

**Леонгард И.С., Смушкина Е.А., Телицина Э.В., Чугаев Ю.П.  
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЗГОВЫХ  
ОБОЛОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Кафедра фтизиатрия и пульмонологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Leongard I.S., Smushkina E.A., Telitsyna E.V., Chugaev Yu.P.  
DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS OF THE  
MENINGES IN CHILDREN OF EARLY AGE**

Department of phthisiology and pulmonology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: liza.smushkina@yandex.ru

**Annotation.** This article discusses three clinical cases of meninges tuberculosis in young children.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Для развития ТМО требуется как минимум 2 условия: бактериемия микобактериями туберкулеза и специфическая сенсбилизация. Как правило, МБТ проникают через гематоэнцефалический барьер в зоне сосудистых сплетений боковых желудочков головного мозга. В подавляющем большинстве случаев патологический процесс локализуется на мягких мозговых оболочках основания мозга и туберкулезные бугорки хорошо видны после удаления гноя, содержащего много фибрина. Если патологический процесс не стабилизируется и не регрессирует под влиянием своевременно начатой адекватной полихимиотерапии, он прогрессирует, воспаление распространяется на сосуды вещества мозга и следует каскад событий: васкулит, тромбоз, инфаркт вещества мозга с клиникой менингоэнцефалита[1]

Клинически различают три периода ТМО. Он начинается продромально или периодом общеинфекционных симптомов и длится от 3 до 10 суток. Это лихорадка, заторможенность, плохой аппетит, запор. К концу периода наблюдается сонливость. В детском, особенно в раннем возрасте очень трудно понять, что является причиной общеинфекционного синдрома. Маленькие дети до 6 раз в течении года чем-нибудь болеют. Чаще всего это вирусная, аденовирусная патология в сочетании с бактериальными инфекциями. Поэтому между новым заболеванием, которое наслаивается на период реконвалесценции предшествующего, трудно установить временные границы: ребенок все время живет с синдромом системной воспалительной реакции[2]

Появление рвоты, а это раздражение ядер блуждающего нерва, в нашем случае это указывает на повышение внутричерепного давления, то есть на начало менингеального периода. Параллельно выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Брудзинского, Кернига, глазодвигательные симптомы. В этом периоде помимо симптомов раздражения мозговых оболочек резко выражена системная воспалительная реакция в виде сонливости, гиперестезии как тактильной, так звуковой и световой. Ребенок лежит, запрокинув голову - так лучше происходит отток ликвора, и видимо, снижается уровень головной боли: ведь ребенок не умеет жаловаться, а плач усиливает боль. Кроме того, на циркулирующий в организме туберкулотоксин реагируют паренхиматозные органы: практически всегда диагностируется гепатоспленомегалия. В периферической крови отмечается небольшой на 2-3 единицы в 9 степени лейкоцитоз с анэозинофилией и лимфоцитопенией. Диагноз менингит сам по себе не сложен, а вот распознавание его этиологии, от которой зависит назначение адекватной терапии, значительно более трудная задача[3]

Важную роль в диагностике, а следовательно и проведение адекватной терапии играет определение фтизиатрического статуса пациента: сведения о контакте, информация об иммунологических пробах со специфическими аллергенами, результаты от ранее проведенной терапии антибиотиками широкого спектра действия и конечного выявления наиболее типичных проявлений внутригрудного туберкулеза – это практический ключ к решению этиологии менингита: если есть ТВГЛУ, ПТК или гематогенная диссеминация в легких – это туберкулезный менингит. Другая наиважнейшая информация содержится в изменениях спинномозговой жидкости. При люмбальной пункции она, как и при менингитах любой этиологии, вытекает под повышенным давлением, струей, но ликвор прозрачен, слегка опалесцирует, может иметь желтоватый оттенок, при клиническом исследовании выявляется увеличение цитоза до сотен клеток в микролитре, причем цитоз смешанного характера, состоящий из лимфоцитов и нейтрофилов. В 3-5 раз выше нормы содержание белка, выявляются, в норме отсутствующие, грубодисперсные белки. При биохимическом исследовании определяются снижение концентраций глюкозы и хлоридов. При охлаждении ликвора в холодильнике на поверхности жидкости выпадает фибриновая пленка. МБТ выявляются редко, поэтому диагноз устанавливается на основании клинико-анатомических, лабораторных и рентгенологических данных.

Течение болезни связано со своевременным и адекватным введением в организм ребенка противотуберкулезных препаратов. Если диагноз не поставлен или поставлен поздно – после 18 суток от начала менингеального периода – шансов сохранить жизнь остается мало. Начало лечения в первые 10-11 суток от начала менингеального периода дают 100% излечение без рецидивирующих явлений[1].

**Список литературы:**

1. Туберкулез мозговых оболочек у детей и взрослых. Учебное пособие. Редактор Ю. П. Чугаев. 2019. -С.71
2. Чугаев Ю.П., Скорняков С.Н., Камаева Н.Г., Гринберг Л.М., Теряева М.В. с соавт. Туберкулёз мозговых оболочек у детей и взрослых. Мед. альянс. № 3 2015. С. 24-30
3. Вишневский А.А., Олейник В.В., Решетникова Е.В., Полякова, Н.Г., Диденко Ю.В., Шлешова Н.В. Туберкулёзный менингит и менингоэнцефалит у больных туберкулёзным спондилита на фоне ВИЧ-инфекции. Неврологический журнал. 2013 № 2 - С.32-36

УДК 616-06

**Миногина Т.В., Хаманова Ю. Б.**  
**ВЕТРЯНАЯ ОСПА НА ФОНЕ ДИСФУНКЦИИ ЕДИНСТВЕННОЙ  
ТРАСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ**

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Minogina T. V., Hamanova Y. B.**  
**CHICKENPOX ON THE BACKGROUND OF DYSFUNCTION OF A  
SINGLE TRANSPLANTED KIDNEY**

Department of infectious diseases and clinical immunology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [iphone5smedia1@icloud.com](mailto:iphone5smedia1@icloud.com)

**Аннотация.** В статье рассмотрен клинический случай ветряной оспы на фоне отторжения единственной трансплантированной почки.

**Annotation.** The article considers a clinical case of chickenpox against the background of rejection of a single transplanted kidney.

**Ключевые слова:** ветряная оспа, отторжение трансплантата, единственная почка.

**Key words:** chickenpox, transplant rejection, single kidney.

**Введение**

Удельный вес ветряной оспы в структуре инфекционных заболеваний (без гриппа и ОРВИ) в Российской Федерации на протяжении 2010 – 2015 годов оставался стабильно высоким, как и в предыдущие годы (23,3 – 30,5 на 100 тыс. населения). При общем ежегодном числе случаев инфекционных заболеваний от 2 289 542 до 3 187 329 на долю ветряной оспы приходилось от 644 042 до 855 237 случаев. В структуре инфекций с аэрозольным механизмом