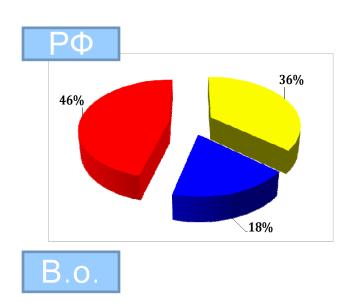


Воронежский областной противотуберкулезный диспансер Иконина И.В.

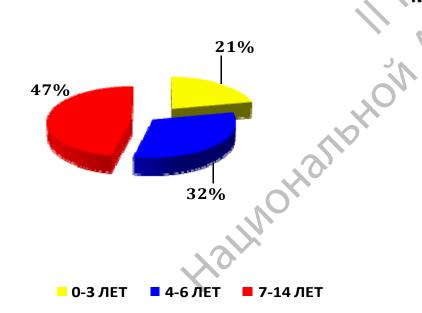
Заболеваемость детей в Воронежской области, на 100 тыс.

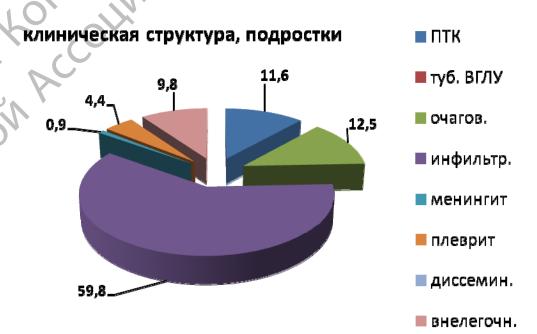


Структура заболеваемости туберкулезом детского населения Воронежской области в 2007-2012 гг., %











ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ 2012г (%)

	Воронеж.	г. Воронеж	р-ны области
Новорожденные	90,9	88,6	91,0
В возрасте 1 год	98,0	97,8	98,2



Наблюдение детей раннего возраста в очагах туберкулёза в г. Воронеже 2009 - 2012гг

Проведён анализ сведений о 457 детях в возрасте до 3х лет, состоящих на учёте в диспансерном отделении ВОКПТД в IV ГДУ

Показатель	2009г	2010г	2011г	2012г
Всего	134	129	102	92
наблюдалось детей	11/1)		V
Из них контактные	74	72	59	54 ∧
с МБТ+	55%	56%	58%	59%
Из них <u>контактные с</u> <u>больной матерью</u>	22	26	22	23 🛕
	16%	20%	22%	25%
Родилось всего	5	7	13	18 🕇
<u>в очагах туберкулёза</u>				



Роды у больных туберкулёзом женщин в Воронежской области

Проведён анализ 64 случаев заболевания туберкулезом матерей новорожденных детей (до 6 мес), состоящих на учёте противотуберкулезных учреждениях области

Период	Туберкулёз матери выявлен	Туберкулёз матери выявлен	Туберкулёз матери выявлен	Всего родов у больных
• • • •	до или во время	до выписки из	в первые	туберкулё
	беременности	р/д	6 мес. после	зом матерей
		1, 6	родов	
2010г	3	4	3	10
2011г	11	6	6	23
2012г	9	2	4	15
9 мес	80	4	4	16
2013г				_
ИТОГО	31 (48%)	16 (25%)	17 (27%)	64



Врождённый туберкулёз

«Первичное заболевание, возникающее вследствие в/у инфицирования МБТ при туберкулёзном децидуите и плацентите, милиарном туберкулёзе матери, при аспирации инфицированных околоплодных вод или вследствие аэрогенного контакта при рождении с лицом, больным туберкулёзом»

Е.В. Богданова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова «Диагностика врождённого туберкулёза»

Механизмы инфицирования плода:

- гематогенный путь через пупочную вену
- заглатывание инфицированных околоплодных вод при распаде тубочага в плаценте
- интранатальное заражение при туберкулёзе гениталий

Клинические проявления врождённого туберкулёза

- При инфицировании в первом и втором триместрах беременности
 - в/у гибель плода
 - При инфицировании в последние недели гестации рождение клинически здорового ребёнка.
- Заболевание манифестирует через 3-4 недели жизни в течение 2-4 недель.

Организация профилактики туберкулеза новорожденных в Воронежской области — С

В области выделено два отделения для родоразрешения женщин больных туберкулезом: обсервационные отделении (боксы) БУЗ ВО «ВОКБ №1», БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»

Разработан алгоритм обследования новорожденного для исключения врождённого туберкулёза

- РКТ органов грудной клетки
- Общеклиническое обследование
- При малейшем подозрении на специфический процесс клинический материал направляется в облтубдиспансер на исследование методом ПЦР-РВ (кровь, моча, содержимое желудка, кал, плацента, ликвор и др.) на наличие ДНК МБТ

Случай врождённого туберкулёза, выявленый в Воронежской области в 2013 г.

Ребёнок от III беременности, II родов.

I бер. в 2009г – преждевременные роды в 32 нед. (кесарево сечение по поводу врождённого вывиха бедра у матери), ребёнок умер в первые сутки.

II бер. в 2011г - неразвивающаяся (выкидыш в 16-17 недель).

Настоящая беременность протекала на фоне осложнённого соматического анамнеза (ВСД, ГБ I, хр. аутоиммунный тиреоидит).

Роды *06.05.2013*г в 38 нед.(кесарево сечение: дородовое излитие околоплодных вод, оперированная матка).

- Мальчик 2950,0г /50,0 см. Апгар 7-8 баллов. ЗВУР по гипотрофическому типу. *БЦЖ-М на 4 сутки*. Выписан из р/д на 7 сутки в удовлетворительном состоянии.
- Заболел остро 28.05.2013г (возраст 22 дня): Т 39,0 С, ухудшение аппетита, срыгивания, вялость. Получал антибактериальную терапию в районной ЦРБ в течение 6 дней без динамики. С диагнозом «Бактериальный сепсис?» переведен 04.06.2013г в ОДКБ №2 г. Воронежа, реанимационное отделение..

При поступлении: состояние ср. тяжести за счёт симптомов интоксикации (бледность кожи, снижение тургора тканей, аппетита, срыгивания). ЧСС 120, ЧД 36, физикальные данные без особенностей При обследовании ребёнка в стационаре:

ОАК: Hb 135 г/л, ц.п. – 1,0, эр. – 4,0 х 10 12 /л, <u>лейк. – 21,0 х10 9 /л,</u> э – 0, п –12%, с - 60%, лимф – 21%. м- 7%, <u>СОЭ - 35 мм/ч</u>

РКТ ОГК 06.06.2013г: по всем лёгочным полям множественные очаговые образования 3х3, 6х7 мм, местами сливающиеся между собой – признаки двусторонней очаговой пневмонии (септической?)

Назначена АБ терапия (цефтриаксон, ванкомицин). Приглашен фтизиатр.

- **07.06.2013г**. Ребёнок консультирован фтизиатром, нельзя исключить туберкулез, поставлены тубпробы.
- **_10.06.2013г - _P. Манту пап 5 мм, ДСТ гиперемия**. **Н**азначены H, R в дополнение к базовой противовоспалительной терапии, контроль через 3- 5 дней.





РКТ органов грудной клетки 06.06.13

Одновременно с ребёнком мать попала в гинекологический стационар с эндометритом.

07.06.2013г. проводится гистероскопия. **11.06.2013** патологоанатом предварительно сообщает по телефону в ВОКПТД на выявление в гистологическом материале гранулематозного воспаления с очагами некроза, туберкулез?

12.06.2012 при госпитализации мамы в стационар облтубдиспансера, выясняется, что это ее ребенок находится в ОДКБ. Матери проводится РКТ ОГК, исследование GX

13.06.2013г матери выставлен диагноз: «Диссеминированный туберкулёз лёгких, СV (+), МБТ (+). МГМ — выявлена GX R-уст., затем ПЦР-РВ и ВАСТЕС - МЛУ (H,S,R,E). Туберкулёз эндометрия».

13.06.2013г Консультация фтизиатров

<u>Cito! ребёнку проведена РКТ ОГК повторно: динамика отрицательная!</u>

по всем лёгочным полям множественные очаговые образования от 3х3 до 10х13мм, местами сливающиеся между собой.

Медиастинальные, бронхопульмональные лимфоузлы узлы до 13мм.

ОАК 13.06.2013г: лейк. – 28,0 х10 9 /л, СОЭ - 37 мм/ч.

Температура субфебрильная.

13.06.2013г Ребёнку установлен диагноз:

«Диссеминированный туберкулёз лёгких, врождённый. I А»

Назначено обследование МГМ (кровь, моча, содержимое желудка, кал, ликвор)

До получения результатов MГM - Am H R

Ликвор 14.06.2013г: цитоз-10 х 10 6/л, лимф.-13%, нейтр.- 83%, мон -4%, белок- 0,8 г/л, глюкоза-2,3 ммоль/л, хлориды- 109 ммоль/л



РКТ органов грудной клетки 13.06.13

17.06.2013 получен результат от 13.06.2013г.: из содержимого желудка ребенка выделена ДНК МБТ, устойчивая к H, R (методом ПЦР-РВ)

18.06.2013г квантиферон. тест: 0,6 МЕ/мл (положит.)

Назначено лечение: PXT IV: Z, Cs, PAS, Am

До момента установления диагноза ребенка мать скрывала контакт с сожителем (отец ребёнка).

Через родственников установлено место работы (рынок) и жительства, доставлен на обследование

17.06.2013г у отца выявлен диссеминированный туберкулёз лёгких. CV (+), МБТ (+), МЛУ (H,S,R,E,Pt)

После начала терапии состояние ребёнка стабилизировалось, температура нормализовалась. За месяц прибавка в весе — 550,0г Был переведен в детское отделение ВОКПТД 08.07.2013.

Периодически отмечается повышение трансаминаз (макс.13.08.2013г: АлАт 629,5 АсАт 374,0 нмоль/с.л. В/в эссенциале, перерыв в лечении).

В настоящее время возраст ребёнка 6,5 мес. Вес 7100

Перинатальное поражение цнс, с-м пирамидной недостаточности Р. Манту 20.09.2013г – отр., ДСТ – отр.

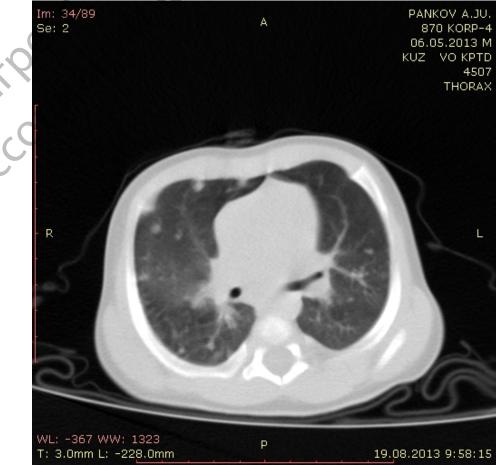
<u>ОАК</u>: Hb 118 г/л, ц.п. — 0,9, эр. — 3,8 х 10 12 /л, лейк. — 6,8х10 9 /л, э — 2%, п —3%, с - 26%, лимф — 60%. м- 9%, СОЭ - 6 мм/ч

КТ ОГК: положительная динамика процесса, последовательное уменьшение и рассасывание инфильтративных изменений в легких, во внутригрудных лимфоузлах.

Получил в интенсивной фазе по PXT IV индивидуальный 95 доз (*Am*, Z, Cs, PAS), затем внесена коррекция в схему (Z, *Lev*, Cs, PAS,)

РКТ органов грудной клетки 19.08.13





Im: 15/55 Se: 2 A PANKOV ALEKSANDR YUR'EV 13.06.-4950 06.05.2013 M OCB 1 VORONEZH 20285 Pediatric 5.0 WL: -164 WW: 1047 T: 5.0mm L: 1874.5mm PANKOV ALEKSANDR YUR'EV 13.06.2013 9:48:26



РКТ органов грудной клетки



Выводы

- Для предупреждения заболевания новорожденных туберкулезом необходимо
- Систематическая методическая, информационная работа со специалистами общей леч. сети о методах профилактики и выявления туберкулеза среди детей
- Постоянный контроль со стороны фтизиатрической службы за организацией своевременного обследования на туберкулез окружения беременных
- С целью своевременного выявления туберкулеза у детей грудного возраста необходимо проводить углубленное обследование с использованием РКТ и молекулярно-генетических методов
- Серьезной проблемой остается подбор схемы XT при МЛУ ТБ у детей раннего возраста

