

и распространенностью деструктивных изменений в зависимости от уровня иммуносупрессии не выявлено.

У 18 (34,6%) пациентов в картине преобладали интерстициальная инфильтрация, а у 4 (7,7%) пациентов визуализировались неочерченные очаговые изменения по типу «матового стекла». В 39 (75%) случаях зафиксировано вовлечение в специфический процесс внутригрудных лимфоузлов, преимущественно двухстороннее. У 50 (96,2%) отмечался выраженный полиморфизм изменений в виде сочетание нескольких скialogических симптомов в легких.

Заключение. Анализ данных МСКТ у пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом на фоне выраженной иммуносупрессии ($CD4 < 200$ кл/мкл) показал, что в легочной ткани определялись как

синдромы, типичные для туберкулеза легких (четко очерченные очаги; альвеолярная инфильтрация, полостные образования в легких, внутригрудная лимфаденопатия; плеврит), так и атипичные проявления (очаги по типу «матового стекла»; интерстициальная инфильтрация). Характерны выраженный полиморфизм изменений и высокая частота вовлечения в процесс внутригрудных лимфоузлов. Микроскопическое исследование мокроты малоэффективно в верификации туберкулеза у пациентов с низким иммунным статусом. У ВИЧ-позитивных пациентов с низким уровнем $CD4$ -лимфоцитов более целесообразно использовать в диагностике туберкулеза методы молекулярно-генетических технологий и биопсию периферических/внутригрудных лимфатических узлов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ САНАТОРИЯХ

ЛОЗОВСКАЯ М. Э.¹, ОСИПОВА М. А.¹, СУСЛОВА Г. А.¹, БЫКОВА А. И.², КАРАСЕВ Г. Г.²

LIFE QUALITY OF CHILDREN AS A TOOL FOR PLANNING AND EFFECTIVENESS EVALUATION OF REHABILITATION PROGRAMS IN TUBERCULOSIS SANATORIUM

LOZOVSKAYA M. E.¹, OSIPOVA M. A.¹, SUSLOVA G. A.¹, BYKOVA A. I.², KARASEV G. G.²

¹ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

²ФГБУ «Детский туберкулезный санаторий "Пушкинский"» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

¹St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, RF

²Pushkinsky Pediatric Tuberculosis Sanatorium, St. Petersburg, RF

Туберкулезный санаторий в современных условиях сохраняет позицию неотъемлемого звена в системе оказания противотуберкулезной помощи детям и подросткам. Однако возможности санаторного лечения используются не в полной мере, что уже привело к сокращению числа санаторных коек по всей стране. Хотя дети практически из всех групп диспансерного наблюдения нуждаются в санаторном этапе лечения и реабилитации, приверженность к нему является явно недостаточной. В связи с этим важно проводить планирование и оценку эффективности санаторных реабилитационных программ на основе адекватных методик.

Цель: апробация метода оценки качества жизни (КЖ) детей при планировании реабилитационных программ и оценки их эффективности в туберкулезных санаториях.

Материалы и методы. Использован сертифицированный детский опросник Pediatric Quality of Life Inventory (Peds QL), русская версия, блок для детей 13-18 лет, общий модуль. Опросник состоит из 23 вопросов, 6 шкал: физическое функционирование –

ФФ (8 вопросов), эмоциональное функционирование – ЭФ (5 вопросов), социальное функционирование – СФ (5 вопросов), жизнь в школе, или школьное функционирование ШФ (5 вопросов). Психосоциальное функционирование – ПСФ, оценивается по шкалам ЭФ и СФ, обобщенная оценка КЖ проводится по суммарной шкале (СШ). Количество баллов после кодирования рассчитывается по 100-балльной системе. Базой исследования был ФГБУ «Детский туберкулезный санаторий "Пушкинский"». Для общей предварительной оценки КЖ пациентов, поступающих в санаторий в 2014 г., было обследовано 150 детей 13-17 лет с различными проявлениями туберкулезной инфекции (имевших локальные формы туберкулеза и инфицированных микобактерией туберкулеза). С целью определения эффективности реабилитационных программ, руководствуясь международными стандартами исследования КЖ, анкетирование 35 респондентов было проведено дважды: первоначально – при поступлении в санаторий, повторно после курса санаторного лечения и реабилитации (срок 6 мес.).

Из 35 детей, обследованных в динамике, у 7 (20%) были остаточные явления перенесенного туберкулеза органов дыхания, у остальных 28 (80%) человек – туберкулезный процесс в фазе рассасывания и уплотнения или в фазе кальцинации. Санаторно-му лечению детей с активным туберкулезом предшествовал курс терапии в стационаре, в том числе у 4 (11,4) детей с использованием хирургического лечения. Санаторная программа лечения и реабилитации, помимо использования специфических и патогенетических препаратов, включала режим, диету, физиотерапию, фитотерапию, лечебную физкультуру с включением йогатерапии дыхательной системы и позвоночника, лечение сопутствующей патологии, индивидуальные и групповые занятия с психологом, школьную реабилитацию, занятия в кружках, праздникотерапию, культурную программу. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета анализа данных программы Microsoft Excel 2010.

Результаты. Оценка КЖ у 150 детей, поступивших в санаторий, была следующей: ФФ – $80,7 \pm 1,1$ (47 – 100); ЭФ – $60,8 \pm 1,5$ (10 – 100); СФ – $78,3 \pm 1,4$ (30 – 100); ШФ – $64,6 \pm 1,6$ (0 – 100); ПСФ – $69,5 \pm 1,3$ (20 – 100); СШ – $71,2 \pm 1,1$ (35 – 98). Таким образом, по оценке самих детей, наиболее проблемными аспектами КЖ у них являются ЭФ и ШФ. Обращает внимание большой диапазон индивидуальных данных по различным составляющим КЖ (от 0-10 до 100 баллов). Исследование КЖ в динамике у 35 пациентов с локальными измене-

ниями показало, что при повторном опросе значение шкалы ФФ составило $87,2 \pm 1,8$ против $82,6 \pm 2,4$ балла при первичном анкетировании ($p > 0,05$), по шкале ЭФ увеличилось с 61,3 до 64,9 балла ($p > 0,05$); СФ увеличилось с $76,5 \pm 2,0$ до $84,0 \pm 2,5$ балла ($p < 0,05$); ШФ – с $66,4 \pm 3,4$ до $66,9 \pm 3,1$ балла ($p > 0,05$); ПСФ – с $69,2 \pm 3,5$ до $74,4 \pm 2,4$ балла ($p > 0,05$); СШ – с $71,3 \pm 2,4$ до $75,7 \pm 1,9$ балла ($p > 0,05$). Следовательно, под влиянием санаторной реабилитации произошла положительная динамика по составляющим КЖ детей (по их собственной оценке), однако статистически достоверные различия получены только по шкале СФ. По-прежнему ЭФ и ШФ отстают от остальных компонентов КЖ и требуют внесения корректив в реабилитационные программы. Большой интерес представляет изучение индивидуальных профилей КЖ детей и их динамики. Так, например, у мальчика Н., 13 лет (туберкулез внутригрудных лимфоузлов в фазе рассасывания и уплотнения), при поступлении в санаторий была очень низкая оценка ЭФ (15 баллов), в результате санаторного лечения ЭФ – 40 баллов, СФ и ШФ увеличились с 70 и 75 до 100 баллов. Эффективность реабилитации каждого ребенка наглядно иллюстрируют и диаграммы профилей КЖ в динамике, которые целесообразно прикладывать к истории болезни.

Заключение. Определение КЖ является методом, позволяющим индивидуализировать реабилитационные программы в детском туберкулезном санатории и оценивать их эффективность.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВЕ ИММУНОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ

ЛОЗОВСКАЯ М. Э., БЕЛУШКОВ В. Б., НОВИК Г. А., ВАСИЛЬЕВА Е. Б., КЛОЧКОВА Л. В., ДЕМЕНТЬЕВА Е. А.

DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN WITH ALLERGIC REACTIONS AND DISEASES BASING IMMUNE-ALLERGIC TESTS

LOZOVSKAYA M. E., BELUSHKOV V. B., NOVIK G. A., VASILIEVA E. B., KLOCHKOVA L. V., DEMENTIEVA E. A.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, RF

Аллергическая настроенность организма, обусловленная многочисленными экзо- и эндоаллергенами, затрудняет диагностику туберкулезной инфекции у детей.

Цель: совершенствование диагностики туберкулеза у детей с измененным аллергическим фоном.

Материалы и методы. Обследовано 195 детей в возрасте от 4 месяцев до 15 лет, направленных для исключения заболевания туберкулезом в ДИБ

№ 3 (г. Санкт-Петербург). Помимо общепринятых методов, всем детям проведены проба с диаскин-тестом (ДСТ), квантифероновый тест (QFT), определялся общий иммуноглобулин Е (IgE) сыворотки крови как показатель выраженности атопического компонента аллергии. Пациентов разделили на группы: 1-я группа – с неотягощенным аллергологическим анамнезом (НАА) – 111 (56,8%) человек, 2-я группа – с транзиторными аллергически-