

УДК 615.371:615.281.221.1–06

©І.Т. П'ятночка, Л.А. Грищук, Ю.В. Довбуш, Н.В. Корнага, Т.В. Корнага
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер

БЕЦЕЖИТ – ОДНЕ З НАЙЧАСТІШИХ УСКЛАДНЕНЬ ВАКЦИНАЦІ БЦЖ

БЕЦЕЖИТ – ОДНЕ З НАЙЧАСТІШИХ УСКЛАДНЕНЬ ВАКЦИНАЦІ БЦЖ – У статті представлено результати аналізу вивчення частоти і морфологічних змін бецежитів у 104 дітей, які були прооперовані за останні 20 років у Тернопільському облтубдиспансері. Встановлено, що серед ускладнень вакцинації і ревакцинації БЦЖ найчастіше спостерігаються регіонарні бецежити, частота яких із кожним роком зростає, зокрема у дітей першого року життя.

БЕЦЕЖИТ ОДНО ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ – В статье представлены результаты анализа изучения частоты и морфологических изменений бецежитов у 104 детей, которые были прооперированы за последние 20 лет в Тернопольском облтубдиспансере. Установлено, что среди осложнений вакцинации и ревакцинации БЦЖ наиболее часто наблюдаются регионарные бецежиты, частота которых с каждым годом возрастает, в частности у детей первого года жизни.

BECEGIT – ONE OF THE MOST FREQUENT COMPLICATIONS OF VACCINATION OF BCG – In the article there were presented the results of analysis of study of frequency and morphological changes of becegits in 104 children who were operated for the last 20 years in Ternopil Regional T.B. prophylactic dispensary. It was set that among complications of vaccination and revaccination of BCG more frequent are periferal becegits, frequency of which grows every year, in particular in children of the first-year of life.

Ключові слова: бецежити, вакцинація, ревакцинація, БЦЖ.

Ключевые слова: бецежиты, вакцинация, ревакцинация, БЦЖ.

Key words: becegit, vaccination, revaccination, BCG.

ВСТУП Профілактичний принцип охорони здоров'я взагалі й щодо туберкульозу, зокрема, є пріоритетним. Профілактика туберкульозу складається із комплексу заходів, зокрема з вакцинації та ревакцинації. В Україні для активно специфічно профілактики туберкульозу застосовують вакцину БЦЖ. Останніми роками Україна перейшла на використання Данської вакцини БЦЖ (BCG SSI). Данський штамп не містить тіомерсалу та інших консервантів, вакцина більш очищена і вважається найменш реактогенною серед відомих вакцин БЦЖ з високою імунногеністю. Первинну вакцинацію здійснюють здоровим доношеним новонародженим дітям на 3-5-й день життя. Ревакцинації підлягають діти в 7 і 14-річному віці, які мають негативну реакцію Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л.

Вакцина БЦЖ має достатньо високу профілактичну активність, яка становить 70 – 85 %, і дитина практично захищена від поширених та ускладнених форм туберкульозу. Якісне проведення імунізації зменшує захворюваність на туберкульоз у 7 – 10 разів, а інфікованість – у 1,5–3 рази [1], що попереджує розвиток тяжких поширених форм туберкульозу. Проте вакцина БЦЖ – жива культура і може спричинити специфічні ускладнення, частота яких останніми роками зростає, що зумовлено, з одного боку, кращою реєстрацією ускладнень в Україні, з іншого – неправильним відбо-

ром дітей до вакцинації та ревакцинації, порушенням техніки проведення вакцинації. За даними наукової літератури, ускладнення частіше виникають у дітей на перших місяцях життя. В структурі ускладнень регіонарні лімфаденіти (бецежити) займають приблизно 98 %, абсцеси і виразки – 2 % [3]. Після вакцинації та ревакцинації ускладнення в останні роки спостерігалися відповідно у 0,12 та 0,15 % дітей, зокрема після вакцинації підпахові лімфаденіти – у 85 %, після ревакцинації – у 60 %. Кількість ускладнень серед хлопчиків, а також мешканців міста була більшою, порівняно з дівчатками та мешканцями села [4].

Причинами поствакцинних реакцій є біологічні властивості штаму БЦЖ, кількість життєздатних клітин у прищепній дозі, порушення техніки введення вакцини, неправильний підбір дітей, що підлягають вакцинації чи ревакцинації, вік дитини, супутні захворювання, зміни реактивності організму [1, 2].

Бецежити характеризуються безболісними збільшенням, понад 1,5 см у діаметрі, переважно пахових, рідше шийних, над- і підключичних, а іноді й торакальних лімфатичних вузлів. Бецежит може супроводжуватись загальною інтоксикацією та утворенням норичі, через яку виділяється гній без запаху. Якщо спонтанне загоєння не відбувається, потрібно проводити лікування 3-6 місяців АМБГ з одночасною місцевою терапією. Останню починають із пов'язок з гідрокортизоновою маззю та примочок рифампіцином 0,45 г у 100 мл 20 % розчину димексиду. При появі флюктуації, показано через кожні 5–7 днів відсмоктувати шприцом казеозні маси і вводити 5 % розчин салюзиду (канаміцину чи стрептоміцину) у відповідній дозі маси дитини дозі. При відсутності позитивної динаміки, наявності симптомів інтоксикації, проводять хірургічне видалення вузла разом із капсулою на тлі специфічно хіміотерапії [1].

Отже, за даними літератури, найчастішим ускладненням вакцинації БЦЖ є регіонарний лімфаденіт у дітей на перших місяцях життя, переважно у хлопчиків, мешканців міста. Однак ці дані стосуються незначно кількості дітей і обмежуються декількома роками.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Наше повідомлення ґрунтується на аналізі вивчення частоти і морфологічних змін бецежитів у 104 дітей, що були прооперовані за останні 20 років у Тернопільському облтубдиспансері. Вік пацієнтів коливався від 1 місяця до 16 років. Хлопчиків було 53, дівчаток – 51, мешканців села – 55 і міста – 49. Діти за статтю практично не відрізнялись, дещо переважали мешканці села, а також жителі південних регіонів області порівняно з північними, відповідно 68 (65,4 %) і 36 (34,6 %), ($p < 0,05$).

Різниця в кількості пацієнтів протягом року поквартально не було, відповідно 26 (25 %), 27 (26 %), 25 (24 %) і 26 (25 %).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Серед 77 дітей із бецежитамі віком до 1 року констатована тригорба крива, з найбільшою х кількістю на 4-му місяці (17 дітей), рідше на 8-му (11 дітей) і на 11-му місяці (4 дітей), як це показано на рисунку 1.

Решта бецежитів (27) після вакцинації рівномірно розподілилась протягом другого року життя дітей.

У динаміці за 20 останніх років, по п'ятиріччях, частота дітей з бецежитамі представлена на рисунку 2.

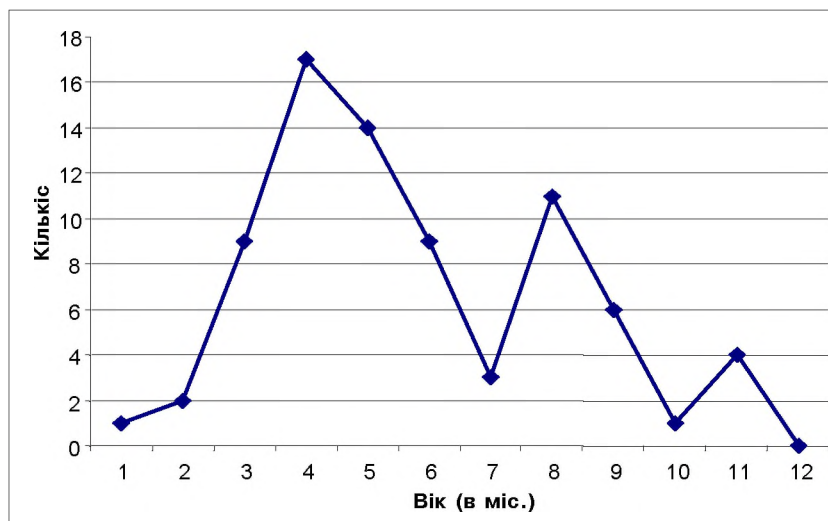


Рис. 1. Частота бецежитів по місяцях у дітей першого року життя.

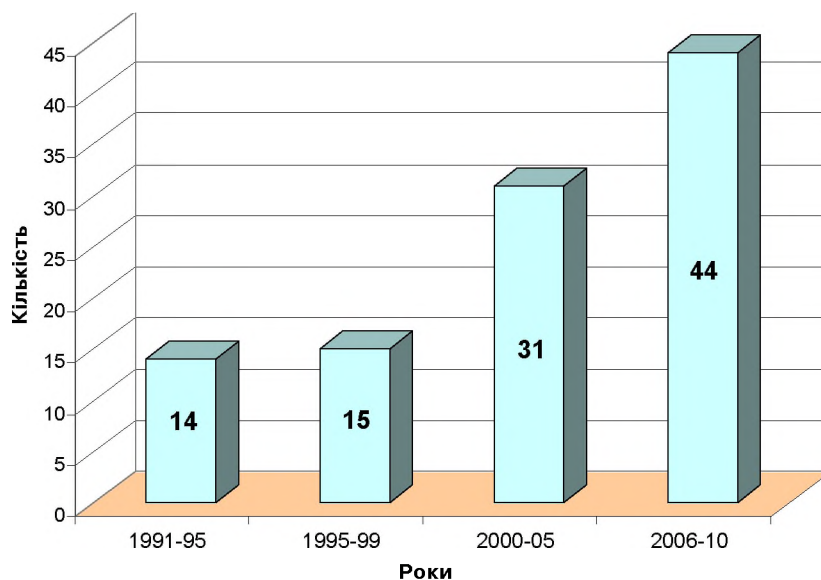


Рис. 2. Частота і динаміка прооперованих дітей з приводу бецежитів за останні 20 років.

За даними рисунка 2, констатований закономірний ріст ускладнення – бецежитів за останні десятиріччя, що слід пояснити зміною реактивності дитячого організму, помилками у відборі до вакцинації та ревакцинації, порушеннями техніки х проведення. Із загальної кількості ускладнень вакцинації та ревакцинації бецежити спостерігались у 95,4 % дітей.

Із 104 дітей із бецежитамі, найчастіше лімфаденіти локалізувались зліва в аксиллярній ділянці у 75 (72,1 %), рідше – в надключичній у 12 (11,5 %), інших ділянках – у 13 (12,5 %); правобічна локалізація відмічена лише у 4 (3,9 %) дітей, з них – у 2-х акси-

лярна (1,9 %). Величина лімфаденіту коливалась від 1,5 до 4 см, в поодиноких (6) випадках констатовані конгломерати лімфовузлів.

За характером морфологічних змін у капсулі лімфовузла в 56 випадках був казеоз, у 32 – слизистогнійний вміст, у 3-х кальцинат, у решти 13 дітей незначні зміни лімфовузла чи індуративні процеси. Норичі були лише у 3-х дітей із регіонарним лімфаденітом.

Ускладнення у переважно більшості дітей розвивались поступово, безсимптомно, із збільшенням лімфовузла, лише у 11 (10,6 %) дітей супроводжувалось явищами інтоксикації.

Консервативне лікування у більшості дітей було ефективним, лише у 104 (33,4 %) терапія виявилася неефективною, через що проводили оперативне лікування – видалення патологічного вузла чи конгломерату лімфовузлів; в деяких випадках із висіченням змінено шкіри навколо нориці. Післяопераційний період перебігав спокійно, рани загоювалися первинним натягом. У 6,7 % прооперованих дітей спостерігалися рецидиви, зумовлені неповним видаленням патологічно змінено тканини. Після операції проводили 3-місячну АМБТ переважно ізоніазидом, рідше в поєднанні з етамбутолом чи піразинамідом на фоні загальноукріплювальних та вітамінних препаратів, передусім вітаміну В₆.

ВИСНОВКИ 1. Серед ускладнень вакцинації і ревакцинації БЦЖ найчастіше спостерігаються регіонарні бецезити, частота яких із кожним роком зростає, зокрема у дітей першого року життя.

2. Перед вакцинацією та ревакцинацією БЦЖ обов'язково проводити якісний відбір дітей, строго дотримуючись техніки проведення вакцинації. За наявності збільшених лімфатичних вузлів діти підлягають ретель-

ному обстеженню фтизіопедіатром і 3-місячному консервативному лікуванню. При відсутності позитивної динаміки – оперативне втручання.

3. Видалення уражених лімфатичних вузлів слід проводити лише у протитуберкульозному стаціонарі фтизіохірургом із наступним консервативним 3-місячним лікуванням (ізоніазид, або поєднання його з етамбутолом чи піразинамідом) на фоні загальноукріплювальної та вітамінотерапії (вітамін В₆) і подальшим диспансерним спостереженням.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Костроміна В.П., Стрижак В.О. БЦЖ-вакцинація у дітей та можливі ускладнення // Здоров'я Укра ни. – 2008. – № 4/1. – С. 54–55.
2. Аксенова В.А. Современные подходы к вакцинации против туберкулёза // Вакцинация. – 2002. – № 1. – С. 19.
3. Awad R. BCG vaccine and post-BCG complication among infants in Gaza Strip, 1999. East Mediterr Health J. – 2001. – № 7 (1-2). – P. 211–220.
4. Бондарчук О.Б., Гандзійчук Т.В. Поствакцинні БЦЖ-ускладнення серед дітей Вінницької області в динаміці (1997-1998, 2003-2004 рр.) // Імунологія та алергологія. – 2005. – № 3. – С. 69.

Отримано 27.10.10