

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕ
НИЕ**

ОСЛОЖНЕННЫЙ

**ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ В
СГ**

2017-2018 уч.год



ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ



Классификация осложне ний после ВСГ принята международным союзом в 1984 г.

- 1. Локальные кожные поражения (холодные абсцессы, язвы) и регионарные лимфадениты;*
- 2. Персистирующая и диссеминированная ВСГ-инфекция без летального исхода (волчанка, оститы и др.);*
- 3. Диссеминированная ВСГ-инфекция, генерализованное поражение с летальным исходом, которое отмечается при врожденном иммунодефиците;*
- 4. Пост-ВСГ синдром (проявления заболевания, возникшего вскоре после вакцинации ВСГ, главным образом, аллергического характера: узловатая эритема, кольцевидная гранулема, сыпи, келоидные рубцы).*

ПОДКОЖНЫЙ ХОЛОДНЫЙ АБСЦЕСС –

опухолевидное образование (инфильтрат) диаметром 10 мм и более
в месте инъекции вакцины BCG/BCG-M;

развивается при нарушении техники внутрикожного введения
вакцины и попадании вакцины BCG/BCG-M **подкожно**.

- Отсутствие инфицирования МБТ;
- возникает через 1-8 мес. после вакцинации;
- безболезненный. Самочувствие ребенка не страдает, температура не повышается;
- вначале кожа над ним не изменена, затем становится гиперемированной;
- при абсцедировании инфильтрата пальпаторно определяется флюктуация;
- в случае несвоевременной диагностики абсцесс самопроизвольно вскрывается с образованием свища и выделением белого гноя без запаха. Свищ заживает очень медленно;
- на месте холодного абсцесса может образоваться глубокая язва с подрытыми краями и специфической грануляционной тканью, при ее заживлении образуется звездчатый рубец.

ЛОКАЛЬНЫЕ КОЖНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ - ХОЛОДНЫЙ АБСЦЕСС

- Девочка М., 8 мес.
- ВСК в поликлинике в 2 мес.
- В 6 мес. инфильтрат 1,5 см, б/б, плотный. Регионарные ЛУ не увеличены
- Направление на консультацию к фтизиатру в возрасте 7 мес.
- Консультация фтизиатра в возрасте 8 мес. – ПВА:
 - Т. контакт не выявлен, взрослые в семье флюорографически обследованы
 - Р.Манту с 2 ТЕ – 15 мм
 - Диаскинтест - отрицательный



ΧΟΛΟΔΗΛΪ ΑΪΣΥΕΣΣ

ΠΕΡΕΔ ΛΕΧΕΤΙΕΜ

ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ



ΧΟΛΟΔΗΨΙΪ ΑΪΣΥΕΣΣ

ΠΕΡΕΔ ΛΕΧΕΨΙΕΜ

ΧΕΡΕΣ 4 ΗΕΔΕΛΙ



ХОЛОДНЫЙ АБСЦЕСС



ХОЛОДНЫЙ АБСЦЕСС



ЛОКАЛЬНЫЕ КОЖНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ - «отсев» в мягкие ткани левого плеча

- BCG в роддоме;
- возраст 2 мес.



ЛЕЧЕНИЕ ПОДКОЖНЫХ ХОЛОДНЫХ АБСЦЕССОВ

- Проводится у специалиста – фтизиатра
- Амбулаторно или в специализированном стационаре
- Лечение местное – аппликации раствора рифампицина с димексидом
- Аппликации постоянно с перевязкой утром и вечером, длительно
- Консультация фтизиохирурга, решение вопроса о необходимости хирургического лечения

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ ЛИМФАДЕНЫТЫ (ВСГ-ИТЫ)

- увеличение ЛУ левой подмышечной, иногда над- или подключичной, передне-шейной групп, т.е. регионарных к месту введения вакцины;
- консистенция ЛУ сначала мягкая, эластичная, позже — плотная;
- пальпация ЛУ безболезненна;
- кожа над ним не изменена или слегка розового цвета;
- местная и общая температура нормальная;
- Отсутствие инфицирования МБТ;
- при поздней диагностике и отсутствии специфического лечения в центре узла возникает размягчение, быстро приводящее к тотальной казеизации ЛУ, прорыву казеозных масс и образованию свища с умеренным или обильным гнойным отделяемым;

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ ЛИМФАДЕНИТЫ (ВСГ-ИТЫ)

(продолжение)

- чем младше ребёнок, тем быстрее развиваются клинические проявления
- клинические проявления поствакцинальных лимфаденитов зависят от фазы процесса (инфильтрация, абсцедирование, кальцинация)
- как правило, даже при свищевых формах, особенно в первый месяц заболевания, жалобы у ребёнка отсутствуют
- при отсутствии лечения возможно развитие симптомов интоксикации (субфебрильная температура тела, нарушение аппетита, вялость, раздражительность, плохая прибавка в весе, анемия, увеличение печени)
- при назначении специфического лечения быстро, уже через 2–2,5 нед., жалобы исчезают

ЛОКАЛЬНЫЕ КОЖНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ - РЕЦИДИВНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ

- Мальчик Д., 10 мес.
- ВСГ в роддоме, рубчик 6 мм
- Постепенное увеличение лимфатического узла с 4 мес.
- Впервые обращение к педиатру в 6 мес., направлен на консультацию к хирургу – а/б терапия в течение 1 мес. без эффекта
- Впервые осмотрен фтизиатром в 10 мес.:
 - Т. контакт не выявлен, родители флюорографически обследованы
 - Р. Манту с 2 ТЕ – 14 мм (ПВА)
 - Диаскинтест - отрицательный



ΡΕΤΙΟΧΑΡΗΪΪ ΛΙΜΦΑΔΕΝΙΤ



ΡΕΤΙΝΟΧΑΡΗΒΥΪ ΛΥΜΦΑΔΕΝΙΤ



ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ (ВСГ-итов)

- В специализированном стационаре
- Лечение по III режиму химиотерапии + местно аппликации раствора рифампицина с димексидом
- Консультация фтизиохирурга – необходимость хирургического лечения
- Противорецидивные курсы лечения под наблюдением фтизиатра ПТД

ΡΕΥΜΑΤΟΗΑΡΤΗΒΥΪ ΛΥΜΦΑΔΕΝΙΤ



ΥΔΑΛΕΤΗΕΙΣ ΛΥΜΦΟΥΣΕΣ

Β ΚΑΠΣΥΛΕ



Β ΡΑΖΡΕΣΕ



ΠΟΣΛΕΟΤΕΡΑΨΙΟΤΗΤΕΣ ΨΒΥ



ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ И ДИССЕМИНИРОВАННАЯ ВСГ-ИНФЕКЦИЯ БЕЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА (ВОЛЧАШКА, ОСТИТЬ)

- период до 4 лет после вакцинации ВСГ;
- подтвержденный факт вакцинации на первом году жизни;
- отсутствие контакта с больным туберкулёзом;
- отсутствие инфицирования МБТ ;
- наличие типичных рентгенологических признаков очагового поражения кости. При заинтересованности сустава выявляют контактную деструкцию суставных поверхностей, сужение суставной щели, уплотнение теней мягких тканей сустава;
- отсутствие локального процесса в лёгких и других органах при обследовании;

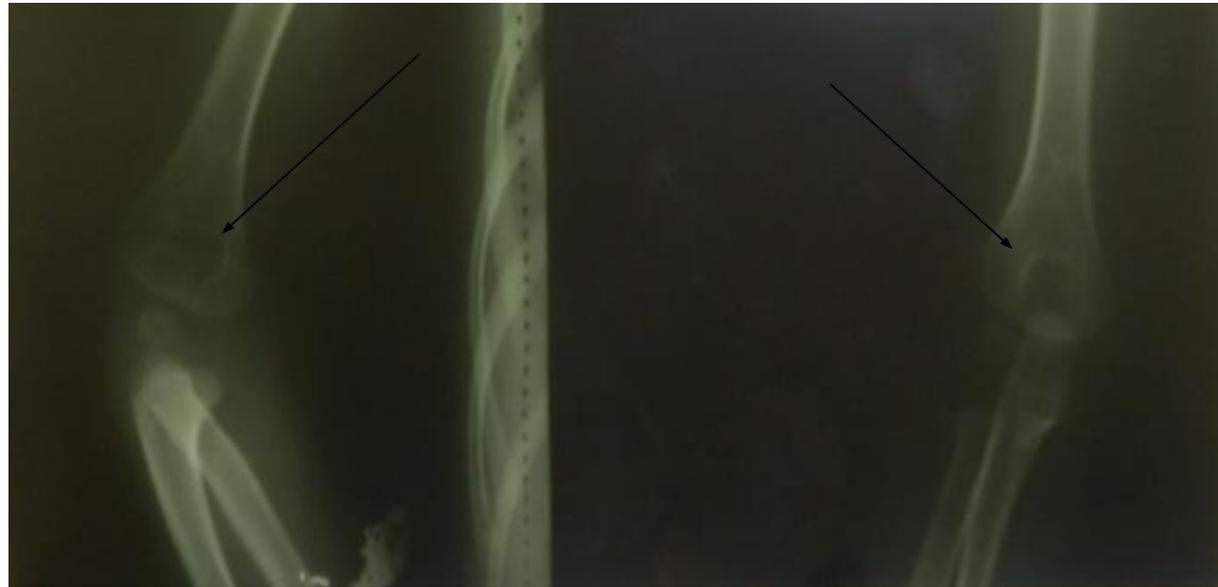
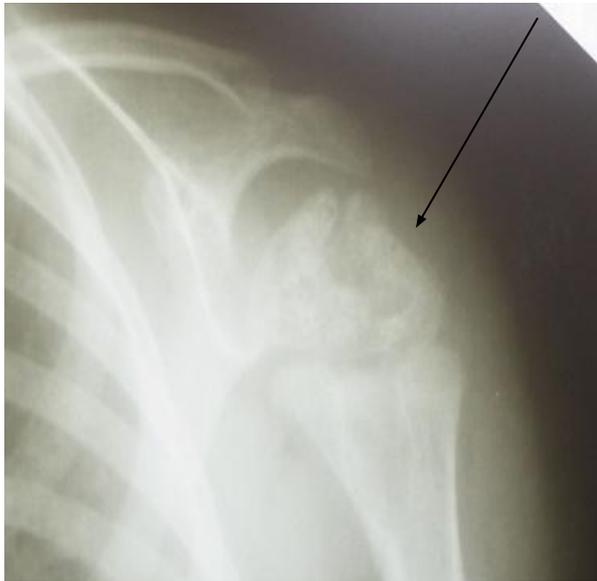
BCG-ОСТИТЫ

- несоответствие обширной деструкции кости малосимптомному течению процесса. Заболевание развивается на фоне общего удовлетворительного самочувствия, без признаков интоксикации и симптомов острого локального воспаления даже при формировании абсцессов. Оно всегда проявляется незначительным нарушением функции сустава (хромота, контрактура) и часто образованием локальных мягкотканых припухлостей - параоссальных абсцессов;
- наличие хотя бы одного из следующих признаков:
 - выделение бактериального штамма BCG из костного очага;
 - выявление кислотоустойчивых микобактерий в мазках из костного очага;
- гистологическое подтверждение туберкулёзного поражения кости;
- совокупность 5 критериев даёт основание установить диагноз BCG-остита.

Длинные трубчатые кости (бедренная, берцовые, плечевая) – большие деструктивные очаги с секвестрами, как правило, в эпиметафизарных отделах с разрушением зоны росткового хряща, реже - в метадиафизе кости.



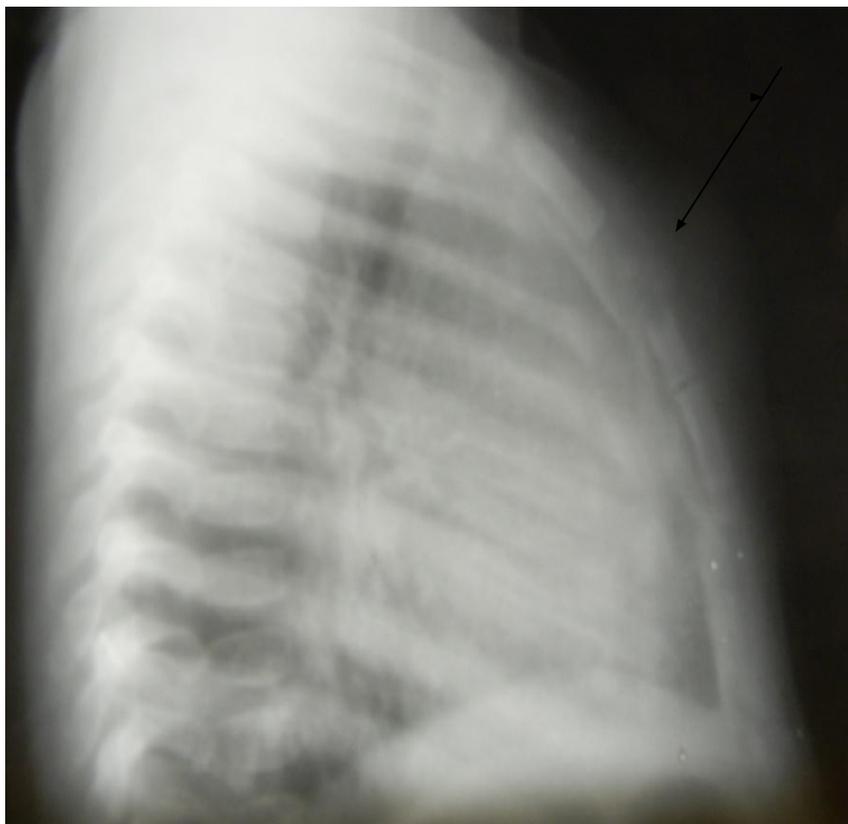
ОСТИТЫ



ОСТИТЫ



При поражении плоских костей (грудина, ребра) – обширная деструкция со вздутием кости, периостальной реакцией и нарушением целостности кортикальной пластинки.



ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ И ДИССЕМИНИРОВАННАЯ ВСГ-ИНФЕКЦИЯ БЕЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА (ОСТИТЫ)

- Мальчик М., 1 год 2 мес.
- ВСГ в роддоме, рубчик 5 мм
- Опухолевидное образование в области грудины появилось после травмы в возрасте 7 мес.
- Впервые обращение к педиатру в 8 мес., направлен на консультацию к хирургу
- Конс. хирурга в 9 мес.- аппликации с мазью Вишневского и антибиотиками в течение 1 мес. без эффекта
- Впервые осмотрен фтизиатром в 1 год 1 мес.
 - ПВА:
 - Т.контакт не выявлен, родители флюорографически обследованы
 - Р.Манту с 2 ТЕ – 13 мм
 - Диаскинтест - отрицательный



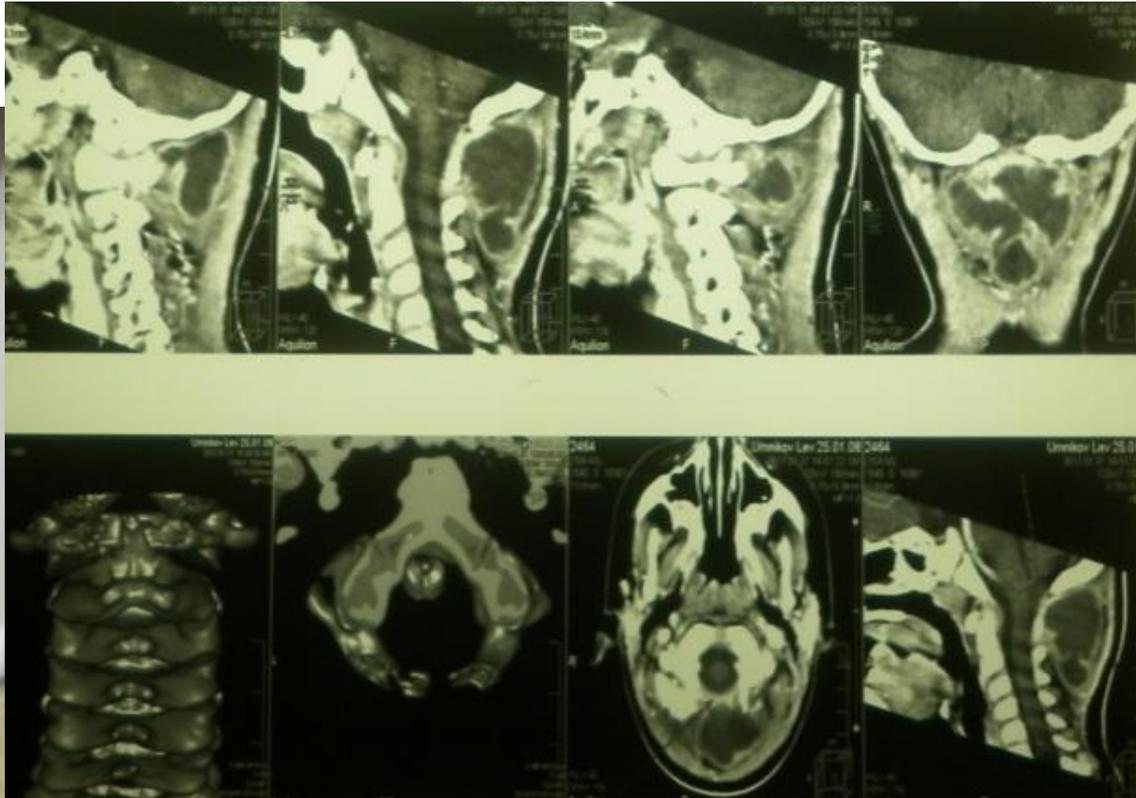
ОСТИТЫ. ПОРАЖЕНИЕ РЕБРА



При поражении губчатых костей (кости таза, стопы) - очаги с секвестрами, часто занимающие всю кость.



ОСТИТЫ. ΠΟΡΑЖЕНИЕ ΠΟЗВОНОЧКА



ЛЕЧЕНИЕ ВСГ-ОСТИТОВ

- 1 этап - в специализированном стационаре лечение по III режиму химиотерапии + местно аппликации раствора рифампицина с димексидом
- 2 этап - хирургическое лечение в СПб НИИ Фтизиопульмонологии
- 3 этап - продолжение консервативного лечения в специализированном стационаре
- 4 этап – противорецидивные курсы лечения под наблюдением фтизиатра ПТД

ДИССЕМИНИРОВАННАЯ БЦЖ-ИНФЕКЦИЯ С

ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ — самое тяжёлое осложнение вакцинации BCG, возникающее у новорождённых с иммунодефицитными состояниями. Зарубежные авторы приводят частоту 0,06–1,56 на 1 млн. привитых.

- редкие поствакцинальные осложнения, которые связаны с диссеминацией и генерализацией BCG-инфекции;
- вовлечение различных групп лимфатических узлов сначала слева, потом справа, кожи, костно-суставной системы;
- протекают по типу тяжёлого общего заболевания с полиморфной клинической симптоматикой;
- на аутопсии в таких случаях обнаруживают милиарные бугорки и очаги казеозного некроза, из которых удаётся выделить микобактерии вакцинного штамма BCG. В печени и других органах выявляются гнойные очаги;
- детям с генерализованным поражением органов следует проводить иммунологическое обследование для уточнения характера иммунодефицита (хроническая гранулематозная болезнь).

ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ БУЖ-ИНФЕКЦИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

- Проводится у иммунолога

ПОСТ-БЦЖ СИНДРОМ (проявления заболевания, возникшего вскоре после вакцинации БЦЖ, главным образом, аллергического характера: узловатая эритема, кольцевидная гранулема, сыпи, келоидные рубцы)

- По своим морфологическим и гистохимическим свойствам келоидный рубец после BCG ничем не отличается от келоидной ткани, возникшей по другим причинам ;
- Опухолевидное образование различной величины, возвышается над уровнем кожи; имеет плотную, иногда хрящевидную, консистенцию; основным признак — наличие капилляров в толще келоида, хорошо видимых при осмотре;
- форма округлая, иногда звёздчатая; поверхность рубца гладкая (глянцевая);
- окраска различная - бледно-розовая, интенсивно-розовая с синюшным оттенком, коричневатая;
- келоидный рубец медленно, но непрерывно увеличивается, возникает зуд окружающих тканей. В 2–5% случаев рост келоидов прекращается самостоятельно;
- чем длительнее существует келоидный рубец, тем сильнее выражено чувство зуда. В дальнейшем, к зуду присоединяются неприятные болевые ощущения, распространяющиеся на плечо.

ПОСТ-ВСК СУЩЕРОМ



ПОСТ-ВСК СИНДРОМ : желтый рубец



ЛЕЧЕНИЕ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

- Наблюдение у фтизиатра
- Местное лечение проводится только при росте келоида
- Хирургическое лечение противопоказано

Диатнозтика осложнений

- Отсутствие инфицирования МБТ;
- Постепенное начало, малосимптомное течение, отсутствие болевого синдрома;
- Связь с вакцинацией VCG/VCG-M – возникновение осложнений в течение 1-4 лет после вакцинации. Характерные, типичные изменения. Отсутствие внутригрудного поражения;
- Исследование материала цитологическим, бактериоскопическим и бактериологическим (посев на неспецифическую флору и на МБТ) методами.

ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

(продолжение)

- Бактериоскопическое исследование мазка методом люминесцентной микроскопии нередко обнаруживает в поле зрения немногочисленные кислотоустойчивые микобактерии
- Посев на неспецифическую флору через 5–6 дней даёт отрицательный результат
- Посев на жидкие среды (10-14 дней) и/или твердые среды (2–3 мес.) сопровождается ростом МБТ. При последующем дифференцировании подтверждают их принадлежность к VCG- штамму
- Цитологическое исследование выявляет лейкоциты, разрушенные нейтрофилы и глыбки казеоза, подтверждающие правильность диагноза. Эпителиоидные клетки встречаются редко

**БЛАГОДАРИМ ЗА
ВНИМАНИЕ!**

