

UDC 616.831-002.5-053.2

[https://doi.org/10.32345/USMJ.4\(158\).2025.144-150](https://doi.org/10.32345/USMJ.4(158).2025.144-150)

Received: July 03, 2025

Accepted: October 28, 2025

Клінічний випадок туберкульозного менінгоенцефаліту у дитини

Ірина Серякова, Людмила Палатна

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Address for correspondence:

Iryna Seriakova

E-mail: ikovaliukh@ukr.net

Анотація: Туберкульозний менінгоенцефаліт залишається актуальною медико-соціальною проблемою через високу смертність, складність діагностики, та зростання числа випадків серед дітей. Мета дослідження: Підвищити обізнаність та настороженість медичних працівників щодо можливості виникнення туберкульозного менінгоенцефаліту у дітей на основі демонстрації клінічного випадку. Матеріали і методи. Ми провели емпіричне, описове дослідження клінічного випадку захворювання на туберкульозний менінгоенцефаліт у дитини 1,5 років в період проходження стаціонарного лікування в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КНП «КМДКІЛ») міста Києва. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено біоетичною комісією лікарні (протокол №3 від 24.09.2025р). Результати та їх обговорення: Дитина 1,5 років, надійшла до стаціонару на 7-й день хвороби зі скаргами на підвищення температури до 38,5°C, в'ялість, нудоту. При огляді дитини рубчик БЦЖ був відсутній. На 3-й день стаціонарного лікування стан з негативною динамікою. Спостерігались лихоманка, виражена в'ялість, повторна блювота. Дитина не ходить, не сидить, обмежені руки в лівих кінцівках. На рентгенограмі ОГК виявлено лівобічну пневмонію. Стан дитини в динаміці погіршувався. За даними огляду, лабораторних та інструментальних обстежень діагностовано менінгоенцефаліт, набряк головного мозку, кому, судомний синдром, лівобічний геміпарез, двобічне ураження легень. На МРТ виявлені ознаки енцефаліту в базальних ядрах, коліні мозолистого тіла та медіальних відділах правої скроневої долі. Методом ПЛР (молекулярно-генетичним тестом GeneXpert MTB/RIF) з ліквору виділені *Mycobacterium tuberculosis* GeneXpert MTB + RIF – . Встановлено діагноз: туберкульоз нервової системи, менінгоенцефаліт. Об'єктивний стан при надходженні до ВАІТ вкрай тяжкий за рахунок неврологічної симптоматики на фоні специфічного ураження ЦНС, проявів набряку головного мозку, інтоксикаційного синдрому. Загальний стан дитини стрімко погіршувався. Парез кишківника, анурія без відповіді на діуретики, анемія та тромбоцитопенія, декомпенсований метаболічний ацидоз- корегується, ДВЗ-синдром. Свідомість - кома ІІІ ст. За шкалою FOUR = 0б. Дифузна м'язова гіпотонія, арефлексія. Зіниці розширені D=S, фотореакція відсутня. Температура тіла 35,6° С. Виразені периферичні набряки. АТ 71/30 мм.рт.ст. ЧСС 94уд/хв. Тони серця приглушені. Не зважаючи на проведенне лікування, випадок завершився летально. Висновки. Настороженість щодо можливості виникнення туберкульозного менінгоенцефаліту у дітей має важливе значення в діагностиці інфекційних хвороб.

Ключові слова: туберкульозний менінгоенцефаліт, діагностика, діти.

Вступ

Туберкульоз (ТБ) залишається однією з головних інфекційних проблем охорони здоров'я у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у 2022 році більше 10 мільйонів людей захворіли на активний туберкульоз, що відповідає рівню захворюваності близько 133 випадків на 100 000 населення з особливою концентрацією випадків у регіонах Південно-Східної Азії, Африки та Тихоокеанського регіону [1-3]. Крім того, надзвичайно поширеною є латентна інфекція, за даними літератури, реєструється близько у 1/4 населення світу [4].

В Україні туберкульоз також є нагальною медичною та соціальною проблемою. За даними Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) 2023 році зареєстровано 19 851 випадок активного туберкульозу, з них 639 серед дітей до 14 років та 196 серед підлітків 15–17 років [5].

В динаміці рівень захворюваності на ТБ знизився порівняно з попередніми роками — наприклад, за період з 2018 по 2022 роки — але водночас спостерігаються й тривожні тенденції: у 2021 році серед дітей до 14 років зафіксовано зростання захворюваності на приблизно 25,4 % у порівнянні з 2020 роком [6].

ТБ може проявлятися не лише у вигляді первинного легеневого ураження, але також викликає численні позалегенові ускладнення. Серед найбільш значущих -дисемінований туберкульоз (наприклад, міліарний ТБ), ураження кісток, суглобів, нирок, лімфатичних вузлів, мозку, перикарда, статевих органів тощо, залежно від локалізації інфекції, що може призвести до хронічних запалень, функціональних порушень, інвалідизації [7,8]. Можливий розвиток лікарської стійкості (мультирезистентних, полірезистентних форм), що значно ускладнює лікування та погіршує прогноз [9].

Туберкульозний менінгіт (часто з залученням енцефаліту або менінгоенцефаліту) — одна з найважчих форм позалегенового туберкульозу, особливо у дітей. Вона характеризується інфікуванням мозкових оболонок мікобактерією з розвитком серозного менінгіту та ураженням основи головного мозку.

За даними літератури, найвищий ризик розвитку туберкульозного менінгіту у дітей віком до 4 років. В 2019 році близько 24 000 дітей віком до 15 років у світі захворіли на туберкульозний менінгіт, з них більшість — діти молодше 5 років [10]. Смертність серед дітей становить близько 19 %, а серед тих, хто вижив неvroлогічні наслідки розвиваються у більш ніж 50 % випадків [11].

Мета

Підвищити обізнаність та настороженість медичних працівників щодо можливості виникнення туберкульозного менінгоенцефаліту у дітей на основі демонстрації клінічного випадку.

Матеріали і методи

Ми провели емпіричне, описове дослідження клінічного випадку захворювання на туберкульозний менінгоенцефаліту у дитини 1,5 років в період проходження стаціонарного лікування в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КНП «КМДКІЛ») міста Києва. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено біоетичною комісією лікарні (протокол №3 від 24.09.2025р). Батьками була надана інформована згода.

Опис випадку

Дитина 1,5 років, надійшла до стаціонару на 7-й день хвороби зі скаргами на підвищення температури до 38,5°C, в'ялість, нудоту.

З анамнезу життя відомо, що дитина від 8 вагітності, 8 пологів, вага при народженні 2кг. Зі слів батьків, в пологовому будинку отримала щеплення БЦЖ, проте при огляді дитини рубчик БЦЖ був відсутній. Хворіла на ГРВІ, бронхіти. Проживає з батьками та іншими дітьми в підвальному приміщенні.

Зі слів батьків захворіла, коли вперше підвищилась температура тіла, епізодично виникало блювання. Дитина була оглянута лікарем ЕМД, стан був оцінений як прорізування зубів, призначено симптоматичне лікування. Через 4 дні спостерігалось зниження рухової активності, дитина не ставала на ніжки, перестала сидіти та втратила раніше набуті навички, відмічалось зниження тонуусу в кінцівках. На 7-й день хвороби госпіталізована в дитячу лікарню м. Києва в стані середньої

тяжкості. Діагноз при надходженні ГРВІ, ацетонемічний синдром.

На 3-й день стаціонарного лікування стан з негативною динамікою. Спостерігались лихоманка, виражена в'ялість, повторна блювота. Дитина не ходить, не сидить, обмежені руки в лівих кінцівках. Була проведена рентгенографія органів грудної клітки (ОГК). Результат наведений на рисунку 1.



Рисунок 1. Клінічний випадок.
Рентгенограма ОГК у дитини 1,5 років

В задньо-передній проекції відмічаються фокуси інфільтрації в проекції верхівки та навколо кореня лівої легеневої (рис.1). Легеневий малюнок помірно посилений. Корені частково перекриті тінню середостіння. Контури серця, діафрагми чіткі. Синуси вільні. Заключення: Лівобічна пневмонія. Рентген-контроль після антибактеріальної терапії. При відсутності динаміки - дообстеження для виключення специфічного процесу.

Дитина була оглянута неврологом, спеціаліст відзначив ознаки лівобічного геміпарезу з загальною симптоматикою, що потребує диференціації з гострим порушенням мозкового кровообігу, перебігом нейроінфекції. Рекомендовано провести МРТ головного мозку та консультація нейрохірурга.

Того ж дня проведено МРТ. За результатом є ознаки енцефаліту в базальних ядрах, коліні мозолистого тіла, медіальних відділах правої скроневій долі, під питанням ділянки гострої ішемії; ознаки локального лептотомінігіту, вентрикулоділяція.

Нейрохірург припустив наявність енцефаліту та призначив люмбальну пункцію. За результатами дослідження спинномозкової рідини (СМР): цитоз 156 в 1 мкл, переважно за рахунок нейтрофілів, білок 0,35 г/л. Заключення: у дитини має місце нейроінфекція - менінгоенцефаліт.

Враховуючи аналіз СМР, проведена корекція антибактеріальної терапії, призначений цефтріаксон та ванкоміцин, противірусна терапія ацикловіром до отримання результатів вірусологічного дослідження.

В динаміці спостереження стан дитини з негативною динамікою, продовжує лихоманити, не реагує на огляд, погляд не фіксує, відмічається косоокість, посмикування лівими кінцівками, позитивні менінгеальні симптоми, спостерігаються тонічні судомні напади. За Шкалою ком Глазго 11 балів. Повторна люмбальна пункція-цитоз 176 x 10x6/л (N-58%,L-42%),білок -0,63г/л, цукор 2,06 ммоль/л.

Отримані негативні результати вірусологічного дослідження СМР на HSV 1½, CMV, EBV, ентеровіруси. Ацикловір відмінено.

Через два дні проведений консиліум, враховуючи соціальний статус родини, перебіг клінічного процесу з боку ЦНС та легень (кома Іст, тонічні судомні, відсутність достовірних даних за БЦЖ у дитини, доцільно провести сімейну діагностику на збудника туберкульозу. Заключення консиліуму: Нейроінфекція. Менінгоенцефаліт. Набряк головного мозку. Кома Іст. Судомний синдром. Лівобічний геміпарез. Двобічне ураження легень.

За результатом люмбальної пункції: ліквор прозорий, частими краплями. Методом ПЛР (молекулярно-генетичним тестом GeneXpert MTB/RIF з ліквору виділена *Mycobacterium tuberculosis* GeneXpert MTB + RIF –.

Встановлений діагноз: Туберкульоз нервової системи. Менінгоенцефаліт (G05.0). Набряк головного мозку. Кома І ст. Судомний синдром. Лівобічний геміпарез. Двобічне ураження легень.

Для подальшого лікування дитина була переведена в ВАІТ КНП "КМДКІЛ" у вкрай тяжкому стані зі скаргами, зі слів батьків, на

порушення свідомості, підвищення температури тіла та судом.

Об'єктивний стан при надходженні до ВАІТ: Загальний стан вкрай тяжкий за рахунок неврологічної симптоматики на фоні специфічного ураження ЦНС, проявів набряку головного мозку, інтоксикаційного синдрому. Свідомість - кома І ст. За ШКТ (E2V3M4) = 96. Положення пасивне, реагує на больові подразники. Дифузна м'язова гіпотонія. Менінгеальні симптоми виражені. Дитина фебрильно лихоманить. Обличчя симетричне. Зіниці звужені D=S, фотореакція збережена. Судом на момент огляду немає. Годується через назогастральний зонд. Т 38,0 С. Дихання самостійне, ЧД 34 уд/хв, SpO₂ 99%. Аускультативно: дихання проводиться у всі відділи легень, дещо ослаблене зліва в нижніх та середніх відділах, хрипи не вислуховуються. ЧСС 170/хв, тони серця ритмічні. АТ 128/76 мм.рт.ст. Гепатоспленомегалія (печінка +2,5 см, селезінка +1см). Лімфаденопатія.

Консультація дитячого невролога: Стан вкрай важкий за рахунок загальноомозкової симптоматики. ЧМН: очі при нахилі голови в крайніх відведеннях, що викликано симптомом “лялькових очей”(відхилення ока в протилежному напрямку у відповідь на повороти голови). Зіниці - мідріаз, фотореакція відсутня, рогівковий рефлекс відсутній з обох сторін. Периостальні та сухожилкові рефлексів відсутні. Черевні, підшовні відсутні - арефлексія. М'язовий тонус - виражена м'язова гіпотонія. Шкіра холодна на дотик. Температура тіла 35,9°C; Діагноз: Кома ІІІ ст. Туберкульозний менінгоенцефаліт. Множинні вогнищеві ураження кори та підкіркових структур обох гемісфер. Набряк головного мозку. Судомний синдром.

На 3-й день перебування у ВАІТ незважаючи на адекватну терапію, стан прогресивно погіршувався за рахунок патологічної неврологічної симптоматики на фоні множинних вогнищевих уражень ураження кори та підкіркових структур обох гемісфер туберкульозної етіології, пізніше за рахунок приєднання та прогресування синдрому поліорганної недостатності.

Загальний стан дитини критичний, з негативною динамікою. Парез кишківника, анурія без відповіді на діуретики, анемія та тромбоцитопенія, декомпенсований метаболічний ацидоз- корегується, ДВЗ-синдром. Свідомість - кома ІІІ ст. За шкалою FOUR = 06. Дифузна м'язова гіпотонія, арефлексія. Зіниці розширені D = S, фотореакція відсутня. Температура тіла 35,6° С. Виражені периферичні набряки. АТ 71/30 мм.рт.ст. ЧСС 94 уд/хв. Тони серця приглушені.

О 23:00 асистолія, розпочаті реанімаційні заходи, в 23:45 зафіксовано біологічну смерть.

Лікування включало проведення оксигенотерапії, ШВЛ, медикаментозну санацію, антибіотикотерапію, протигрибкові засоби, глюкокортикостероїди, симпатоміметичну, протисудомну, імункорегуючу (імунглобулін людини нормальний), орієнтовану інфузійну, замісну, ситуаційну та посиндромну терапії. Специфічне лікування проводилось відповідно до Наказ МОЗ України від 19.01.2023 р. №102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз» [12].

Діагноз заключний клінічний:

Основний: A17.0 - Туберкульозний менінгоенцефаліт. Ускладнення: Сепсис. Септичний шок. СПОН: ДН ІІІ ст; НК ІІІ ст; гостра ниркова недостатність; ДВЗ – синдром; Парез кишківника; кома ІІІ ст; набряк головного мозку. Судомний синдром. Анемія. Тромбоцитопенія.

Діагноз патологоанатомічний:

Попередній: Туберкульозний менінгоенцефаліт. Множинне вогнищеве ураження кори та підкіркових структур обох гемісфер головного мозку. Ускладнення основного: Набряк-набухання головного мозку. Асцит. Гідроторакс. Парез кишківника. Ішемія ниркової кори. Причина смерті: Поліорганна недостатність, ураження підкіркових структур головного мозку, туберкульозний менінгоенцефаліт.

Обговорення

Робота присвячена демонстрації летального клінічного випадку туберкульозного менінгоенцефаліту у дитини 1,5 років, що вказує на тяжкість ранньої діагностики та підкреслює потребу в мультидисциплінарному підході.

Наша робота співвідноситься з дослідженням Colosimo M та співавторів (2022), які представили летальний випадок туберкульозного менінгіту у дитини 2 років, яка не мала БЦЖ та проживала в незадовільних економічних та соціальних умовах [13]. Клінічна картина та результати лабораторних обстежень описаного нами пацієнта здебільшого корелювали з результатами описаного випадку італійськими вченими, хоча описана авторами дитина не мала жодних легеневих проявів. Відкладена постановка остаточного діагнозу була вирішальною в обох клінічних випадках, у зв'язку з чим невідкладний початок лікування не дав позитивних результатів.

Sharifi, G та співавтори (2024) представили випадок успішного лікування туберкульозного менінгіту у 11-місячного пацієнта. Дитина була госпіталізована з приводу прогресуючої слабкості кінцівок та втрати раніше здобутих рухових навичок. Попередньо пацієнту діагностували гідроцефалію через можливий гострий бактеріальний менінгіт на КТ та МРТ. При фізикальному огляді спостерігалось випинання тім'ячка, ригідність м'язів шиї, параліч VI пари черепних нервів та спастичний квадрипарез. Аналіз спинномозкової рідини та ПЛР підтвердили туберкульозний менінгіт. Через 5-6 днів після початку прийому протитуберкульозних препаратів було відзначено зниження температури, а через гідроцефалію було встановлено вентрикулоперитонеальний шунт. Поступово тонус тулуба та кінцівок, а також рухова функція та емоційна реакція покращилися. В 15-місячному віці після проведених маніпуляцій пацієнт може ходити без сторонньої допомоги, а гідроцефалія при контрольних дослідженнях не спостерігається [14].

Пізня діагностика може призвести до дуже серйозних наслідків, включаючи підвищений ризик смерті, неврологічні ускладнення або довгострокові наслідки. Ключовим компонентом в покращенні стану пацієнтів з ТБ є своєчасний початок специфічного лікування, проте це потребує підвищення обізнаності та прискорення призначення та виконання діагностичних методів, особливо в районах з високою поширеністю захворювання та у пацієнтів з підозрілою клінічною картиною [15].

Висновки

Настороженість щодо можливості виникнення туберкульозного менінгоenceфаліту має важливе значення в діагностиці інфекційних хвороб у дітей. Динамічне спостереження, мультидисциплінарний підхід та застосування широкого спектру лабораторно-інструментальних та лікувальних засобів може бути корисним в своєчасному наданні допомоги та уникненні діагностичних помилок.

Фінансування

Дане дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

Конфлікт інтересів

Автори засвідчують відсутність конфлікту інтересів.

Згода на публікацію

Батьки надали згоду на використання результатів обстеження та публікацію. Всі автори ознайомлені з текстом рукопису та надали згоду на його публікацію.

Використання III:

Під час підготовки цього рукопису III-інструменти не використовувалися.

ORCID ID та внесок авторів (CRediT taxonomy)

Conceptualization: Palatna Liudmyla (ORCID: [0009-0000-7118-508X](https://orcid.org/0009-0000-7118-508X));

Methodology: Seriakova Iryna (ORCID: [0000-0002-2793-6584](https://orcid.org/0000-0002-2793-6584));

Software: Seriakova Iryna;

Validation: Seriakova Iryna; Palatna Liudmyla;

Formal Analysis: Seriakova Iryna; Palatna Liudmyla;

Investigation: Seriakova Iryna; Palatna Liudmyla;

Resources: Seriakova Iryna;

Data Curation: Palatna Liudmyla;

Writing – Original Draft Preparation: Seriakova Iryna;

Writing – Review & Editing: Seriakova Iryna; Palatna Liudmyla;

Visualization: Seriakova Iryna;

Supervision: Palatna Liudmyla;

Project Administration: Palatna Liudmyla;

Funding Acquisition: Seriakova Iryna; Palatna Liudmyla.

ЛІТЕРАТУРА

1. World Health Organization (2023). Global tuberculosis report 2023. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023/tb-disease-burden/1-1-tb-incidence>
2. World Health Organization (2023). Global tuberculosis report 2022. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022/tb-disease-burden/2-1-tb-incidence>
3. Médecins Sans Frontières (MSF). Global burden of tuberculosis. <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/TUB/english/1-7-global-burden-of-tuberculosis-20320195.html>
4. Cohen A, Mathiasen VD, Schön T, Wejse C. The global prevalence of latent tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2019 Sep 12;54(3):1900655. doi: 10.1183/13993003.00655-2019
5. Міністерство охорони здоров'я України (2024). In 2023, 19,851 people fell ill with tuberculosis in Ukraine://moz.gov.ua/en/in-2023-19851-people-fell-ill-with-tuberculosis-in-ukraine
6. Валецький ЮМ, Ничипорук ВО, Валецька РО. Сучасні особливості епідеміологічної ситуації з туберкульозу в Україні (огляд). Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2024;1:103- 108. doi: 10.30978/TB2024-1-103.
7. Medscape(2021). Tuberculous Meningitis. <https://emedicine.medscape.com/article/1166190-overview?form=fpf>
8. MSD MANUAL Consumer Version (2022). Tuberculosis: A Disease of Many Organs. <https://www.msdmanuals.com/home/multimedia/table/tuberculosis-a-disease-of-many-organs>
9. World Health Organization (2022). World Tuberculosis Day: supporting Ukraine in scaling up TB diagnosis and treatment. <https://www.who.int/poland/home/23-03-2021-world-tuberculosis-day-supporting-ukraine-in-scaling-up-tb-diagnosis-and-treatment>
10. du Preez K, Jenkins HE, Martinez L, Chiang SS, Dlamini SS, et al. Global burden of tuberculous meningitis in children aged 0-14 years in 2019: a mathematical modelling study. Lancet Glob Health. 2025 Jan;13(1):e59-e68. doi: 10.1016/S2214-109X(24)00383-8. PMID: 39706662
11. Nataprawira HM, Gafar F, Risan NA, et al. Treatment Outcomes of Childhood Tuberculous Meningitis in a Real-World Retrospective Cohort, Bandung, Indonesia. Emerging Infectious Diseases. 2022;28(3):660-671. doi:10.3201/eid2803.212230.
12. Наказ МОЗ України від 19.01.2023 р. №102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз» https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102.pdf
13. Colosimo M, Caruso A, Nisticò S, Minchella P, et al. A Fatal Case of Tuberculosis Meningitis in Previously Healthy Children. Pediatr Rep. 2022 Apr 9;14(2):175-180. doi: 10.3390/pediatric14020024
14. Sharifi, G., Ansari, M., Chalmiani, E.M. et al. An 11-month-old boy with tuberculous meningitis presenting as progressive limb weakness, fever, developmental retardation, and loss of consciousness: a case report. J Med Case Reports 18, 210 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13256-024-04523-1>
15. He Y, Han C, Chang KF, Wang MS, Huang TR. Total delay in treatment among tuberculous meningitis patients in China: a retrospective cohort study. BMC Infect Dis. 2017;17(1):1–5.

Clinical case of tuberculous meningoencephalitis in a child

Iryna Seriakova, Liudmyla Palatna

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Address for correspondence:

Iryna Seriakova

E-mail: ikovaliukh@ukr.net

Abstract: Tuberculous meningoencephalitis remains an urgent medical and social problem due to high mortality, difficulty in diagnosis, and an increase in the number of cases among children. Aim of the study was to increase awareness and alertness of medical workers regarding the possibility of tuberculous meningoencephalitis in children based on the demonstration of a clinical case. Materials and methods. We conducted an empirical, descriptive study of a clinical case of tuberculous meningoencephalitis in a 1.5-year-old child during inpatient treatment at the Kyiv City Children's

Clinical Infectious Diseases Hospital. The study was performed in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The study protocol was approved by the hospital's bioethical committee (protocol №3 dated 24.09.2025). Results and their discussion: A 1.5-year-old child was admitted to the hospital on the 7th day of illness with complaints of fever up to 38.5°C, lethargy, and nausea. When examining the child, the BCG scar was absent. On the 3rd day of inpatient treatment, the condition showed negative dynamics. Fever, severe lethargy, repeated vomiting were observed. The child does not walk, does not sit, and the hands in the left limbs are limited. Left-sided pneumonia was detected on the X-ray. The child's condition deteriorated in dynamics. According to the examination, laboratory and instrumental examinations, meningoencephalitis, cerebral edema, coma, convulsive syndrome, left-sided hemiparesis, bilateral lung damage were diagnosed. MRI revealed signs of encephalitis in the basal nuclei, the knee of the corpus callosum and the medial parts of the right temporal lobe. Mycobacterium tuberculosis (G+R-) was isolated from the cerebrospinal fluid by PCR, and a diagnosis of nervous system tuberculosis and meningoencephalitis was established. The objective condition upon admission to the intensive care unit is extremely severe due to neurological symptoms on the background of specific CNS damage, manifestations of cerebral edema, intoxication syndrome. The child's general condition rapidly deteriorated. Intestinal paresis, anuria without response to diuretics, anemia and thrombocytopenia, decompensated metabolic acidosis - corrected, DIC syndrome. Consciousness - coma of the III degree. On the FOUR scale = 0b. Diffuse muscular hypotension, areflexia. Pupils are dilated D = S, no photoreaction. Body temperature 35,6° C. Severe peripheral edema. Blood pressure 71/30 mm Hg. Heart rate 94 beats / min. Heart sounds are muffled. Despite the treatment, the case ended fatally. Conclusions. Vigilance regarding the possibility of tuberculous meningoencephalitis in children is important in the diagnosis of infectious diseases.

Keywords: [Children](#), [Tuberculous Meningoencephalitis](#), [Tuberculosis](#), [BCG](#), [Pneumonia](#), Diagnostics.



Copyright: © 2025 by the authors; licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine. This article is an open access article distributed under the terms

and conditions of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).