

качественно проводимые и регламентированные приказами профилактические/диагностические мероприятия в очаге (разобшение туберкулезного контакта, проведение иммунологических проб, назначение контролируемого профилактического лечения в условиях противотуберкулезных санаториев или

в долокальных отделениях противотуберкулезных диспансеров, качественная вакцинация детей в родильном доме или в детской поликлинике при снятии медицинских противопоказаний) будут способствовать снижению заболеваемости туберкулезом детей раннего возраста.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ХОРИОРЕТИНИТА

АЛЕКСАНДРОВА Т. Е.

EVALUATION OF TREATMENT EFFICIENCY OF TUBERCULOUS CHOREORETINITIS

ALEXANDROVA T. E.

ФГБУ «Туберкулезный санаторий "Выборг-3"» МЗ РФ, Ленинградская область, п. Красный Холм

Vyborg-3 Tuberculosis Sanatorium, Leningrad Region, Krasny Kholm, RF

Туберкулезный хориоретинит – длительное заболевание со склонностью к рецидивам и хронизации, требующее этапного лечения.

Цель: оценка толщины хориоретинальных очагов на глазном дне у больных с клинически излеченным туберкулезным хориоретинитом до и после комплексного санаторного лечения.

Материалы и методы. Проведено пилотное исследование, в которое включены 11 больных III группы диспансерного учета с очаговой поствоспалительной хориоретинальной дистрофией оболочек глаза макулярной локализации после перенесенного туберкулезного хориоретинита. У 3 из этих пациентов были поражены оба глаза, поэтому общее число глаз (как единиц наблюдения) составило 14.

Всем пациентам выполняли стандартные офтальмологические исследования при поступлении в санаторий и по окончании лечения. Санаторная реабилитация пациентов этой категории состояла из общего и местного лечения на фоне приморско-лесного климата. Пациентам назначали пешие прогулки по местности, лечебную гимнастику, диетпитание, травяные чаи. Общее лечение включало внутримышечное введение витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, внутривенное введение трентала и милдроната. Местное лечение включало парабульбарные инъекции препаратов трофического действия – эмоксипина, тауфона, гистохрома, актовегина, магнитотерапию. Продолжительность лечения составляла 2 мес. согласно группе диспансерного учета.

Морфологические изменения сетчатки (макулярной зоны) оценивали с помощью оптической когерентной томографии. Эта неинвазивная сканирующая методика благодаря высокой разрешающей способности прибора позволяет изучать сетчатку на морфологическом уровне прижизненно. Важная функция когерентного томографа заключается в воз-

можности количественной оценки толщины сетчатки в микронах (мк) в исследуемой области. Использовали аппаратно-программный комплекс RTVue – 100 (OptoVue, США). Всем пациентам сканировали макулярную зону по протоколу EMM5 до начала лечения и по его завершении. Этот протокол предусматривает измерение полной толщины слоев сетчатки от внутренней пограничной мембраны до пигментного эпителия. Толщина измеряется в 9 сегментах макулярной зоны и представляется в целом как цветная карта. Полученную цветную карту распечатывали и фиксировали в истории болезни, а второй ее экземпляр с заключением выдавали на руки пациенту.

Статистическую обработку числовых показателей проводили описательными методами на персональном компьютере в программе Statistica 6.1.

Результаты. Показатели толщины сетчатки представлены в таблице.

Как следует из таблицы, комплексное общее и местное противодистрофическое лечение приво-

Таблица

Толщина сетчатки в макулярной зоне у больных с посттуберкулезной дистрофией

Сегмент макулярной зоны		До лечения, мк	После лечения, мк
Радиус 1 мм		301,50 ± 46,05	243,50 ± 68,68
Радиус 3 мм	Верхний	307,50 ± 21,21	250,50 ± 11,47
	Нижний	286,30 ± 21,17	256,50 ± 25,68
	Височный	292,50 ± 7,14	239,25 ± 42,79
	Носовой	277,75 ± 26,42	247,00 ± 41,04
Радиус 5 мм	Верхний	283,25 ± 36,39	265,00 ± 27,22
	Нижний	286,50 ± 29,59	262,75 ± 26,31
	Височный	284,50 ± 26,59	253,50 ± 54,18
	Носовой	255,50 ± 37,93	217,50 ± 58,98

дило к отчетливому снижению толщины сетчатки по всей площади ее центральной зоны, занятой дегенеративно-дистрофическими изменениями.

Заключение. Основываясь на результатах измерений аппаратно-программного комплекса можно заключить, что дистрофические хориоретинальные очаги претерпевают морфогенез

под воздействием патогенетически ориентированной комплексной терапии, проводимой на санаторном этапе. Неинвазивная методика оптической когерентной томографии может послужить критерием эффективности лечения пациентов с туберкулезными хориоретинитами центральной локализации.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОБ УСЛОВИЯХ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

АЛЕКСАНДРОВА Т. Е., НЕЧАЕВ И. Е., АЛЕКСАНДРОВ Е. И.

SURVEY OF PATIENT'S ATTITUDE TOWARDS THE CONDITIONS OF SANATORIUM TREATMENT

ALEXANDROVNA T. E., NECHAEV I. E., ALEXANDROV E. I.

ФГБУ «Туберкулезный санаторий "Выборг-3"» МЗ РФ, Ленинградская область, п. Красный Холм

Vyborg-3 Tuberculosis Sanatorium, Leningrad Region, Krasny Kholm, RF

Санаторное лечение – неотъемлемый и достаточно продолжительный этап лечения туберкулеза любой локализации, поэтому удовлетворенность пациентов является индикатором качества медицинской помощи санаторно-курортной медицинской организации и косвенно отражает его материально-техническую базу.

Цель: изучение мнения пациентов специализированного фтизиоофтальмологического санатория об условиях пребывания.

Материалы и методы. С 2014 г. в санатории проводится анонимное анкетирование пациентов. Используется анкета по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в санаторно-курортных условиях (приложение № 3 к методическим рекомендациям по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздрава России от 31 октября 2013 г. № 810а). Анкета содержит ряд вопросов с вариантами ответов. Методом сплошной статистической выкопировки отобраны 110 анкет пациентов, получавших лечение и выписанных из санатория в течение 2 мес. Представлены результаты обработки ответов пациентов на вопросы, касающиеся бытовой стороны проживания в санатории: диетическое питание, режим дня, уборка помещений, условия оказания медицинской помощи, а также предложения и пожелания больных по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг. Высчитывали долю предложенных вариантов ответов.

Результаты. На вопрос «удовлетворены ли вы питанием во время пребывания в медицинской организации?» 62,1% респондентов ответили,

что полностью удовлетворены; 28,7% – частично удовлетворены; 5,6% пациентов – скорее не удовлетворены; 3,4% больных считали, что питание неудовлетворительное. Подтвердили, что в спальном корпусе санатория всегда было тихо в ночное время 80,2% больных; 15,1% пациентов ответили, что в ночное время, как правило, было тихо; 3,8% пациентов отмечали, что тишина в ночное время соблюдалась редко; 0,9% больных считали, что ночью в спальном корпусе шумно. Другой вопрос анкеты затрагивал качество уборки, освещение и температурный режим в помещениях. При ответах на этот вопрос 78% опрошенных были полностью удовлетворены условиями пребывания; 18,3% пациентов были частично удовлетворены средой пребывания; 2,8% опрошенных были скорее не удовлетворены условиями пребывания в помещениях; 0,9% больных полностью не устраивали условия пребывания. В анкете содержался вопрос об удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи в целом. На этот вопрос положительно ответили 68,2% пациентов, которых полностью устраивали санаторные условия; 26,2% респондентов считали, что условия оказания медицинской помощи в санатории скорее удовлетворительные, чем нет; 3,7% опрошенных ответили, что они больше не удовлетворены; 1,9% больных были не удовлетворены условиями оказания медицинской помощи в санатории. В качестве предложений и пожеланий 33,3% пациентов высказывали, что необходимы те или иные улучшения бытовых условий пребывания; 12,3% опрошенных высказали пожелания по улучшению досуга; 14% пожеланий и предложений касались организации диагностической и лечебной работы;