

10. Савенкова М.С. Хламидийная и микоплазменная инфекция в практике педиатра / М.С. Савенкова // Consilium Medicum. Педиатрия. – 2005. – Приложение №1. – С. 10-17.
11. Спичак Т.В. Проблемы диагностики и лечения респираторного хламидиоза у детей / Т.В. Спичак, Л.К. Катосова, В.А. Бобылев // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т2. – №3. – С.77-80.
12. Течение бронхиальной астмы, ассоциированной с хламидийной инфекцией / И.Б. Левшин [и др.] // Тез.докл. 5 Конгресса Педиатров России. – М., 1999. – С. 169.
13. Хамитов Р.Ф. Антибактериальная терапия у больных бронхиальной астмой с бессимптом-

ной инфекцией *Mycoplasma Pneumoniae* / Р.Ф. Хамитов, Л.Ю. Пальмова, В.Г. Новоженков // Пульмонология. – 2007. – №1. – С64-68.

14. Хамитов Р.Ф. Влияние латентной *Chlamydia pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*-инфекций и их эрадикации на особенности течения бронхиальной астмы и качество жизни пациентов: дис...д-ра мед. наук / Р.Ф. Хамитов - М., 2002. – С.27-31.
15. Частота встречаемости и особенности течения бронхиальной астмы у детей, ассоциированной с *Chlamidia pneumoniae* / О.В. Зайцева [и др.] // Педиатрия. – 1999. – №1. – С. 29-33.
16. Щербакова М.Ю. «Новая» хламидийная инфекция / М.Ю. Щербакова, Г.А. Самсыгина // Лечащий врач. – 2000. – №1. – С.38-44.
17. Юлдашева И.А. Изменение иммунного ста-

туса и перекисного окисления липидов у больных бронхиальной астмой / И.А. Юлдашева // Экспериментальная и клиническая аллергология и иммунология. – 2002. – №2. – С. 107-109.

18. Ярилин А.А. Основы иммунологии / А.А. Ярилин // М.: Медицина, 1999. – С. 608.
19. Acute exacerbation of asthma in adults: role of *Chlamydia pneumoniae* infection / L. Allegra [et al.] // Eur. Respir. J. – 1994. – №7 (12). – P.2165-2168.
20. *Chlamidia pneumoniae* and possible relationship to asthma. Serum immunoglobulins and histamine release in patients and controls / F.O. Larsen [et al.] // Acta Pathol. Microbiol. Immunol. Scand. – 1998. – №106 (10). – P. 928-934.
21. The effect of telitromycin in acute exacerbations of asthma / S.L. Johnston [et al.] N. Engl. J. Med. 2006. – 354 (15): P.1589-1600.

В.П. Старостин, Е.Ф. Лугинова, Н.Н. Григорьев, З.Ф. Капитонова, А.Л. Титова, А.П. Черепанова

РОЛЬ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО САНАТОРИЯ им. Т.П. ДМИТРИЕВОЙ В ИСКОРЕНЕНИИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В ЯКУТИИ

Туберкулез костей и суставов в прошлом занимал одно из первых мест в ряду всех прочих внелегочных проявлений туберкулеза у детей. Всестороннее изучение костно-суставного туберкулеза связано с именами отечественных ученых-фтизиатров, рентгенологов, ортопедов Т.П. Краснобаева, П.Г. Корнева, Г.И. Турнера, З.Ю. Ролье, А.Н. Чистовича, Г.А. Зеденидзе, А.И. Струкова и др. Среди них особое место принадлежит П.Г. Корневу и А.Н. Чистовичу, которыми была создана современная теория патогенеза костно-суставного туберкулеза и разработаны хирургические методы лечения [2].

Заболевание в настоящее время встречается реже, что является закономерным следствием организации современной противотуберкулезной службы в стране. Однако, несмотря на это, проблема детского костно-суставного туберкулеза у детей и подростков и сейчас не утрачивает актуальности. Проявления костно-суставного туберкулеза у детей и подростков принципиально отличаются от заболеваний

взрослых распространенностью поражения и сочетанностью первичных туберкулезных изменений в костях и суставах со вторичными патологическими состояниями прочих органов и систем, неизбежно развивающихся в растущем организме. Указанные особенности патологии детского костно-суставного туберкулеза определяют основные организационные профилактические мероприятия и характер современного лечения [1].

В Якутии костно-суставной туберкулез в прошлом занимал одно из ведущих мест в структуре клинических форм туберкулеза у детей. В связи с этим в октябре 1939 г. в республике было открыто специализированное учреждение – отделение костно-суставного туберкулеза при Республиканской клинической больнице. В 1946 г. данное учреждение становится детским туберкулезным костно-суставным санаторием на 100 коек. В 1964 г. в связи с уменьшением выявления костно-суставных форм туберкулеза у детей санаторий был перепрофилирован на 2 отделения (легочное и внелегочное), в дальнейшем численность коек была увеличена до 250. Нами проведен ретроспективный анализ отчетных данных РДТС им.Т.П.Дмитриевой за период его работы как центра по лечению костно-суставного туберкулеза у детей, анализированы методы лечения, применявшиеся ранее, и изучена структура клинических форм костно-суставного туберкулеза. Цель данной работы – показать роль РДТС им. Т.П. Дмитриевой в искоренении костно-суставного туберкулеза среди детского населения Якутии.

В архиве РДТС им. Т.П. Дмитриевой сохранились весьма скудные отчетные данные за 40-е годы. С 1939 по 1951 г. в санатории лечение прошли 518 боль-

ных, из них 96 (18,5%) детей умерло. Основной причиной смерти детей было наличие запущенного туберкулеза, в том числе туберкулезного менингита. У 46 (47,9%) умерших детей диагноз был установлен через год после начала заболевания, у 47 (48,9%) – через 2-3 года. Дети поступали в санаторий в крайне тяжелом состоянии с высокой лихорадкой, множеством гнойных свищей, с туберкулезным поражением тел 6-7 позвонков. Большинство умерших составили дети в возрасте до 5 лет – 61 ребенок или более 63%.

В 1940 г. летальность в санатории составляла 36,0%, в 1945 г. – 15,0, в 1950 г. – 2, в 1955 г. – 0,5, в 1960 – 0,89%, после 1961 г. случаев летальных исходов не было. До 1941 г. патологоанатомические вскрытия трупов не проводились и только с 1942 г., когда открылось патологоанатомическое отделение, стало возможным уточнение причин смерти больных. С начала 50-х гг., когда широко стал применяться пенициллин, появилась возможность бороться со вторичной инфекцией, развивающейся у больных с туберкулезным спондилитом.

Подавляющее большинство больных костно-суставным туберкулезом во все годы работы детского санатория составляли сельские жители. Соотношение городских и сельских жителей составляло 1,0:3,0. В 1950 г. среди больных костно-суставным туберкулезом преобладали дети в возрасте до 3 лет (43,6%), а в 1966 г. дети данного возраста составили лишь 8,2%, что объясняется введением в практику внутрикожной вакцинации новорожденных против туберкулеза. В 70-х гг. среди указанных больных преобладали дети подросткового возраста (38,4%)

В структуре клинических форм костно-суставного туберкулеза у детей в

СТАРОСТИН Василий Петрович – гл. врач РДТС им. Т.П.Дмитриевой, гл. внештат. реабилитолог МЗ РС (Я), отличник здравоохранения РФ, РС (Я); **ЛУГИНОВА Евдокия Федоровна** – к.м.н., зам. гл. врача РДТС по лечебной работе, гл. внештат. фтизиопедиатр МЗ РС (Я), отличник здравоохранения РС (Я), e-mail: luginovaef@mail.ru; **ГРИГОРЬЕВ Никифор Николаевич** – зав. организационно-методическим отделом РДТС, засл. врач ЯАССР, отличник здравоохранения РФ; **КАПИТОНОВА Зоя Федоровна** – зав. школьным отделением РДТС, отличник здравоохранения РФ, РС(Я); **ТИТОВА Августа Лукинична** – врач-фтизиатр высшей квалиф. категории, отличник здравоохранения РФ и РС(Я); **ЧЕРЕПАНОВА Альбина Прокопьевна** – аспирант ЯГУ, ген. директор ОАО «Республиканский специализированный регистратор «Якутский фондовый центр».

50-х гг. наибольший удельный вес имел спондилит (61,5%), несколько реже зарегистрированы тубкоксит (18%) и гонит (12,8%). В последующие годы структура костно-суставного туберкулеза у детей изменилась и уже в середине 60-х гг. спондилит составлял около 30%, коксит – 25,3, гонит – 8,9%.

Наряду с костно-суставным туберкулезом в 1950-х гг. в 87,1% случаев регистрировалось наличие специфического процесса в других органах, чаще – дыхательной системы. В 1970 г. такие процессы выявлялись у 20% больных, в последующие годы – наблюдается значительное снижение данного показателя. В 1975 г. больные костно-суставным и легочным туберкулезом в санатории составляли соответственно 10,6 и 89,4%.

Из табл.1 видно, что туберкулезное поражение позвонков в 1950 г. наиболее часто наблюдалось у детей в возрасте до 3 лет, туберкулезный коксит – у детей старшего возраста, гонит – как у детей до 3 лет, так и у детей более старшего возраста. В последующие годы костно-суставные формы туберкулеза у детей в возрасте до 3 лет стали выявляться значительно реже.

В отчетной документации начиная с 1985 г. сведений о поступлении в санаторий больных костно-суставным туберкулезом нет.

С открытием костно-суставного туберкулезного санатория в республике наблюдается улучшение диагностики и выявления у детей поражений костей и суставов в более ранние сроки. Данные свидетельствуют, что если в 1950г. в течение первого года болезни заболевание выявлялось при спондилите лишь у 15% больных, то в 1975 г. – около 100%, при коксите – 28,0 и 62,0%, при гоните – 32,5 и 62,5% соответственно.

Одним из отягощающих течение болезни факторов, по-видимому, было наличие свищей. Наиболее чаще свищи отмечены при коксите (39,5%) и спондилите (19,8%). В середине 60-х гг. свищи стали отмечаться значительно реже, в основном при локализации процесса в других костях и суставах.

В лечении больных костно-суставным туберкулезом до 50-х гг. применялся стрептомицин, позже появились другие препараты, в том числе тубазид, ПАСК, фтивазид, протионамид.

Интересным фактом среди применяемых в то время методов лечения является довольно широкое использование аэротерапии, которой уделялось большое внимание. Суть метода заключалась в том, что детей круглосуточно с июня по сентябрь содержали на веранде в сосновом лесу. Необходимо отметить роль медицинского

персонали постельных больных переносила при организации этого метода лечения, на веранду и ухаживали за этими больными при полном отсутствии элементов благоустройства в зданиях санатория. В 1950 г., по отчетным данным, длительность аэротерапии составляла 147 дней, а в 1975 г. – лишь 89. Постепенно роль аэротерапии снижалась и на смену пришла эра антибактериальной терапии.

Для лечения больных костно-суставным туберкулезом применялись различные методики хирургического лечения, в том числе радикальные, лечебно-вспомогательные и корригирующие. Хирургические методы лечения до 50-х гг. применялись в основном у больных спондилитом, в последующие годы – при коксите и гоните. Кроме этого, для создания покоя на период лечения пользовались гипсовыми кроватками, корсетами. В лечении также широко применялись массаж, лечебная гимнастика, физиолечение. Все дети в санатории проходили санацию полости рта, что также играло немаловажную роль в их оздоровлении. Исправление горбика при туберкулезных спондилитах проводилось ватными крестиками, подушечками, для исправления мышечных контрактур применялось вытяжение манжеткой с пастой Унна.

Из табл.2 следует, что длительность лечения больных с внедрением новых специфических антибактериальных препаратов, хирургических методов лечения и физиотерапии постепенно сокращалась. Снижение количества койко-дней у больных костно-суставным туберкулезом было связано и с тем, что больные стали поступать в санаторий на более ранних стадиях заболевания.

Врачи санатория проводилась огромная санитарно-просветительская работа, врачи выезжали в районы, где знакомили фельдшеров, участковых врачей с проявлениями костно-суставного туберкулеза, при выездах сами консультировали больных и отбирали на лечение в условиях санатория.

Таким образом, статистические отчетные данные прошлых лет показывают, насколько был распространен

Таблица 1

Распределение больных костно-суставным туберкулезом по возрастам

	Возраст больных	1950	1955	1961	1966	1970	1975	1980
Спондилит	0-3	50,0	32,3	15,3	3,2	28,6	-	-
	4-7	25,0	36,8	24,2	26,1	42,8	87,5	-
	8-14	25,0	25,0	36,3	54,7	-	-	50,0
	старше 15	-	5,9	24,2	16,0	28,6	-	50,0
Коксит	0-3	28,6	20,0	13,3	4,7	-	-	-
	4-7	14,3	26,7	20,0	28,5	-	-	-
	8-14	57,1	26,7	40,0	33,4	-	50,0	-
	старше 15	-	26,6	26,7	33,4	100,0	50,0	-
Гонит	0-3	40,0	7,1	36,4	-	-	-	-
	4-7	20,0	50,0	18,2	12,5	-	-	-
	8-14	40,0	28,6	36,4	75,0	100,0	-	100,0
	старше 15	-	14,3	9,0	12,5	-	-	-
Прочая локализация	0-3	33,3	8,3	18,8	12,5	25,0	-	-
	4-7	33,3	8,3	31,2	12,5	-	-	-
	8-14	33,4	33,4	43,7	8,3	25,0	-	-
	старше 15	-	50,0	6,3	66,7	50,0	-	-

Таблица 2

Количество койко-дней, проведенных больными костно-суставным туберкулезом

Клиническая форма	1950	1955	1961	1966	1970	1975	1980
Спондилит	1487	1097	980	621	660,7	437,0	345,9
Коксит	1551	718	775	680	829,5	1083,0	-
Гонит	1067	797	690	605	542,2	341,0	320,1
Прочая локализация	1032	645	539	348	315	-	-

среди детского населения Якутии костно-суставной туберкулез и какими усилиями, благодаря своевременному открытию в республике детского костно-суставного туберкулезного санатория, произошли значительные успехи в ликвидации этого тяжелого недуга среди детей. Костно-суставной туберкулез был одной из наиболее тяжелых форм, которая чаще чем другие формы приводила к глубокой инвалидизации детей, оставляя большие остаточные изменения. В настоящее время благодаря применяемым методам ранней диагностики туберкулеза костно-суставной туберкулез у детей встречается крайне редко. Но в последние годы фтизиатров настораживает рост туберкулезных оститов БЦЖ-этиологии и проблема туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза. В связи с этим знание опыта старшего поколения медицинских работников в борьбе с костно-суставным туберкулезом является крайне необходимым.

Литература

1. Коваленко К.Н. Туберкулез костей и суставов / К.Н. Коваленко // Туберкулез у детей и подростков / под ред. Е.Н. Янченко, М.С. Греймер. – СПб.: Гиппократ, 1999. – 206.
2. Лавруков А.М. Нейроортопедический подход к проблеме туберкулезных спондилитов / А.М. Лавруков, А.М. Шаламов, А.Г. Малышев // Материалы 7-го Российского съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 187.