, отставал в развитии. В 5,5 мес. вновь госпитализирован с бронхопневмонией и подозрением на муковисцидоз.



При поступлении Т тела 38,5-38,9°C, капризный, беспокойный, съедал по 60 мл смеси каждые 3 часа, частая рвота, дефицит массы 15%, мышечная гипотония. Бледность кожи с сероватым оттенком, большой родничок 2 x 2 см, выбухает, увеличена мозговая часть черепа, расширены вены на коже головы, одышка 50-80 в 1 мин. Над легкими перкуторно коробочный оттенок звука с притуплением в межлопаточной зоне и над верхними долями, дыхание жесткое без хрипов. Тахикардия, приглушенность тонов, систолический шум у верхушки. Живот вздут, печень на 3 см, селезенка на 2 см ниже реберной дуги. Стул до 3 раз в сутки, жидкий, непереваренный, желтый, со слизью. Менингеальные знаки не определялись.

Обследован: нарастающая нормохромная анемия (Гб = 108– 100 – 90 Г/л), СОЭ – 38 – 49 мм/час, нейтрофилез (45 – 63%), гипоальбуминемия (48%), гиперальфа2 – глобулинемия (12%), повышение С-реактивного белка (12 г/л). Хлориды пота – 27 ммоль/л, активность трипсина в кале – 1:128. Посевы крови и ликвора роста не дали, гемокультура брюшного тифа отрицательна.



На серии Ro-грамм слева в верхней доле инфильтрация легочной ткани, нарастающая в динамике в течение 4 месяцев (буллезно-дистрофические изменения). Справа во 2-3 сегментах верхней доли – склеротические изменения.

ЭхоЭС: М-эхо не смещено, III желудочек - 6,5 мм, повышена пульсация, МД=МС=56мм, множество эхо-сигналов с обеих сторон.

ЭЭГ: пароксизмальная активность из всех отделов мозга. НСГ: структура соответствует анатомической, боковые желудочки расширены (до 8 мм).

КТ головного мозга: расширение желудочков и субарахноидальных пространств, агенезия мозолистого тела.



Ликвор (вытекал под давлением): цитоз - 20 лимфоцитов в 1 мл, белок – 0,37‰ (р-ция Панди «+»), туберкулезная пленка через 24 часа не выпала.

Титр IgG к цитомегаловирусу повышен: 2.729 U/ml (N < 0.9 U/ml),  
Титр IgM 0.04 U/ml (N).

## Цитомегаловирусная инфекция

U/ml

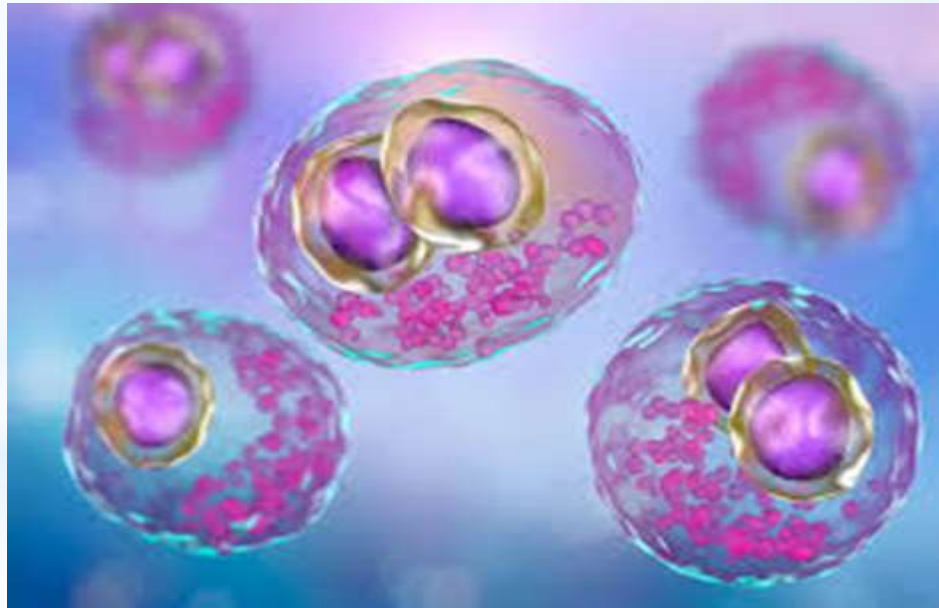


- Многообразие клинических проявлений заболевания обусловлено способностью цитомегаловируса реплицироваться практически во всех клетках организма: в лейкоцитах, тканевых макрофагах, моноцитах, эндотелии, в эпителиальных и нервных клетках, а также в фибробластах.
- Цитомегаловирусная инфекция может протекать в острой, латентной, субклинической и хронической формах. Только у 10% беременных инфекция протекает с клиническими симптомами.



## **Установлен клинический диагноз:**

Внутриутробная генерализованная цитомегаловирусная инфекция с явлениями менингоэнцефалита и поражением легких. Инфекционная анемия. Гиптрофия I степени. Гидроцефалия. Пневмония. Миокардиодистрофия. Дисбактериоз кишечника.



Получал лечение: амоксиклав, цефотаксим, амикацин, метрогил, ацикловир, инфузии глюкозо-солевых растворов, дексаметазон, церукал, гепарин, пробиотики, противосудорожные и мочегонные средства.



Интенсивная терапия была безуспешной: фебрильно лихорадил, отказался от еды и питья, нарастали адинамия, дыхательная аритмия, явления гипотрофии (дефицит массы тела достиг 22%) и внутричерепной гипертензии, участились приступы клонических судорог.

В ликворе: цитоз - 26 клеток (55% нейтрофилов) в 1 мл, белок – 1,73‰ (р-ция Панди «+++»), сахар – 1,5 ммоль/л, С1+ - 5,7 ммоль/л., туберкулезная пленка через 24 ч. не выпала. Дважды консультирован фтизиатром: данных за специфический процесс не найдено.



На 32-е сутки пребывания в клинике ребенок умер при явлениях падения сердечной и дыхательной деятельности. При аутопсии диагностирован первичный туберкулезный комплекс с лимфогенным и бронхогенным путями прогрессирования, туберкулезные лимфаденит, менингит, милиарный туберкулез легких.

Осложнения: Первичная каверна в верхней доле левого легкого, внутренняя гидроцефалия. В слюнных железах обнаружены цитомегалы.



## **Патологоанатомический диагноз:**

Прогрессирующий туберкулезный комплекс с лимфогематогенным и бронхогенным путями прогрессирования; туберкулезный лимфаденит, милиарный туберкулез легких, туберкулезный менингит.

**Осложнения:** Первичная легочная каверна в верхней доле левого легкого. Внутренняя гидроцефалия. Цитомегаловирусный сиалоаденит.

**Таким образом, у ребенка имело место сочетанное заболевание: Внутриутробная генерализованная цитомегаловирусная инфекция и туберкулез.**

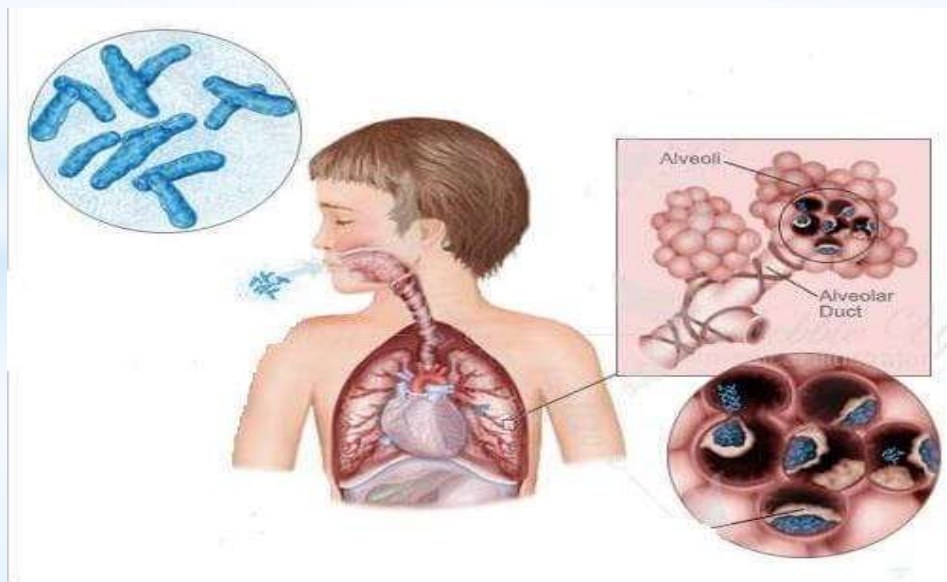


**Приведенное нами наблюдение свидетельствует о трудности диагностики туберкулеза у грудных детей и необходимости особой настороженности педиатров и фтизиатров в отношении туберкулеза в этом возрасте.**



## Вывод:

Трудность диагностики туберкулеза у грудного ребенка объяснялась его сочетанием с генерализованной формой внутриутробной цитомегаловирусной инфекции при отсутствии сведений о контакте с больным туберкулезом, неубедительных данных обследования (малоинформативный результат исследования ликвора) и длительным течением болезни без этиотропного лечения (4 месяца). Медленная динамика рентгенологической картины в легких также не позволяла с уверенностью высказаться о специфическом процессе.



Спасибо за  
внимание!

