

поступил с жалобами на боли в левом коленном суставе и резкое нарушение его функции. Считает себя больным в течение 2 лет и связывает свое заболевание с нелеченной травмой левого коленного сустава, полученной в 1989 г. во время сельскохозяйственных работ. После удара о борт прицепа появились небольшая припухлость, болезненность, ограничение движения в коленном суставе, которые недели через две прошли. За медицинской помощью не обращался. В сентябре 1990 г. в области верхнего заворота коленного сустава появилось опухолевидное образование, которое стало постепенно увеличиваться. В последний месяц перед поступлением в стационар периодически возникали резкие боли, сопровождавшиеся ограничением функции.

Больной ходит сильно прихрамывая на левую ногу. Область левого коленного сустава увеличена в объеме, конфигурация изменена. При пальпации определяется образование плотной консистенции (6 × 3 см), свободно перемещающееся в верхнем завороте коленного сустава. Движения в суставе: разгибание — 170°, сгибание — 100°.

На рентгенограмме левого коленного сустава по задней поверхности большеберцовой кости видны отдельные отграниченные друг от друга тела шаровидной формы. Обызвестлена собственная связка надколенника; последний деформирован за счет краевых костных разрастаний.

Диагноз: хондроматоз левого коленного сустава.

Предложено оперативное вмешательство, на которое больной дал согласие. Под наркозом, после стандартной обработки операционного поля, хондроматозное тело зафиксировано двумя длинными инъекционными иглами. Медиальным разрезом длиной 10 см вскрыт верхний заворот левого коленного сустава. Без технических сложностей удалено хондроматозное тело размером 6 × 3 см и толщиной 1 см белого цвета с гладкой поверхностью и плотной консистенции. Капсула сумки верхнего заворота утолщена. Произведена ревизия, других хондроматозных тел не найдено. Рана послойно ушита, наложены асептическая повязка, гипсовый полугипс.

Патологогистологическое исследование показало, что удаленное образование состоит из бесструктурной гомогенной волокнистой ткани, на фоне которой имеются островки костной и хрящевой ткани, снаружи тело покрыто гиалиновым хрящом.

На 16-й день после операции больного выписали на амбулаторное лечение в хорошем состоянии. Осмотрен через год после операции: конфигурация сустава нормальная, движения в нем свободные, безболезненные, сгибание и разгибание не ограничены. Работает по своей специальности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616—002.5—053.2(470.41)

ХОРОШЕВНОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ДЕТСКОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Ф.А. Карташова, Л.В. Ухорская

Кафедра фтизиопульмонологии (зав. — проф. А.А. Визель) Казанского государственного медицинского университета, РМУ "Фтизиатрия" (главврач — Ш.Ш. Арсланов) МЗ РТ

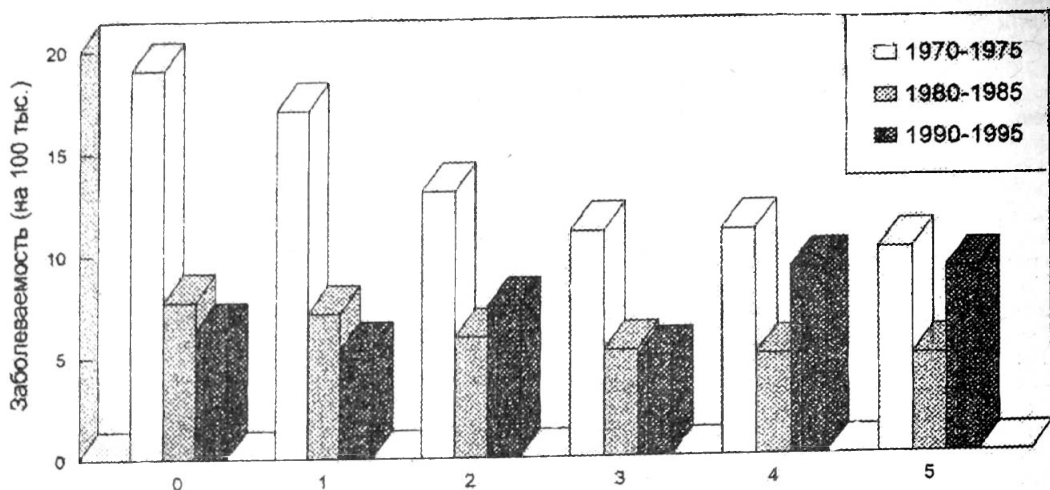
Ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу, отмечающееся в последние 5 лет, наиболее сильно отражается на детях. Ситуация по детскому туберкулезу в настоящее время характеризуется значительным ростом заболеваемости, изменением нозологической структуры в сторону преобладания тяжелых и распространенных форм. Наиболее вероятное объяснение этому можно найти в отрицательной динамике социально-экономических условий, снижении качества работы общелечебной сети по профилактике и раннему выявлению туберкулеза.

Эпидемиологические исследования распространенности туберкулеза в Республике Татарстан представляют особый интерес в связи с ростом заболеваемости взрослого населения, увеличением числа иммигрантов с территорий, более

неблагополучных по туберкулезу, бомжей. В такой ситуации именно дети с преобладающим экзогенным путем заражения являются точным индикатором изменения эпидемиологической обстановки.

Задачей данного исследования был анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Татарстане среди детей и подростков за последние 20 лет.

Проведенный анализ выявил негативные тенденции, проявившиеся с конца 80-х годов. Заболеваемость детей туберкулезом только за 1994 г. составила 9,1 (здесь и далее на 100 тыс. населения), то есть возросла в 2 раза по сравнению с аналогичным показателем в 1993 г. и стала сравнимой с таковой в середине 70-х годов. Наименьшая заболеваемость отмечена в середине 80-х годов — 4,2 (см. рис.). Ло-



Динамика заболеваемости туберкулезом детского населения Республики Татарстан

кальные формы туберкулеза в 50% случаев выявляются с помощью туберкулиновых проб: виража и нарастания туберкулиновых реакций.

Изменилась и структура заболеваемости. За последние два десятилетия диагностировались единичные случаи туберкулезной интоксикации, что свидетельствует о недостаточно активном выявлении туберкулеза у детей на ранних этапах развития и о выявлении процесса уже на стадии прогрессирования и инволюции заболевания. Существенными причинами несвоевременного выявления туберкулеза легких являются снижение, а иногда и отсутствие настороженности врачей общей медицинской сети в отношении этого заболевания, недостаточное знание его клиники, пренебрежение данными анамнеза [3]. Только совместная эффективная работа противотуберкулезной службы и педиатрической сети поможет решить проблему раннего выявления туберкулеза. Для сравнения следует заметить, что в 70-х годах туберкулезная интоксикация составляла 10% в структуре заболеваемости. Неуклонно увеличивается и становится преобладающим удельный вес туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов относительно всех других форм туберкулеза органов дыхания у детей и подростков. С 54,2% в 1970 г. его доля возросла до 82% случаев в 1994 г. В то же время выявляемость первичным туберкулезным комплексом уменьшилась по сравнению с таковой в 80-е годы почти в 4 раза — 26,5% в 1984 г. и 6,2% в 1994 г ($P < 0,05$).

Среди вторичных форм у детей чаще

других (5%) в последние годы встречался инфильтративный туберкулез. Заболеваемость туберкулезом в Татарстане оставалась высокой и в 1995 г. (у 9,1%), микобактерии были выделены у 5,1% детей, распад легочной ткани — у 3,8%.

Ранняя инфицированность детей в республике в 1993 г. по сравнению с таковой в 1980 г. уменьшилась почти в 2 раза (0,6%), но в 1994 г. она вновь возросла (0,8%).

С начала 90-х годов имела тенденцию к росту и общая инфицированность детей, которая в 1994 г. снизилась до уровня начала 80-х годов (6,8%). В этот же период времени в 3 раза возросла заболеваемость туберкулезом среди контактных детей (0,1% в 1990 и 0,4% в 1994 г.), что может быть связано с увеличением числа очагов и их асоциальным характером, недостаточной изоляцией контактных детей, отсутствием контролируемой химиопрофилактики. Особенно тревожит рост заболеваемости детей в очагах туберкулезной инфекции из числа впервые выявленных больных. Согласно данным литературы, клиника заболевания у детей, контактирующих с больными туберкулезом, характеризуется массивностью инфицирования, распространенностью поражения, часто с множественной локализацией и диссеминацией в паренхиматозные органы [4].

На основании результатов анализа и литературных источников особое внимание рекомендуем обратить на следующие мероприятия:

— на работу с детьми из групп риска, к которым относят инфицированных микобактериями детей, состоящих на диспансерном поликлиническом

учете в связи с хроническими заболеваниями органов дыхания, мочевой системы, опорно-двигательного аппарата;

— на работу в очагах туберкулезной инфекции, своевременную контролирующую химиопрофилактику и изоляцию детей;

— на планомерно выполняемую и контролируемую туберкулинодиагностику, режим которой часто нарушается (об этом свидетельствует уменьшение числа больных детей, выявленных по туберкулиновым пробам [4]).

Необходимо учесть и снижение эффективности первичной вакцинации, отмеченное на XII съезде фтизиатров, которое обусловлено нарушениями техники вакцинации, низким качеством самой вакцины БЦЖ [1, 5], необоснованными медицинскими отводами.

Программа борьбы с туберкулезом должна включать ряд первоочередных задач:

— общее оздоровление населения с решением социальных, экологических, медицинских и других проблем;

— осуществление эффективного эпидемиологического надзора для сведения к минимуму количества неизвестных источников туберкулезной инфекции;

— полноценное выполнение вакцинации новорожденных, ревакцинации детей и взрослых в декретированные сроки;

— своевременное проведение в полном объеме противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной ин-

фекции;

— принятие закона о туберкулезе, обеспечивающего юридическую базу для проведения эффективных мероприятий по защите населения от туберкулеза вплоть до постановки вопроса о принудительной изоляции и лечении [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Т.И. Съезд врачей фтизиатров России, 2(12)-й: Сб. резюме. — Саратов, 1994. — С. 139.

2. Васильев А.В.// Пробл. туб. — 1995. — № 5. — С. 3—5.

3. Закопалько Г. Г.// Пробл. туб. — 1993. — С. 9—10.

4. Коваленко К.Н., Довгалюк И.Ф.// Пробл. туб. — № 5. — С. 19—22.

5. Николаева Н.В. Съезд врачей фтизиатров России, 2(12)-й: Сб. резюме. — Саратов, 1994. — С. 159.

Поступила 22.12.95.

PECULIARITIES OF THE EPIDEMIOLOGIC SITUATION OF CHILDISH TUBERCULOSIS IN TATARSTAN REPUBLIC

F.A. Kartasheva, L.V. ukhorskaya

S u m m a r y

The analysis of peculiarities of the epidemiologic situation of childish tuberculosis in Tatarstan Republic for the last twenty years is performed. The negative tendencies are revealed. The sickness rate in 1994—1995 increased by a factor of two in comparison with the sickness rate in 1993 (9.0 to 100 thousands). The reasons of this situation are considered and the recommendations on the directions of combined work of phthisiothoric and general pediatric system are given.

УДК 616 — 036.2

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.Е. Григорьев

Кафедра эпидемиологии (зав. — проф. В.Е. Григорьев)

Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Проблема эпидемического распространения внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ), вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, в частности стафилококками, в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) различного профиля, весьма актуальна, особенно в акушерских и хирургических стационарах [1—4]. Вместе с тем до настоящего времени центры Госсанэпиднадзора (ЦГСЭН) не располагают объективными данными о распространении

ГВЗ в стационарах различного профиля. В силу этого основные причины, поддерживающие эпидемический процесс, не анализируются.

Анализ официальных статистических материалов по ограниченному числу нозологических форм раннего неонатального периода (до 6 дней жизни), согласно отчету-вкладышу № 3 "Отчет ЛПУ" за 5 лет, показал, что органы здравоохранения не располагают объективной информацией о структуре и истинном распространении внутри-