

О. І. Білогорцева, А. І. Барбова, І. Є. Шехтер, О. П. Недоспасова, А. С. Фірсова
СТРУКТУРА КЛІНІЧНИХ ФОРМ ТА ОСОБЛИВОСТІ БАКТЕРІОВИДІЛЕННЯ У ДІТЕЙ З
ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”

За даними WHO, 2014, Україна визнана однією з п'яти країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Це сприяє зростанню інфікування резистентними мікобактеріями туберкульозу (МБТ) найбільш уразливих контингентів — дітей. Відсутність останніми роками чіткої нормативної бази, вкрай низький рівень охоплення профобстеженням

на туберкульоз в Україні вже призвели до погіршення структури клінічних форм туберкульозу (ТБ) у дітей, зростанню кількості хворих дітей, віднесених до II та IV категорій (Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Білогорцева О. І., 2016).

Мета роботи — проаналізувати структуру клінічних форм та характер бактеріовиділення у дітей з вперше діагно-

стованим туберкульозом (ВДТБ).

У відділенні дитячої фтизіатрії НІФП було обстежено 176 дітей. У 14,7 % (26 дітей) діагноз локального туберкульозу не підтвердився. У 85,2 % (150 дітей) були діагностовані локальні форми туберкульозу. Позалегеневий (позагрудний) туберкульоз виявлений у 4,6 % (7 дітей), туберкульоз органів дихання — у 95,3 % (143 дітей). У структурі туберкульозу органів дихання легеневі форми склали 52,4 % (75 дітей), позалегеневі — 47,5 % (68 дітей). Серед хворих на ВДТБ у 28,6 % (43 дітей) визначалось бактеріовиділення, у 71,4 % (107 дітей) бактеріовиділення не виявлено. У 48,8 % хворих (21 дитини) із числа бактеріовиділювачів виявлена деструкція.

Зі 43 дітей з бактеріовиділенням у 41,8 % (18 дітей) була збережена чутливість до протитуберкульозних препаратів (ПТП). Слід зазначити, що тільки в 1 дитини мав місце сімейний тубконтакт. У 17 дітей тубконтакт не був встановлений. З 18 дітей з бактеріовиділенням зі збереженою чутливістю до ПТП у структурі клінічних форм переважає інфільтративний туберкульоз легень — у 55,5 % (10 дітей). Серед 43 дітей з МБТ+ у 58,1 % (25 дітей) був діагностований хіміорезистентний ТБ (ХРТБ). З них монорезистентний становить 16,0 % (4 дитини), полірезистентний — 28,0 % (7 дітей), МРТБ — 56,0 % (14 дітей). Ще у 3,3 % (5 дітей), з числа всіх хворих на ВДТБ, за даними анамнезу, мав місце ризик мультирезистентного туберкульозу (РМРТБ).

Монорезистентність до ізоніазиду (H) та стрептоміцину (S) зустрічалася з однаковою частотою (по 2 дитини). Тубконтакт у цих дітей встановити не вдалося.

Із 7 дітей з встановленим полірезистентним туберкульозом до H, S та етамбутолу (E) у трьох випадках мав місце сімейний тубконтакт з бактеріовиділювачем.

14 дітей з МРТБ склали 9,3 % від загальної кількості хворих з ВДТБ та 9,8 % від кількості хворих з ВДТБ органів дихання. З них 8 дітей (57,1 %) мали тривалий сімейний тубконтакт з хворим з МБТ+, причому, 5 із них — з хворим на МРТБ. Більшість дітей з МРТБ досягла підліткового віку. Структура клінічних форм у дітей з МРТБ розподілилася наступним чином: інфільтративний ТБ зустрічався у 4 випадках, туберкульозом — в 3, дисемінований ТБ — у 2, ТБ внутрішньогрудних лімфовузлів — у 2, фіброзно-кавернозний ТБ — в 1, ТБ бронхів — у 2 випадках. Деструкція в легенях була виявлена у 5 дітей (35,6 %).

Висновки

Серед обстежених у відділенні дитячої фтизіатрії дітей з ВДТБ 95,3 % становить ТБ органів дихання. Серед них 16,7 % припадає на ХРТБ, 9,3 % — на МРТБ. Відсоток дітей з РМРТБ становить — 3,3 %. Серед хворих із ХРТБ більш ніж половина — це пацієнти із МРТБ (56,0 %). У дітей з бактеріально підтвердженим чутливим ВДТБ у більшості випадків не вдається визначити тубконтакт, тоді як у хворих з МРТБ майже у 60,0 % він має місце.