

М.А. Алиева, О.В. Великая
**РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОМ
САНАТОРИИ г.БАКУ**

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. фтизиатрии

Резюме. Определены основные направления реабилитации детей в противотуберкулёзном санатории г. Баку на основании анализа медико-социального статуса. На достаточном статистическом материале показано, что дети, больные туберкулёзом, достоверно чаще имеют отклонения в медицинском статусе по сравнению со здоровыми детьми, инфицированными МБТ. Они проживают в худших социальных условиях, неполноценно питаются, имеют низкий уровень гигиенического воспитания и вредные привычки. Поэтому в противотуберкулёзных санаториях необходимо использовать не только физиотерапевтические факторы, но и диету, лечение сопутствующей патологии, организовывать «школы здоровья».

Ключевые слова: туберкулёз у детей и подростков, медико-социальный статус, реабилитация детей.

Актуальность. Реабилитация (от лат. *rehabilitatio* – восстановление) в медицинском аспекте – восстановительное лечение, которое включает систему мероприятий (государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и др.) с целью быстрого и наиболее полного восстановления здоровья больных и инвалидов. В настоящее время во фтизиатрии большое внимание уделяется стационарзамещающим технологиям и особенно санаторному этапу реабилитации.

Эпидемиологическая ситуация в Азербайджане, так же как и в России остаётся напряжённой. За последние годы отмечены рост заболеваемости среди детей и подростков и её стабилизация на высоком уровне [1]. Отмечена связь между увеличением заболеваемости туберкулёзом и снижением социально-экономического благополучия населения [2, 3]. Н.В. Юхименко и соавт. (2012 г.), анализируя факторы риска развития туберкулёза у детей в России, подтверждают сложившееся представление о том, что туберкулёз является социальной проблемой. Для выбора оптимального направления реабилитации детей, больных туберкулёзом, в Азербайджане также необходимо знание значения медико-социального статуса в современных эпидемиологических условиях.

Цель исследования – определить основные направления реабилитации детей в противотуберкулёзном санатории г. Баку в зависимости от медико-социального статуса.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 102 ребёнка в возрасте от 9 до 16 лет. Первую (основную) группу наблюдения составили 72 ребёнка: 39 (54,2 %) мальчиков и 33 (45,8 %) девочки, проходивших реабилитацию в санатории по поводу туберкулёза. Во вторую (сравнения) группу вошли 30 здоровых детей, инфицированных МБТ. Достоверных различий между группами по возрасту и полу не наблюдалось. Медицинский статус ребёнка определяли на основе сбора анамнеза и с учётом выявленной патологии в санатории г. Баку. Изучали медицинскую амбулаторную карту ребёнка: данные о перенесенных заболеваниях (детские

инфекции, патология органов дыхания, заболевания желудочно-кишечного тракта). Выясняли наличие хронических заболеваний, давность заболевания, количество и частоту обострений, получаемое лечение.

Для определения социального статуса ребёнка и его семьи применяли анкетирование. Собирали сведения о семье: характеристика семьи, её состав, число детей в семье, доход на одного члена семьи, условия проживания ребёнка и характер его питания, образование и место работы родителей, наличие вредных привычек в семье и у ребёнка, гигиенические навыки ребёнка.

Основными формами туберкулёза у детей основной группы были туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов – 27 детей (37,5 %), очаговый туберкулёз – 20 (27,8 %), первичный туберкулёзный комплекс – 10 (13,9 %), туберкулёзный плеврит – 10 (13,9 %). Остальные формы встречались в единичных случаях. По данным рентгенологического исследования преобладала фаза обратного развития (уплотнения, частичной кальцинации) у 97,2 % пациентов. По данным бактериологического исследования, при поступлении в санаторий бактериовыделение отсутствовало у всех детей.

Полученные результаты и их обсуждение. При изучении эпидемиологического анамнеза, было выявлено, что среди детей основной группы достоверно чаще наблюдался контакт с больными туберкулёзом – 50 детей (69,4 %) по сравнению с детьми и подростками группы сравнения – 12 (40 %) ($p > 0,05$). Большинство детей в обеих группах находились в длительном контакте с источником туберкулёзной инфекции – 80 %. Источником инфекции чаще являлись родители – 65,2 % в 1-ой группе и 60 % - во 2-ой. Достоверно чаще у детей основной группы по сравнению с группой сравнения источником инфекции являлись ближайшие родственники (тётя, дядя, бабушка, дедушка) – 30,6 % и 6,6 % соответственно ($p > 0,05$).

В группе заболевших детей туберкулёзом вакцинация БЦЖ не проводилась у 13,9 % пациентов. В основной группе в 1,5 раза чаще, чем в группе сравнения отмечали дефекты вакцинации (39 и 3 детей соответственно, $p > 0,05$).

Сопутствующая патология достоверно чаще наблюдалась у детей основной группы (62 ребёнка – 86,1 %) и реже - в группе сравнения (5 детей – 16,7 %). Наиболее часто отмечались такие заболевания, как хронический бронхит (38,8 %), бронхиальная астма (5 %), хронический тонзиллит (10 %), хронический гастрит и дискинезии желчевыводящих путей (20 %). Тяжесть сопутствующей патологии была более выраженной у пациентов основной группы.

Дети первой исследуемой группы отставали в физическом развитии в 2,5 раза чаще (наблюдался дефицит массы тела), чем во второй группе. При сопоставлении физического и интеллектуального развития (по данным успеваемости в школе) выявлены аналогичные изменения.

Неблагоприятные условия проживания отмечали половина детей и их родителей: сырость в помещении – 20 %, скученность – 50 %, съёмные квартиры – 10

%. Дети, больные туберкулёзом, в 3 раза чаще жили в неудовлетворительных коммунальных условиях. Неполноценное питание дома (недостаток фруктов и мясных продуктов) отмечали 59,7 % детей и подростков из основной группы, тогда как из группы сравнения – только 20 %.

Дети первой группы в 2 раза чаще воспитывались в многодетных семьях (50 % и 20 % соответственно) и в 3 раза чаще в семьях мигрантов при сравнении со второй группой (75 % и 25 % соответственно).

Достоверная разница между группами была получена по уровню санитарной грамотности, которая была значительно ниже в основной группе – 79,2 % семей по сравнению со второй группой – 25 % ($p > 0,05$). Возможно, это связано с более низким социальным статусом семьи, образованием родителей и их местом работы, большим числом родителей, имеющих вредные привычки (злоупотребляющие алкоголем, наркотиками).

Достоверно чаще высшее образование имели родители детей из группы сравнения – 50 %, в основной группе – 13,9 % ($p > 0,05$). Семьи, в которых родители не работали, достоверно чаще встречались в основной группе при сопоставлении с группой сравнения – 50 % и 20 % соответственно ($p > 0,05$). Причинами безработицы у отцов служили: инвалидность, асоциальный образ жизни, у большинства отцов данные о причине отсутствовали; у матерей – ведение домашнего хозяйства, декретный или отпуск по уходу за ребёнком, асоциальный образ жизни.

В большинстве случаев место работы родителей – гастарбайтер в России или другой стране (60 %). В государственных учреждениях в 2 раза чаще работали родители детей из группы сравнения.

Социальные проблемы в семьях детей, заболевших туберкулёзом в Азербайджане, перекликаются с социальными проблемами детей, больных туберкулёзом в России, которые исследовал Н.В. Юхименко и соавт. (2012 г.). Учитывая, что средний возраст родителей 35-38 лет, их юность и приобретение жизненного опыта пришлось на годы распада Советского Союза и экономического спада в стране. В этой связи родителям проблематично было получить высшее образование, стабильную работу. Выросла миграция, гастарбайтерство, наличие вредных привычек.

При суммарной оценке факторов риска развития туберкулёза у детей в Азербайджане (эпидемиологических, медицинских, социальных) выявлено, что среднее количество факторов риска у детей основной группы достоверно больше при сопоставлении с детьми группы сравнения – $7,1 \pm 0,19$ и $3,5 \pm 0,22$ соответственно ($p > 0,05$).

Учитывая выявленный медико-социальный статус в развитии туберкулёза у детей в Азербайджане, можно определить следующие направления в реабилитации детей и подростков на санаторном этапе:

- диетотерапия; - лечение сопутствующих заболеваний; - работа с психологом; - создание учебно-производственных комбинатов; - создание «школ здоровья».

Выводы. Дети, больные туберкулёзом, в Азербайджане достоверно чаще имеют отклонения в медицинском статусе по сравнению со здоровыми детьми, инфицированными МБТ.

Дети, больные туберкулёзом, имеют эпидемиологические и социальные факторы риска развития туберкулёза, которые необходимо учитывать при составлении реабилитационных программ. Помимо медицинского направления реабилитации детей, больных туберкулёзом, на санаторном этапе необходимо развивать создание «школ здоровья» и учебно-производственных комбинатов.

Литература.

1. Аксёнова В.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу у детей и подростков в России / В.А. Аксёнова, Н.И. Клевно, Т.А. Севостьянова // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2011. - № 4. - С. 22.
2. Значение медико-социального статуса в развитии туберкулёза у детей в современных эпидемиологических условиях / Н.В. Юхименко [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2012. - № 8. - С. 30-33.
3. Факторы риска инфицирования детей микобактериями туберкулёза / Е.А. Амосова [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2011. - № 4. - С.33.
4. Шестаков М.Г. Медико-социальные аспекты здоровья населения с доходами ниже прожиточного уровня в современных социально-экономических условиях : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.Г. Шестаков. – Москва, 2011. - 25 с.

Abstract.

M.A. Alieva, O.V. Velikaia

REHABILITATION OF CHILDREN IN TUBERCULAR SANATORIUM OF BAKU

Voronezh. N.N. Burdenko State Medical Academy

The main directions of rehabilitation of children in antitubercular sanatorium of Baku on the basis of the analysis of the medico-social status are defined. On a sufficient statistical material it is shown that the children sick with tuberculosis, have deviations in the medical status in comparison with the healthy children infected with MBT authentically more often. They live in the worst social conditions, defectively eat, have low level of hygienic education and addictions. In antitubercular sanatoria it is necessary to use not only physiotherapeutic factors, but also a diet, treatment of accompanying pathology, to organize "health schools".

Key words: tuberculosis at children and teenagers, the medico-social status, rehabilitation of children.

References.

1. Aksenova V.A. Epidemiological situation on tuberculosis in children and adolescents in Russia / V.A. Aksenova, N.I. Clevno, T.A. Sevostianova // Tuberculosis and lung disease. - 2011. - № 4. - P. 22.
2. Risk factors for infection in children mycobacterium TB / E.A. Amosov [et al.] // Tuberculosis and lung disease. - 2011. - № 4. - P. 33.
3. Shestakov M.G. Medico-social aspects of health of the population with incomes below the subsistence level in the modern socio-economic conditions : author... MD / M.G. Shestakov. - Moscow, 2011. - 25 p.
4. The value of medical and social status in the development of tuberculosis in children in modern epidemiological conditions / N.V. Uchimenko [et al.] // Tuberculosis and lung disease. - 2012. - № 8. - P. 30-33.

Сведения об авторах: Алиева Месьма Акиф кызы – аспирантка кафедры фтизиатрии ВГМА им. Н.Н. Бурденко, гл. врач детского туберкулёзного санатория № 3 г. Баку, Азербайджан; Великая Ольга Викторовна – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой фтизиатрии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, alexvel@rambler.ru