

востока. В 1997-2003 гг., согласно нормативным документам, проводилось повторное введение вакцины детям, у которых через 2 года после вакцинации не сформировались местные реакции и была отрицательная чувствительность к туберкулину. Повторное введение вакцины БЦЖ проведено 15 (1%) детям. После применения вакцины БЦЖ-М в повторной вакцинации нуждалось 12 (5%) детей. После вакцинации БЦЖ поствакцинальные осложнения зарегистрированы у 4 (0,14%) детей; из них: у одного ребенка отмечен холодный абсцесс и у 3 детей – аксиллярные лимфадениты. Осложнения развились в течение 5 мес. после введения вакцины. После первой ревакцинации БЦЖ осложнение развилось у одного (0,16%) ребенка, у которого отмечен келлоидный рубец. Осложненных реакций на введение вакцины БЦЖ-М не выявлено.

За период наблюдения с 1997 по 2012 г. туберкулез выявлен у 19 детей, среди которых мальчиков было 13 (68,4%), девочек – 6 (31,6%). Из них у 10 (52,6%) выявлены активные формы туберкулеза. У 5 (26,3%) детей отмечены первичные формы туберкулеза органов дыхания, у 3 (15,8%) детей выявлен очаговый туберкулез легких, у 2 (5,3%) – туберкулезный остит. У 9 (47,4%) детей установлено клиническое излечение первичных форм туберкулеза в виде единичных, мелких, полностью кальцинированных внутригрудных лимфатических узлов – 6 (31,6%) или мелких кальцинированных очагов в легочной ткани – 3 (15,8%). Осложненных форм заболевания, процессов в фазе распада, а также бактериовыделения не выявлено.

Из всех заболевших туберкулезом эффективно привиты на первом году жизни вакциной БЦЖ 17 (89,5%) детей, БЦЖ-М – один ребенок. У одного ребенка после вакцинации БЦЖ отсутствовал рубец. 17 (89,5%) детей заболели туберкулезом в возрасте старше 7 лет, когда защитное действие вакцинации БЦЖ снижается. Все дети, у которых выявлен очаговый туберкулез, были старше 12 лет.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М на территории с высокой заболеваемостью туберкулезом. В течение 15 лет наблюдения туберкулезом заболело 19 детей, что составило 0,6% от вакцинированных. Заболевание в 10,5% случаев выявлено у детей до 7 лет и в 89,5% – у детей школьного возраста. Смертности от туберкулеза среди обследуемой возрастной группы не отмечалось. Охват прививками БЦЖ/БЦЖ-М до 1 года жизни составил 99,6%, остальные дети вакцинированы после снятия длительных медицинских отводов в сроки больше одного года. Отказов от вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М не было. После вакцинации БЦЖ отмечено четыре случая осложненного течения местной реакции на введение вакцины. Доля осложнений вакцинации БЦЖ составила 0,14%. В структуре осложнений преобладают регионарные лимфадениты – 75%, холодные абсцессы составили 25% случаев. Осложнение после первой ревакцинации БЦЖ в виде келлоидного рубца зарегистрировано у одного ребенка. После вакцинации БЦЖ-М осложнений не отмечено.

КОСТНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕРИИ СЛУЧАЕВ)

А. Ю. МУШКИН¹, В. В. ВАТУТИНА¹, В. А. ЕВСЕЕВ¹, Е. Ю. МАЛЯРОВА¹, В. А. БОЙЧЕНКО²

¹ФГБУ «СПбНИИФ» Минздрава России,

²Детская инфекционная больница № 5 им. Н. Ф. Филатова, г. Санкт-Петербург

Течение и особенности туберкулеза костей и суставов (КСТ) у детей с хронической гранулематозной болезнью (ХГБ) плохо знакомы врачам общей практики, фтизиатрам и хирургам.

Цель исследования: анализ особенностей КСТ у детей с ХГБ.

Материалы и методы. В период с 1995 по 2013 г. прооперированы 7 детей по поводу КСТ на фоне ХГБ, что составило 0,3% от общего числа оперированных за этот период больных КСТ. Диагноз КСТ установлен у всех больных на основании гистологического исследования операционного материала; бактериологическая верификация диагноза – в одном случае. Осложнение процесса микотическим поражением констатировано в 5 случаях, в том числе в одном – аспер-

гиллезом, в остальных – кандидозом. Критерием установления ХГБ являлись низкие показатели тестов спонтанной и индуцированной хемилюминесценции.

Изучены клинические особенности заболевания, особенности костных поражений и результаты лечения.

Результаты. У 6 из 7 детей первые признаки иммунной недостаточности проявились в первые три месяца жизни в виде синдрома мальабсорбции и пневмонии; длительность диагностической паузы (время от появления первых признаков заболевания до подтверждения ХГБ) колебалась от 4 мес. до 5 лет; к моменту госпитализации в СПбНИИФ возраст детей – от 10 месяцев до 12 лет, практически все они ранее

были оперированы. В 4 из 7 случаев к моменту поступления в СПбНИИФ дети уже получали комплексную антибактериальную (неспецифическую, противотуберкулезную и противогрибковую) и иммунозаместительную терапию по поводу ХГБ, в 3 случаях иммунодефицит установлен только в клинике, где и начато соответствующее лечение.

У всех больных имелись поражения легких, внутригрудных и периферических лимфатических узлов. Причиной госпитализации в СПбНИИФ для оперативного лечения явились различные варианты костных поражений, осложненные формированием свищей, в том числе позвоночника (5 наблюдений), грудины и ребер (4), длинных трубчатых костей (3), костей черепа (1).

У 3 больных выполнены операции социализирующего характера (резекция свищей с торакотомией при поражении грудной стенки), в одном – стабилизация краниовертебральной зоны, в двух – резекции разрушенных костей со свищем и еще в одном случае у ребенка 10 месяцев в остром

периоде операция не проводилась, однако, спустя год на фоне стабилизированного состояния удален остаточный абсцесс спины.

Катамнез прослежен в сроки до 6 лет после операции. Умерли в первые месяцы наблюдения 3 ребенка (все с тяжелыми легочно-торакальными поражениями). У одного ребенка без обострений инфекционных процессов отдаленный период наблюдения составил 3 года (в дальнейшем ребенок выбыл из-под наблюдения), еще в 3 случаях отмечены инфекционные обострения костных процессов при удовлетворительной социальной адаптации 2 детей.

Заключение. КСТ у больных ХГБ – крайне тяжелое заболевание, развивающееся в первые месяцы жизни, протекающее на фоне полиорганных поражений, требующее хронической комплексной антибактериальной (неспецифической, противотуберкулезной и антимикотической) терапии и иммунозамещения. Хирургическое лечение костных поражений при этом не всегда носит радикальный характер, тем не менее, позволяет улучшить состояние и качество жизни части больных.

БЦЖ-СПОНДИЛИТЫ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

А. Ю. МУШКИН, Д. Б. МАЛАМАШИН, М. Н. БАКИН, В. А. ГОЛУБЕВ, Н. С. СОЛОВЬЕВА

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиатрии и пульмонологии» Министерства здравоохранения РФ

Концентрация больных костно-суставным туберкулезом детей в специализированной клинике позволяет не только обобщить большой клинический материал, но и взглянуть на проблему костных осложнений противотуберкулезной вакцинации у детей под не вполне стандартным углом зрения. Традиционно при их обсуждении подразумевается, что речь идет о локальных процессах – т. н. БЦЖ-оститах. К настоящему времени более чем из 250 изолятов вакцинного штамма *M. bovis* BCG, выделенных у оперированных больных, около 93% культур получены от пациентов с очаговыми поражениями (оститами), однако в 7% вакцинная природа подтверждена при поражениях суставов (артритах) и позвоночника (спондилитах). Последняя группа представила особый интерес и побудила к данному исследованию.

Цель исследования: изучить частоту, особенности клинического течения и лучевой визуализации поражений позвоночника, вызванных вакцинным штаммом *M. bovis* BCG у детей.

Материалы и методы. Из сплошной ретроспективной когорты, включающей 1 313 детей, оперированных в клинике с 1999 по 2013 г. в связи с костно-суставным туберкулезом, выделено 204 ребенка с гистологически доказанным туберкулезным спондилитом, в том числе у 11 детей

(2 мальчика, 9 девочек) в операционном материале идентифицированы микобактерии вакцинного штамма *M. bovis* BCG. Методы бактериологического подтверждения туберкулеза до 2009 г. включали бактериоскопию с окраской флюорохромными красителями и посев на плотные среды (Левенштейна – Йенсена, Финна-2), добавился посев на жидкую среду Middlebrook 7H9 с детекцией роста в автоматизированной системе Bactec MGIT 960. Идентификацию вакцинного штамма проводили на основании комплекса биохимических свойств *M. bovis* BCG, а также сполитипирования.

Изучены особенности клинических и лучевых проявлений заболеваний, а также лабораторные данные и результаты кожных диагностических тестов. Всем пациентам для оценки состояния позвоночника выполняли стандартную рентгенографию позвоночника в 2 проекциях, 9 больным выполнена компьютерная томография, 10 пациентам – магнитно-резонансная томография. В качестве сравнения использованы известные из медицинской литературы данные об особенностях туберкулезного спондилита у детей (дизайн исследования не предполагал формирования самостоятельной группы сравнения).

Результаты. В общей когорте больных туберкулезным спондилитом пациенты с доказанной вак-