

# ДО КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ОСТИТІВ TO CLINICAL COARSE OF DIAGNOSTIC OF TUBERCULAR OSTITOV

І. Д. Дужий, О. І. Дужа-Еластал, Л.А.Бондаренко, І. Я. Гресько  
I. D. Duzhy, O. I. Duzhyi-Elastal, L. A. Bondarenko, I. J. Jresko  
Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми, Україна

**Ключевые слова:** БЦЖ-остит, диагностика

**РЕЗЮМЕ.** Автори представляють обзор літератури по БЦЖ-оститам. Деляться своїми соображеннями по етиопатогенезу ускладнення. Приводять типи клінічного течення и алгоритм дифференціальної діагностики.

**Вступ.** Загальновідома ситуація з туберкульозу, яка з кінця 80-х років минулого століття разом із ВІЛ-інфекцією поставила людство, особливо країни Південної Америки, Африки, Середньої Азії та Східної Європи, у скрутне та напружене становище. У нашій країні епідемія туберкульозу зареєстрована офіційно. Автори більшості джерел, розбираючи причини, що призвели до такої ситуації, як про головну із них, говорять про економічні негаразди. Тоді виникає питання: які ж економічні негаразди сприяли росту захворюваності на туберкульоз у Західній Європі і США? Залишаємо поки що питання без відповіді. Безумовно, відкинути цей аргумент важко, особливо, коли йдеться про лікування хворих на туберкульоз, що залежить, головним чином, від держави. Інша справа, коли офіційна медицина, тобто держава, перекладає турботи про лікування на самих пацієнтів. У таких випадках значення економічних факторів є суттєвим.

За даними ВООЗ у розвинених країнах питома вага дітей, хворих на туберкульоз, складає майже третину [12]. При цьому позалегеневі форми туберкульозу займають 15-30%, а специфічне враження кісткової системи – 4-6% [9, 3]. У нашій державі питома вага позалегеневих форм серед усіх захворювань на туберкульоз складає 3% [13], а захворювання кісткової системи серед них займають 40-45% [11]. Клініцистів особливо тривожить той факт, що діагностичний період у більшості випадків затягується від декількох до 24 місяців [2, 4, 5, 1].

У дітей кістково-суглобовий туберкульоз має тенденцію до збільшення захворюваності. В Росії у період 2000-2004 рр кількість вперше виявлених дітей із кістковим туберкульозом зросла у 1,5 рази [10]. Серед цих пацієнтів зустрічаються випадки, пов'язані із щепленням проти туберкульозу.

В останні роки з'являється все більше робіт, що висвітлюють БЦЖ-остити [5, 1, 9]. У таких європейських країнах як Швеція, Фінляндія частота цього процесу знаходиться в межах 1,2 - 36,9 на 100 тис населення [9]. В Росії частота БЦЖ-оститів складає 21,1 на 100 тис щеплених дітей [2]. У нашій державі ускладнення зустрілось у 21 випадку на 100 тис вакцинованих дітей [5].

Відомо, що вакцину БЦЖ отримали ще в 1908 р Calmette і Guerin шляхом 230 разового перевивання впродовж 13 років культури ВК t. wovini. Початкова методика вакцинації була пероральною. Започаткована вакцина у 1921 р. А з 1927 року – перейшли на шкірний метод (нашкірний, внутрішньошкірний). Вакцина являла і являє собою ослаблений штам мікобактерій, який позбавлений вірулентних якостей із збереженими антигенами. Відразу підкреслимо – позбавлений вірулентних якостей в умовах того часу. Так було у ті далекі, столітньої давнини, часи. Так є і тепер. Але є й інший фактичний матеріал. Описані випадки БЦЖ-оститу. Тому знову наголосимо, запропонований штам вакцини БЦЖ був позбавлений вірулентності. Чому ж у останні роки з'явилися випадки оститів, які відразу ж отримали назву БЦЖ. Якщо за назвою стоїть зв'язок зі щепленням. То вона логічно вірна. Але за нею відразу ж з'являються юридичні аспекти [10]. Чому ж у минулі роки цього ускладнення не було? – Чому зараз у країнах Європи і Азії все частіше зустрічаються випадки БЦЖ-оститів? Що змінилось? Вакцина – стандартний лабораторний препарат, значить – не вона. Залишається об'єкт вакцинації – новонароджений малюк.

Думаємо, пояснення цьому можна знайти у значно зниженій природній реактивності людської популяції взагалі, а серед жінок репродуктивного віку зокрема. Встановлено, що при деяких захворюваннях нефізіологічні

адаптаційні реакції гіперреактивного, ареактивного та парадоксального типів, мають тенденцію до превалювання над фізіологічним (адекватним) типом реактивності [6]. Зазначені реакції зумовлюються абсолютною та відносною кількістю лімфоцитів. Особливо це стосується жінок із будь-якими запальними процесами у додатках. Вагітні ж жінки можуть спадково передавати своїм малюкам патологічні типи реактивності, за яких поріг природної резистентності знижений. Отже, в цій ситуації теоретично авірулентний штам БЦЖ «перетворюється» на вірулентний, оскільки рівень природної резистентності у вакцинованих дітей може мати спадково знижений рівень. Окрім цього відомо, що повноцінні адаптаційні реакції та різні типи реактивності частіше зустрічаються у певні пори року, що також може впливати на рівень природної резистентності у малюків, а відтак і на резистентність їх організму до «авірулентного» штаму БЦЖ [6,7].

**Мета роботи.** У зв'язку із перерахованим вивчити клінічний перебіг процесу і особливості диференціальної діагностики туберкульозного оститу із іншими патологічними процесами кістково-суглобної системи.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 15 пацієнтів на туберкульоз кісткової системи. Хворих на БЦЖ-остит серед них було 10. Серед них 8 дівчаток і 2 хлопчики. Діти вакциновані в пологових будинках своєчасно, без застережень. Ускладнень щеплень в ранній і близький віддалений періоди не було. У п'яти дівчаток процес маніфестував через 18-22 міс після щеплення; у трьох – через 9 -12 міс. У двох хлопчиків процес маніфестував через 11 і 22 міс. Отже, БЦЖ-остит серед хворих на туберкульоз кісткової системи склав 60,0%. Тривалість діагностичного періоду у дітей цієї групи продовжувалась від 2 до 6 міс. Під час цього періоду дітей лікували від різноманітних захворювань. Позитивний ефект спостерігався лише тимчасово, що і спонукало батьків повторно звертатись з дитиною до того ж лікаря, чи шукати іншого. За клінічним перебігом і диференціальною діагностикою наших хворих можна було поділити на чотири групи.

Перша група – двоє дітей. Процес перебігав субклінічно. Скарги на біль в колінних суглобах, особливо при зміні положення тіла, під час взування та роззування, ротаційних рухах. При об'єктивному обстеженні звертало на себе увагу деяке збільшення об'єму цих суглобів. Діти обстежувались спочатку педіатрами, потім ревматологами, консультувались ортопедом. Виконана рентгенографія цих суглобів патологічних змін у кістках, що їх утворюють, не знайшла. Отже, діти продовжували лікуватись від ревматизму стаціонарно, а потім амбулаторно. Оскільки стан періодично кращав, впродовж 18 міс цим хворим було виконано по три стандартні рентгенографії. Лише під час останньої встановлено зміни в метафізі стегнової кістки і після відповідних дообстежень та консультацій, накінець, встановлено діагноз БЦЖ-оститу.

У трьох пацієнтів процес розпочався із значного больового синдрому і високої температури (до 39°C). Після обстеження було встановлено діагноз гематогенного остеомієліту (гомілки, стегна, ліктьової кістки). Внутрішньовенна антибактеріальна терапія проводилась неодноразово препаратами останніх поколінь, але покращання наступало лише на декілька днів, а потім знову наступало «загострення». Одна із цих дітей із враженням гомілки прийняла 5 (!) курсів такої терапії впродовж 4 міс. Дитина із враженням стегна – 6 міс, із враженням ліктьової кістки – 2 міс. Лише після консультації фахівцями кафедри було верифіковано діагноз БЦЖ-оститу.

У однієї дитини річного віку мати запримітила збільшення в об'ємі променевої кістки в ділянці її метафізу. Коли сама прощупувала кістку, дитина почала злегка реагувати. Дільничий педіатр виконав рентгенографію. Дитина консультована онкологом, який направив для підтвердження діагнозу в рентгенрадіологічний онкологічний інститут, де була виконана відкрита біопсія і верифіковано туберкульозний остит.

У трьох дітей в анамнезі ніби була травма, отже, їх лікували від «травми» крила клубової та променевої кістки і ступні із діагнозом "забій". Оскільки температури у дітей не було, а больовий симптом був незначно вираженим,

дітей лікували стаціонарно і амбулаторно протизапальними засобами та компресами із дімексидом. До встановлення діагнозу процес лікування затягнувся до 4-5 міс. Лише повторна рентгенографія спонукала до консультації фахівців кафедри, після чого був верифікований діагноз.

Накінець, одна дворічна дитина, граючись, ніби «вдарилась» об двері, після чого була консультована ортопедом, який встановив «перелом» (?), «тріщину»? променевої кістки. Передпліччя було зафіксоване лонгеткою. Лише через два місяці контрольна рентгенографія дала привід засумніватись і проконсультувати дитину у відповідних фахівців, після чого діагноз було верифіковано.

У чотирьох пацієнтів під час лікування процес ускладнився напливом м'яких тканин: при враженні ліктьової і променевої кісток та при враженні останніх кісток ступні. У двох дітей наплив мав місце до рентгенологічних проявів враження кісток.

У двох дітей в анамнезі був «плеврит» і «плевропневмонія», що нами розцінювалось в обох випадках як специфічний (БЦЖ) плеврит.

Підставою для верифікації діагноза БЦЖ-остита було наступне: 1)вік дитини до 5-ти років; 2)наявність післявакцинного рубчика на лівому плечі; 3)наявність будь-яких кістково-суглобних скарг; 4)позитивна проба Манту впродовж всього періоду після щеплення без переходу у від'ємну; 5)різко позитивна, або гіперергічна проба Манту в даний час; 6)наявність ознак запалення кістки, суглоба чи м'яких тканин: збільшення в об'ємі, набряк чи наплив при мінімальній болісності патологічного утворення; 7)відсутність контакту із хворими на туберкульоз; 8)перенесений плеврит чи «плевропневмонія»; 9)знаходження МБТ в пункт аті або лімфоцитів при відсутності нейтрофілів; 10)позитивний результат гістологічного дослідження біоптату; 11)рентгенологічні зміни в кістках: порушення архітектоніки в зоні метафаза чи епіфіза довгих кісток, а також пласких кісток, наявність періостальної реакції, деструкція кісток із секвестром, звапнення у м'яких тканинах.

**Висновки.** 1. Поєднання будь-якої із наведених ознак із пунктами 1, 2 і 4 є достовірним для верифікації БЦЖ-оститу. 2. В умовах сьогодення потрібно вирішити питання про розширення протипоказань для щеплення дітей у пологовому будинку перш за все орієнтуючись на вживання батьками (обома!) алкоголю та паління цигарок. 3. За наявності вірогідних ознак БЦЖ-оститу потрібно відразу вдаватись до КТ або МЯР, оскільки стандартна рентгенографія відображає лише зміни в кістках, що перевершують у розмірі 2-3 мм. 4. Оскільки останнім часом рівень природної резистентності малюків може падати, доцільно продумати питання про зміну дози вакцини БЦЖ в умовах пологового будинку. 5. Необхідно частіше застосовувати УЗД плевральних порожнини, суглобів та м'яких тканин при наявності вірогідних ознак БЦЖ-оститу, - знайдені при цьому зміни зможуть підтвердити як діагноз БЦЖ-оститу, так і кістково-суглобового туберкульозу взагалі.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- 1. Боднар В.В.** До діагностики туберкульозних оститів //Хірургія дитячого віку.-2004.-№4.-С.15-19.
- 2. Ватутина В.В., Коваленко К.Н.** Туберкулез органів дихання при костно-суставном туберкулезе у дітей младшого возраста //Проблеми туберкулеза.-2003.-№ 5.-С.31-33.
- 3. Дикова А.А., Кононов О.Я.** Остеомиелит у дітей.-Горький.-, 1974.-319 с.
- 4. Дужий І.Д.** Клінічна плеврологія.-К.: Здоров'я, 2000.-384 с.
- 5. Дужий І.Д.** До питання БЦЖ-оститів //Вісник Сумського державного університету.-2006.-№ 2(86).-С.59-61.
- 6. Дужа-Еластал О.І.** Вплив лімфотропної терапії на імунобіореактивність при хворобах придатків //Вісник СумДУ.-2006.-№ 2(86).-С.64-71.
- 7. Дужа-Еластал О.І., Маді Мажед Ейса** Вплив лімфотропної терапії на реактивність пацієнток на сальпінгоофорити Зб. тез міжвузівських конф. молодих вчених «Медицина третього тисячоліття» ХДМУ,17-18.01.2006 р.-С.107-108.

**8. Коваленко К.Н. и др.** БЦЖ-оститы у детей (алгоритм диагностики и лечения) //Проблемы туберкулеза.-2004.-№ 1.-С.21-23.

**9. Мушкин А.Ю., Коваленко К.Н., Ватутина В.В.** По поводу публикации «О костных осложнениях вакцинации БЦЖ новорожденных: причины и пути профилактики» //Педиатрия.-1998.-№ 1.-С.18-20.

**10. Мушкин А.Ю., Коваленко К.Н.** Костно-суставный туберкулез у детей: экстраполяция данных специализированной клиники на ситуацию в Российской Федерации //Проблемы туберкулеза.-2004.-№ 1.-С.14-16.

**11. Перецманас Е.О., Афонин А.В.** Значение различных хирургических методик получения биопсийного материала в диагностике туберкулезного спондилита //Проблемы туберкулеза.-2004.-№ 7.-С. 17-18.

**12. Унтанова Л.С., Гордина А.В., Аксенова В.А.** Экссудативный плеврит туберкулезной этиологии у детей и подростков России по данным регистра впервые выявленных больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза.-2004.-№ 1.-С. 3-5.

**13.Фещенко Ю.І., Ільницький І.Г., Мельник В.М. та ін.** Туберкульоз позалегенової локалізації.-Київ:Логос,1998.-376 с.