

6. Долінська М. Г., Морич І. В., Мойсеєва Н. М. Аналітичне дослідження (огляд) стану виявлення випадків ко-інфекції ТБ/ВІЛ серед дітей в Україні. *Представництво дитячого фонду ООН, (Юнісеф) в Україні*. 2018. 53 с.
7. Звіт України про досягнутий прогрес у досягненні цілей політичної декларації прийнятої під час наради високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з туберкульозу 26 вересня 2018 року. Звітний період: 2018-2020 рр.
8. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. 2018
9. Tornheim J. A., Dooley K. E. Tuberculosis Associated with HIV Infection. *Microbiol. Spectr.* 2017. Vol. 5 (1).
10. Foreman T. W., Mehra S., LoBato D. N. et al. CD4+ T-cellindependent mechanisms suppress reactivation of latent tuberculosis in a macaque model of HIV coinfection. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2016. Vol. 113 (38). P. E5636—4644. doi: 10.1073/pnas.1611987113.
11. WHO. Global Tuberculosis Report 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>.
12. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046764>.

УДК 616.24-002.5-039.74-053.2

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ У ФТИЗИАТРІЇ ТА ЧАСТОТА ЇХ ВИНИКНЕННЯ У ДІТЕЙ

Петренко В.І., Процюк Р.Г., Галан І.О., Сльцова Л. Б., Бондаренко Я.В., Стополянський О.В., Семенюк М.А., Вітюк В.О., Єдгарова Є.В., Тагієва Н.А.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця м. (Київ)

Вступ. Ускладнення можуть виникати як при свіжих, так і при хронічних формах туберкульозу. При свіжих формах туберкульозу зустрічаються ателектази легень, плеврити, кровохаркання і пневмоторакс. Легеневі кровотечі й кровохаркання трапляються у 18-22% хворих на туберкульоз легень, спонтанний пневмоторакс у 15-20%. У дітей з туберкульозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, первинним туберкульозним комплексом ускладнення пов'язані зі специфічним ураженням лімфатичних вузлів і супроводжуються відповідними клініко-рентгенологічними ознаками: гематогенна і лімфогенна дисемінація, ексудативний плеврит, ураження прилягаючого бронха з наступною бронхогенною дисемінацією або порушення бронхіальної прохідності й ателектазом.

Мета роботи – проаналізувати частоту виникнення у дітей невідкладних станів у фтизіатрії.

Матеріали та методи – проаналізовано літературні джерела із електронних баз медичних публікацій.

Результати та обговорення.

Кровохаркання і легеневі кровотечі розвиваються у результаті пошкодження бронхів і легень різної етіології у 2,5–25,0% випадках. Кровохаркання – це відкашлювання харкотиння з домішками крові, від прожилок до дифузного його забарвлення, та окремих пльовків крові. Виникненню кровохаркання та легеневої кровотечі сприяють: розрив стінки судини через гіпертензію в малому колі кровообігу, зниження згортання крові, підвищення фібринолітичної активності крові, підвищення проникності стінок капілярів і дрібних судин малого колу кровообігу. Кровохаркання може бути єдиним симптомом, що змушує хворого на туберкульоз (ТБ) звернутися до лікаря. Діагноз легеневої кровотечі (кровохаркання) виставляють на підставі клінічних проявів. Але іноді виникають труднощі при встановленні причини кровотечі, тобто, встановлення діагнозу основного захворювання, яке може бути причиною кровотечі. Місцем геморагії можуть бути слизова оболонка ротової порожнини, носа, горла, стравохід, шлунок, при цьому кровотеча не супроводжується кашлем.

Наступним ускладненням, яке може виникати у дітей хворих на туберкульоз є спонтанний пневмоторакс. Це патологічний стан, що характеризується скупченням повітря у плевральній порожнині внаслідок дефекту, який виникає у вісцеральному листку плеври, не пов'язаний із механічним пошкодженням легені або грудної клітки через травму або лікарські маніпуляції. Наявність повітря у плевральній порожнині призводить до здавлення легені, зниження її дихальної поверхні і розвитку гострої дихальної недостатності. Патогенез спонтанного пневмотораксу складається із таких компонентів: відрив вісцеральної плеври, порушення герметичності плевральної порожнини, накопичення повітря у плевральній порожнині, здавлення легені, зсув середостіння в здоровий бік (не постійний компонент).

Діагноз ставлять на підставі клінічних проявів, об'єктивних даних, але найінформативнішим методом є рентгенологічне дослідження (часткова неповна або повна відсутність легеневого малюнка на боці пневмотораксу).

Ще одним ускладненням, яке виникає у дітей з первинними формами туберкульозу є ателектаз легені. Це повне спадіння легеневої тканини (легені, частки, сегмента, субсегмента), як наслідок порушення еластичних властивостей бронхіол і альвеол, що в свою чергу може бути результатом стиснення або закупорення бронха, недостатності сурфактантної системи чи нервово-рефлекторних порушень та інше. Неповне спадіння легеневої тканини трактується як дисателектаз. Для туберкульозу більш властиві частковий і сегментарний ателектаз, які частіше спостерігають при туберкульозі внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або в перші дні після резекції легені.

Клініко-рентгенологічна картина ателектазу легені залежить від його розмірів і швидкості розвитку. При тотальному ателектазі легені раптово настає задишка, підвищується температура тіла, частішає дихання, з'являється ціаноз. При частковому ателектазі легень симптоми менш виражені. Перкуторно над легенею визначається тупість, аускультативно – ослаблене дихання. На рентгенограмі

визначається ділянка затемнення, можливе підняття купола діафрагми і зміщення органів середостіння у бік ателектазу. Для підтвердження діагнозу ателектазу легень важливе значення має бронхологічне дослідження.

Серед хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання туберкульозний плеврит становить 3–6 %. Туберкульозний плеврит - специфічне запалення плеври, що розвивається як самостійна форма туберкульоза плеври, чи як ускладнення легеневого або позалегеневого туберкульозу.

Найчастіше плеврит є ускладненням первинного туберкульозного комплексу, туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і дисемінованого туберкульозу легень. Інколи плеврит є самостійною формою туберкульозу, без явних уражень інших органів. МБТ можуть проникати в плевру лімфогенним, гематогенним або контактним шляхами.

За механізмом розвитку виділяють плеврит алергічний, перифокальний і туберкульоз плеври. Алергічний плеврит найчастіше буває при первинному туберкульозі і є проявом гіперсенсibiliзації плеври продуктами розпаду МБТ. Провокуючим чинником є травми або охолодження грудної клітки. Перифокальний плеврит виникає в результаті поширення туберкульозного запалення на плевру і може мати обмежений характер. Туберкульозний плеврит частіше виникає, як ускладнення первинного, дисемінованого туберкульозу легень. МБТ проникають в плевру лімфогенним і гематогенним шляхами. На плеврi з'являються туберкульозні горбики і ексудат. Залежно від характеру запалення туберкульозний плеврит поділяється на дві основні форми: сухий (фібринозний) і ексудативний (випітний).

Для діагностики важливе значення має дослідження ексудату. При туберкульозному плевриті ексудат переважно світло-жовтого кольору, відносна густина понад 1015, вміст білка – більше 30 г/л, позитивна проба Рівальта. На початку захворювання в ексудаті переважають нейтрофіли (50–60 %), при затиханні процесу – лімфоцити (90–95 %). При специфічній етіології ексудату підвищена концентрація глюкози (до 0,8 г/л), що може бути діагностичною ознакою. Для верифікації діагнозу туберкульозного плевриту незаперечним є виявлення МБТ в ексудаті, чи гістологічне дослідження біоптату плеври взятого під час плевроскопії. На рентгенограмі характерне інтенсивне гомогенне затемнення певної форми, залежно від локалізації ексудату і положення хворого.

Висновки. Оскільки ускладнення туберкульозу загрожують життю хворого, а інколи можуть призвести до летального наслідку, то лікар будь-якого фаху повинен вміти розпізнати ускладнення та надати кваліфіковану невідкладну допомогу.

Список літеатури

1. Шеремета Я. М., Петренко В. І., Процюк Р. Г., Норейко С. Б., Потайчук В. І., Мамотенко А. В., Юрченко О. С., Драч К. М., Азагов О. М., Степанова О. С. Підтвердження випадків мультирезистентного туберкульозу у дітей в м. Києві (Україна) *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2018. № 2 (33). С. 89–90. DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2018-2-74>.

2. Педіатрія : підруч. для студ. вищих мед. навч. закладів IV рівня акред. / за ред. проф. О. В. Тяжкої. Вид. 5-те. випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 1152 с. : іл. Розділ 4: Туберкульоз (В. І. Петренко).
3. Лабораторна діагностика туберкульозної інфекції : навч. посіб. / Ю. І. Фещенко, О. А. Журило, А. І. Барбова. 2019. – 304 с.
4. Профілактика туберкульозу : навч. посіб. для студ. і лікарів ВНМЗ IV рівня акред. та лікарів / В. І. Петренко, М. Г. Долинська, А. В. Александрін, В. В. Петренко. Київ : Ріджи, 2017. 88 с.
5. Вебсайт Центру громадського здоров'я МОЗ України <http://phc.org.ua/>
6. Про затвердження порядку організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції : Наказ МОЗ України від 16 лютого 2022 року № 302
https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_16.02.2022_302.pdf
https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_16.02.2022_302_Poriadok.pdf
7. Зведена настанова ВООЗ із туберкульозу. Модуль 4 : Лікування — догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки (2022, технічний переклад)/EN <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/dlya-fakhivciv-z-tuberkulozu/kerivni-dokumenti-z-tb>
8. Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі : Наказ МОЗ України від 06.10.2021 № 2161 <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-06102021--2161-pro-vnesennja-zmin-do-standartiv--ohoroni-zdorov'ja-pri-tuberkulozi>
9. Про затвердження санітарно-протиепідемічних норм і правил використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів соціальних послуг/соціального захисту населення : Наказ МОЗ від 06.05.2021 № 882 <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-06052021--882-pro-zatverdzhennja-sanitarno-protiepidemichnih-pravil-i-norm-vikoristannja-ultrafioletovogo-baktericidnogo-viprominjuvannja-dlja-znezarazhennja-povitrja-ta-dezinfekcii-poverhon>

УДК 616-001.8-089.816-053.31

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АСПРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Ткаченко Ю.С.
Кафедра педіатрії № 2
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)