
ВКЛАД САНАТОРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ В РЕАЛИЗАЦИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

ГОРБУНОВА Л. А., КАЗИМИРОВА Н. Е., ФОМИН О. Н.

CONTRIBUTION OF SANATORIUM STATE OF TREATMENT INTO REHABILITATION POTENTIAL OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

GORBUNOVA L. A., KAZIMIROVA N. E., FOMIN O. N.

ГБОУ ВПО «Саратовский медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, г. Саратов
ФГУ «Туберкулезный санаторий "Голубая бухта"», г. Геленджик

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, RF
Golubaya Bukhta Tuberculosis Sanatorium, Gelendzhik, RF

Цель: определить факторы, влияющие на эффективность лечения больных туберкулезом на санаторном этапе реабилитации.

Материалы и методы. Проанализированы 263 клинические истории болезни пациентов южного климатического туберкулезного санатория, результаты исследования показателей качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты исследования. Получено, что наиболее полноценно возможности туберкулезного санатория реализуются в группе оперированных больных и больных инфильтративным туберкулезом – значительное улучшение (ЗУ) достигается в 58,8 и 52,3% случаев при 33,3% в группе больных туберкулезным плевритом, 28,6% – диссеминированным туберкулезом, 24,5% – очаговым туберкулезом.

Среди факторов, определяющих высокий уровень эффективности санаторного лечения, наиболее значимым является длительность периода от времени проведения операции до поступления в санаторий. Так, максимальный уровень реабилитации (ЗУ) достигался при минимальном интервале времени: 60% достигших ЗУ прибывали в туберкулезный санаторий в течение 2-3 мес. после операции, что в 3 раза реже имело место в группе с более низким реабилитационным уровнем (20,3%). По мере удлинения интервала времени уменьшалась доля больных, достигших максимального уровня санаторной реабилитации: через 4-5 мес. ЗУ встречается в 33,3% случаев; через 6-9 мес. – только в 6,7% случаев. Соответственно, по мере увеличения периода после операции у больных достоверно чаще отмечался более низкий эффект от санаторного лечения, а в случае направления пациентов в санаторий через 10-12 мес. и позже удавалось добиться только улучшения состояния (У).

Минимизация межэтапного периода повышает приверженность пациентов к выполнению рекомендаций врачей по длительности санаторного лечения: 73,1% достигших значительного улучшения (ЗУ) лечились в санатории не менее 60 сут при мини-

мальном периоде в 30 сут – у 13,3% пациентов. Укорочение длительности пребывания больных в туберкулезном санатории коррелирует со снижением уровня достигнутой в санатории реабилитации. Так, в группе достигших улучшения (У) доминируют пациенты с короткими сроками лечения: до 30 сут – 60,4% случаев; до 40 сут – 16,6% и до 60 сут – только 21,2% больных.

Как показывают результаты опросов пациентов, сокращение длительности пребывания пациентов в санатории обусловлено тем, что больные в своем стремлении раннего возвращения к трудовой деятельности минуют санаторный этап реабилитации сразу после завершения стационарного этапа лечения, возвращаясь к нему во время очередного отпуска. В этих случаях нарушается преемственность этапов лечения больных туберкулезом с неизбежной дисгармонией инволютивных процессов, что препятствует полноценной реализации реабилитационного потенциала больного.

Выявлены закономерности влияния нарушения преемственности этапов лечения больных туберкулезом на эффективность использования санаторного этапа реабилитации. Имеются недостатки в психотерапевтической поддержке больных на стационарном этапе лечения, что снижает мотивацию пациентов к своевременному санаторному лечению.

К факторам, повышающим мотивацию пациентов к выполнению всех рекомендаций медицинского персонала санатория, можно отнести коморбидность больных в связи с тем, что наличие активного туберкулеза является противопоказанием для лечения сопутствующей патологии в соответствующих профильных санаториях. В этих случаях туберкулезный санаторий оказывает неоценимую помощь в повышении адаптационного резерва пациентов для минимизации вероятности рецидивов. Так, среди достигших значительного улучшения (ЗУ) коморбидность отмечается в среднем у 71,7% больных, наличие более 2 сопутствующих заболеваний – у 48,1%. У больных очаговым туберкулезом сопут-

ствующая патология встречалась в 100% случаев, диссеминированным – в 87,5% случаев, у послеоперационных больных – в 80% случаев, туберкулезным плевритом – в 66,7% и инфильтративным туберкулезом – в 52,9% случаев. Достижение высокого уровня эффективности санаторного лечения в этих случаях базируется на оказании квалифицированной многопрофильной помощи больным туберкулезом, позволяющей осуществлять персональный подход к выбору программ реабилитации больных.

Выявлены социально-демографические предикторы достижения высокой эффективности санаторного лечения больных туберкулезом: достоверно чаще значительного улучшения (ЗУ) достигают больные, имеющие семью (60 при 28,6% в группе У; $p < 0,05$) и воспитывающие детей (50 и 14,3%; $p < 0,01$) при отсутствии влияния фактора наличия постоянной работы. Выявлено, среди оперированных больных максимального уровня реабилитации (ЗУ) в санатории достоверно чаще удается достичь в группе молодых больных 18-34 лет (59%) при 37% в группе 35-50-летних и только у 4% в старшей возрастной группе (> 50 лет).

Изучение показателей качества жизни выявило, что максимальный уровень эффективности санаторного лечения (ЗУ) достоверно чаще встречался

в группе больных с превалированием позитивных психоэмоциональных черт личности, что потенцировало в процессе лечения повышение общего качества жизни с нормализацией их психологической сферы, улучшением личных взаимоотношений и гармонизации отношения к окружающей среде.

Выводы.

1. Наиболее эффективно лечение в южном климатическом туберкулезном санатории в группе больных, поступивших после операции по поводу туберкулеза легких, и группе больных инфильтративным туберкулезом.

2. Основным фактором, определяющим высокую эффективность санаторного этапа лечения прооперированных больных, является минимальный интервал (2-3 мес.) между проведением операции и поступлением в санаторий.

3. Наиболее эффективно санаторное лечение в группе молодых оперированных больных, работающих, имеющих семью и детей.

4. Превалирование позитивных психоэмоциональных черт личности (по показателям качества жизни) лежит в основе восстановления психологического и профессионально-социального статуса больного в процессе лечения в южном туберкулезном санатории.

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ЗА 2005-2014 гг.

ГУСЕЙНОВ Г. К.¹, АДЗИЕВ А. А.², ГИРЕЕВ Т. Г.¹, МУТАЛИМОВ М. А.¹, ПАХИЕВА Х. Ю.¹, ГУСЕЙНОВ А. К. Г.¹, АСХАБАЛИЕВ М. Г.², ТАГИРОВА П. И.², АХМЕДДИБИРОВА З. Р.²

CHANGES IN TB RATES IN DAGESTAN REPUBLIC IN 2005-2014

GUSEYNOV G. K.¹, ADZIEV A. A.², GIREEV T. G.¹, MUTALIMOV M. A.¹, PAKHIEVA KH. YU.¹, GUSEYNOVA-K. G.¹, ASKHABALIEV M. G.², TAGIROVA P. I.², AKHMEDDIBIROVA Z. R.²

¹ГБОУ ВПО «Дагестанская медицинская академия», г. Махачкала

²Республиканский противотуберкулезный диспансер МЗ РФ, г. Махачкала

¹Dagestan Medical Academy, Makhachkala, RF

²Republican TB Dispensary, Makhachkala, RF

После резкого ухудшения эпидемической ситуации по туберкулезу в постсоветском пространстве в 90-х годах прошлого века в начале XXI в. положение постепенно стабилизировалось. При этом улучшение эпидемиологических показателей в разных регионах Российской Федерации происходило неодинаковыми темпами. Дагестан оказался в числе тех регионов, где оно происходило более высокими темпами.

Цель: анализ динамики основных показателей по туберкулезу в Республике Дагестан за последние 10 лет (2005-2014 гг.), разработка мероприятий по их улучшению.

Материалы и методы. Проанализированы годовые отчеты республиканского противотуберкулезного диспансера и данные научных исследований сотрудников кафедры фтизиатрии Даггосмедакадемии.