

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «ІНСТИТУТ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ
ім. Л.В. ГРОМАШЕВСЬКОГО НАМН УКРАЇНИ»
ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР «ІНСТИТУТ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА
КЛІНІЧНОЇ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ»
КАФЕДРА ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ МІКРОБІОЛОГІВ,
ЕПІДЕМІОЛОГІВ ТА ПАРАЗИТОЛОГІВ ІМЕНІ Д.К. ЗАБОЛОТНОГО»
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ДЕРЖПРОДСПОЖИВСЛУЖБИ У М. КИЄВІ

Інфекційні хвороби сучасності: етіологія, епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика, біобезпека

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,
присвяченої щорічним «Читанням» пам'яті
академіка Л.В. Громашевського

(Київ, 15 жовтня 2024 р.)

За редакцією чл.-кор. НАМН України В.І. Задорожної,
д. мед. н. Т.А. Сергєєвої

Київ – 2024

<i>Прокопів О.В., Лишениук С.А., Прикуда Н.М.</i>	<i>Prokopiv O.V., Lyshenyuk S.A., Prykuda N.M.</i>	116
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БЕШИХИ У ДІТЕЙ	CLINICAL FEATURES OF ERYSIPELAS IN CHILDREN	
<i>Ракша-Слюсарева О.А., Слюсарев О.А., Власенко В.П., Ющук А.Л., Богданова Т.Л., Коваленко П.Г., Тарасова І.А., Маричев І.Л.</i>	<i>Raksha-Sliusareva O.A., Sliusarev O.A., Vlasenko V.P., Yushchuk A.L., Bogdanova T.L., Kovalenko P.G., Tarasova I.A., Marichev I.L.</i>	118
ПРЕДИКТОРИ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИХОДУ З ІНФЕКЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З SARS-COV-2	PREDICTORS OF OUTCOME FROM SARS-COV-2 INFECTION	
<i>Редько І.І.</i>	<i>Redko I.I.</i>	120
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДИТИНИ 15 РОКІВ	A CLINICAL CASE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS AND COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN A 15-YEAR-OLD CHILD	
<i>Резніков А.П., Міліневський В.А., Крехтун О.В.</i>	<i>Reznikov A., Milinevskiy V., Krekhtun O.</i>	124
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ В УРОЛОГІЇ	ANTIBIOTIC RESISTANCE OF MICROORGANISMS IN UROLOGY	
<i>Родина Н.С., Майборода В.В., Погорєлова О.В.</i>	<i>Rodyna N., Maiboroda V., Pohorielova O.</i>	126
ЕТІОЛОГІЧНИЙ СПЕКТР СПАЛАХІВ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	ETIOLOGICAL SPECTRUM OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS OUTBREAKS IN KYIV REGION	
<i>Романенко Т.М., Гунченко Н.В., Чумак С.П., Хархун Т.О.</i>	<i>Romanenko T.M., Hunchenko N.V., Chumak S.P., Kharkhun T.O.</i>	128
МОНІТОРИНГ ЗА АЛЕРГЕННИМИ КЛІЩАМИ НА ОБ'ЄКТАХ МІСТА КИСЬВА У 2019–2023 РР.	MONITORING FOR ALLERGENIC MITES ON THE FACILITIES IN KYIV IN 2019–2023	

паличкоядерних нейтрофілів більше ($2,5 \pm 0,5$) тижнів свідчить про затяжний перебіг захворювання та й можливе формування вірусоносійства.

І.І. Редько
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У
ДИТИНИ 15 РОКІВ**

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м.
Запоріжжя, Україна*

Актуальність проблеми туберкульозу (ТБ) у дітей обумовлюється низкою чинників (Наказ МОЗ України від 19.01.2023 №102 Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»):

- Діти можуть інфікуватись та захворіти на ТБ у будь-якому віці.
- Поява ТБ у дітей є показником нещодавнього передання *M. tuberculosis* у громаді.
- Немовлята та діти молодшого віку (до 5 років) наражаються на вищий ризик розвитку тяжких дисемінованих форм захворювання та ТБ менінгіту, що пов'язано з високим ризиком смерті чи постійної інвалідності в разі пізнього виявлення.
- У підлітків захворювання на ТБ зазвичай протікає як у дорослих, тож вони є важливою групою ризику передачі ТБ-інфекції в громаді з огляду на контагіозність захворювання та високу соціальну мобільність.

Чимало захворювань, в першу чергу, пневмонія, мають схожі з ТБ клінічні прояви та рентгенологічні зміни в легенях. Якщо позалікарняна пневмонія має класичний перебіг, то пацієнт без обстеження на ТБ лікується згідно клінічного протоколу (Клінічна настанова, заснована на доказах Стандарти медичної допомоги «Позалікарняні пневмонії у дітей». Наказ МОЗ України №1380 від 02.08.2022 р.).

Необхідність диференційної діагностики виникає у разі виявлення пацієнтів з підозрою на ТБ, яка встановлюється за скаргами, анамнезом та перебігом захворювання, зокрема, відсутністю відповіді на лікування антибіотиками широкого спектру дії (Наказ МОЗ України від 19.01.2023 №102 Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»).

Помилкова діагностика ТБ (гіпо-, гіпер) спостерігається у 34-40%, помилкова діагностика пневмоній – у 30%. Причиною обмеженого затінення в легенях найчастіше є пневмонія, потім ТБ. Найбільше число діагностичних помилок спостерігається при інфільтративному ТБ легень та дисемінованих процесах в легенях.

Основні причини помилкової діагностики пневмонії замість ТБ обумовлені: гострим початком ТБ процесу за типом пневмонії; змінами на рентгенограмах, схожими на пневмонічну інфільтрацію; нижньочастковою

локалізацією інфільтрату; негативними результатами бактеріологічного дослідження мокротиння на МБТ.

Зі свого боку, причини помилкової діагностики ТБ замість пневмонії включають: поступовий початок пневмонії; верхньочасткову локалізацію пневмонічної інфільтрації; затяжний перебіг пневмонії.

Наведемо **клінічний випадок** пацієнтки В. Дата народження – 22.10.2008 р. (15 років), стать – жіноча, область – Запорізька, база лікування – КНП «Міська дитяча лікарня № 5» ЗМР. Стаціонарне лікування: 28.03.23 – 12.04.23 у ІБПВ дітей старшого віку.

Дівчинка проживає в Запоріжжі разом з батьком та мачухою. Родина віруюча, тому дитина часто відвідувала зібрання релігійної секти, де контактувала з різними людьми.

З епіданамнезу постфактум стало відомо, що в дівчинки є рідний брат по матері, який проживає на тимчасово окупованій території, залежний від наркотиків та хворіє на ТБ. Але родина дівчинки стверджує, що вона жодного разу не зустрічалась з братом з початку епідемії COVID-19. Також пізніше стало відомо, що чутливість та стійкість до протимікробних препаратів при ТБ у пацієнтки та її брата однакові.

Флюорографія мачухи від 01.03.2023 – без патології, флюорографія батька та бабусі від 10.04.2023 – без патологій.

Дані з амбулаторної карти: дитина вакцинована БЦЖ 25.10.2008 р. Реакція Манту – 2010 р. – 10 мм, 2012 р. – негативна, 2013 р. – негативна, 2016 р. – негативна, 2017 р. – негативна, 04.09.2020 р. – негативна.

З анамнезу: Підкашлює протягом 1 місяця, до лікаря не зверталася. Через 1 міс. (з 20.03) кашель посилюється, став сухим подразливим. Самостійно приймала Мукалтин, Пектолван, Ергоферон. Через 5 днів (25.03) підвищилась температура до 39 °С. Звернулася до педіатра на 3-ю добу з моменту підвищення температури (27.03). Було призначено лікування – Сорцеф. 28.03 хворої стан погіршився, температура 39 °С, кашель посилюється. Доставлена ШМД в КНП «Міська дитяча лікарня № 5» ЗМР. При надходженні до лікарні загальний стан середньої тяжкості, за рахунок інтоксикації; свідомість ясна; слизова оболонка задньої стінки глотки, дужок гіперемована; лімфатичні вузли одиничні. Аускультативно – дихання ослаблене з правого боку, одиничні сухі хрипи. Було виставлено попередній діагноз – Гострий обструктивний бронхіт, ДН 0-1 ст. Пневмонія?

Дані за 29.03.2023 р.: скарги на підвищення температури тіла до 39 °С, слабкість, кашель, зниження апетиту. Над легеньми перкуторно коробковий звук, притуплення ліворуч в міжлопатковій ділянці. Аускультативно: дихання жорстке, ослаблене ліворуч. На тлі послабленого дихання дрібнопухирцеві хрипи. Враховуючи скарги при госпіталізації, дані анамнезу та об'єктивного огляду, дані лабораторних обстежень (табл.) та рентгенографії ОГК (28.03.23 р. – лівобічна верхньодольова пневмонія, рис. А) було встановлено клінічний діагноз – Позалікарняна лівобічна верхньодольова пневмонія ДН0.

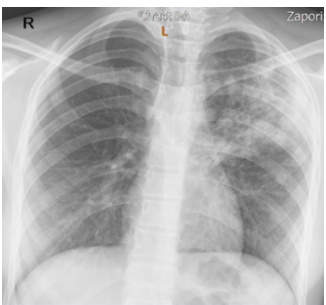
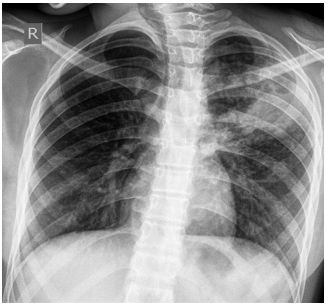

Дані лабораторних обстежень

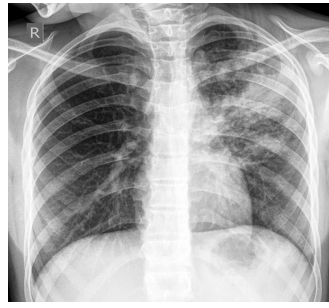
Клінічний аналіз крові (28.03.23)		Біохімічний аналіз крові	
ШОЕ	40 мм/год	Серомукоїди	0,33 од.
Нейтрофіли (паличкоядерні)	39%	СРБ	31,9 мг/мл
Н е й т р о ф і л и	32%		

Призначено лікування: антибіотики першого ряду – ЦФ III п + макроліди; симптоматичне лікування.

За даними рентгенографії ОГК в динаміці через 2 дні (31.03.23 р.) запальна інфільтрація зменшилась в об'ємі (рис. Б). Клінічні прояви – без динаміки, зберігається підвищення температури та сухий подразливий кашель.

Лікування: зміна антибіотиків другого ряду – карбапенем в/в + глікопептид системної дії в/в.

	А – від 28.03.23 р. – лівобічна верхньодольова пневмонія
	Б – від 31.03.23 р. – зменшення запальної інфільтрації
	В – від 03.04.23 р. – з'явилися ділянки розрідження легеневої тканини



Г – від 07.04.23 р. – рентген динаміка негативна, збільшення інтенсивності та об'єму запальної інфільтрації

Рис. – Рентгенографія органів грудної клітини в динаміці

Рентгенограма від 03.04.23 р. – динаміка змін в легенях відсутня (рис. В); з'явилися ділянки розрідження легеневої тканини. Легеневий малюнок посилений. Заключення: гостра лівобічна в/дольова пневмонія, ускладнена деструктивним процесом. Клінічні дані – з помірно позитивною динамікою (зниження температури до субфебрильних цифр, зменшення кашлю, сухий без мокротиння).

07.04.23 р. – рентген динаміка негативна. Інтенсивність та об'єм запальної інфільтрації значно збільшились, на фоні якої визначається повітряна бронхограма. Легеневий малюнок посилений; корені легень малоструктурні; ліворуч була на рівні 1-го ребра ділянка розрідження легеневої тканини (рис. Г). Висновок фтизіорентгенолога – Перикаверозна пневмонія.

Біли проведені консультації Консультація ЛОР: 04.04.23 р. – залишкові прояви гострого ринофарингіту; 11.04.23 р. – залишкові явища гострого фарингіту.

Консиліум співробітників кафедри дитячих хвороб ЗДМФУ: 07.04.23 р. – Позалікарняна лівобічна верхньодольова деструктивна пневмонія. Було рекомендоване проведення лікувально-діагностичної фібробронхоскопії з метою виключення ТБ.

10.04.23 р. було отримано позитивний результат ПЛР дослідження промивних вод бронхів на МКБ (у дитини в промивних водах бронхів- велика кількість МБТ). У зв'язку з позитивним результатом ПЛР пацієнтка переводиться до КНП «Запорізький регіональний фтізіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр» ЗОР з клінічним діагнозом ВДТБ верхньої частки лівої легені, деструкція +, МБТ +.

Дитина пройшла лікування в тубдиспансері упродовж 275 днів. На початку лікування спостерігалась стійкість до протимікробних препаратів першого ряду, було призначене лікування препаратами другого ряду. Рентгенологічна динаміка – позитивна (відсутність каверни, дрібні осередки розсмоктування). Коренева томографія – позитивна. МКБ – негативні.

Висновки щодо клінічного випадку

1. Обтяжений епіданамнез по ТБ, виявлений тільки постфактум, на етапі госпіталізації дитини.
2. Початок хвороби підгострий.

3. Кашель протягом одного місяця.

4. Зміни на рентгенограмі легень при надходженні в стаціонар схожі на пневмонічну інфільтрацію.

5. Відсутність позитивної рентгенологічної динаміки в поєднанні з обтяженим епіданамнезом дозволило обґрунтувати проведення фібробронхоскопії з метою виявлення ТБ.

6. Діагноз був підтверджений мікробіологічним дослідженням з ідентифікацією МБТ.

Висновки щодо ранньої діагностики ТБ (Наказ МОЗ України від 19.01.2023 №102 Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»)

1. Скринінгове анкетування стосовно чинників ризику та симптомів, що свідчать про ТБ, рекомендовано проводити всім амбулаторним та стаціонарним пацієнтам з кашлем, що триває понад 2-х тижнів.

2. Виявлення випадків дитячого ТБ ускладнено через проблеми зі збиранням зразків і бактеріологічним підтвердженням ТБ через неспецифічність симптомів, малобацилярний характер захворювання та відсутність високочутливих експрес-тестів.

3. У дітей віком до 5 років з ознаками та симптомами легеневого ТБ, а також у дітей віком до 15 років, у яких неможливо зібрати мокротиння (індуковане або відхаркуване), назофаренгіальний або шлунковий аспірат, у якості альтернативного респіраторного зразка для первинного діагностичного тесту – дослідження зразка калу молекулярно-генетичним методом дослідження Xpert MTB/RIF (Ultra)

4. Діти та підлітки з осередкових або близьких контактів з особами із захворюванням на ТБ повинні систематично проходити скринінг на ТБ під час відстеження контактів або під час подальшого спостереження за курсом лікування індексного пацієнта.

А.П. Резніков¹, В.А. Міліневський², О.В. Кректун²
(*reznikov_ses@ukr.net*)

АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ В УРОЛОГІЇ

¹КЗВО Рівненська медична академія,

Рівненська обласна клінічна лікарня імені Ю. Семенюка м. Рівне, Україна

Проблема антибіотикорезистентності (антибіотикостійкості) мікроорганізмів залишається актуальною, і за останні роки вона значно загострилась. Антибіотикостійкість призводить до хронічних захворювань, часто з летальним наслідком. За оцінками, щорічно від інфекцій з медикаментозною стійкістю вмирає щонайменше 700 000 осіб (*Jasovsk'y D., Littmann J., Zorzet A., Cars O., 2016*). Це число може зрости до 10 млн до 2050 року, що набагато перевищить число смертей від раку – натепер основної причини смертності в усьому світі (*O'Neill J., Davies S., Rex J. et al., 2016*).