

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ "Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ
України"
Українське наукове медичне товариство мікробіологів,
епідеміологів та паразитологів ім. Д.К.Заболотного

МАТЕРІАЛИ
науково-практичної щорічної 9-ої конференції
приуроченої до Дня науки
**"СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ,
МІКРОБІОЛОГІЇ, ГІГІЄНИ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ"**
Випуск 9

Травень 2012 р., м. Львів



Оргкомітет:

О.О. Тарасюк – голова оргкомітету

члени оргкомітету:

І.М.Лозинський
Н.В.Сенюк
О.А.Ткач
Г.В.Шишка
А.В.Вербінець
О.А.Гладка
Г.В.Білецька
І.Л.Платонова
К.Д.Мажак
В.Л.Смольницька

І.Г.Льницький
Р.М.Павлів
Л.М.Рак
О.М.Когут
О.Б.Семенишин
О.М.Коберніченко
З.Г.Кушнір
І.С.Вівчар
Н.Б.Бойко
В.М.Зав'ялкін

Рецензенти:

І.Г.Льницький – лауреат премії ім. Я.Мудрого, акад. АНВШ, д.м.н.,
проф., завкафедри фтизіатрії та пульмонології
ЛНМУ ім. Данила Галицького

А.Ф.Фролов – член-кореспондент НАН, АМН України, РАМН,
д.м.н., проф., голова Українського науково медичного товариства
мікробіологів, епідеміологів та паразитологів ім. Д.К.Заболотного

**ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЗМІСТ ПОДАНИХ МАТЕРІАЛІВ
ТА ЇХ РЕДАКЦІЮ НЕСУТЬ АВТОРИ.**

Рекомендовано до друку вченою радою ДУ "Львівський НДІ
епідеміології та гігієни МОЗ України"
(протокол від 04.05.2012 р. № 4)

ДУ "Львівський НДІ епідеміології
та гігієни МОЗ України", 2012

з поєднаним ураженням легень та кісток (туберкульоз легень і хребта, туберкульоз легень та кульшового суглобу). Отже, як у дітей так і підлітків більш важкі занедбані форми туберкульозу виявляли частіше у другому періоді, тут мали місце випадки розповсюдженого процесу з ураженням легень та кісток.

Проведення рентгеномографічного обстеження у контактних осіб з осередків туберкульозної інфекції виявило наявність деструкції в легеневій тканині у 2 (6,1 %) із 33 дітей у першому періоді і у 4 (9,5 %) із 42 – у другому. Серед підлітків у першому періоді деструкцію в легенях констатували у 7 (26,9 %), а в другому – в 1,5 разів частіше, у 39,3 % хворих. Наявність бактеріовиділення як у першому, так і у другому періоді було у незначної кількості дітей (6,1 %) і виявлялося лише при культуральному методі обстеження харкотиння. У той же час, у підлітків мікобактерії туберкульозу в харкотинні знаходили у 30,7 % осіб у першому і 21,4 % - у другому періодах.

Низькі показники бактеріовиділення серед хворих на туберкульоз дітей та підлітків на тлі зростання деструктивних форм свідчить про неналежну якість бактеріологічного обстеження даних вікових груп населення особливо протягом 2005 - 2010 рр.

Таким чином, більш важкі занедбані форми туберкульозу, випадки розповсюдженого процесу з ураженням легень та кісток, як у дітей так і у підлітків припадають на період 2005 - 2010 рр. Специфічний процес у даних вікових категоріях супроводжувався вираженими змінами в крові на тлі різко позитивної туберкулінової проби Манту з 2 ТО ППД.

Висока захворюваність на туберкульоз серед дітей та підлітків із осередків туберкульозної інфекції свідчить про те, що розроблені, у минулому, схеми хіміопрофілактики, терміни диспансерного спостереження та лікування не завжди дають бажаний ефект, тому на даному етапі важливим є удосконалення профілактичних заходів серед дитячого та підліткового населення, особливо в осередках туберкульозної інфекції.

УДК 616.24-002.5-021.1-053.3/6:616.24-002.5-002.36

ПРОБЛЕМИ ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ІЗ КОНТАКТІВ З ХВОРИМИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Колісник Н.С.

Запорізький державний медичний університет, кафедра фтизіатрії і пульмонології, м.Запоріжжя, вул. Перспективна, 2 natalyakolesnik@mail.ru

Резюме. Проведено аналіз методів виявлення туберкульозу у дітей з контактів в порівнянні з хворими із здорового сімейного оточення. Визначені основні організаційні недоліки, що погіршують якість профілактичної роботи та сприяють розвитку туберкульозу у контактних дітей і підлітків.

Ключові слова: діти, туберкульоз, контакт, вогнища туберкульозу.

ПРОБЛЕМЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ КОНТАКТОВ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Колесник Н.С.

Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г.Запорожье, ул.Перспективная, 2
natalyakolesnik@mail.ru

Резюме. Проведен анализ методов выявления туберкулеза у детей из контактов в сравнении с больными из здорового семейного окружения. Определены основные организационные недостатки, которые снижают эффективность профилактической работы и способствуют развитию туберкулеза у контактных детей и подростков.

Ключевые слова: дети, туберкулез, контакт, очаги туберкулеза

PROBLEMS OF REVEALING OF TUBERCULOSIS AT CHILDREN AND TEENAGERS AMONG CONTACTS WITH TUBERCULAR PATIENTS

Kolesnik N.S.

Zaporozhye State Medical University, The Chair of phthisiology and pulmonology, Zaporozhye, Perspectivnaya street, 2, 2 natalyakolesnik@mail.ru

Summary. The analysis of revealing methods of tuberculosis is conducted at children among contacts as compared with patients from healthy family members. Basic organizational defects which reduce efficiency of prophylactic work and assist development of tuberculosis at contact children and teenagers are certain.

Key words: children, tuberculosis, contact, niduses of tuberculosis

В дитячому віці контакт з хворими на туберкульоз є вирішальним в розвитку захворювання туберкульозом дітей і підлітків. Проблема раннього і своєчасного виявлення туберкульозної інфекції у контактних дітей і підлітків залишається актуальною, оскільки сприяє кращому вилікуванню і прогнозу захворювання.

Мета дослідження: провести аналіз методів виявлення у хворих туберкульозом дітей і підлітків із вогнищ туберкульозної інфекції.

Матеріали і методи дослідження. Відповідно з поставленою метою дослідження нами було проаналізовано історії хвороби 54 дітей, хворих на туберкульоз, які мешкають в вогнищах туберкульозної інфекції або мали в анамнезі контакт з хворим на туберкульоз (I група). Групу порівняння (II група) склали 32 дітей, хворих туберкульозом, із здорового оточення, які не мали контакту в анамнезі. Всі пацієнти знаходились на лікуванні в дитячому відділенні Запорізького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру (ЗОКПТД) з 2009 по 2011 рр.. Середній вік хворих дітей склав (11,9±2,2) та (12,4±2,3) років, відповідно I та II груп. В обох групах переважали діти підліткового віку (15-17 років) - 51,8% і 56,2% осіб, частіше хворіють туберкульозом дівчата – у 51,8 % і 62,5% випадках, відповідно.

На момент захворювання на контакт з хворими туберкульозом вказували 29 (53,7 %) захворілих дітей I групи, ще у 13 (24,1 %) хворих

наявність контакту було встановлено після виявлення туберкульозу у дитини. Причому, туберкульоз у 12 (22,2%) дітей з контакту був виявлений одночасно з захворюванням у дорослого (у однієї дитини – одночасно з двома дорослими хворими). Лише у 2 (3,7 %) дітей І групи захворювання у дорослого було виявлено по результатам проби Манту, проведеної з профілактичної метою. Цей факт свідчить про значні організаційні дефекти використання методу туберкулінодіагностики при обстеженні дитячого населення. Таким чином, майже половина (46,3%) хворих І групи проживали в невідомих протитуберкульозній службі вогнищах інфекції, коли наявність контакту встановлено лише після виявлення захворювання у дитини.

Більшість хворих дітей і підлітків І групи (66,7 %) мали сімейний контакт, 25,9 % - родинний, 3,7% - територіальний (з сусідами), 3,7% - виробничий (на місці навчання). 18,5% захворілих дітей проживали в вогнищах, де хворіли туберкульозом 2 і більш члена сім'ї. Контакт з хворими - бактеріовиділювачами мали 74,1 % дітей, найчастіше джерелом інфікування були батьки дитини (44,4 %), у 12,9 % хворих туберкульозом дітей були відсутні відомості про бактеріовиділення у джерела інфікування.

В вогнищах "смерті" проживали 18 (33,3%) дітей І групи, з них 5 (27,7 %) контактували з хворими на мультирезистентний туберкульоз, ще 10 (55,5 %) контактів можна вважати потенційно резистентними, як випадки смерті від туберкульозу. Лише у 3 (16,7 %) померлих джерел інфекції відмічалась збережена чутливість МБТ до протитуберкульозних препаратів.

Слід зазначити, що 5 (27,8 %) хворих дітей І групи взагалі не спостерігалися на обліку як контактні із вогнищ смерті, оскільки проживали окремо і мали лише епізодичні родинні зв'язки з хворими, однак в подальшому захворіли на туберкульоз, у 2 померлих – діагноз туберкульозу встановлено при розтині. Ще 3 (16,7 %) хворих після смерті джерела інфекції не продовжували спостерігатися на обліку в протитуберкульозному диспансері, що свідчить про неякісну роботу фтизіатричної служби.

Відсутність встановлених контактів до захворювання туберкульозом дітей відобразилось на методах виявлення туберкульозного процесу. При обстеженні за контактом виявлено всього 19 (35,2 %) хворих І групи, з них методом туберкулінових проб – 7 (36,8 %) дітей, в т.ч. 4 (21,0%) дітей – раніше не спостерігались як контактні, туберкульоз у них встановлено після виявлення захворювання у дорослої особи при проведенні туберкулінової проби (одночасне виявлення). Звертає на себе увагу виявлення 35,2% хворих І групи за скаргами та низька частота виявлення при плановій туберкулінодіагностиці - всього 7,4 %.

Подібна ситуація склалася в групі хворих дітей, які не мали контакту з хворим на туберкульоз (ІІ група). Найчастіше туберкульоз у них виявляли при зверненні зі скаргами – у 43,7% випадків. Порівняно з хворими із вогнищ туберкульозу, у дітей із здорового сімейного оточення

захворювання частіше виявлялося при плановому проведенні туберкулінових проб – у 15,6% випадків.

При потенційно високій інформативності туберкулінодіагностики для виявлення хворих, у 75,9 % дітей I групи і у 71,9 % хворих II групи були виявлені дефекти проведення і неввірна трактовка результатів туберкулінових проб. Найчастіше порушення кратності проведення туберкулінових проб спостерігалось за 1-2 роки до захворювання у 22,2 % дітей I групи та у 28,1 % хворих із здорового оточення. Середній розмір інфільтрату за пробою Манту з 2 ТО при виявленні туберкульозу у дітей із вогнищ інфекції та в групі хворих без встановленого контакту був майже однаковою і склав $(14,4 \pm 2,6)$ мм та $(14,2 \pm 2,6)$ мм, відповідно I і II групи.

Діти із здорового сімейного оточення (II група) захворювали частіше при первинному інфікуванні $(21,9 \pm 7,3)$ %, а з вогнищ туберкульозу – при зростанні інфікування МБТ, в т.ч. до гіперергічної туберкулінової чутливості - $(64,8 \pm 6,5)$ % дітей на протязі більше 2 років. Середній період між первинним інфікуванням МБТ і розвитком захворювання у дітей з вогнищ туберкульозної інфекції склав $(3,3 \pm 0,6)$ років, у дітей із здорового оточення - $(4,2 \pm 0,7)$ років, $(p > 0,05)$. Різниця пояснюється частою екзогенною реінфекцією МБТ в вогнищах, що сприяє трансформації інфікування в захворювання.

Такі тривожні дані диктують необхідність подальшого вдосконалення протитуберкульозної роботи, а саме масової туберкулінодіагностики, серед дітей і підлітків. Ситуація усугубляється з боку батьків у виді негативного відношення й ухиляння від своєчасного профілактичного обстеження.

Окрім дефектів проведення і інтерпретації результатів проби Манту, в обох групах хворих спостерігалось порушення кратності профілактичного флюорографічного обстеження. Не дотримувалась регулярність флюорографічних оглядів в період спостереження за контактом (один раз в 6 місяців, а також при знятті з обліку як контактну особу) – у 9 (16,7 %) хворих I групи. В групі хворих із невстановлених контактів дефекти флюорографічних обстежень полягали в відсутності своєчасного оглядів в 15 років – у 6 (18,7%) хворих II групи.

За типом туберкульозного процесу вперше виявлений туберкульоз (ВДТБ) мав місце у 46 (85,2 %) хворих I групи та 30 (93,7 %) хворих II групи. Слід зазначити, що 2 (3,7 %) хворих I групи поступили на лікування з приводу рецидиву туберкульозу (РТБ), ще у 2 (3,7 %) хворих ВДТБ розцінено з ризиком розвитку мультирезистентного туберкульозу (РМРТБ ВДТБ). У 4 (7,4 %) пацієнтів із контакту та у 2 (6,3 %) пацієнтів із здорового оточення туберкульозний процес був вперше виявлений на стадії звпнення, тобто несвоєчасно діагностований. Аналіз клінічної структури показав, що у хворих обох груп переважали інфільтративний туберкульоз (I група – 44,4%, II група – 53,1%), туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (I група – 16,7%, II група – 12,5%), вогнищевий (I група – 14,8%, II група – 6,3%), первинний туберкульозний комплекс (I група – 7,4%, II група – 9,4%). Дисемінований туберкульоз,

казеозна пневмонія зустрічались лише в групі хворих з контактів.

При аналізі об'єму рентгенологічних змін було встановлено, що розповсюджені процеси діагностувалися у 31,5 % хворих I групи і у 21,8 % хворих II групи ($p > 0,05$). Ураження двох і більше органів або систем туберкульозним процесом діагностували у 13 (24,1 %) хворих з контактів і у 3 (9,4 %) хворих із здорового оточення. Деструктивні зміни в легенях мали місце у 15 (27,8 %) і у 6 (18,7 %) хворих, відповідно I і II груп ($p > 0,05$), при інфільтративному туберкульозі і казеозній пневмонії в 100 % випадків.

Бактеріовиділення діагностовано у 16 (29,6 %) хворих із контакту та у 7 (21,8 %) хворих із здорового оточення ($p > 0,05$). Чутливість МБТ до хіміопрепаратів визначалась у 8 (50,0 %) бактеріовиділювачів I групи та у 3 (42,8 %) хворих з бактеріовиділенням II групи. Лікарська стійкість МБТ до антимікобактеріальних препаратів діагностувалась, відповідно, у 50,0 % і 57,2 % хворих I і II груп. При цьому, в обох групах хворих, незалежно від наявності контакту, практично у 100 % випадків визначалась первинна стійкість. Висока частота резистентності, в т.ч. первинної, у хворих із здорового оточення потребує подальшого епідеміологічного пошуку джерел інфекції і детальнішого збору анамнезу для встановлювати наявність контактів будь-якого ступеню споріднення або знайомства.

Висновки. Істинна захворюваність серед контактних осіб вище за офіційну в декілька разів: лише 53,7 % хворих вказували на контакт з хворим туберкульозом, у 46,3 % факт контакту було встановлено при опитуванні батьків і дітей.

В сучасних епідеміологічних умовах у кожної третьої дитини туберкульоз виявляється при зверненні зі скаргами до лікарів – у 35,2 % дітей, які мешкають в вогнищах туберкульозу і у 43,7 % хворих із здорового оточення. Більш, ніж у 70,0 % захворілих дітей виявлено дефекти проведення і неввірна трактовка результатів туберкулінових проб.

Туберкульозні процеси, виявлені у хворих контактних дітей і у дітей із здорового оточення за своїми характеристиками достовірно не відрізняються, проте розповсюджені, деструктивні форми, бактеріовиділення частіше спостерігається у хворих з контактів.

Отримані дані свідчать про наявність обтяжуючих факторів, які сприяють розвитку туберкульозу у дитини в умовах контакту. Це потребує подальшого удосконалення організації профілактичних протиепідемічних заходів в вогнищах туберкульозу.

УДК 616.24-002.5-071-036

ВЕРИФІКАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Костик О. П., Ільницький І. Г., Білозір Л. І., Тарасюк О. О., Чуловська У. Б., Пурська М. Б., Сенюк Н. В., Шило М. М., Хомик О. В., Мельничук Т. М., Мінюк Н. В., Ільницька Ю. М., Жукова В.П., Мушкевич М.Б.