

В 4-й группе исследования (IV группа ДУ) преобладают дети младшего и дошкольного возраста: от 0 до 2 лет – 14, 3-6 лет – 34, 7-14 – 19 детей. По результатам кожной пробы с препаратом Диаскинтест® положительные ответы были у 26 (38,8%) детей, сомнительные – у 20 (29,9), отрицательные – у 21 (31,3%). Средние размеры инфильтратов реакции пробы Манту в IV группе диспансерного учета и при ДСТ были почти одинаковыми (10,3±0,6 и 11,5±1,4мм соответственно, $p < 0,05$). У пациентов IV группы ДУ положительная реакция на ДСТ зафиксирована чаще, чем у детей и подростков, состоящих в VIA группе ДУ. Из изложенного следует, что у детей, контактирующих с больными туберкулезом, отмечался высокий риск развития активного туберкулеза.

Выводы. Использование ДСТ способствовало выделению групп наиболее высокого риска развития туберкулеза: VIБ и IV группы ДУ.

Результаты сравнения диагностической эффективности ДСТ и пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л позволяют рекомендовать применение ДСТ в практике работы врача-фтизиопедиатра для диагностики туберкулезной инфекции у детей и подростков. Сомнительная и положительная реакции на ДСТ диктуют необходимость наблюдения пациентов в ПТД. Положительная реакция на ДСТ может появиться позже, чем на туберкулин, необходимо повторить ДСТ спустя 3 мес., если первоначально реакция была отрицательной или сомнительной. Положительная реак-

ция на ДСТ является свидетельством активности туберкулезной инфекции и требует проведения комплекса диагностических мероприятий с обязательным включением компьютерной томографии.

Литература

1. Алгоритм выявления и дифференциальной диагностики туберкулеза туберкулеза с использованием аллерегена туберкулезного рекомбинантного (белок CFP10-ESAT6) в стандартном разведении («ДИАСКИНТЕСТ®») в группах риска по заболеванию / В.А. Аксенова, Л.А. Барышникова, Н.И. Клевно [и др.] // Пульмонология. – 2011. – №2. – С. 68-74.

Algorithm for detection and differential diagnosis of tuberculosis in risk groups for tuberculosis, using recombinant tuberculosis allergen (CFP10-ESAT6 protein) in standard dilution ('Diaskintest®') / V.A. Aksenova, L.A. Baryshnikova, N.I. Klevno [et al.] // Pulmonology. – 2011. – №2. – P. 68-74.

2. Клинические исследования нового кожного теста «ДИАСКИНТЕСТ®» для диагностики туберкулеза / В.И. Киселев, П.М. Барановский, И.В. Рудых [и др.] // Пробл. туб. и болезней легких. – 2009. – №2. – С. 1-8.

Clinical trials of the novel skin test 'Diaskintest®' for tuberculosis diagnosis / V.I. Kiselev, P.M. Baranovskiy, I.V. Rudykh [et al.] // Probl of Tuberk Dis. – 2009. – №2. – P. 1-8.

3. Кожная проба с препаратом ДИАСКИНТЕСТ® (аллерген туберкулезный рекомбинантный 0,2 мкг в 0,1 мл раствор для внутрикожного введения) для идентификации туберкулезной инфекции: пособие для врачей. – М., 2009. – 32 с.

Skin test with DIASKINTEST® preparation (recombinant tuberculosis allergen 0.2 microg in 0.1 mL intracutaneous solution) for identification of tuberculosis infection: guide for physicians // Moscow. – 2009. – 32 p.

4. Кожная проба с препаратом ДИАСКИНТЕСТ® – новые возможности идентификации

туберкулезной инфекции/ Под ред. академика РАН и РАМН М.А. Пальцева; 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство «Шико», 2011. – 256 с.

Skin test with DIASKINTEST® preparation – new opportunities for identification of tuberculosis infection editor. Kozhnaya proba s preparatom DIASKINTEST® – novye vozmozhnosti identifikatsii tuberkuleznoi infektsii // M.A. Paltsev, 2-e izd. Moscow, "Shiko". – 2011. – 256 p.

5. Лебедева Л.В. Чувствительность к туберкулину и инфицированность микобактериями туберкулеза у детей / Лебедева Л.В., Грачева С.Г. // Пробл. туб. – 2007. – №1. – С. 5-9.

Lebedeva L.V. Tuberculin susceptibility and Mycobacterium tuberculosis infection in children / L.V. Lebedeva, S.G. Gracheva // Probl Tuberk Dis. – 2007. – №1. – P. 5-9.

6. Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 г. №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Russian Federation Ministry of Health order of 21 March 2003 №109 "On improvement of tuberculosis-controlling measures in the Russian Federation".

7. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.10.2009 г. № 855 «О внесении изменения в приложение №4 к приказу Минздрава РФ от 21.03.2003 г. № 109».

Russian Federation Ministry of Health and Social Development order of 29 October 2009 №855 "On introduction of amendment to appendix №4 of the Russian Federation Ministry of Health order of 21 March 2003 no. 109".

8. Чувствительность нового кожного теста «ДИАСКИНТЕСТ®» при туберкулезной инфекции у детей и подростков / Л.В. Слогодская, В.И. Литвинов, А.В. Филиппов [и др.] // Пробл. туб. и болезней легких. – 2010. – №1. – С. 10-15.

Sensitivity of the new skin test DIASKINTEST® for the diagnosis of tuberculosis infection in children and adolescents / L.V. Slogotskaya, V.I. Litvinov, A.V. Filippov [et al.] // Probl Tuberk Bolezn Legk. – 2010. – №1. – P. 10-15.

9. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2008 году / М.В. Шилова. – М., 2009. – 143 с.

Shilova M.V. Tuberculosis in Russia in year 2008/ M.V. Shilova. – M., – 2009. – 143 p.

Л.А. Павлов, С.С. Тордуин, М.В. Слепцов ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ КОКСИТОМ В ГБУ РС (Я) НПЦ «ФТИЗИАТРИЯ»

УДК 616-002.5:728.2-002

Представлены эпидемиологические показатели по туберкулезу внелегочной локализации (ТВЛ) в Республике Саха (Якутия) за период 2002-2011 гг. Исходя из особенностей патогенеза ТВЛ описаны наиболее информативные методы диагностики – компьютерная томография, ЯМР, трепан-биопсия костей и суставов с получением материала для гистологической и микробиологической верификации. Приведены результаты внедрения высокотехнологичного метода лечения туберкулезного коксартроза и его последствий – тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, успешно проведенного у 17 больных.

Ключевые слова: туберкулез внелегочной локализации, костно-суставной туберкулез, коксартроз, трепан-биопсия костей и суставов, тотальное эндопротезирование.

Although the incidence of extrapulmonary forms of tuberculosis in the Sakha Republic (Yakutia) has relatively stabilized, growth in the incidence of osteoarticular tuberculosis can be observed. Total hip replacement is being introduced currently – a new high-tech treatment method to restore the mobility of the diseased hip in patients with tuberculosis of the hip and its sequelae. 17 patients underwent treatment with the new technique, using prostheses by Ceraver and Smith&Nephew.

Keywords: extrapulmonary tuberculosis, osteoarticular tuberculosis, coxarthrosis, total articular replacement.

ПАВЛОВ Лев Афанасьевич – врач-травматолог-ортопед высшей квалиф. категории, зав. отделением ГБУ РС (Я) «Научно-практический центр «Фтизиатрия», lar69@mail.ru; **ТОРДУИН Степан Семенович** – врач-травматолог-ортопед высшей квалиф. категории, РБ№2- ЦЭМП; **Слепцов Михаил Валентинович** – врач-травматолог-ортопед высшей квалиф. категории, ГБУ РС (Я) «НПЦ «Фтизиатрия».

В последнее десятилетие в Российской Федерации, в том числе и в Республике Саха (Якутия), наблюдалось неуклонное снижение заболеваемости туберкулезом внелегочных локализаций (ТВЛ). Кроме того, снижался и удельный вес внелегочных форм туберкулеза в структуре заболеваемости туберкулезом. Так, за 9 лет показатель заболеваемости ТВЛ в РФ снизился на 28%. Если в 2002 г. он был на уровне 3,2 на 100 тыс. населения, то в 2010 г. – уже 2,5. При этом снижение показателей заболеваемости ТВЛ идет за счет всех локализаций, за исключением туберкулеза костей и суставов. И данные показатели не отражают истинную эпидемиологическую ситуацию по ТВЛ.

В РС (Я) показатель заболеваемости ТВЛ также менялся в сторону снижения: 6,3 на 100 тыс. населения в 2002 г., 4,9 в 2006 г. и 4,4 в 2011 г.; удельный вес ТВЛ в структуре заболеваемости туберкулезом составлял 8,9% в 2002 г. и 5,9% в 2011 г. Таким образом, эпидемиологические показатели ТВЛ в Якутии остаются в целом стабильными и заметно превышают аналогичные показатели по России (таблица).

Необходимо отметить, что в РС (Я), так же как и в РФ, заболеваемость костно-суставным туберкулезом (КСТ) не снизилась, а несколько возросла на фоне снижения заболеваемости другими локализациями ТВЛ. Если в 80-90-е гг. прошлого столетия КСТ в структуре внелегочных форм туберкулеза занимал III место по частоте выявления, то в настоящее время в Якутии он стабильно занимает I место.

Так, показатель заболеваемости КСТ в структуре ТВЛ в РС (Я) в 2002 г. составлял 30,6%, в 2005 – 32,2, в 2008 – 42,8, в 2010 г. – 41,3%. В 2011 г. в РС (Я) отмечен резкий скачок заболеваемости ТВЛ, в основном, за счет КСТ – из 42 впервые выявленных больных ТВЛ 28 (66,6%) составили больные КСТ. За 2 месяца 2012 г. выявлено 8 больных КСТ (рисунок).

Согласно приказу МЗ №109 от 21.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» регистрация и учет впервые выявленных случаев туберкулеза проводятся только по одной локализации процесса. Если у больного сочетание ТВЛ с легочным туберкулезом, то он будет зарегистрирован как легочный больной. Также в число впервые выявленных не входят рецидивы туберкулеза и прибывшие из других регионов, а также освобожденные из пенитенциарных учреждений. Эта особенность диспансерного учета обуславливает условную «потерю» до четверти выявляемых случаев заболевания КСТ.

В связи с наблюдаемым в последние годы в Республике Саха (Якутия) увеличением удельного веса КСТ в структуре ТВЛ, в конце 2009 г. руководством НПЦ «Фтизиатрия» было принято решение о переориентации работы внелегочной службы учреждения на КСТ. Так, с 1 января 2010 г. стационарное отделение для больных ТВЛ было переименовано в отделение для больных костно-суставным и урогенитальным туберкулезом (ОКС и УГТ), из 50 коек которого 30 предназначены для больных с патологией опорно-двигательного аппарата.

С 1 ноября 2011 г. коечный фонд отделения увеличен до 55 за счет дополнительных «костных» коек.

Диагностика КСТ имеет некоторые особенности. Исходя из патогенеза КСТ при его диагностике методами выбора являются лучевые, как наиболее доступные и наиболее информативные. Соответственно, широкое внедрение в последние годы в Якутии современных методов лучевой диагностики – РКТ и МРТ, позволяет проводить выявление больных КСТ на уровне общей лечебной сети.

Известно, что подтверждение туберкулезной этиологии заболевания при КСТ чаще всего проводится при исследовании операционного материала. А учитывая, что в большинстве случаев хирургические вмешательства при КСТ проводятся после проведения предоперационной противотуберкулезной химиотерапии с целью стабилизации и ограничения патологического процесса в течение 1-2 месяцев, бактериологическое исследование операционного материала становится мало- или неинформативным. Поэтому актуальным является применение метода контролируемой трепан-биопсии костей и суставов для гистологической и микробиологической верификации туберкулезной патологии на ранних этапах. Кроме указанного метода в НПЦ «Фтизиатрия» в ближайшее время планируется внедрение в практику артроскопических лечебно-диагностических операций при туберкулезе крупных суставов.

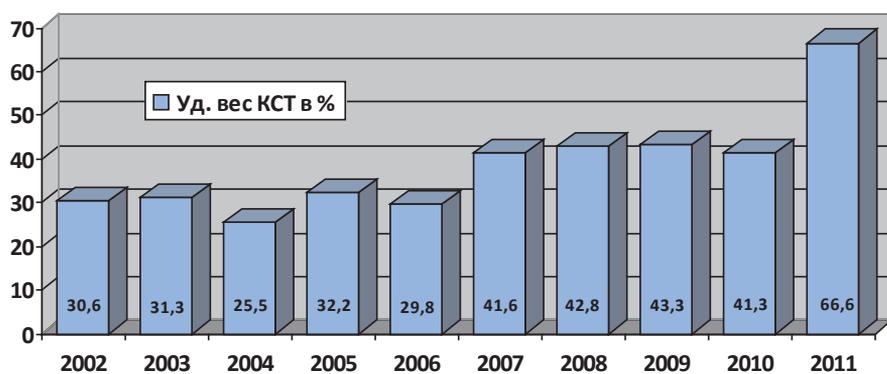
В связи с этим назрела необходимость внедрения новых высокотехнологичных методов лечения КСТ. С началом работы нового корпуса ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия», отвечающего современным требованиям и оснащенного соответствующим медицинским оборудованием, это стало возможным.

С июня 2010 г. в учреждении началось внедрение нового высокотехнологичного метода хирургического лечения туберкулеза тазобедренного сустава и его последствий – тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Операции проводились с привлечением специалистов травматологического отделения Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи.

За два года в ОКС и УГТ проведено 17 операций по тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава. Из 17 оперированных больных у 8 (47,0%) был затихший (неактивный)

Динамика показателя заболеваемости ТВЛ на 100 тыс. населения по годам

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
РС (Я)	6,3	5,3	5,4	3,3	4,9	3,8	3,7	3,2	3,0	4,4
ДВФО	н/д	3,0	3,3	3,0	3,1	3,4	2,6	2,7	2,8	н/д
РФ	3,2	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	н/д



Удельный вес КСТ в структуре заболеваемости ТВЛ в РС (Я) в 2002-2011 гг.

туберкулезный коксит с исходом в метатуберкулезный коксартроз; 4 (23,5%) больных туберкулезом другой локализации были оперированы по поводу сопутствующей нетуберкулезной патологии тазобедренного сустава (у 1 (5,8%) – перелом шейки бедренной кости, у 3 (17,6%) – деформирующий коксартроз); у 5 (29,4%) нетуберкулезных больных была неспецифическая патология сустава.

Среди нетуберкулезной патологии тазобедренного сустава были: деформирующий коксартроз на фоне асептического некроза головки бедренной кости – 5 случаев (29,4%), неконсолидированный перелом шейки бедренной кости – 2 (11,7%), деформирующий коксартроз на фоне врожденного вывиха и деформирующий коксартроз вследствие перенесенного травматического вывиха тазобедренного сустава – по одному (по 5,8%) случаю.

Из числа оперированных больных абсолютное большинство составили мужчины – 13 (76,4%). Среди возрастных групп преобладали люди старше 50 лет, при этом возраст больных колебался в пределах 28-70 лет (средний возраст составил 53,5 года). Представители коренного населения составляли большинство – 12 (70,5%). Жители села и города распределились примерно поровну: 9 (52,9%) и 8 (47,1%) соответственно.

Давность заболевания колебалась от 1,5 года (туберкулезный коксит) до 69 лет (врожденный вывих тазобедренного сустава).

Абсолютное большинство больных на момент оперативного вмешательства являлись инвалидами – 16 (94,1%). Из них: III группа инвалидности была у 2 пациентов (11,7%), II – у 13 (76,4) и I – у 1 (5,8%). У всех инвалидов в индивидуальной программе

реабилитации было рекомендовано оперативное лечение – тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Соответственно, расходы на приобретение протезов у фирмы-поставщика больным были возмещены из средств Федерального Фонда социального страхования. Комплексное стационарное лечение (предоперационное обследование, операция, послеоперационное ведение) больных выполнялось в рамках бюджета учреждения. В дальнейшем, при условии выделения НПЦ «Фтизиатрия» федеральных квот на оказание вида ВМП (соответствующая лицензия учреждением получена в 2011 г.), – за счет средств федерального бюджета.

Все операции выполнены под рентгенологическим контролем аппаратом ЭОП с применением наборов хирургического инструментария фирм «Ceraver» и «Smith&Nephew». Было установлено 7 (41,2%) протезов производителя «Ceraver» и 10 (58,8%) – фирмы «Smith&Nephew». Из 17 эндопротезов 4 (23,5%) были с парой трения металл-полиэтилен, 3 (17,6) – металл-керамика, 5 (29,4) – керамика-керамика и 5 (29,4%) – с никелид-титановым покрытием.

Большинство больных – 13 (76,5%) – были оперированы под спинномозговой анестезией, еще 4 (23,5%) – под общим наркозом. Все больные в раннем послеоперационном периоде (1-е – 5-е сутки) наблюдались в условиях отделения анестезиологии и реаниматологии. Всем пациентам назначались низкомолекулярные гепарины с профилактической целью, под контролем коагулограммы крови, и антибактериальная терапия цефалоспоридами. Заживление операционных ран во всех случаях первичным натяжением. Все больные были подняты на ноги с

опорой на костыли в сроки от 3 до 7 суток. В позднем послеоперационном периоде больным назначались физиолечение (ультразвук с лидазой, магнитно-лазерная терапия) и массаж.

В одном случае наблюдалось осложнение в позднем послеоперационном периоде (через 2 месяца после операции) в виде вывиха бедренного компонента протеза. Больной И., 51 год, оперирован 14.07.2011 – тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава протезом «Ceraver» с парой трения металл-полиэтилен. Заживление per prima, швы сняты на 10-е сутки. 27.07.2011 больной по собственному желанию был выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. Больной, со слов, не соблюдал рекомендации по ограничению нагрузки и применению средств дополнительной опоры, и через 2 месяца после операции во время неудачного движения появились боли и ограничение движений в оперированном суставе. После рентгенографии диагностирован вывих, больной госпитализирован повторно. В октябре 2011 г. ему произведена операция по переустановке чашки протеза с дополнительной миотомией. Результат операции удовлетворительный.

Таким образом, внедрение высокотехнологичных операций по тотальному эндопротезированию тазобедренных суставов в условиях профильного отделения ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» можно признать успешным. В дальнейшем предстоит работа по обучению кадров, совершенствованию оперативной техники и решению организационных вопросов. Продолжается работа по отбору контингента из состоящих на диспансерном учете больных туберкулезным кокситом.

А.И. Обутова, М.И. Дьяконова

ЗНАЧЕНИЕ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ В НАБЛЮДЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 616-002.5-036.2+616-082 (571.56)

ОБУТОВА Александра Иннокентьевна – зам. гл. врача по управлению сестринской деятельностью ГБУ РС (Я) «НПЦ «Фтизиатрия», alobutova@yandex.ru; **ДЬЯКОНОВА Марина Иннокентьевна** – медицинская сестра-статист.

Приводится анализ обеспеченности Республики Саха (Якутия) фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), которые несут значительную долю ответственности в обеспечении лечения больных туберкулезом и наблюдении за находящимися на диспансерном учете. Определено число туберкулезных очагов, обслуживаемых ФАП, и дана их характеристика возрастная, социальная и эпидемиологическая. Сделано заключение, что ФАПы являются одной из основных структурных единиц в наблюдении за больными туберкулезом по месту жительства.

Ключевые слова: туберкулез, фельдшерско-акушерский пункт, диспансерное наблюдение