

Таким образом, впервые использование комплексного клинического, патопсихологического и лабораторного исследования пациентов с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя позволило объективизировать качество ремиссии, выявить прогностически значимые показатели для стандартизированной идентификации рецидивоопасных клинических ситуаций. В практике для их выявления можно использовать данные анамнеза, клинические признаки (выявляемые при осмотре пациентов, а также с использованием стандартизованных опросников), психологические тесты и объективизированный (в частности, с помощью общего анализа крови) уровень неспецифической адаптационной реакции организма.

Выводы

1. Для диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя разработанный нами опросник [5] имеет прогностическую значимость при положительном ответе более чем на 5 вопросов (чувствительность — 84,44 %, специфичность — 61,96 %).

2. В комплексной диагностике рецидивоопасных клинических ситуаций можно использовать известные психологические тесты. Тест Люшера имел высокую прогностическую значимость при тревоге более 2 баллов (чувствительность — 76,19 % и специфичность — 100 %), «интегративный тест тревожности» — при ситуативной тревоге более 5 баллов (чувствительность — 50 % и специфичность — 94,74 %). Тест «показатель качества жизни» прогностически высоко значим (чувствительность — 81,4 %, специфичность — 80,0 %) при 22 и менее баллах по сумме трех шкал, отражающих субъективное благополучие пациентов. Само-

оценка настроения по тесту «самочувствие, активность, настроение» 4,7 и менее балла прогностически значима с чувствительностью 63,16 % и специфичностью 90,91 %.

3. Из лабораторных показателей прогностическую значимость для диагностики рецидивоопасных ситуаций имело соотношение «лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы» менее 0,52 (чувствительность — 67,5 % и специфичность — 69,23 %).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Наркология: Национальный підручник / під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва. — Харків: Видавництво «Колегіум», 2014. — 1428 с.
2. Артемчук, А. Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний / А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкина / под ред. д.м.н., проф. Т. В. Чернобровкиной. — Харьков: Коллегиум, 2013. — 1148 с.
3. Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 856 с.
4. Приказ МЗ РБ № 1270 от 21.12.2015 года «Об утверждении Плана по реализации Концепции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». — Минск: МЗ РБ, 2015. — 7 с.
5. Сквиря, И. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквиря // Актуальные проблемы медицины: Сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. колл. А. Н. Лызикив [и др.]. — Гомель: Гом ГМУ, 2008. — Т. 3. — С. 190–193.
6. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Ред. Дж. Э. Купер / Пер. с англ. Д. Полтавца — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
7. Validation an efficient quality life index / J. E. Mezzich [et al.] // Abstracts 11 World Congress psychiatry «Psychiatry on new Thresholds». — Hamburg, Germany, 6–11 August 1999. — P. 427–428.
8. Бизюк, А. П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. — СПб., 1997. — 23 с.
9. Драгунский, В. В. Цветовой личностный тест: практическое пособие. — Минск: Харвест, М.: АСТ, 2000. — 448 с.
10. Гаркави, Л. Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, М. А. Уколова. — Ростов: Издательство Ростовского университета, 1979. — 221 с.

Поступила 19.01.2016

УДК 616-002.5.5+615.28]:616-08-039.57

МОДЕЛЬ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА

И. В. Буйневич¹, Ж. Е. Сверх¹, Д. Ю. Рузанов¹, М. Н. Михасёв²,
Т. А. Коржич², А. С. Ширяев³, С. В. Бутько³

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Филиал № 7 Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника»

³Гомельская областная туберкулезная клиническая больница

В статье дана характеристика эпидемической обстановки по туберкулезу в г. Гомеле. Основным компонентом, определяющим успешное решение проблемы туберкулеза, является организация контролируемой химиотерапии на всех этапах лечения пациента. Проведен анализ эффективности модели амбулаторного лечения туберкулеза в городских условиях. Представлен порядок организации амбулаторного лечения туберкулеза в городе, обозначены мероприятия по повышению приверженности лечению.

Ключевые слова: туберкулез, контролируемая химиотерапия, лекарственная устойчивость, амбулаторное лечение.

THE MODEL OF CONTROLLED CHEMOTHERAPY OF TUBERCULOSIS IN OUT-PATIENT TREATMENT IN CITY CONDITIONS

I. V. Buinevich¹, Zh. E. Sverzh¹, D. Yu. Ruzanov¹, M. N. Mikhasiov²,
T. A. Korzhich², A. S. Shiriayev³, S. V. Butko³

¹Gomel State Medical University

²Branch No.7 of the State Health Care Institution «Gomel Central City Outpatient Clinic»

³Gomel Regional Tuberculosis Clinical Hospital

The article gives the description of the epidemic situation for tuberculosis in Gomel. Organization of controlled chemotherapy during all the stages of the treatment is the key to the successful solution of tuberculosis problems. The article analyzes the effectiveness of the model of outpatient treatment for tuberculosis in city conditions and presents the order of the organization of outpatient treatment for tuberculosis in town, lists activities aimed at the improvement of adherence to the treatment.

Key words: tuberculosis, controlled chemotherapy, drug resistance, outpatient treatment.

Введение

Экспертами ВОЗ в Европейском регионе выделены 18 высокоприоритетных в отношении туберкулеза стран (84 % заболеваемости, 85 % распространенности, 91 % смертности от туберкулеза, 90 % сочетанных инфекций туберкулез и ВИЧ, 99 % мультирезистентного туберкулеза). По уровню заболеваемости Республика Беларусь в 2013 г. была на 6 месте в этом списке [1].

Несмотря на то, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь в последние годы характеризуется как стабильная и контролируемая, сохраняется высокий уровень распространенности туберкулеза, наблюдается рост количества случаев мультирезистентного (МЛУ-ТБ) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, а также рецидивов заболевания, снижается эффективность лечения пациентов-бактериовыделителей, много недостатков в проведении амбулаторной контролируемой химиотерапии [2, 3, 4].

Принципиальная схема эпидемического процесса туберкулеза представлена тремя взаимодействующими факторами: источником инфекции, путями передачи инфекции и объектом влияния инфекции, к которому относится организм человека или популяция. Всем известно, что нарушение связи между звеньями эпидемического процесса возможно, в первую очередь, при улучшении социально-экономического состояния общества. Но это процесс, который совершается на протяжении длительного периода времени. Необходимы вмешательства, которые ускорят процесс снижения распространенности туберкулеза в обществе.

Учитывая актуальность проблемы, вопросы по организации противотуберкулезной работы в республике находятся под контролем государства. В 2000 г. была утверждена первая Государственная программа «Туберкулез» на 2000–2002 гг. Вторая программа действовала в течение 2005–2009 гг. Результатом стало вне-

дрение в практику основных компонентов стратегии DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course — лечение коротким курсом под непосредственным наблюдением), что позволило улучшить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. В 2010–2014 гг. в рамках третьей Государственной программы «Туберкулез» началось наступление на МЛУ-ТБ. Дополнительно к государственному финансированию в республику были привлечены финансовые ресурсы Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией [2].

Одним из компонентов стратегии DOTS, определяющим успех в решении проблемы туберкулеза, является организация контролируемой химиотерапии на всех этапах лечения пациента. Укрепление системы лечения в республике достигается путем сокращения времени пребывания пациентов в стационаре при условии надежного функционирования контролируемой химиотерапии в амбулаторных условиях. Наиболее сложным в плане организации контролируемого лечения является амбулаторный компонент.

Цель исследования

Проанализировать эффективность модели амбулаторного лечения туберкулеза в городских условиях.

Материалы и методы

Проведена оценка эпидемической ситуации по туберкулезу в г. Гомеле в течение 2005–2015 гг. по данным государственного регистра «Туберкулез». Эпидемиологические показатели проанализированы с использованием методов вариационной статистики.

Представлена модель организации амбулаторного лечения пациентов с туберкулезом в городе Гомеле. Противотуберкулезные мероприятия осуществляет филиал № 7 Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника» (бывший Гомельский городской противотуберкулезный диспансер). Реализация принципа

доступности медицинской помощи в применении к туберкулезу достигнута путем организации контролируемого лечения на базе того амбулаторно-поликлинического учреждения, которое наиболее удобно посещать пациенту (территориальная поликлиника или противотуберкулезный диспансер). Пациент сам выбирает, где будет получать лекарственные средства.

Мероприятия по организации амбулаторного лечения регламентированы созданным и действующим в республике «Клиническим руководством по лечению туберкулеза» и «Клиническим руководством по организации и проведению противотуберкулезных мероприятий

в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения» [5, 6].

Результаты и обсуждение

В г. Гомеле в 2005 г. первичная заболеваемость всеми формами туберкулеза находилась на уровне 48,9 случая на 100 тыс. населения. При этом удельный вес впервые выявленных пациентов с туберкулезом органов дыхания составил 92 %. Почти у 1/3 из них наблюдалась деструкция легких. Микобактерии туберкулеза были обнаружены всего у 16,5% пациентов. Показатель общей заболеваемости (болезнаемости) туберкулезом органов дыхания достигал 95,1 случая на 100 тыс. населения.

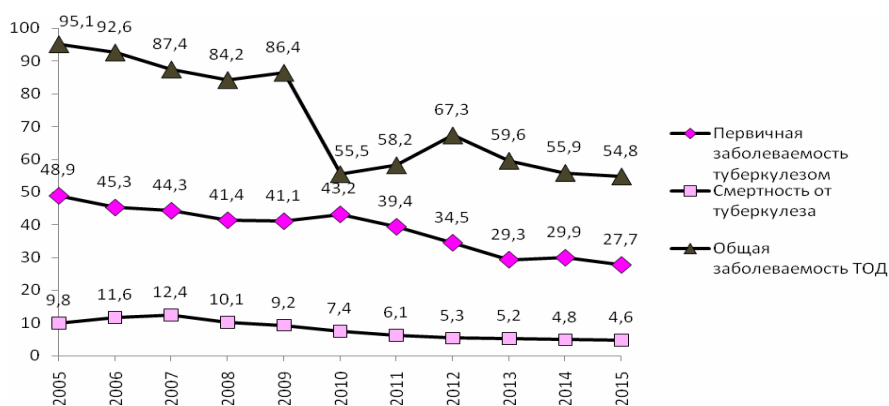


Рисунок 1 — Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу

Благодаря реализации Государственной программы «Туберкулез» в 2005–2009 гг., в г. Гомеле появилась тенденция к снижению первичной и общей заболеваемости туберкулезом (рисунок 1). В это время в городе интенсивно внедрялись мероприятия по организации контролируемого лечения пациентов с туберкулезом, повышения приверженности лечению. Активизировалась работа с «угрожаемыми» контингентами. Все это привело к снижению показателя заболеваемости в 2009 г. до 41,1 случая на 100 тыс. населения, что на 16 % меньше, чем в 2005 г. Показатель общей заболеваемости снизился на 9 % (86,4). В следующем пятилетии (2010–2014 гг.) сохранилась тенденция по снижению заболеваемости туберкулезом. В 2015 г. первичная заболеваемость составила 27,7 случая на 100 тыс. населения, общая заболеваемость — 54,8 на 100 тыс.

Таким образом, за 10 лет удалось добиться снижения заболеваемости туберкулезом на 38,9 %, общей заболеваемости туберкулезом органов дыхания — на 41,3 %.

В то же время в 2010–2015 гг. в несколько раз увеличилось число бактериовыделителей по сравнению с 2005–2009 гг. (рисунок 2). Если в 2009 г. МБТ были обнаружены у 15,8 % пациентов, то в 2015 г. этот показатель соста-

вил 68,0 %. На это повлияло изменение методики микробиологической диагностики туберкулеза в Республике Беларусь в целом и в Гомельской области — в частности. Произошло снижение кратности посевов, стал более дифференцированным подход к контингентам, нуждающимся в бактериологическом обследовании, применяются щадящие методы предпосевной обработки материала, внедрены новые «быстрые» методы обнаружения МБТ (посевы с использованием автоматизированной системы ВАСТЕСМГИТ960 и молекулярно-генетические исследования). Этот комплекс мероприятий позволил улучшить качество выявления бактериовыделителей и тестирования лекарственной чувствительности микобактерий.

Особенно остро на сегодняшний день обострилась проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза. Среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом органов дыхания в 2015 г. удельный вес бактериовыделителей с мультирезистентными микобактериями составил 47,4%. А среди ранее леченных — 76,7 %.

Негативное влияние на эпидемиологическую обстановку оказывает и проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза [7]. В Гомельской области в 2002 г. таких случаев было 0,9 %, а в 2014 г. — 16,2 % среди впервые выявлен-

ных пациентов с туберкулезом. В г. Гомеле обстановка по этой проблеме несколько лучше, но тенденции аналогичные: в 2010 г. зарегист-

рировано 3,8 % ВИЧ-инфицированных среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом, а в 2015 г. — уже 6,2 %.

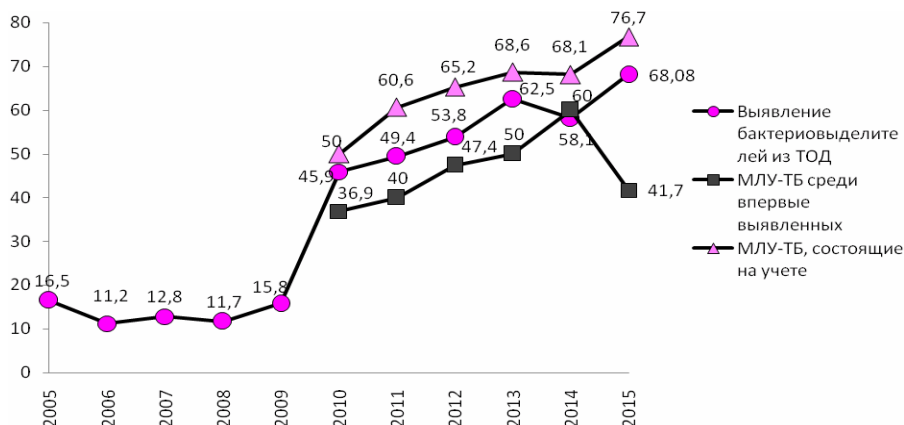


Рисунок 2 — Удельный вес бактериовыделителей и пациентов с МЛУ-ТБ

Показатель смертности от туберкулеза в последние годы приобрел тенденцию к неуклонному снижению. Если в 2007 г. смертность составила 12,4 случая на 100 тыс. населения, то к 2015 г. этот показатель снизился до 4,6 случая на 100 тыс. (рисунок 1).

Таким образом, на фоне достижений в борьбе с туберкулезом сохраняется высокий уровень распространения этой инфекции в г. Гомеле. Эффективное снижение напряженности эпидемической ситуации возможно за счет своевременного выявления и адекватного лечения больных, то есть каждый из источников инфекции заразит меньшее число лиц из своего окружения. При этом современная химиотерапия туберкулеза способна быстро прекратить бактериовыделение.

Основной составляющей успешного лечения является организация контролируемого приема противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС) на всех этапах химиотерапии. Наиболее ответственным и сложным является амбулаторный этап лечения. Гомель стал первым городом в республике, где амбулаторное лечение туберкулеза проводится при непосредственном участии амбулаторно-поликлинической службы.

Организационная форма контролируемого лечения определяется фтизиатрической службой с учетом тяжести течения заболевания, эпидемической опасности, психологических особенностей, степени социальной адаптации пациента, материально-бытовых условий его жизни и местных условий. Ведущим показанием для госпитализации пациента с туберкулезом органов дыхания является наличие бактериовыделения. Согласно нормативным документам, бактериовыделителем считается пациент, у которого

при наличии клинико-рентгенологических изменений в легких обнаружены любым доступным методом микобактерии в мокроте.

Пациенты с туберкулезом органов дыхания без бактериовыделения (с отрицательными мазками мокроты) госпитализируются только по эпидемическим показаниям, как правило, они начинают лечение амбулаторно. Если на фоне проводимого лечения получена культура микобактерий, чувствительных к основным ПТЛС и нет отрицательной клинико-рентгенологической динамики, человек продолжает лечение амбулаторно. Если имеется устойчивость культуры к рифампицину и изониазиду, пациент направляется в стационар для решения вопроса о регистрации МЛУ-ТБ и подбора индивидуальной схемы лечения. В редких случаях пациенты с МЛУ-ТБ при отрицательной бактериоскопии мокроты могут начинать лечение по индивидуальной схеме амбулаторно.

Пациенты с внелегочными формами туберкулеза (нервной системы, костей и суставов, глаз и т. д.) госпитализируются по клиническим показаниям и получают лечение амбулаторно чаще всего на фазе продолжения.

Выписка пациента с лекарственно-чувствительным туберкулезом на амбулаторное лечение происходит после абациллирования мокроты методом бактериоскопии. А пациенты с МЛУ-ТБ могут быть переведены на амбулаторный этап лечения после абациллирования методом посева (в исключительных случаях по результатам бактериоскопии). Все вопросы выписки из стационара и продолжения лечения в амбулаторных условиях решаются врачебно-консультативной комиссией областной туберкулезной больницы или консилиумом по МЛУ-ТБ.

Перед выпиской на амбулаторное лечение врач стационара сообщает в филиал № 7 дату планируемой выписки, схему лечения и о желании пациента в отношении места лечения. Если пациент планирует получать лечение в поликлинике по месту жительства, участковый фтизиатр заказывает для этого учреждения препараты, контролирует их получение, после чего сообщает в стационар о возможности продолжения лечения пациента в амбулаторных условиях. Если пациент согласен получать лечение в условиях филиала № 7, выписка может быть осуществлена в любое время.

На базе амбулаторно-поликлинических учреждений выделены кабинеты для контролируемого приема ПТЛС, назначены ответственные из числа медицинских сестер и фельдшеров. Всего в городе функционируют 12 кабинетов, не считая филиала № 7 (противотуберкулезного диспансера). При организации амбулаторного лечения учитывалась возможность приема препаратов в течение всего времени работы поликлиники (с 8⁰⁰ до 20⁰⁰). Пациенты получают препараты ежедневно, кроме воскресенья. В компетенцию медицинского работника входит организация условий для приема ПТЛС: кроме специально подготовленного помещения должно быть достаточное количество кипяченой воды, одноразовых стаканчиков и все назначенные фтизиатром ПТЛС согласно карте лечения. Лечебные учреждения получают лекарственные средства для своих пациентов ежемесячно и по мере выписки больных из стационара. На оформление документов и получение филиалами ПТЛС требуется 1–2 недели. Вместе с листом назначений фтизиатр заполняет дубликат карты лечения и временную индивидуальную карту амбулаторного пациента. Эти документы передаются в поликлинику. Участковый фтизиатр 1 раз в неделю посещает курируемую поликлинику, обязательно проводит контроль лечения.

Пациенты с туберкулезом ежемесячно проходят обследование в противотуберкулезном диспансере (мониторинг мокроты, клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови).

В течение 2009–2010 гг. амбулаторное лечение в поликлинике могли получать только пациенты с лекарственно-чувствительным туберкулезом. С 2011 г. организовано лечение по индивидуальным схемам для пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом.

Желающие получают лечение в филиале № 7. При этом ПТЛС выдают в процедурном кабинете. Кроме того, пациенту каждый месяц оказывают социальную помощь в виде проездного билета и продуктового набора, всего на общую сумму 10\$. Оказание социальной помощи способствует повышению приверженно-

сти лечению. Нередко именно социальная поддержка играет ведущую роль при выборе места лечения. В 2015 г. 121 пациент включен в списки для социальной поддержки, которая оказывается за счет средств Глобального фонда по борьбе с малярией, туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

С целью формирования приверженности лечению с пациентами работают психолог, фтизиатр, медицинская сестра. Все пациенты, начинающие амбулаторное лечение, консультируются у психолога, который также разрабатывает индивидуальную программу обучения во фтизошколе с учетом риска отрыва от лечения. Занятия во фтизошколе проводят фтизиатры по определенным темам.

Если пациент по уважительной причине не может посещать поликлинику или диспансер, он решением врачебно-консультативной комиссии переводится на стационар на дому. Для этого в диспансере создана патронажная служба, выделен автомобиль, составляется оптимальный маршрут движения по городу. Процедура медсестра предварительно по телефону предупреждает пациента о визите.

В том случае, если пациент не явился для приема препаратов, медсестра поликлиники сообщает об этом патронажной службе (процедурный кабинет диспансера). К концу рабочего дня в процедурном кабинете имеется список людей, не явившихся в пункт приема противотуберкулезных препаратов. На следующий день развозящие лекарства работники патронажной службы посещают неявившихся для лечения и выясняют причину. Когда пациент возобновляет посещение пункта приема препаратов, с ним проводят разъяснительную беседу. При необходимости привлекают психолога. Если пациент продолжает уклоняться от лечения, приходится прибегать к непопулярным мерам, таким как принудительное лечение.

Согласно «Клиническому руководству по лечению туберкулеза», лечение признается успешным в том случае, если пациент излечился от туберкулеза или завершил основной курс химиотерапии. В 2014 г. успешное лечение было зарегистрировано у 105 человек из 156, лечившихся амбулаторно (67,3 %). Неудача в лечении (сохраняющееся бактериовыделение или появление лекарственно-устойчивых микобактерий) — у 5 (3,2 %) пациентов. От туберкулеза умерли 3 (1,9 %) человека. Смерть (не от туберкулеза) наступила у 4 (2,6 %) человек. В конце года продолжали лечение по индивидуальной схеме (МЛУ-ТБ) 37 (23,7 %) пациентов. Выбыли из поля деятельности противотуберкулезного диспансера 2 (1,3 %) человека.

Заключение

В г. Гомеле, несмотря на определенные достижения в борьбе с туберкулезом, сохраняется

высокий уровень распространения этой инфекции. За 10 лет удалось добиться снижения заболеваемости туберкулезом на 38,9 %, общей заболеваемости туберкулезом органов дыхания — на 41,3 %. Показатель смертности от туберкулеза снизился с 12,4 случая на 100 тыс. населения в 2007 г. до 4,6 на 100 тыс. в 2015 г. Благодаря улучшению микробиологической диагностики, число выявленных бактериовыделителей выросло с 15,8 % в 2009 г. до 68,0 % в 2015 г.

Особенно остро на сегодняшний день обозначилась проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза. Среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом органов дыхания в 2015 г. удельный вес бактериовыделителей с мультирезистентными микобактериями составил 47,4%, а среди ранее леченных — 76,7 %.

Негативное влияние на эпидемиологическую обстановку оказывает и проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза: в 2010 г. зарегистрировано 3,8 % ВИЧ-инфицированных среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом, а в 2015 г. — уже 6,2 %.

Эффективное снижение напряженности эпидемической ситуации возможно за счет своевременного выявления и адекватного лечения больных, то есть каждый из источников инфекции заразит меньшее число лиц из своего окружения. При этом современная химио-

терапия туберкулеза способна быстро прекратить бактериовыделение.

Модель организации контролируемого лечения туберкулеза с привлечением амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения в крупном промышленном городе способна повысить удельный вес успешно пролеченных пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014: Surveillance Report. — Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2014. — 207 p.
2. Скрыгина, Е. М. Эффективные пути решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрыгина, Г. Л. Гуревич, А. П. Астровкоидр // Туб. и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 18–23.
3. Оценка эффективности лечения туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью / В. Н. Бондаренко [и др.] // Актуальные проблемы туберкулеза: материалы V межрегиональной науч.-практ. и учеб.-метод. конф. с междунар. участием / под общ. ред. А. В. Асеева. — Тверь, 2016. — С. 50–56.
4. Сравнительная характеристика эпидемической ситуации по туберкулезу и ВИЧ-ассоциированному туберкулезу в приграничных районах СНГ / В. М. Коломиец [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2015. — № 5. — С. 84–86.
5. Клиническое руководство по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм / Е. М. Скрыгина [и др.]. — Минск, 2012. — 84 с.
6. Клиническое руководство по организации и проведению противотуберкулезных мероприятий в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения / Г. Л. Гуревич [и др.]. — Минск: Белсэс, 2013. — 100 с.
7. Структура СПИД-индикаторных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией в Гомельской области / Е. И. Козорез [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 1. — С. 45–51.

Поступила 15.02.2016

УДК 616.711–007.24:616–053.2(476.2)–073.524

ДИАГНОСТИКА СТАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА МЕТОДОМ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ФОТОМЕТРИИ В ДИНАМИКЕ ДО И ПОСЛЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. Н. Цуканов¹, Д. В. Чарнаштан², А. А. Валетко¹,
Р. И. Гракович¹, К. В. Бронская¹, Д. А. Чечетин¹

¹Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель
²Гомельский государственный медицинский университет

Цель: изучить возможность диагностики статических деформаций позвоночника методом топографической фотометрии у детей школьного возраста в динамике до и после реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 411 детей в возрасте от 6 до 16 лет, из них 207 мальчиков и 204 девочки. 77 детей с деформациями позвоночника (сколиоз, нарушение осанки) прошли комплексное реабилитационное лечение. 46 пациентам проведено рентгенографическое исследование.

Результаты исследования. Проведен сравнительный анализ групп мальчиков и девочек по данным обследования методом топографической фотометрии. Проанализированы данные топографической фотометрии, полученные при обследовании детей до лечения и спустя 6 месяцев после него. Сравнились рентгенологические и топографические данные. Совпадение результатов рентгенографии и оптической топографии составило 35 (76 %) случаев. Таким образом, метод топографической фотометрии позволяет оценивать результаты реабилитационных мероприятий у детей без дополнительного рентгеновского облучения.

Выводы. Достаточно высокая информативность топографической фотометрии при отсутствии лучевой нагрузки определяет целесообразность применения этого метода для контроля эффективности реабилитационных мероприятий при статических деформациях позвоночника у детей.

Ключевые слова: сколиоз, нарушение осанки, топографическая фотометрия.