

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

ТИМОШЕНКО И. Н.¹, МАСЛЕННИКОВА Т. И.¹, ВЕЛИКАЯ О. В.², ЛУШНИКОВА А. В.², ХОРОШИЛОВА Н. Е.², ЛЕЛИКОВА В. Д.¹

ORGANIZATION OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS TREATMENT ON THE FACILITIES ON DAY HOSPITAL

TIMOSHENKO I. N.¹, MASLENNIKOVA T. I.¹, VELIKAYA O. V.², LUSHNIKOVA A. V.², KHOROSHILOVA N. E.², LELIKOVA V. D.¹

¹КУЗ ВО «Воронежский областной противотуберкулезный диспансер им. Н. С. Похвисневой», г. Воронеж
²ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж

¹Voronezh Regional Clinical Anti-tuberculosis Dispensary named after N. S. Pokhvisneva, Voronezh, RF

²Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, RF

Амбулаторная химиотерапия является основной организационной формой лечения больных с несложным туберкулезом легких. Важным шагом к этому является организация стационарзамещающей помощи больным туберкулезом, к которой относится дневной стационар. Дневной стационар имеет особое значение для больных, у которых нет удовлетворительных жилищно-бытовых условий и имеются трудности материального плана. Создание такого стационара позволяет обеспечить этапность контролируемого лечения больных без увеличения коечного фонда.

Цель: изучить организацию и эффективность лечения больных туберкулезом в условиях дневного стационара.

Материалы и методы. В Воронежском областном клиническом противотуберкулезном диспансере им. Н. С. Похвисневой дневной стационар организован в апреле 2013 г. на 50 коек с целью оказания квалифицированной фтизиатрической помощи больным туберкулезом, не нуждающимся в круглосуточном пребывании в стационаре. Больные, проходящие лечение в дневном стационаре, находятся в отделении с 8 до 15 ч. Ежедневно больных осматривает врач, прием противотуберкулезных препаратов осуществляется в присутствии медицинской сестры. Больным проводятся лабораторные и рентгенологические исследования, физиотерапевтические процедуры.

В дневном стационаре в 2014 г. на лечении находилось 114 больных туберкулезом, в том числе 20 (17,54%) больных получали лечение в стационаре на дому, из них 68 (59,65%) мужчин и 46 (40,35%) женщин. Диагноз туберкулеза впервые был установлен 94 (82,46%) пациентам, больные прошлых лет составили 17,54% (20 человек), в том числе у 13 (65,00%) больных наблюдался рецидив и у 7 (35,00%) – прогрессирование туберкулезного процесса в легких.

Изменения в легких выявлены при проверочном флюорографическом обследовании у 71 (62,28%) больного, при обращении к врачу – у 38 (33,33%), при обследовании по контакту – у 5 (4,39%) больных.

Туберкулез органов дыхания наблюдался у 111 (97,37%) больных. При этом активные туберкулезные изменения в легких имелись у 78 (70,27%) больных, у 31 (27,93%) было состояние после резекции легкого по поводу инфильтративного туберкулеза, у 1 (0,90%) больного отмечались остаточные изменения после перенесенного инфильтративного туберкулеза и у 1 (0,90%) – клиническое излечение хронического диссеминированного туберкулеза. Наблюдались следующие клинические формы туберкулеза легких: очаговый туберкулез легких – у 2 (2,56%) больных, инфильтративный – у 68 (87,18%), в том числе у 4 (5,88%) больных в сочетании с туберкулезом бронхов, у 1 (1,47%) – в сочетании с туберкулезом лимфатических узлов, а также у 1 (1,47%) – в сочетании с туберкулезным папиллитом; диссеминированный туберкулез легких – у 3 (3,85%), в том числе у 1 (33,33%) больного в сочетании с туберкулезным плевритом, туберкулема легких наблюдалась у 2 (2,56%) больных, казеозная пневмония в сочетании с туберкулезным плевритом – у 1 (1,28%), у 2 (2,56%) больных – цирротический туберкулез. У 1 (0,87%) больного был установлен фиброзно-кавернозный микобактериоз. Внелегочные формы туберкулеза легких наблюдались у 2 (1,75%) больных, в том числе у 1 (50,00%) – двусторонний туберкулезный сальпингит и у 1 (50,00%) пациента – туберкулез локтевого сустава.

Деструктивные процессы в легких наблюдались у 35 (31,53%) больных, микобактерии туберкулеза (МБТ) в мокроте обнаружены у 49 (44,14%) больных, в том числе методом посева – у 34 (69,39%), методом Бактек – у 11 (22,45%), методом ПЦР (JX) – у 17 (34,69%), методом простой микроскопии – у 2 (4,08%) больных, методом люминесцентной микроскопии – у 17 (34,69%) больных, у 32 (65,31%) больных МБТ в мокроте выявлены двумя из вышеуказанных методов. У 22 (44,90%) больных наблюдалась множественная лекарственная устойчивость МБТ, у 2 (4,08%) – широкая лекарственная устойчивость МБТ.

Различные сопутствующие заболевания имели 102 (89,47%) больных.

За период лечения в дневном стационаре 111 (97,37%) больных получали лечение по следующим режимам химиотерапии (РХТ): по РХТ1 – 48 (43,24%), по РХТ2 – 4 (3,60%), по РХТ3 – 12 (10,81%), по РХТ4 – 47 (42,35%) больных.

Результаты исследования. За 2014 г. больными проведено в дневном стационаре 16 878 койко-дней, среднее пребывание больного на койке составило 21,4; оборот койки – 2,8; фактическая работа койки – 337,6.

Эффективность лечения больных в дневном стационаре за 2014 г. составила 82,4%, при этом абацилирование составило 63,42%, закрытие полостей распада – 41,38%. Переведен в III группу диспансерного учета 31 (27,19%) больной. На лечение под наблюдение участкового фтизиатра выписано 65 (57,01%) больных, направлено на оперативное ле-

чение 5 (4,39%), на санаторно-курортное лечение – 1 (0,88%), в корпус № 1 повторно госпитализированы 5 (4,39%), категорически отказались от лечения 7 (6,14%) больных. Умерших и оторвавшихся от лечения пациентов за прошедший год не было.

Выводы.

1. Лечение больных туберкулезом в дневном стационаре обеспечивает контролируемость РХТ.

2. Эффективность лечения больных туберкулезом в условиях дневного стационара в 2014 г. составила 82,4%.

3. Организация дневного стационара позволяет рационально использовать ресурсы противотуберкулезного диспансера, не нарушая доступность, этапность, контролируемость медицинской помощи больным туберкулезом.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЗВОНОЧНИКА

ТУЙЧИЕВ Н. Н., НАЗИРОВ П. Х., ДЖУРАЕВ Б. М., МАХМУДОВА З. П., РУСТАМОВ Ф. Х.

CLINICAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF FUNCTIONAL DISORDERS OF GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF SPINAL TUBERCULOSIS

TUYCHIEV N. N., NAZIROV P. KH., DZHURAEV B. M., MAKHMUDOVA Z. P., RUSTAMOV F. KH.

РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. А. Алимова МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Scientific and Practical Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology named after Sh. A. Alimov, Tashkent, Uzbekistan Republic

У больных с осложненными формами туберкулезного спондилита нарушается транзит содержимого по желудочно-кишечному тракту. Эти нарушения являются ведущими в возникновении таких клинических симптомов, как мальабсорбция, абдоминальная боль, метеоризм, запор. Однако характер и механизм этих изменений двигательной функции желудочно-кишечного тракта у больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника до сих пор изучены недостаточно.

Цель: изучение частоты и характера клинических проявлений функциональной кишечной недостаточности у больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника.

Материалы и методы. Проведено обследование 102 больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника. Из них 69 (48,3%) – мужчины и 53 (51,9%) – женщины. Рентгенотомографически у 10 (9,8%) больных специфический процесс локализовался в шейном, у 17 (16,6%) – в грудном, у 23 (22,5%) – в груднопоясничном, у 25 (24,5%) – в поясничном, у 27 (26,4%) – в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Поражение 2 позвонков и более установлено у 65 (63,7%), более 3 позвонков – у 37 (36,2%) пациентов. У всех больных экви-

валентом боли было чувство дискомфорта в эпигастрии. Больные часто затруднялись точно указать место его локализации, отмечая, что дискомфорт возникал в верхних отделах живота, больше в эпигастрии, иногда в околопупочной области. У 35 (34,3%) пациентов отмечались постоянные тупые ноющие боли, интенсивность которых варьировала от умеренной – у 14 (40,0%), до слабовыраженной – у 15 (14,7%). Острый или режущий характер боль носила у 6 (17,1%) пациентов. Отмечали четкую связь болей с приемом пищи 15 (14,7%) больных, причем у 8 (57,1%) из них были ранние боли, у 7 (46,6%) – поздние, у 5 (41,7%) – их сочетание. Жаловались на голодные боли 10 (9,8%) пациентов, 5 (50,0%) из них – на ночные. Не связывали возникновение болей с приемом пищи 18 (17,6%) больных. У 22 (21,5%) больных имел место диспепсический синдром: плохой аппетит, тошнота, изжога, отрыжка, метеоризм и боли в эпигастрии. Показаниями к радикально-восстановительным операциям на позвоночном столбе являлись: спинномозговые расстройства, вызванные грубой деформацией позвоночного канала, спастические паразезы и параличи нижних конечностей, нарушение функции тазовых органов, а также наличие пара- и превертебральных абсцессов.