ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА У ДЕТЕЙ: ОСТЕОМИЕЛИТ ПОЗВОНОЧНИКА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ

ПЕРШИН А. А., МУШКИН А. Ю., МАЛЯРОВА Е. Ю.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS IN CHILDREN: SPINAL OSTEOMYELITIS AS A MANIFESTATION OF SEPSIS IN NEWBORNS

PERSHIN A. A., MUSHKIN A. YU., MALYAROVA E. YU.

ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии» МЗ России, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

Поражение позвоночника при сепсисе новорожденных наблюдается крайне редко и всегда требует дифференциальной диагностики с туберкулезным спондилитом.

Цель: анализ особенностей спондилита как проявления сепсиса новорожденных.

Материалы и методы. Изучены данные анамнеза, клинических и инструментальных обследований 6 детей, перенесших сепсис новорожденных с деструктивным поражением позвоночника. Все больные поступили в детскую хирургическую клинику СПбНИИФ с подозрением на туберкулезный спондилит.

Результаты. Возраст детей на момент госпитализации в клинику составлял от 7 до 19 месяцев. Сбор анамнеза установил, что все дети в сроки от 5 дней до 2,5 мес. после рождения перенесли сопровождавшуюся фебрильной температурой пневмонию (в 3 случаях – двухстороннюю), коксит (1), остит ребра (1), инфекцию мягких тканей (кожи и подкожной клетчатки – 2), кишечную инфекцию (1). У 2 детей обнаружены *Staphylococcus sp.* (из кала) и *Klebsiella pneumonie* (содержимое бронхов) в диагностических титрах. Все пациенты получили несколько курсов парентеральных антибиотиков.

Поражение позвоночника диагностировано через 3-12 мес. после начала заболевания и проявилось кифотической деформацией.

Синдром спондилита характеризовался следующими особенностями:

- у всех пациентов наблюдались обширные паравертебральные и эпидуральные мягкотканые образования, значительно уменьшившиеся (4/6) или исчезнувшие (2/6) на фоне длительного антибактериального лечения;
- поражение позвонков локализовалось в грудном отделе в зоне от Th_4 до Th_{11} и сопровождалось локальным угловым кифозом величиной 42-58° по Cobb;
- несмотря на компрессию дурального мешка и спинного мозга, неврологических расстройств у пациентов не наблюдалось;
- тотальная деструкция тел двух позвонков наблюдалась у 4, тел трех – у 2 пациентов; в одном случае имелась глубокая узура вентральных поверхностей тел еще 3 позвонков, смежных с зоной тотально разрушенных тел.

Показанием к операции явилась грубая кифотическая деформация с нестабильностью позвоночника. Всем пациентам выполнены одномоментные двухэтапные вмешательства: первым этапом – реконструкция передней колонны из трансторакального внеплеврального доступа в объеме резекции патологических тканей и переднего спондилодеза аутокостью (в 2 случаях – в сочетании с титановой блок-решеткой); вторым этапом – задняя инструментальная фиксация многоопорными металлоконструкциями. Неврологических осложнений в послеоперационном периоде не отмечено.

При патоморфологическом исследовании операционного материала у всех пациентов обнаружены признаки неспецифического воспаления; ни у одного пациента методами микроскопии и посева не обнаружены микробиоты, в том числе микобактерии туберкулеза (МБТ), методом ПЦР исключено наличие ДНК МБТ у всех пациентов.

Заключение. Инфекционные поражения позвоночника у детей первого года жизни не имеют характерной клинической картины до развития вертебральных осложнений. Спондилит у детей, переносящих сепсис новорожденных, диагностируется поздно, уже при развитии выраженного кифоза. Заболевание характеризуется обширными разрушениями тел грудных позвонков и формированием паравертебральных и эпидуральных абсцессов при интактном неврологическом статусе, несмотря на выраженную деформацию позвоночного канала. У большинства пациентов верифицировать возбудитель сепсиса и, соответственно, спондилита не удалось. Хирургическое лечение спондилита, возникшего вследствие сепсиса новорожденных, проводится после купирования системного инфекционного процесса и имеет целью воссоздание

опорности передней колонны позвоночника и исправление деформации, так как изолированная задняя фиксация позвоночника без реконструкции передней колонны может быть недостаточной мерой для профилактики прогрессирования кифоза в отдаленном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБЫ С ДИАСКИНТЕСТОМ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ

ПОЗДЕЕВА Н. В.[1], КОКОВИХИНА И. А.[1], АНИХОВСКАЯ О. Н.[2]

USING OF DIASKIN TEST FOR DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS IN ADULTS

POZDEEVA N. V.[1], KOKOVIKHINA I. A.[1], ANIKHOVSKAYA O. N.[2]

[1]ГБОУ ВПО «Кировская ГМА МЗ РФ», г. Киров
[2]КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Киров

[1]Kirov State Medical Academy, Kirov, RF
[2]Regional Clinical TB Dispensary, Kirov, RF

Цель: определить чувствительность внутрикожной пробы с препаратом диаскинтест (ДСТ) у взрослых больных активным туберкулезом в зависимости от разных параметров.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ медицинской документации 581 больного, находившегося на обследовании и лечении в Кировском областном противотуберкулезном диспансере; 1-ю группу составили пациенты с установленным диагнозом активного туберкулеза – 329 человек, 2-ю – 69 больных с гистологически верифицированным диагнозом злокачественного новообразования, 3-ю – 183 человека с нетуберкулезными заболеваниями органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония, грибковые поражения легких, саркоидоз и др.). Всем больным в рамках обследования была проведена постановка внутрикожной пробы с ДСТ.

Результаты. Положительные пробы с ДСТ регистрировались у 63% больных 1-й группы и у 23 и 24% больных 2-й и 3-й групп соответственно. В структуре положительных проб гиперергическая чувствительность к ДСТ наблюдалась у 70,4% лиц 1-й группы, у 53,2% больных 3-й группы и 37,5% – 2-й группы. Средний размер инфильтрата у больных 1-й группы составил 16,9 мм, во 2-й и 3-й группах – 13,5 и 12,8 мм соответственно. Наибольшая чувствительность метода выявлена у лиц 1-й группы молодого возраста – 70,6%, с тенденцией к угасанию в течение жизни, только у половины лиц старше 74 лет регистрировались положительные пробы. Однако выраженные и гиперергические реакции чаще наблюдались у больных туберкулезом зрелого и пожилого возраста – в 85,9 и 87,8% случаев. Средний размер инфильтрата также был больше у лиц данной возрастной категории – 17,8 и 18,0 мм соответственно. При оценке полученных результатов в зависимости от клинических форм заболевания оказалось, что чаще положительный результат отмечался при туберкулезе внелегочной локализации (71,4%) и экссудативном плеврите (69,2%). У больных с другими клиническими формами чувствительность к ДСТ колебалась в пределах 56,3-64,5%. Гиперергические реакции чаще определялись при инфильтративном туберкулезе (82%) и туберкулемах (73,0%), тогда как при туберкулезе внелегочной локализации частота гиперергических реакций была самой низкой (40%). Средний размер инфильтрата был больше у больных туберкулезом бронхов и внутригрудных лимфатических узлов – 21,7 и 21,3 мм соответственно. Меньшее значение среднего размера инфильтрата определялось у больных диссеминированным туберкулезом – 12,4 мм. В процессе исследования у больных туберкулезом с наличием сопутствующей патологии и без нее значительных различий в чувствительности метода не выявлено.

Выводы.

1. Частота положительных реакций на ДСТ у взрослых больных туберкулезом составила 63%, отрицательные пробы наблюдались у 74% больных со злокачественными новообразованиями и 75% лиц с поражением дыхательной системы другой этиологии, что позволяет судить об относительной чувствительности и специфичности метода.
2. Наибольшая чувствительность метода выявлена у лиц молодого возраста, с годами частота положительных реакций уменьшается.
3. Чувствительность к ДСТ выше у больных туберкулезом внелегочной локализации (71,4%) и экссудативным плевритом (69,2%).
4. Существенных различий по чувствительности метода у больных с наличием сопутствующей патологии и без нее не выявлено.