

УДК 616 – 002.5 – 053.2 (477.84)

С.І. Климнюк, М.О. Винничук, Л.Б. Романюк, Т.О. Бригідир, Ж.Л. Базилевська, Н.Є. Федчишин
КЛІНІКО-БАКТЕРІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ
СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

КЛІНІКО-БАКТЕРІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ. У статті наведені клінічні особливості перебігу туберкульозу у дітей, проаналізовано результати бактеріологічного дослідження матеріалу, сформульовані рекомендації щодо діагностики даного захворювання у підлітковому віці.

КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ. В статье приведены клинические особенности течения туберкулеза у детей, проанализированы результаты бактериологического исследования материала, сформулированы рекомендации по диагностике данного заболевания в подростковом возрасте.

CLINICAL AND BACTERIOLOGICAL PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF PULMONARY TUBERCULOSIS AMONG CHILDREN'S POPULATION OF TERNOPIIL REGION. Peculiarities of the clinical course of tuberculosis in children are represented in the article. The results of the bacteriological examination are analysed. The recommendations concerning the diagnostics of this disease in the teen age are formulated.

Ключові слова: туберкульоз, діти, клініко-бактеріологічні критерії.

Ключевые слова: туберкулез, дети, клинико-бактериологические критерии.

Key words: tuberculosis, children, clinical and bacteriological criteria.

ВСТУП. Щорічне зниження захворюваності на туберкульоз в економічно розвинених країнах певною мірою підтримувало уявлення про ліквідацію цієї недуги як масового захворювання, хоча в країнах Азії, Тихоокеанського басейну, Південної Америки зберігалась висока захворюваність і смертність. Зараз відомо, що третина населення земної кулі інфікована штамми *M. tuberculosis* [1]. Вважається, що один хворий може інфікувати 10-15 здорових осіб, а в місцях великого скупчення населення ця цифра може бути значно більшою. Індивідуальний ризик інфікування залежить від тривалості впливу і чутливості до інфекції. Найбільший ризик інфікування відмічається від осіб, що виділяють бактерії, дещо менший – від абактеріальних хворих, ще менший – від хворих на позалегеновий туберкульоз [1, 2, 3].

Наша країна в даний час переживає чергову епідемію туберкульозу, враховуючи контагіозність, соціальний аспект захворювання та загальне зниження соматичного здоров'я серед дітей, актуальним є вивчення клінічного перебігу даної хвороби для визначення груп ризику з розвитку туберкульозу [4, 5].

Мета дослідження. Визначити контингент дітей, що до ризику розвитку туберкульозної інфекції, оцінити вплив факторів навколишнього середовища і стану здоров'я та антропометричних даних дітей та сформулювати рекомендації щодо покращення діагностики даної хвороби серед них.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під спостереженням знаходились 23 дитини, які перебували на стаціонарному лікуванні у ТОКТД (Тернопільський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер) впродовж 2009-2010 років. Дітям проведено комп-

лекс загальноклінічних об'єктивних та лабораторних досліджень, а також флюорографічне і бактеріологічне дослідження харкотиння чи глоткового слизу, визначено чутливість виділених штамів мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних засобів за методом абсолютних концентрацій. За даними історій хвороби проведено ретроспективну оцінку результатів проби Манту та лікування даного контингенту хворих на стаціонарному та амбулаторному етапах.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Було обстежено 23 штами у дітей віком від 2 до 18 років: 7 (30,4 %) – до 10-ти річного віку, 16 (69,6 %) – від 16 до 18 років. Серед них було 13 (56,5 %) хлопчиків та 10 (43,5 %) дівчаток. Дві третини (60,9 %) обстежуваних проживали у селах Тернопільської області; 9 (39,1%) – жителі міста. Структура нозологічних форм туберкульозу виглядала наступним чином. У всіх дітей захворювання було виявлене вперше. Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів мав місце в 5 (21,7 %) випадках, і був діагностований у дітей до 10 років, у решти хворих – 18 (78,3 %) було діагностовано туберкульоз легень (рис. 1).

Аналіз даних рентгенограм та флюорографії показав, що лівобічне ураження мало місце у 9 (39,1 %) дітей, правобічне – у 14 (60,9 %) осіб. За характером ураження легенової тканини переважали вогнищеві чи інфільтративні зміни (7 осіб (30,4 %)). У 4 (17,4 %) дітей виявлені дисеміновані зміни в легеновій тканині. Деструктивні процеси мали місце у 4 (17,4 %) хворих.

Значно поширеною є думка, що туберкульоз є однаковою мірою як медичною, так і соціальною про-

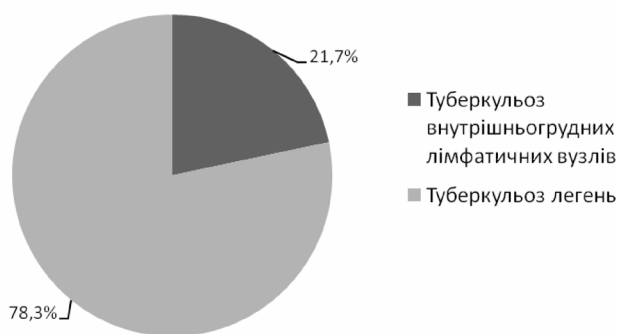


Рис. 1. Структура нозологічних форм туберкульозу у дітей.

блемою. В підтвердження її під час нашого дослідження відмічено, що лише в 5 (21,7 %) дітей захворювання розвинулось на фоні соматичної патології – дитячого церебрального паралічу, патології серцево-судинної чи легеневої системи. Ускладнення виявлено лише в 1 дитини (легенева кровотеча).

Ознаки анемії легкого ступеня відмічено у 10 (43,5 %) , середнього – в 6 (26,1 %) , явища гіпохромії мали місце у 5 (21,7 %) дітей. У подальшому були проаналізовані результати гемограми, зробленої до призначення протитуберкульозних засобів, оскільки одним з побічних ефектів етіотропної терапії туберкульозу є деструктивний вплив на червону кров.

Гіпохромія також свідчить про дефіцитний характер анемії, найчастіше комбінований вітаміно- та залізо-дефіцит. Заслугове на увагу також і той факт, що у 58,8 % обстежених дітей був знижений масо-зростовий коефіцієнт Рорера. Такі діти виявлялись у всіх вікових групах.

Туберкульоз – одне з захворювань, яке можна діагностувати бактеріоскопічним методом, зафарбовуючи препарат-мазок за методом Ціля-Нільсена, оскільки він дає змогу контрастувати лише кислостійкі збудники. Тому всім дітям, що перебували під спостереженням, проведено бактеріоскопічне дослідження. У 5 хворих (21,7 %) із 23 виділялись мікобактерії з харкотинням, що свідчить про значну кількість збудника та відкриту форму захворювання. Бактеріологічним методом виділено збудник від 7 (30,4 %) дітей. У решти мікробіологічне дослідження дало негативний результат.

У дитячому віці, зазвичай, симптоматично туберкульоз дуже бідний і одним із найперших сигналів, що може дати підстави запідозрити мікобактеріальну інфекцію, є результат алергічної проби Манту, яка проводиться щорічно. Серед обстежених нами дітей гіперергічна проба Манту була в 13 (57,1 %) осіб, позитивна проба Манту діагностована у 8 (34,2 %) пацієнтів. У 2 (8,7 %) вона була від'ємна, що можна пояснити помилками у методиці постановки чи оцінці результатів (рис. 2).

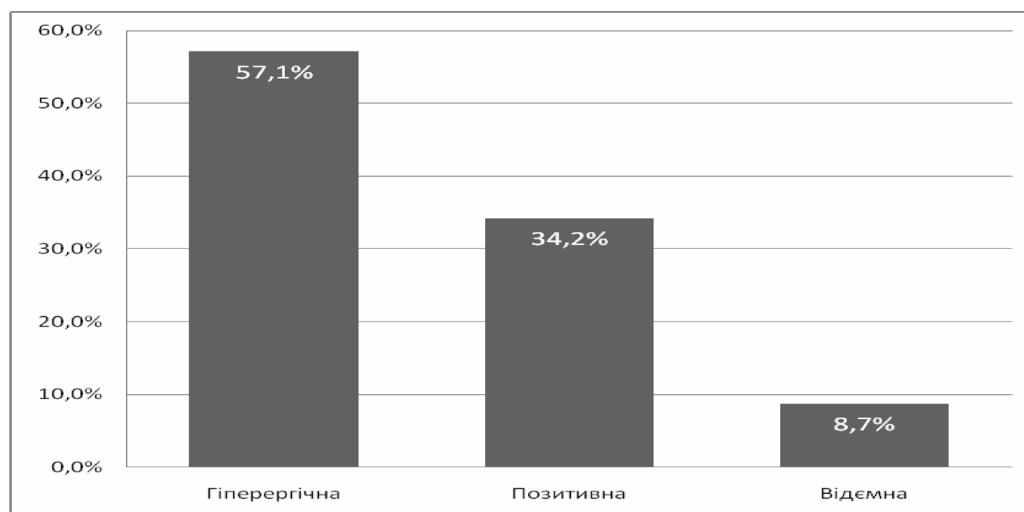


Рис. 2. Результати оцінки алергічної проби Манту.

Проблема лікування туберкульозу має кілька аспектів: по-перше, воно є довготривалим та потребує значних коштів; по-друге, протитуберкульозні засоби мають ряд побічних ефектів, що негативно впливають на ріст дитини; по-третє, сам збудник у процесі еволюції значно змінився і виробив стійкість до багатьох препаратів етіотропної терапії. Аналізуючи препарати, які використовувалися для лікування

дітей, бачимо, що найчастіше використовували ізоніазид, рифампіцин, піразинамід та етамбутол. Перші три препарати застосовували практично у всіх пацієнтів. У 5 (21,7 %) дітей вищеназвану схему лікування потенціювали призначенням стрептоміцину. Для підтримуючої терапії використовували ті ж засоби з додаванням рифадину та левофлоксу у різних комбінаціях. Хоча у всіх дітей захворювання було

виявлено вперше, в 3 (13,0 %) випадках при бактеріологічному дослідженні відмічались резистентні штами мікобактерій: у двох – лише до стрептоміцину, в одному – мультирезистентний штам. Це є наслідком циркуляції резистентних штамів у навколишньому середовищі.

ВИСНОВКИ. 1. Практично 70 % вперше виявленого туберкульозу діагностується у підлітковому віці.

2. Найчастіше, це діти з малою масою та порушеннями харчового раціону, результатом яких є розвиток дефіциту мікроелементів та вітамінів, зокрема у 70 % з них була анемія середнього та легкого ступенів.

3. Діагностика, в основному, ґрунтується на гіперергічній реакції Манту та рентгенологічному дослідженні, оскільки бактеріологічно підтверджується

діагноз лише у третини хворих. Позитивним є виявлення резистентних збудників до протитуберкульозних засобів лише у 13 % обстежених.

Отже, лікарям-педіатрам з метою ранньої діагностики туберкульозної інфекції слід звертати більшу увагу на дітей підліткового віку, що відстають у масі внаслідок нераціонального харчування в поєднанні з анемією.

ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМКИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Рання діагностика туберкульозного процесу дає змогу запобігти розвитку ускладнених форм захворювання та зменшити інфікованість здорових осіб. Детальний аналіз лабораторного та інструментального обстеження такої категорії пацієнтів дасть змогу розробити алгоритм діагностики туберкульозу у дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клініко-бактеріологічна характеристика хворих на туберкульоз легень з хіміорезистентними формами збудника / О.В.Павленко, І.О. Новожилова, Н.П. Шваєнко [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – № 4. – С. 31-33.

2. Туберкулинодіагностика у дітей. Скрытая (латентная) туберкулезная инфекция / А.Ф. Майстер, Е.С. Овсянкина, Л.Б. Стахеева // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 6. – С. 29-33.

3. Лекарственно-устойчивый туберкулез у подростков / В.А. Фирсова, Ф.Г. Полуэктова, А.П. Рыжова [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 1. – С. 61-64.

4. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., А.В. Коблянська / Хіміорезистентний туберкульоз. – К. «Здоров'я». – 2003. – 133 с.

5. Бастиан И.И. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью / И. Бастиан, Ф.Порталс – М.: Медицина и жизнь. – 2003. – 638 с.