**Туберкулёз у детей и подростков.**

Симптомы туберкулеза у детей Первичный туберкулез легких чаще всего выявляется у детей при обследовании по поводу виража туберкулиновых проб. Обычные лабораторные исследования не выявляют явных изменений. Микобактерии туберкулеза обнаруживают в мокроте, посев, как правило, дает положительные результаты. Затруднения микробиологического подтверждения диагноза у маленьких детей связаны с тем, что у них редко отмечается кашель и выделение мокроты. Если же мокрота и образуется, дети обычно проглатывают ее. Исследование промывных вод желудка может заменить у детей исследование мокроты. Обследование проводится рано утром у только что проснувшегося ребенка. Содержимое желудка осторожно отсасывают через назогастральный зонд и помещают в стерильную посуду. После этого желудок промывают 30мл воды и снова проводят аспирацию. Полученный материал также исследуют на микобактерии методами бактериоскопии и посева. Реинфекция туберкулеза Реактивация туберкулеза не характерна для детского возраста, особенно при развитии первичного туберкулеза в возрасте около 3 лет. Наиболее характерным симптомом являются незначительное повышение температуры и ночные поты, которые объясняются тем, что ночью происходит снижение температуры. Кроме того, могут отмечаться недомогание, слабость, похудание. Формирование каверн (полостей в легком) проявляется кашлем с мокротой, кровохарканьем. Симптомы туберкулеза у детей при туберкулезе верхних дыхательных путей Специфические изменения в гортани, надгортаннике, в глотке и в среднем ухе в настоящее время встречаются редко. Но раньше, до применения эффективных противотуберкулезных препаратов, эти поражения были обычным осложнением распространенного туберкулеза легких. Туберкулез гортани у ребенка возникает обычно на фоне кавернозного туберкулеза легких. Его симптомами являются упорный кашель, боли в горле и при глотании, охриплость голоса. Туберкулез среднего уха сопровождается снижением слуха, отсутствием болей и увеличением околоушных лимфатических узлов. Лечение туберкулеза верхних дыхательных путей зависит от распространенности легочного поражения. Туберкулез лимфатических узлов Поражение лимфатических узлов является характерным для туберкулезной инфекции. У детей, как правило, поражаются вначале прикорневые лимфатические узлы (расположены у корней легких), из которых в последующем процесс может распространяться на околотрахеальные, надключичные, глубокие шейные лимфатические узлы. Поражение подмышечных и паховых лимфатических узлов встречается гораздо реже. Туберкулез периферических лимфатических узлов является наиболее частой из всех внелегочных форм туберкулеза. Поражения локализуются преимущественно в области шеи и обычно бывают множественными, нередко двусторонними. Туберкулез лимфатических узлов, как правило, начинается постепенно и незаметно. Только у высокочувствительных к туберкулезной инфекции детей возможно острое начало заболевания с такими симптомами туберкулеза у детей, как повышение температуры тела и развитие местных признаков воспаления. У детей имеются указания в прошлом на контакт с больными активным туберкулезом. Для большинства детей характерны положительные туберкулиновые пробы. На рентгенограммах грудной клетки выявляют признаки первичного туберкулеза легких. Значительное увеличение узлов и сдавление соседних органов наблюдается лишь в исключительных случаях. Расплавление увеличивающихся поверхностных узлов может привести к распространению процесса на окружающие ткани и к образованию наружных свищей. Диагностика. Диагностика проводится на основании микробиологического исследования. Лечение. Туберкулез лимфатических узлов хорошо поддается лечению изониазидом и рифампицином, которые назначают на срок не менее 18 месяцев. В начале курса лечения туберкулеза лимфатических узлов у детей может происходить непродолжительное дальнейшее увеличение или даже появление новых увеличенных узлов. Это не говорит о неэффективности лечения и не является признаком вспышки процесса. Небольшое остаточное увеличение лимфатических узлов может обнаруживаться даже после успешно проведенного курса лечения. Милиарный туберкулез Милиарный туберкулез возникает при распространении микобактерий гематогенно, т.е. через кровяное русло, с развитием во многих органах так называемых гранулем, которые подвергаются впоследствии некрозу. Гранулемы одинаковы по форме и размерам и напоминают на вид просо, откуда и получила название эта форма туберкулеза. До внедрения в практику антибактериального лечения милиарный туберкулез чаще всего встречался у детей, зачастую приводил к менингиту и был основной причиной летальных исходов. В развивающихся странах и сейчас милиарный туберкулез остается нередким заболеванием среди детей. Почти 1/3 этих поражений встречается у детей в возрасте до 3 лет. Как правило, милиарный туберкулез возникает в течение первого года после инфицирования. Развитию заболевания способствуют наличие хронических заболеваний, проведенной иммуносупресивной терапии и СПИД. Клинические проявления. Начало заболевания у детей может быть острым. Происходит повышение температуры тела, развиваются слабость, недомогание, похудание, нарушение аппетита. При осмотре можно обнаружить увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки. В последующем нарастают дыхательные нарушения в форме одышки, учащения дыхания, кашля, рассеянных хрипов в легких. При развитии менингита присоединяются головные боли, заторможенность, ригидность мышц шеи. Диагностика. Рентгенологическое исследование легких дает единственный достоверный ответ. Для уточнения диагноза необходимо обнаружение микобактерий туберкулеза. С этой целью производят посевы крови, мочи, желудочного содержимого и спинномозговой жидкости. Лечение. Проводится лечение изониазидом, рифампицином в комбинации с этамбутолом или стрептомицином. Тяжелым больным с признаками дыхательной недостаточности рекомендуется лечение кортикостероидами. Туберкулезный менингит Заболеваемость туберкулезным менингитом зависит от распространенности туберкулеза на данной территории. Большое значение имеет массовость вакцинации. В развивающихся странах туберкулезный менингит по-прежнему остается важной проблемой здравоохранения. Туберкулезный менингит чаще всего развивается в течение первых 6 месяцев после инфицирования туберкулезом. До открытия противотуберкулезных средств туберкулезный менингит во всех случаях заканчивался летально. Смерть наступала в течение нескольких недель после появления начальных признаков заболевания. В настоящее время эффективные препараты позволяют сохранить жизнь больных, но часто сохраняются тяжелые остаточные явления. Клинические проявления. Симптомы заболевания развиваются постепенно. Выделяют III стадии процесса. I – продромальная фаза, которая проявляется неспецифическими симптомами. II – стадия появления симптомов. III – стадия нарушения сознания вплоть до комы. На первой стадии заболевания у детей появляются апатия, ухудшения настроения, снижение успеваемости в школе, потеря аппетита, тошнота, рвота и незначительный подъем температуры тела. Через несколько недель появляются неврологические симптомы (II стадия), усиливается раздражительность, более старшие дети жалуются на головную боль. Могут появляться ригидность затылочных мышц в сочетании с симптомами Кернига и Брудзинского. Характерно выпадение функции черепных нервов: патология реакций зрачка, снижение остроты зрения, нарушение слуха, паралич лицевого нерва. Нередко отмечаются нарушения речи, дезориентация, непроизвольные движения и судороги. Внутричерепное давление на этой стадии заболевания повышено. Могут отмечаться увеличение объема головы, выбухание родничков, а у более старших детей – отек соска зрительного нерва. В терминальном периоде менингита у детей развивается кома, нерегулярное дыхание.