

трудоспособного населения в 2000 г. Максимальное число смертей пришлось на группу насильственных причин, включающую несчастные случаи, отравления (часто алкогольные), травмы, наркотические передозировки. С 1990 по 2000 г. этот показатель в разные годы колебался от 202 до 393,5 на 100 тыс. трудоспособного населения (рис. 2).

Проблема роста депопуляционных процессов в крае является не только актуальной, но и первостепенной. Стабилизация естественного прироста населения, уменьшение общих коэффициентов смертности, увеличение рождаемости возможно при условии изменения не только социально-экономической обстановки, улучшения экологии, но и повышения качества учреждений здравоохранения. А этот процесс займет не один год.

Литература

1. Демографическая ситуация в Приморском крае: статистический ежегодник. – Владивосток: Примкрайстат, 2003.
2. Доклад конференции ООН по окружающей среде и развитию. – Нью-Йорк, 1992.

3. Журавская Н.С., Гику П.Ф.// Здоровье населения Приморского края. – Владивосток, 1997. – С. 232-246.
4. Здоровье населения и среда обитания: Инф. бюл. Госкомсанэпиднадзора. – М., 1995. – №5.
5. Овчарова В.А. Путь в XXI век. – М., 1999.

Поступила в редакцию 16.11.03.

MEDICO-GEOGRAPHIC ASPECTS OF INCREASE IN DEPOPULATION PROCESSES IN PRIMORYE

E.B. Krivelevich, O.I. Mazhuga,

I.V. Neprokina

Vladivostok State Medical University,

Ussuriysk State Teacher's Training College

Summary – The authors describe the present-day demographic setting in Primorsky region of the Russian Federation, which is characterized as depopulation associated with the reproduction of population being typical for the countries waging a war for a long while. They show both high death rate among the economically active population and low average forthcoming life interval, and draw a conclusion that the stabilization of the natality, diminution of the mortality and increase of the birth rate are possible when improving the social and economic situation and environment, as well as the quality of public medical care.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 1, p. 90-92.

УДК 616.74'018.38+616.72'018.36'002]002.5'07

А.И. Тазалов

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ТЕНОСИНОВИТЫ КИСТИ

Николаевская больница Дальневосточного окружного медицинского центра МЗ РФ (г. Николаевск-на-Амуре)

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, диагностика.

При росте заболеваемости туберкулезом легких среди населения России [4] можно предположить рост заболеваемости и внелегочными формами этой инфекции. В литературе последних 10 лет не удалось найти статистических сведений о частоте встречаемости внелегочного туберкулеза среди населения в Рос-

сийской Федерации.

В практике общего хирурга чаще встречается костно-суставной туберкулез и туберкулез мочевого пузыря, и очень редко встречается туберкулез синовиальных влагалищ и слизистых сумок [3]. Последние формы заболевания, как правило, поздно диагностируются и нередко приводят к потере функции пораженных отделов конечностей [2]. Некоторые авторы отмечали рост заболеваемости внелегочным туберкулезом среди медицинского персонала общелечебной сети, а не только у работников противотуберкулезных учреждений [1]. Подтверждением этому служит следующее наблюдение.

Больная К., 49 лет, медицинская сестра, в контакте с больными туберкулезом могла оказаться только случай-

но (при нахождении таких больных в терапевтическом отделении больницы, где она работала). Контакт с больными животными исключен. Заболела в начале декабря 2001 г., когда появилась боль в области правого лучезапястного сустава с иррадиацией в первые три пальца и кончик IV пальца, парестезии в пальцах правой кисти. Попеременно лечилась то у хирурга, то у невропатолога с диагнозом: «Синдром запястного канала». Проводилось лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, вводились гормоны с анальгетиками, выполнялись физиопроцедуры. Стойкого эффекта не было. Постепенно появилось ограничение сгибания пальцев, нарастали парестезии в зоне иннервации срединного нерва. 14.05.2002 г. выявлен серозный локтевой бурсит справа, после пункции и эвакуации серозной жидкости воспаление было «купировано».

Боли, парестезии в пальцах правой кисти нарастали. Консультирована на одной из хирургических кафедр ДВГМУ, диагноз не установлен. В связи с неэффективностью консервативной терапии 06.06.2002 г. выполнена операция рассечения поперечной связки запястного канала. После вмешательства боли и парестезии в пальцах кисти уменьшились, но через неделю на ладони возникла тестоватая припухлость с розово-синюшной окраской кожи над ней, а вскоре у дистальной ладонной складки открылся свищ со скудным серозно-фибринозным отделяемым. Через две недели на фоне применения пенициллина и стрептомицина свищ закрылся, кожа ладони приобрела обычную окраску. Однако в середине сентября 2002 г. вновь усилились ноющие боли в правой кисти, выросли парестезии в пальцах. У основания второго пальца возникла тестоватая припухлость с розово-синюшной окраской кожи над ней и размягчением в центре. Образование было вскрыто (подозревался абсцесс), выделилось около 10 мл серозной жидкости с «некротическими тканями».

Больная после этого консультирована хирургом отделения хирургии кисти Хабаровской краевой больницы – выставлен диагноз «Абсцесс правой кисти», рекомендовано противовоспалительное лечение.

После тщательного анализа клинической картины в хирургическом отделении Николаевской больницы был заподозрен туберкулезный ладонный теносиновит правой кисти (фунгозная форма). Назначено лечение: стрептомицин (по 500000 ЕД 2 раза в сутки), промывание раствором стрептомицина синовиальной полости через рану на ладони, изониазид (по 0,3 г три раза в сутки) и комбезтол (1,2 г 1 раз в сутки). Вскоре наступило улучшение: парестезии в пальцах почти исчезли, боли прошли совсем. Оставалось ограничение движения при сжимании кисти в кулак и сохранилась припухлость ладони с переходом на лучезапястный сустав. Рана у основания возвышения I пальца зажила. Перед заживлением раны была произведена фистулография кисти, контраст распространился по ходу синовиальных влагалищ сухожилий сгибателей пальцев и в проекции лучезапястного сустава.

При обследовании органов грудной клетки патологии не выявлено. Антитела к микобактерии туберкулеза (иммуноферментный анализ) не обнаружены. (Возможно, отрицательный результат был обусловлен тем, что теносиновит мог быть вызван бычьим, а не человеческим типом микобактерии туберкулеза [3].) Многократные исследования крови и мочи были без отклонений от нормы, только однократно наблюдалась эозинофилия (до 10%) и ускорение СОЭ (до 20 мм/час.). В январе 2003 г. больная направлена в краевой противотуберкулезный диспансер. Диагноз туберкулезного теносиновита подтвержден. Для оперативного лечения больная была переведена в отделение хирургии кисти краевой больницы, где 22.01.2003 г. проведена операция иссечения оболочек сухожилий сгибателей и дренирования сухожильного влагалища. Патогистологическое исследование № 6618'20 от 11.02.2003: «Картина гранулематозного воспаления. Небольшие кусочки соединительной ткани, в толще которых определяются очаги казеозного некроза с эпителиодным валом по периферии и лимфоидной инфильтрацией, в которой встречаются единичные многоядерные клетки типа Лангханса». Больная после операции переведена в краевой противотуберкулезный диспансер, где проводилась специфическая медикаментозная терапия. Определена II группа инвалидности. В мае 2003 г. больная выписана на лечение по месту жительства под наблюдением фтизиатра. Осмотрена в ноябре 2003 г., констатировано полное восстановление функции правой кисти.

Второе наблюдение касается пациента, род занятий которого к медицине не относился.

Больной П., 46 лет, слесарь-монтажник, туберкулезом легких не болел, в контакте с больными туберкулезом не был, животных дома не имел. Находился на лечении в хирургическом отделении Николаевской больницы с 27.01 по 07.03.2003 г. При поступлении жаловался на припухлость и мокнутие из точечных свищей в центре припухлости в первом межпальцевом промежутке у основания I пальца правой кисти. Заболел около 3-4 недель назад, когда без видимой причины появилась небольшая безболезненная припухлость у основания I пальца, которая медленно увеличивалась и стала мешать при работе. Заподозрена гигрома, и больной обследован с целью оперативного лечения. В это время появилась розово-синюшная окраска кожи над припухлостью и три точечных свища со скудным отделяемым. Антибиотикотерапия, прием нестероидных противовоспалительных препаратов, физиолечение в амбулаторных условиях оказались неэффективными. С диагнозом «Нагноившаяся гигрома правой кисти» пациент направлен в хирургическое отделение.

При осмотре патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Оказалось, что год назад у больного наблюдалась гематурия, был обследован на туберкулез,diag

ноз отвергнут. На момент поступления выявлен геморрагический гастрит, вероятно, вызванный приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. В первом межпальцевом промежутке у основания I пальца правой кисти имелась безболезненная тестоватая припухлость 3,5-2,5 см, кожа над ней розово-синюшного цвета, в центре — три точечных свища, окруженные едва заметным венчиком грануляций. Отделяемое свищей скудное, серозное. Сгибание I пальца ограничено из-за припухлости.

С учетом клинической картины предыдущего случая и имеющихся схожих местных проявлений был заподозрен туберкулезный теносиновит I пальца правой кисти. Назначены противотуберкулезный комбинированный препарат «МайринГ», поливитамины с микроэлементами, симптоматические средства. Местно использовались асептические повязки без мазей и без растворов антисептиков. Проведено лечение гастрита. 24.02.2003 г. исследована кровь на антитела к микобактерии туберкулеза — результат отрицательный. В отделяемом свища и в моче туберкулезная культура не обнаружена. Повышения температуры тела не отмечено ни разу. Общее состояние оставалось все время удовлетворительным. Изменений со стороны легких и других внутренних органов не обнаружено. Клинические и биохимические анализы крови и мочи без особенностей. Под влиянием лечения припухлость постепенно уменьшалась и к 07.03.2003 г. полностью исчезла. Свищи закрылись. Функция I пальца и кисти восстановлена полностью. Эффективность специфической терапии позволила диагностировать туберкулезный теносиновит.

Приведенные примеры показывают, что имеется низкая осведомленность врачей общелечебной сети о внелегочном туберкулезе, с другой стороны — трудности диагностики порой обусловлены объективными причинами: лабораторные данные не всегда подтверждают диагноз туберкулеза. Врачам общелечебной сети необходимо более тщательно анализировать течение патологического процесса, учитывая возможность возникновения внелегочного туберкулеза.

Литература

1. Аксютин Л.П., Леонов И.В. // Проблемы туберкулеза. — 1998. — № 1. — С. 5-7.
2. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Л., М., 1975.
3. Фишман Л.Г. Клиника и лечение заболеваний пальцев и кисти. — М., 1963.
4. Шилова М.В., Антонова Н.В., Цыбикова Э.Б. // Проблемы туберкулеза. — 2003. — № 1. — С. 56-57.

Поступила в редакцию 12.01.04.

TUBERCULOUS TENDINOUS SYNOVITIS OF HAND A.I. Tazalov

Nickolaevsk Hospital of Far Eastern District Medical Center of the Ministry of Public Health of the Russian Federation (Nickolaevsk on Amur)

Summary — The paper describes two cases of tuberculous lesions of synovial tendon sheaths of flexor muscles of hand. The infrequency of the disease, long-lasting absence of local specific manifestations, and the clinical course under the guise of other diseases impeded diagnosing. Combination of both specific drug therapy and open treatment provided for the first patient allowed achieving the convalescence with complete functional recovery of the hand. The second patient could recuperate completely only by having used the specific drug therapy.