

с положительной реакцией на ДСТ проведено дообследование (Т-гр или СКТ). При обследовании среди подростков обеих групп ДУ случаев заболевания туберкулезом не выявлено.

Заключение. Недостаточное обследование контактных взрослых с помощью ПМ и ДСТ сопровождается отсутствием проведения СКТ, в связи с чем, несмотря на удовлетворительный уровень проведения обзорных Р-гр, отмечается низкий уровень выявления больных туберкулезом. Неблагоприятным обстоятельством является то, что в IV группе ДУ число детей значительно больше, чем подростков, а в IVБ группе ДУ наблюдается контактных лиц больше в 4 раза, чем в IVA

группе. Это косвенно свидетельствует о низком уровне бактериологической диагностики больных туберкулезом, которые составляют очаг III уровня опасности, и может привести к недооценке опасности очага. У детей и подростков недостаточно используется СКТ при наличии положительной реакции на ДСТ, хотя при проведении СКТ 14 детям выявлен туберкулез у 5 (35,7%), что подтверждает высокую эффективность данного метода обследования. Кроме того, на один очаг I группы приходится всего 2-3 установленных контакта, что свидетельствует о низком выявлении таких лиц. XII всем контактным назначается стандартно, независимо от ЛУ МБТ в очагах.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЛОКАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ИЗ ГРУПП РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

А.А. ШУРЫГИН¹, Ю.А. ЧИСТЫХ², Е.А. САРАПУЛЬЦЕВА², Т.К. СИБИРЯКОВА²

¹ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

²ГБУЗ ПК «Краевой детский санаторий для больных туберкулезом «Ирень», с. Невалино

Санаторный этап является одним из принципов преемственности лечения. Детские противотуберкулезные санатории в современных условиях должны обеспечивать эффективную реабилитацию с применением оптимальных условий окружающей среды, с широким использованием местных факторов климатотерапии, организацией занятости детей с индивидуальным подходом, лечебной физкультурой и рациональным питанием как среди пациентов с активной туберкулезной инфекцией, так и с факторами риска. Основу санаторного лечения у детей и подростков составляют методы неспецифической профилактики, к которым могут быть отнесены следующие: санаторно-оздоровительный режим, диета, богатая белками и витаминами, лечебная физкультура, массаж, фитотерапия. Помимо специфического лечения – химиотерапии, обязательно включаются методы патогенетического воздействия. Одним из методов такого воздействия является магнитоинфракрасная лазерная терапия (МИЛТ) и энтеральная оксигенотерапия.

Цель исследования: оценить эффективность физических факторов (МИЛТ и энтеральной оксигенотерапии) в реабилитации детей и подростков с локальными формами туберкулеза и из групп риска по туберкулезу на санаторном этапе лечения.

Материалы и методы. Проведено наблюдение за 80 пациентами ГБУЗ ПК «Краевой детский санаторий для больных туберкулезом «Ирень», получавшими МИЛТ, применяющуюся в санатории с 2009 г. у детей и подростков с активными формами туберкулеза, а также для лечения сопутствующих заболеваний (заболевания ЖКТ, аллергиче-

ский дерматит, трахеобронхит, хронический отит, энурез). Лечебное действие МИЛТ обусловлено противовоспалительным эффектом, стимуляцией репаративных процессов в пораженном органе, иммуномодулирующим действием, а также улучшением регионарного лимфо- и кровообращения. При назначении МИЛТ строго учитываются показания и противопоказания для применения данного метода. МИЛТ в санатории проводится врачом-физиотерапевтом на аппарате «Милта-Ф» по специальным методикам. При лечении больных с активным туберкулезом МИЛТ проводится в комплексе с медикаментозной противотуберкулезной терапией, что позволяет значительно улучшить трофику тканей и оптимизировать процесс диффузии препаратов в зоны специфического воспаления. Методика МИЛТ осуществляется в режиме лазерного воздействия с частотой 50 Гц, мощностью светодиодов для детей от 3 до 7 лет – 25-30 мВт + постоянное магнитное поле, от 7 до 14 лет – 40-45 мВт + постоянное магнитное поле по 0,5-1-2 мин на каждые три зоны облучаемой доли легкого контактным способом наложения излучателя аппарата или дистанционно – расстояние от лечебного терминала до поверхности тела 0,5-1 см, длительность 4-5 мин. Десять процедур проводят ежедневно в течение двух недель с однодневным перерывом в выходные.

Оценка результатов использования МИЛТ у больных с локальными формами туберкулеза в процессе санаторного лечения показала следующее: быстрое купирование симптомов интоксикации в 93,8% случаев (исчезли общая слабость, потливость, улучшилось общее состояние), купировался респираторный синдром в 100% случа-

ев (отсутствовали жалобы на кашель к моменту окончания курса МИЛТ), к 3-му месяцу лечения в 76,9% случаев зарегистрирована значительная рентгенологическая динамика в виде рассасывания инфильтративных и очаговых изменений в легких. У детей с сопутствующими заболеваниями также отмечалась позитивная динамика (табл.).

Помимо МИЛТ, в комплексном лечении пациентов санатория осуществляется энтеральная оксигенотерапия в виде кислородных коктейлей. Для приготовления кислородных коктейлей применяется кислородный концентратор Atmung LFY-I-3A-W. В качестве основы для коктейля используются фруктовые соки, как пенообразующее составляющее – сироп солодки. Коктейли назначаются всем детям, поступающим в санаторий, курсами 2-3 нед.

Таблица

Эффективность магнитолазерной терапии
за 2011-2013 гг.

Заболевание	Пролечено детей	Положительная динамика
Туберкулез органов дыхания	26	26 (100%)
Хронический гастроудоденит; бипинарная дисфункция	23	15 (65%)
Энурез	6	3 (50%)
Хронический отит (обострение)	3	3 (100%)
Регрессирующий п/о трахео- бронхит	22	22 (100%)

Для оценки эффективности энтеральной оксигенотерапии были взяты 50 детей в возрасте от 12 до 15 лет. Проведены анкетирование и наблюдение до и после применения кислородных коктейлей. В результате улучшились психоэмоциональное состояние, настроение, увеличилась физическая активность в 44% (22 человека) случаев. Незначительно сократилось количество жалоб на раздражительность – в 24,1% случаев (7/29 человек), 26 (52%) детей отметили, что лучше стали справляться со школьной программой. После применения кислородных коктейлей среди 15 курящих подростков 66,7% отметили уменьшение тяги к курению. Жалобы со стороны ЖКТ (тошнота, боли в животе) на фоне приема коктейлей стали менее выражены в 83,3%. У 42,9% детей с гиперемией зева, затруднением носового дыхания, ринореей применение энтеральной оксигенотерапии в сочетании с комплексом стандартных медикаментозных препаратов способствовало исчезновению этих симптомов. На применение коктейлей в 92% (46 человек) случаев наблюдалась положительная реакция.

Заключение. Применение МИЛТ и энтеральной оксигенотерапии повышает эффективность санаторного этапа лечения. Назначение МИЛТ способствует быстрому прекращению обострений (от 50 до 100%) сопутствующей патологии. Энтеральная оксигенотерапия способствует комплаенсу и лучшей адаптации детей к условиям санатория, способствует борьбе с вредными привычками.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-14 ЛЕТ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Н. В. ЭЙСМОНТ, Г. Г. ПОПКОВА, И. Й. БАЗИТЕ, А. И. ЦВЕТКОВ

ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург

На фоне снижения общего показателя заболеваемости туберкулезом в Свердловской области в последние 3 года происходит постепенное увеличение показателя заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 0-14 лет. Так, в 2011 г. показатель заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 0-14 лет увеличился на 39,0% и составил 19,3, в 2012 г. – на 15,0% и составил 22,2, в 2013 г. – на 43,2% по сравнению с предшествующим годом и составил 31,8 случая на 100 тыс. детей соответствующего возраста. Это, в первую очередь, обусловлено внедрением на территории области российских инновационных технологий диагностики туберкулеза: применение в алгоритме дообследования пробы с диаскинтестом и компьютерной томографии органов грудной клетки. Использование последней, к сожалению, не сопровождается никакими нормативными документами. Другой немаловажной причиной увеличения показате-

ля заболеваемости детей туберкулезом в области можно считать практическое отсутствие технологии стационарного оздоровления детей из групп риска в специализированных учреждениях. Так, в сравнении с 1993 к 2012 г. из-за постепенного перехода в неудовлетворительное состояние материально-технических баз в области в 3 раза сократилось число реабилитационных коек и санаторных учреждений для детей из групп риска: из очагов туберкулеза, инфицированных туберкулезом.

Цель: сравнить структуру заболевших туберкулезом детей в возрасте 0-14 лет до и после внедрения на территории области российских инновационных технологий диагностики туберкулеза у детей.

Материалы и методы. В исследование включено 276 детей с впервые выявленным с туберкулезом в 2008-2010 гг. (до внедрения инновационных технологий) и 497 впервые выявленных детей