

регион столкнется со значительными трудностями в планировании дальнейшей интенсификации СМП, требуемые параметры которой, как показали последние события, изменяются значительно быстрее, чем эпидемическая ситуация среди населения.

При этом необходимо отметить, что использование как ЦИ показателя охвата населения проверочными осмотрами вообще вряд ли перспективно для характеристики СМП-ТБ. Опыт реализации ФЦП с использованием модифицированной модели мониторинга туберкулеза в регионе, тем более с учетом результативности диспансеризации населения, показал, что в основе планирования и организации проверочных осмотров должно быть приоритетным выявление туберкулеза в группах риска, которые должны определяться в каждом регионе конкретно. Ведь вряд ли что-то характеризует 100%-ное выполнение плана, если в основе его осмотр декретированных контингентов. В то же время, используя такую тактику осмотров, при показателе выявления туберкулеза флюорографическим методом в регионе 0,24 более 60% больных выявлено активно.

Достигнутая эффективность СМП-ТБ требует пересмотра не только путей ее интенсификации, но неизбежно – определения ее объемов для расчета финансирования. Последнее же является в создавшихся социально-экономических условиях крайне болезненным для специализированной противотуберкулезной службы даже в сравнении с другими службами здравоохранения.

Необходимо определиться с объемами СМП-ТБ, оказываемой в стационарных условиях, так как снижение заболеваемости и распространенности туберкулеза приводит к сокращению числа больных. Так, в регионе контингенты активных больных, нуждающихся в лечении, за последние пять лет уменьшились, распространенность в регионе ниже

показателя по РФ на 71,8% и по ЦФО на 49,6%. Совершенно очевидно, что это приводит к показателям, которые будут рассматриваться как недостаточно эффективная работа койки. К примеру, достигнут показатель 1,29 больного/койку и, следовательно, показано значительное сокращение госпитальной сети. Конечно, с учетом требований к внедрению стационар-замещающих технологий это неизбежно скажется на финансировании остальных противоэпидемических мероприятий.

Указанные «последствия» достижения ЦИ повлекут за собой необходимость пересмотра кадрового состава медицинских работников, оказывающих СМП-ТБ. Наряду с требованием резкого повышения профессиональной компетентности для владения новыми технологиями, неизбежно возникает вопрос о штатном составе противотуберкулезной службы. Так, при заболеваемости детей 1,7 и подростков 9,7, с учетом снижения как инфицированности, в том числе первичной, так и изменений в тактике иммунодиагностики (применение пробы с диаскинтестом) резко могут сократиться объемы СМП, т. е. снизится функциональная нагрузка фтизиатров, занимающихся этими контингентами. Аналогичная ситуация возникнет для участково-поликлинической сети диспансеров.

В создавшейся ситуации представляется целесообразным пересмотр индикаторов эффективности СМП-ТБ с учетом эпидемической ситуации в конкретных регионах. Далее, наряду с требуемым, неизбежным в экономических условиях сокращением объемов СМП-ТБ, необходим пересмотр направлений ее оказания – приоритетно в контингентах групп риска и больных с патологией органов дыхания. Последнее требует разрешения давно назревшей проблемы введения специальности «Фтизиопульмонология».

---

## ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДИ КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ

СТАРОСТИН В. П.<sup>1</sup>, ЛУГИНОВА Е. Ф.<sup>2</sup>, ЧЕРЕМКИНА В. И.<sup>1</sup>, ИЛЛАРИОНОВА Т. Г.<sup>1</sup>

## TUBERCULOSIS AMONG PATIENTS OF CHILDREN SANATORIUM

STAROSTIN V. P.<sup>1</sup>, LUGINOVA E. F.<sup>2</sup>, CHEREMKINA V. I.<sup>1</sup>, ILLARIONOVA T. G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ТБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканский детский туберкулезный санаторий им. Т. П. Дмитриевой», г. Якутск,

<sup>2</sup>ТБУ Республики Саха (Якутия) НПЦ «Фтизиатрия», г. Якутск

<sup>1</sup>T.P. Dmitrieva Republican Children TB Sanatorium, Yakutiya, Sakha Republic, RF

<sup>2</sup>Scientific Practical Phthisiology Center, Yakutsk, RF

---

**Цель:** анализ структуры контингента Республиканского детского туберкулезного санатория (РДТС) им. Т. П. Дмитриевой в 2011-2013 гг. для определения обоснованности направления их на обследование и лечение.

**Материалы и методы.** Проанализированы отчетные данные лечебных отделений РДТС за последние три года. В 2011-2013 гг. в РДТС находилось 2 228 детей в возрасте от 2 до 14 лет. Анализ проводили посредством обработки статистических данных



и изучения медицинской документации больных. РДТС имеет 250 коек, 2 отделения (1-е – дошкольное, 2-е – школьное), в которых предусмотрены койки для лечения и обследования детей в возрасте от 2 до 14 лет.

**Результаты.** Анализ медико-статистического исследования показал, что 56,8% (1 265) составили дети из г. Якутска, 43,2% (963) – из районов Республики Саха. По национальному составу преобладали якуты (59,4%), русские составили 23,4%, прочие – 17,2%. Мальчиков было 1 155 (51,8%), девочек – 1 073 (48,2%). Родители были служащими у 29,8%, рабочими – у 39,3%, безработными – у 30,1%, охотниками и оленеводами – у 0,8% больных.

Всем детям при поступлении проводили обязательный диагностический минимум исследований, в том числе иммунологические тесты (проба Манту с 2 ТЕ-ППД-Л, проба с диаскин-тестом), клинические и биохимические анализы, рентгеномографическое и РКТ-исследование органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиографию. Все дети осматривались офтальмологом, оториноларингологом, стоматологом, другими специалистами – по показаниям.

С целью диагностики туберкулеза дети с подозрением на локальный туберкулез решением врачебной комиссии учреждения представлялись на рассмотрение централизованной врачебной комиссии (ЦВК) республики. Всего в 2011-2013 гг. в регионе туберкулез впервые зарегистрирован у 176 детей (2011 г. – 61, 2012 г. – 67, 2013 г. – 48), в том числе у 81 (46%) из них диагноз выставлен в РДТС (2011 г. – 20 детей, 2012 г. – 37, 2013 г. – 24). После постановки на ЦВК клинического диагноза дети с активным туберкулезом переводились в детскую клинику ННЦ «Фтизиатрия» для получения основного курса химиотерапии. На ЦВК также определялись режим химиотерапии, длительность интенсивной фазы лечения, больному присваивался индивидуальный регистрационный номер. В 2011-2013 гг. всего было 2 267 представлений детей на ЦВК, в том числе активный туберкулез выявлен у 176 (7,8%) из них.

Наряду с активным туберкулезным процессом, у детей выявлялся туберкулез в фазе обратного развития. Всего по Республике Саха (Якутия) в 2011-2013 гг. впервые на диспансерный учет по IIIA группе взято 175 детей (2011 г. – 60, 2012 г. – 71, 2013 г. – 44), из них в РДТС диагноз выставлен в 119 (68%) случаях (2011 г. – 37, 2012 г. – 45, 2013 г. – 37). Дети с неактивным туберкулезом продолжали лечение в условиях РДТС.

В структуре клинических форм активного туберкулеза у детей в санатории преобладали туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (74%) и первичный туберкулезный комплекс (24,8%), значительно реже – другие формы. То же самое наблюдалось и в структуре клинических форм туберкулеза в неактивной фазе. Среди детей с актив-

ным процессом больных с бактериовыделением и распадом легочной ткани не зарегистрировано.

В 2011-2013 гг. дети с локальными специфическими процессами в активной фазе составили 3,7% (81 из 2 228 больных), в неактивной – 5,3% (119 из 2 228 детей) в структуре контингента санатория.

Дети из групп риска по заболеванию туберкулезом составили 91% (2 028 из 2 228 детей) из общей численности больных, находившихся на лечении в санатории в 2011-2013 гг. Детей с латентной туберкулезной инфекцией и из контактов с больными туберкулезом было 1 729 (85,3%) из 2 028 детей, часто болеющих – 299 (14,7%).

Для всех детей с латентной туберкулезной инфекцией после комплексного обследования разрабатывалась программа превентивного лечения и оздоровления. Важной составляющей комплексного лечения детей с латентной туберкулезной инфекцией и часто болеющих детей являлась терапия, направленная на повышение сопротивляемости организма и нормализацию иммунного статуса. С этой целью в санатории применяется новая медицинская технология № ФС-2007/137 «Лечение детей и подростков с латентной туберкулезной инфекцией», разработанная профессором В. А. Аксеновой. При проведении профилактики туберкулеза у инфицированных детей, помимо назначения противотуберкулезных препаратов, проводились терапия неспецифической патологии, санация хронических очагов инфекции для повышения устойчивости к респираторным инфекциям. Дети также по показаниям получали физиотерапевтические процедуры: массаж (общий, местный, сегментарный), кинезотерапию (ЛФК, «Скандинавская ходьба»), талассотерапию (лечебные ванны), аэротерапию (воздушные ванны), аппаратную физиотерапию, фитотерапию. При аппаратной физиотерапии использовали искусственные источники лучевой энергии, проводили электротерапевтические процедуры. Важнейшей составной частью гигиенического режима санатория является лечебное питание. Дети получали ежедневно кисло-молочные продукты, кумыс, 2 раза в день – свежие овощи и фрукты. Калорийность питания, содержание основных питательных веществ максимально приближены к среднесуточным нормативам продуктов для больных и инфицированных микобактерией туберкулеза детей, утвержденных НИИ питания РАМН от 03.04.2007 г. Эффективность лечения определялась методикой оценки санаторного лечения в баллах, рекомендованной Санкт-Петербургским НИИ фтизиопульмонологии. Эффективность лечения детей в санатории в 2011-2013 гг. составила 93%.

**Заключение.** Больные активным туберкулезом составили 3,7% в структуре контингента санатория, но каждый второй ребенок, заболевший туберкулезом в республике в 2011-2013 гг., был выявлен в санатории. Полученные данные диктуют необходимость четкого определения в условиях диспансера обоснованности направления больных в санаторий или стационар.