

зитивного образа Я, мотивации выздоровления и ответственности за лечение, навыков саморегуляции и самопомощи. В заданиях и упражнениях использовали активную и пассивную формы арт-терапевтической работы.

Арт-терапевтические техники, используемые в программе эмоциональной реабилитации детей, больных туберкулезом, включали: рисунок, коллаж, сказку, мандалу, музыкальную терапию, лепку.

Эффективность реабилитационной программы с использованием метода арт-терапии, направленной на коррекцию эмоционального состояния детей, больных туберкулезом, показана в таблице.

В результате исследования установлено, что проведение программы эмоциональной реабилитации детей, больных туберкулезом, способствует коррекции психологических особенностей: снижение уровня тревоги – на 31%, снижение уровня фрустрации – на 19%, снижение уровня агрессивности – на 32%, снижение уровня ригидности – на 11%.

При сравнительном анализе результативности проведенной психокоррекционной работы по всем показателям выявлены достоверно значимые различия между уровнем психических состояний исследуемых до и после проведения программы (изменения считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$).

Таблица

Показатели исследования эмоционального состояния детей, больных туберкулезом, до и после проведения программы

| Период | Число обследованных | Тревога | | Фрустрация | | Агрессивность | | Ригидность | |
|-----------------|---------------------|---------|----|------------|----|---------------|----|------------|----|
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| До программы | 60 | 39 | 65 | 47 | 79 | 43 | 72 | 26 | 43 |
| После программы | 60 | 20 | 34 | 36 | 60 | 24 | 40 | 19 | 32 |

Заключение. Дети, больные туберкулезом, находящиеся на длительном стационарном лечении, испытывают нарушения в психологической сфере. У них высокий уровень тревожности, фрустрации, агрессивности, они испытывают чувство незащищенности, что является признаком повышенной тревожности.

Метод арт-терапии позволяет корректировать изменения в психологической сфере детей, боль-

ных туберкулезом: снижение тревожности – на 31%, снижение фрустрации – на 19%, снижение агрессивности – на 32%, снижение ригидности – на 11%.

Метод арт-терапии необходимо применять в комплексном лечении основного курса больных туберкулезом детей, находящихся на длительном стационарном лечении, с целью психологической реабилитации.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

И. В. ПРОЦКАЯ¹, А. Ю. ЧЕРНИКОВ², Л. Г. ЗЕМЛЯНСКИХ³

¹ОБУЗ «Городская больница № 4»

²ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

³Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Заболеемость туберкулезом за последние пять лет имеет четкую тенденцию к снижению, однако продолжает оставаться высокой. Так, в Курской области в 2012 г. заболеваемость составляла 53,2 на 100 тыс. населения. При профилактических осмотрах выявлено 62,9%, при самообращении – 37,1% больных. Около 12,3% пациентов были переведены в противотуберкулезный стационар из общесоматических стационаров, где они находились с диагностической целью или по поводу лечения сопутствующей патологии. Актуальными на сегодняшний день остаются вопрос интенсификации диагностического поиска при подозрении на туберкулез и, соответственно, вопрос сокращения сроков диагностики туберкулеза.

Цель исследования: изучить эффективность современных методов диагностики туберкулеза в

вопросе сокращения сроков пребывания пациента в общесоматическом стационаре.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 195 больных туберкулезом, переведенных в противотуберкулезный стационар из других стационаров г. Курска в 2011-2013 гг. (основная группа), истории болезни 213 пациентов с аналогичным маршрутом, выявленных в 2001-2003 гг. в г. Курске (контрольная группа).

Результаты. В структуре заболеваемости отмечались следующие формы туберкулеза: очаговый – 23,1% в основной группе и 24,7% в контрольной группе, инфильтративный – 37,6 и 31,9%, диссеминированный – 17,9 и 23,5%, туберкулема – 16,9 и 13,1%, казеозная пневмония – 1,5 и 3,3%, фиброзно-кавернозный – 0,5 и 1,4%, плеврит – 2,5 и 2,1% соответственно. Наличие полости

распада имело место у 17,5 и 25,9% больных, бактериовыделение – у 18,5 и 27,3%. Существенных колебаний в структуре заболеваемости не отмечено ($p < 0,05$). Для подтверждения туберкулеза использовали следующие методики: микроскопия мазка мокроты по Цилю – Нельсону – 93,5% в основной группе и 90,1% – в контрольной ($p > 0,05$), люминесцентная микроскопия – 93,5 и 90,1% ($p > 0,05$), посев мокроты на плотные среды – 93,5 и 90,1% ($p > 0,05$), посев на жидкие среды – 34,6 и 0% ($p < 0,05$), обычные рентгенологические методы в динамике – 44,1 и 79,3% ($p < 0,05$), компьютерная томография органов грудной клетки – 80,1 и 65,3% ($p > 0,05$), ПЦР-методики – 35,2 и 0% ($p < 0,05$), морфологическая диагностика – 38,1 и 49,3% ($p > 0,05$).

Установлено, что средний срок подтверждения диагноза туберкулеза составил 9 ± 2 дня в основной группе и 21 ± 4 дня в контрольной группе ($p < 0,05$), средний срок пребывания пациента в многопрофильном стационаре – 7 ± 1 день и 15 ± 3 дня ($p < 0,05$), эффективность лечения пациента по клиническим данным – 94,5 и 72,3% ($p > 0,05$), рубцева-

нию полости – 86,9 и 54,3% ($p < 0,05$), прекращению бактериовыделения – 98,2 и 74,5% ($p < 0,05$). Таким образом, за последние 10 лет отмечается статистически значимое снижение сроков подтверждения диагноза туберкулеза и сроков пребывания пациента в общесоматическом стационаре, а соответственно, повышение эффективности лечения. Следует отметить, что у $1/3$ пациентов, переведенных в противотуберкулезный стационар на основании заключения ПЦР-диагностики, приходилось подтверждать активность процесса.

Заключение. Появление новых методов ускоренной диагностики туберкулеза привело к сокращению случаев назначения пробного лечения с динамическим рентгенологическим наблюдением пациента, но не повлияло на частоту использования биопсии. Использование молекулярно-генетических методов, несмотря на их дороговизну, также приводит к сокращению сроков пребывания больного в общесоматическом стационаре, но порой затрудняет дифференциально-диагностический поиск при наличии у пациента посттуберкулезных изменений.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОГО КОНТАКТА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

О. А. ПУШНОВА, Н. С. КОЛЕСНИК

¹Запорожский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом

²Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности туберкулеза (ТБ) у детей из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. В детском отделении Запорожского областного противотуберкулезного диспансера с 2007 по 2013 г. находились на лечении 23 ребенка, больных ТБ, рожденных матерями с ВИЧ-инфекцией. Все дети были разделены на две группы: в 1-ю группу включены 18 детей с коинфекцией (ТБ/ВИЧ), 2-ю группу составили 5 детей, больных ТБ, у которых диагноз ВИЧ-инфекции был снят. Проанализирована медицинская документация больных, изучены эпидемиологический анамнез, социальный статус, особенности клинического течения ТБ, данные лабораторных исследований, туберкулиновых проб, теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР, диаскинтест).

Результаты. Динамическое наблюдение выявило неуклонный рост в Запорожской области числа детей, рожденных матерями с ВИЧ-инфекцией, и детей с установленным позитивным ВИЧ-статусом. Так, с 2006 по 2012 г. число детей с ВИЧ-инфекцией возросло более чем в 2 раза – с 26 до 58 случаев. Первые случаи ТБ у детей с перинатального

контакта по ВИЧ-инфекции в области начали регистрировать в 2007 г. Всего с 2006 по 2013 г. диагностированы 17 случаев сочетанной патологии, еще у 5 детей с ТБ ВИЧ-инфекция была исключена.

При анализе анамнестических данных установлено, что все дети (100%) обеих групп были рождены матерями с ВИЧ-инфекцией, большая часть которых были потребителями инъекционных наркотиков (82,6%). Однако только в 8 случаях из 18 (44,5%) был известен ВИЧ-статус матери на момент рождения ребенка. Антиретровирусную терапию во время беременности получали 5 (27,8%) матерей. Полная трехэтапная профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку проведена лишь в 3 (16,6%) случаях. Привиты вакциной БЦЖ при рождении 10 (55,5%) детей с коинфекцией, средний размер поствакцинального рубчика – $3,9 \pm 0,4$ мм. Ревакцинированы в 7-летнем возрасте 2 (11,1%) детей. Среди детей, у которых ВИЧ-инфекция была исключена, привитых против ТБ не отмечено.

Средний возраст детей с ВИЧ-инфекцией на момент установления диагноза ТБ составил $6,1 \pm 0,9$ года. У 6 (33,3%) детей 1-й группы