

Статья поступила в редакцию 30.09.2016 г.

Лукашова Е.Н., Копылова И.Ф., Плохих Д.А.
*Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области,
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,
г. Кемерово*

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Приводится анализ 6 случаев летальных исходов от туберкулеза у детей в Кемеровской области за 2013-2015 годы. Показано, что к летальным исходам привела поздняя диагностика туберкулеза или отсутствие постановки данного диагноза. Причинами диагностических ошибок следует считать неудовлетворительное обследование окружения детей на возможность контакта с больным туберкулезом, недостаточную настороженность педиатров общей лечебной сети на возможность туберкулезной этиологии заболевания у детей раннего возраста.

*КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез; летальные исходы;
дети.*

Lukashova E.N., Kopylova I.F., Plokhii D.A.
Kemerovo Regional Clinical Antitubercular Clinic,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo

ANALYSIS OF CASES OF DEATHS FROM TB IN CHILDREN IN THE KEMEROVO REGION

The analysis of 6 cases of deaths from TB in children in the Kemerovo region for 2013-2015. It is shown that death resulted late diagnosis of TB or absence of this diagnosis. Causes of diagnostic errors must be considered unsatisfactory examination of the environment of children in contact with TB patients, lack of vigilance pediatricians General medical network on the possibility of a tuberculous etiology of the disease in children of early age.

KEY WORDS: tuberculosis; deaths; children.

При постепенном снижении основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в России ситуация по данному заболеванию сохраняется напряженной при наиболее выраженном неблагополучии в восточных регионах страны – в Сибирском (СФО) и Дальневосточном (ДФО) федеральных округах [1]. Туберкулез у детей характеризуется более благоприятным течением и лучшими исходами по сравнению с взрослыми. В России дети умирают от туберкулеза в единичных случаях. Каждый такой случай считается чрезвычайным событием и подлежит тщательному анализу с принятием необходимых мер. В 2014 г. в стране наблюдалось 18 случаев смерти детей от туберкулеза, из них два случая в Кемеровской области. Умирают от туберкулеза дети преимущественно на первом году жизни, когда данное заболевание протекает наиболее злокачественно, и существуют трудности его диагностики [2, 3].

В современной литературе редко встречаются описания летальных исходов у детей от туберкулеза и описываются лишь отдельные случаи [4].

Представляем анализ летальных исходов от туберкулеза у 6 детей в Кемеровской области за 2013-2015 годы (сплошной отбор материала). Девочки составили 5 человек, мальчики – 1. Возраст детей колебался от 2 мес. до 1 года 4 мес., в том числе от 2 до 5 мес. – 3 ребенка, 1 год – два, 1 год 4 мес. – один ребенок.

Обращает на себя внимание высокая частота различного соматического неблагополучия у данных де-

тей. Трое детей родились преждевременно, имели низкий вес при рождении (от 1,5 до 2 кг), низкую оценку по Апгар (5/6-5/7 баллов). У 4 детей наблюдалось тяжелое состояние при рождении за счет острой дыхательной недостаточности, гемодинамических нарушений. Дети получали соответствующее лечение.

Семьи всех детей характеризовались социальным неблагополучием: 5 детей имели неудовлетворительные материально-бытовые условия, при этом у одного отсутствовало постоянное место жительства (БОМЖ). В 6-м случае, при удовлетворительных материально-бытовых условиях, имел место категорический отказ от наблюдения и обследования ребенка и привлечение его к обследованию лишь с помощью полиции (ребенок родился и умер дома). В 2-х последних случаях было невозможно регулярное наблюдение детей участковыми педиатрами.

Контакт с большими туберкулезом при жизни был установлен лишь в одном случае: мать болела милиарным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, умерла на 4-е сутки после родов. Еще у 3-х детей контакт установлен после наступления летального исхода, в том числе по одному случаю с дядей, сожителем бабушки и бабушкой. У 2-х детей источник заражения остался неизвестным. Из 6 детей двое были привиты БЦЖ в роддоме, 4 ребенка остались не привиты в связи с противопоказаниями.

В различные сроки после рождения (от нескольких дней до нескольких месяцев) у всех детей развился синдром интоксикации. Лихорадка от субфебрилитета до высоких цифр наблюдалась от нескольких дней до 2-3 мес. В 2-х случаях отмечены кашель и одышка. У детей наблюдались рвота, диарея, судороги, у 1 ребенка – нарушение сознания. В стационарные отделения различного профиля были госпитализированы 5 детей: 3 – в инфекционные, 1 – в нейрохирургическое, 1 – в реанимационное. Ро-

Корреспонденцию адресовать:

КОПЫЛОВА Инна Федоровна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.
Тел.: 8(3842)54-56-51.
E-mail: kemphtiza@mail.ru

Сведения об авторах:

ЛУКАШОВА Елена Николаевна, канд. мед. наук, главный детский специалист по фтизиатрии, ДОЗН КО, г. Кемерово, Россия. E-mail: kemptd@mail.ru
КОПЫЛОВА Инна Федоровна, доктор мед. наук, профессор, кафедра фтизиатрии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: kemphtiza@mail.ru
ПЛОХИХ Дмитрий Александрович, канд. мед. наук, доцент, главный врач, ГКУЗ КО КОКПТД, г. Кемерово, Россия. E-mail: mail@tubdisp.ru

Information about authors:

LUKASHOVA E.N., candidate of medical sciences, chief child specialist in phthisiology, Health Department of the Kemerovo Region Population, Kemerovo, Russia. E-mail: kemptd@mail.ru
KOPYLOVA I.F., doctor of medical sciences, professor, department of phthisiology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: kemphtiza@mail.ru
PLOKHII D.A., candidate of medical sciences, docent, chief physician, Kemerovo Regional Clinical Antitubercular Clinic, Kemerovo, Russia. E-mail: mail@tubdisp.ru

дители одного ребенка категорически отказались от его госпитализации.

В результате обследования в стационарах у детей установлены следующие диагнозы: черепно-мозговая травма (после родов на дому), осложненный менингитом — у 1 ребенка, серозный менингит — у 2-х, сепсис и пневмония — у 2-х, в том числе у 1 — с менингитом. Таким образом, клинические проявления менингита установлены у 4 детей. В качестве сопутствующих заболеваний у 2 детей диагностированы пороки сердца. При рентгенологическом обследовании органов дыхания у 2 детей выявлена очаговая диссеминация по всем легочным полям, у 1 — инфильтрация легочной ткани и плеврит, у 2 — увеличение внутригрудных лимфоузлов (по данным МСКТ). Одному ребенку с отказом родителей от госпитализации рентгенологическое обследование не проведено (умер дома).

Специфическая иммунодиагностика сделана в 2 случаях: у 1 ребенка реакция на пробу Манту оказалась отрицательной, на диаскинтест (ДСТ) — резко положительной (папула 20 мм), у другого — реакция на ДСТ отрицательная. Спинномозговая жидкость исследована у 4 детей с клиническими проявлениями менингита и менингоэнцефалита. При этом у всех выявлен умеренный цитоз, в т.ч. у 3 детей — лимфоцитарный, у 1 — нейтрофильный. Во всех случаях имело место резкое снижение содержания глюкозы. МБТ обнаружены методом ПЦР в 1 случае (у ребенка женщины с милиарным туберкулезом). УЗИ органов брюшной полости проведено в 2 случаях, в одном из них установлены гепато- и спленомегалия.

В результате обследования диагноз туберкулеза поставлен до летального исхода в 3 случаях. У 3 детей туберкулез диагностирован после смерти по данным вскрытия. Ребенку женщины с милиарным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, диагноз туберкулеза поставлен в день смерти ребенка. Трудности в диагностике в данном случае представило слишком быстрое для туберкулеза развитие клинических проявлений заболевания после рождения пациента. В дальнейшем был установлен врожденный генез туберкулеза, подтвержденный вскрытием [4].

Противотуберкулезные препараты (ПТП) были назначены 3 детям с установленным диагнозом туберкулеза. В 2 случаях длительность приема ПТП составила 1-6 дней, в 1 — 66 дней. Продолжительность

симптомов заболевания до госпитализации составила от 4 до 20 дней, длительность пребывания в стационаре до летального исхода — от 2 мес. до 1 года 4 мес. У ребенка с отказом от госпитализации заболевание продолжалось 4 мес.

По данным вскрытия, во всех случаях диагностирован генерализованный милиарный туберкулез с выраженным казеозно-некротическим компонентом воспаления с поражением внутригрудных и мезентериальных лимфоузлов, легких, печени, селезенки, почек, кишечника. У 4 детей были вовлечены в процесс менингеальные оболочки.

Таким образом, к летальному исходу от туберкулеза 6 детей раннего возраста привело отсутствие диагностики туберкулеза или слишком поздняя его диагностика. В связи с этим, адекватная терапия не была своевременно назначена. Причинами диагностических ошибок можно считать:

- неудовлетворительную работу по обследованию окружения детей с поздним выявлением источников заражения (3 из 6) или невыявлением их (2);
- недооценка опасности внутриутробного контакта ребенка с больной милиарным генерализованным туберкулезом матерью в сочетании с ВИЧ-инфекцией, неучет высокого риска развития врожденного туберкулеза (1);
- отсутствие своевременного обследования на ТБ детей с лихорадкой неясного генеза;
- недооценка отсутствия эффекта от длительной неспецифической терапии, как показания для обследования детей на туберкулез;
- недооценка высокой вероятности туберкулезной этиологии диссеминированных процессов в легких, а также увеличения ВГЛУ;
- наличие тяжелой неспецифической патологии у детей при рождении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К относительно высокой частоте летальных исходов у детей от туберкулеза в Кемеровской области приводят: напряженная эпидемическая обстановка по туберкулезу среди взрослых с наличием невыявленных источников инфекции; недостаточная настойчивость педиатров общей лечебной сети на возможность туберкулезной этиологии заболевания у детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Pavlenok IV, Revyakina OV, Alekseeva TV. Assessment of antituberculosis care to children and adolescents in the Siberian Federal district in 2010-2012. Tuberculosis and Lung Diseases. 2014; 92(5): 36-40. Russian (Павленок И.В., Ревякина О.В., Алексеева Т.В. Оценка организации противотуберкулезной помощи детям и подросткам в Сибирском Федеральном округе в 2010-2012 гг. //Туберкулез и болезни легких. 2014. Т. 92, № 5. С. 36-40.)
2. Kiselevich OK, Balashova NA, Yusubova AN, Shirshov IV. Tuberculosis of multiple localizations in children of the tender age. Tuberculosis and Lung Diseases. 2015; 93(6): 76-0. Russian (Киселевич О.К., Балашова Н.А., Юсубова А.Н., Ширшов И.В. Туберкулез множественных локализаций у детей раннего возраста //Туберкулез и болезни легких. 2015. Т. 93, № 6. С. 76-0.)
3. Poddubnaya LV, Dubakova GF, Kurlaeva AN, Gurdina TI, Trapeznikova KM, Shilova EP. Local tuberculosis in children of the tender age. Tuberculosis and Lung Diseases. 2016; 94(6): 8-12. Russian (Поддубная Л.В., Дубакова Г.Ф., Курлаева А.Н., Гурдина Т.И., Трапезникова К.М., Шилова Е.П. Локальный туберкулез у детей раннего возраста //Туберкулез и болезни легких. 2016. Т. 94, № 6. С. 8-12.)
4. Lyutina E.I., Manerov F.K. A Case of congenital tuberculosis. Tuberculosis and Lung Diseases. 2014; 92(3): 64-66. Russian (Лютина Е.И., Манеров Ф.К. Случай врожденного туберкулеза //Туберкулез и болезни легких. 2014. Т. 92, № 3. С. 64-66.)

