

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

СВЯЗЬ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

УДК 616-002.5-053. 2/.6

¹Лозовская М.Э., ¹Осипова М.А., ¹Суслова Г.А., ²Карасев Г.Г., ²Власова Е.Ю.

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

²Детский туберкулезный санаторий «Пушкинский», Санкт-Петербург, Россия

RELATION BETWEEN SANATORIUM REHABILITATION AND QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS WITH TUBERCULOSIS

¹Lozovskaya M.E., ¹Osipova M.A., ¹Suslova G.A., ²Karasev G.G., ²Vlasova E.Y.

¹Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

²Pushkinsky Pediatric Tuberculosis Sanatorium, Saint-Petersburg, Russia

Задача сохранения и укрепления здоровья детей диктует необходимость обеспечения опережающих темпов развития медицинской реабилитации, включая систему восстановительного и санаторно-курортного лечения [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Особого внимания заслуживают дети, подверженные рецидивирующим и хроническим заболеваниям, вследствие их неблагоприятного влияния на рост, развитие, функциональное состояние ребенка [7, 8, 9, 10]. В силу этого туберкулезный санаторий в современных условиях необходим для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий большинству детей и подростков, больных туберкулезом и инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ) [11,12, 13]. Именно в условиях санатория возможно использование всего потенциала современных реабилитационных методов [14,15,16,17,18]. Вместе с тем, стандартные подходы к реабилитации и лечению подростков в туберкулезном санатории должны корректироваться в соответствии с клинико-эпидемиологическими, социальными, психологическими, возрастными особенностями пациентов, их индивидуальными потребностями [12, 19, 20, 21, 22]. Традиционные методы обследования дают одностороннее представление о болезни и эффективности лечения, они

не позволяют полностью оценить состояние здоровья ребенка, сформировать адекватное представление о реакции его личности на болезнь [23]. Большинство исследователей подчеркивает, что показатель качества жизни (КЖ) является важной интегральной характеристикой физического, психологического и социального функционирования здорового и больного человека, основанной на его субъективном восприятии [23, 24, 25, 26]. В научной литературе единой точки зрения на реабилитацию детей и подростков при туберкулезе, в том числе, на способы оценки ее эффективности, не существует. Отечественные работы по оценке качества жизни у детей немногочисленны, а при туберкулезе – единичны [25, 26, 27], но они позволяют предположить, что в туберкулезном санатории осуществление реабилитационных мероприятий в тесной взаимосвязи с показателями КЖ пациентов, является перспективным путем повышения эффективности реабилитации [28].

Цель исследования

Совершенствование комплексной реабилитации подростков с туберкулезной инфекцией в условиях специализированного санатория на основе изучения КЖ.

Материалы и методы

В исследование включены 137 ребенка 13–17 лет, больных туберкулезом и инфицированных МБТ, пациентов ФБГУ «Детский туберкулезный санаторий «Пушкинский» МЗ РФ. Санаторий находится в живописном пригороде Санкт-Петербурга (г. Пушкин, в прошлом Царское Село), богатом природными и историческими ландшафтами и культурными достопримечательностями. Качество жизни оценивалось с использованием сертифицированного детского опросника PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), версия 4.0. блок для детей 13–18 лет. Опросник состоит из 23 вопросов, распределенных по 6 шкалам: 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 качества жизни проводится по суммарной шкале (СШ). Количество баллов после кодирования каждого из пяти вариантов ответа рассчитывается по 100-балльной шкале (от 0 до 100 баллов). Исследование проводилось в 2 этапа.

I этап. Проведена оценка КЖ 86 пациентов 13–17 лет, страдающих различными формами локального туберкулеза и инфицированных МБТ. Выборка сформирована методом случайного отбора. Детей с локальными формами туберкулеза было 45, из них: с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов – 16, первичным туберкулезным комплексом – 3, очаговым туберкулезом – 5, туберкулезным плевритом – 5, инфильтративным туберкулезом – 10, состоянием после операции – 6. У пациентов с локальными формами туберкулеза санаторному лечению предшествовал курс терапии в стационаре. Группа детей, инфицированных МБТ, составила 41 человек. Проведена оценка КЖ детей, отдельно в группах больных туберкулезом (45) и инфицированных МБТ (41), а также среди девочек (56) и мальчиков (30) и в возрастных группах 13–14 лет (50), 15–17 лет (36). Анализировался исходный уровень КЖ (при поступлении в санаторий) и его изменение после окончания курса санаторного лечения.

II этап: разработка лично-ориентированных программ реабилитации на основе выявленных особенностей КЖ каждого ребенка, для обеспечения их индивидуальных потребностей. Программы состояли из 4-х блоков, соответственно шкалам КЖ: физическая реабилитация – ФР, эмоциональная реабилитация – ЭР, социальная

реабилитация СР, школьная реабилитация – ШР. Таким образом, отвечая на первичную анкету КЖ, ребенок (подросток), дает «заявку» на приоритетные для него аспекты реабилитации, а повторная анкета позволяет оценить ее эффективность. Во II этапе исследования участвовал 51 ребенок (2 группа) в возрасте 13–17 лет, в том числе – девочек 31, мальчиков 20, детей 13–14 лет 29 человек, детей 15–17 лет 22 человека, больных локальными формами туберкулеза – 20, инфицированных МБТ – 31 чел. Среди локальных форм туберкулеза туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 6, первичным туберкулезным комплексом – 1, очаговым туберкулезом – 1, туберкулезным плевритом – 2, инфильтративным туберкулезом – 7, состоянием после операции – 3.

В реабилитационных программах этих детей были усилены направления, соответствующие определенным (наиболее низким) аспектам или шкалам КЖ: четыре блока реабилитации. Блок «физическая реабилитация» включал: лечебную физкультуру, йогатерапию органов дыхания и опорно-двигательного аппарата, индивидуальную гимнастику, игровые виды спорта, танцы (спортивные и балльные), занятия на тренажерах, Блок «эмоциональная реабилитация» включал: арт-терапию, праздникотерапию, занятия с психологом, игру на музыкальных инструментах, релаксацию, подвижные и интеллектуальные игры, постановки спектаклей и др.), Блок «социальная реабилитация»: коллективные занятия по интересам, трудотерапия, профессиональная ориентация, кружки, экскурсии, военно-патриотическое воспитание, занятия в «школе здоровья» по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ). Блок «школьная реабилитация»: дополнительные занятия, наверстывающие программы обучения, консультации, интеллектуальные игры, индивидуальная самоподготовка, тренинги для ЕГЭ.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета анализа данных программы Microsoft Excel 2010. Использовали методы описательной статистики, показатели представлены в виде $M \pm m$ (среднее \pm стандартная ошибка среднего). Количественные показатели были предварительно тестированы на нормальность распределения путем сравнения коэффициентов асимметрии и эксцесса с их критическими значениями и построения гистограмм. Значимость различий параметров между группами оценивали с использованием t-критерия Стьюдента. Критерием статистической значимости различий считалась величина $p < 0,05$.

Таблица 1. Оценка качества жизни в динамике у больных туберкулезом и инфицированных МБТ детей

Аспекты КЖ	Инфицированы МБТ (n=41)		Больные туберкулезом (n=45)		Все дети (n=86)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Физическое функционирование (ФФ)	81,5 \pm 1,9	82,2 \pm 2,1	79,4 \pm 1,7	86,5 \pm 1,8*	80,8 \pm 1,8	84,6 \pm 1,9
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	65,0 \pm 2,8	65,2 \pm 2,7	59,0 \pm 2,7	64,2 \pm 2,4	62,8 \pm 2,8	64,9 \pm 2,5
Социальное функционирование (СФ)	80,7 \pm 2,5	84,3 \pm 2,3	74,1 \pm 2,3	83,6 \pm 2,2*	78,9 \pm 2,3	83,9 \pm 15,4
Школьное функционирование (ШФ)	68,8 \pm 2,9	69,3 \pm 2,9	63,3 \pm 2,8	67,4 \pm 2,5	66,5 \pm 2,5	68,7 \pm 2,6
Психосоциальное функционирование (ПСФ)	73,6 \pm 2,2	74,9 \pm 2,3	67,3 \pm 2,3	74,5 \pm 2,1*	71,2 \pm 2,2	74,4 \pm 2,2
Суммарная шкала (СШ)	73,6 \pm 1,8	75,1 \pm 2,5	71,0 \pm 1,9	77,6 \pm 2,1*	72,5 \pm 1,9	75,9 \pm 1,8

(*) – достоверность различий между начальными и конечными результатами ($p < 0,05$)

Таблица 2. Оценка качества жизни пациентов в динамике в зависимости от пола и возраста

Аспекты КЖ	Мальчики, n = 30 (M±m)		Девочки, n = 56 (M±m)		13–14 лет, n = 50 (M±m)		15–17 лет, n = 36 (M±m)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Физическое функционирование (ФФ)	80,5±1,7	89,7±1,3*	80,6±1,7	81,9±2,1**	81,9±1,7	85,5±2,2	78,9±2,2	83,6±2,1
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	63,6±1,9	73,7±1,8*	61,0±2,7	59,5±2,3**	64,0±2,5	66,2±2,7	61,2±3,4	62,3±3,1
Социальное функционирование (СФ)	76,1±1,7	84,3±1,9	78,9±2,2	82,2±1,7	78,9±2,3	85,1±1,8*	77,9±3,1	80,4±2,8
Школьное функционирование (ШФ)	64,5±2,1	73,5±2,5	65,5±2,7	62,9±2,5**	67,2±2,5	75,6±1,9*	62,5±3,4	61,2±3,1
Психосоциальное функционирование (ПСФ)	71,3±1,4	78,5±1,6	69,9±1,9	70,8±2,0**	71,4±1,9	77,9±1,4*	69,9±2,9	71,2±2,7
Суммарная шкала (СШ)	72,7±1,8	82,5±1,5*	70,3±1,6	71,9±2,2**	72,9±1,6	78,9±1,4*	69,3±2,4	71,8±2,5

(*) – достоверность различий между начальными и конечными результатами ($p < 0,05$)

(**) – достоверность различий между девочками и мальчиками ($p < 0,05$)

Результаты

I этап исследования (86 детей) дал следующие результаты.

Значительных различий КЖ по исходной шкале ФФ у детей с локальными формами туберкулеза (79,4±1,7 баллов) и инфицированных МБТ и (81,5±1,9 баллов) не было выявлено. После курса санаторного лечения отмечено значимое улучшение ФФ детей, больных туберкулезом, с 79,4±1,7 баллов до 86,5±1,8 баллов ($p < 0,05$), тогда как у инфицированных МБТ прирост ФФ менее значимый (таблица 1).

Изучение исходных шкал эмоционального и психосоциального функционирования показало, что субъективная оценка своего состояния детьми, больными туберкулезом, ниже, чем у инфицированных МБТ детей (ЭФ: больные – 59,0±2,7 баллов; инфицированные – 65,0±2,8 баллов, ПСФ: больные – 67,3±2,3; инфицированные МБТ – 73,6±2,2). Более низкое психосоциальное функционирование детей – больных туберкулезом, может быть обусловлено осознанием ребенком своего тяжелого хронического заболевания, продолжительным лечением в стационаре, ограничением контактов со сверстниками, семейным неблагополучием, длительным влиянием туберкулезной интоксикации.

Это подтверждает и оценка детьми своей жизни в школе (ШФ): дети с туберкулезом – 63,3±2,8 баллов, дети, инфицированные МБТ, – 68,8±2,9 баллов. Исходная суммарная шкала (СШ) в группе больных составила 71,0±1,9 баллов, а у инфицированных – 73,6±1,8 баллов.

Оценка КЖ детей после проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий показывает значительное улучшение почти по всем шкалам функционирования у детей – больных туберкулезом: ФФ с 79,4±1,7 до 86,5±1,8 ($p < 0,05$), ЭФ с 59,0±2,7 до 64,2±2,4 ($p > 0,05$), СФ с 74,1±2,3 до 83,6 ± 2,2 ($p < 0,05$), ШФ 63,3±2,8 до 67,4±2,5 ($p > 0,05$), ПСФ с 67,3±2,3 до 74,5±2,1 ($p < 0,05$), СШ с 71,0±1,9 до 77,6±2,1 ($p < 0,05$). В группе детей, инфицированных МБТ, отмечено незначительное улучшение ФФ – с 81,5±1,9 до 82,2±2,1 и СФ – 80,7±2,5 до 84,3±2,3, ЭФ – с 65,0±2,8 до 65,2±2,7 и ШФ с 68,8±2,9 до 69,3±2,9 баллов ($p > 0,05$). Суммарная шкала качества жизни также больше повысилась в группе детей с локальными формами туберкулеза: с 71,0±1,9 до 77,6±2,1 ($p < 0,05$), чем у инфицированных МБТ: с 73,6±1,8 до 75,1±2,5 ($p > 0,05$).

Установлены возрастно-половые особенности КЖ у пациентов санатория (таблица 2).

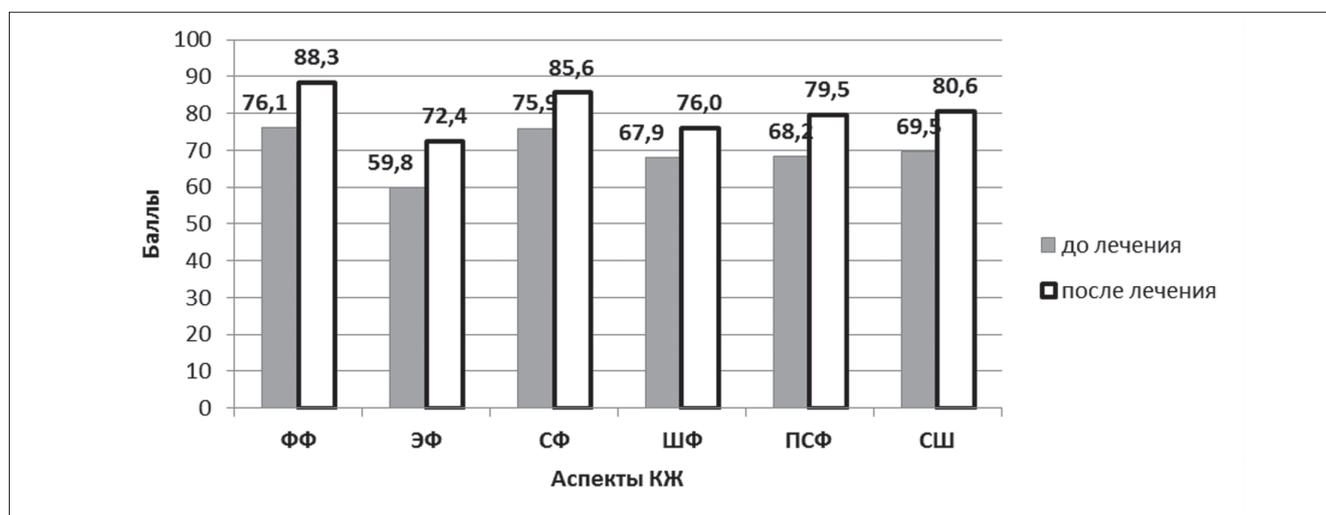


Рис. 1. Динамика параметров качества жизни пациентов при использовании персонализированного санаторно-реабилитационного лечения

Сравнительный анализ динамики КЖ детей двух возрастных групп свидетельствует, что все исходные показатели качества жизни были несколько ниже в подростки возраста 15–17 лет, по сравнению с пациентами возраста 13–14 лет. Улучшение физического и эмоционального функционирования сопоставимо; социальное, школьное и психосоциальное функционирование значительно улучшилось у детей 13–14 лет ($p < 0,05$), тогда как у подростков (15–17 лет), достоверных отличий исходных и конечных показателей по этим шкалам нет.

При сравнительном анализе качества жизни отдельно у мальчиков и девочек отмечено, что исходные баллы по всем шкалам имели близкие значения. В динамике, после проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий все шкалы функционирования (кроме СФ) и показатель КЖ в целом (СШ) у мальчиков стали достоверно выше, чем у девочек.

На II этапе исследования (2 группа) исследования использовались личностно-ориентированные программы реабилитации (51 ребенок). Исходно, на основе анализа КЖ установлены низкие показатели (менее 70 баллов) по шкале ФФ – у 16 (31,4%) детей; ЭФ – у 31 (60,8%); СФ – у 14 (27,5%); ШФ – у 22 (43,1%). Психосоциальное функционирование (ПСФ) было ниже 70 баллов у 23 (45,1%) детей, суммарная шкала – у 23 (45,1%) детей. В реабилитационных программах этих детей были усилены направления, соответствующие определенным (наиболее низким) шкалам КЖ (четыре блока).

В итоге проведения санаторно-реабилитационного лечения, ориентированного на личность ребенка, средние значения всех шкал КЖ увеличились (рис. 1): ФФ с $76,1 \pm 1,9$ до $88,3 \pm 1,3$ (+12 баллов; $p < 0,05$), ЭФ с $59,8 \pm 2,4$ до $72,4 \pm 2,2$ (+12 баллов; $p < 0,05$), СФ с $75,9 \pm 2,7$ до $85,6 \pm 2,3$ (+10 баллов; $p < 0,05$); ШФ с $67,9 \pm 2,2$ до $76,0 \pm 2,1$ (+9 баллов; $p < 0,05$); ПСФ с $68,2 \pm 2,2$ до $79,5 \pm 3,1$ (+11 баллов; $p < 0,05$); СШ с $69,5 \pm 2,3$ до $80,6 \pm 2,6$ (+11 баллов; $p < 0,05$).

Таким образом, динамика показателей КЖ пациентов

свидетельствует о том, что реабилитационные мероприятия, основанные на предварительной оценке шкал функционирования детей 13–17 лет и персонализированном подходе к реабилитации, оказываются весьма действенными в туберкулезном санатории.

Выводы.

1. Оценка КЖ показывает, что наиболее проблемными сферами жизнедеятельности детей 13–17 лет с туберкулезной инфекцией, требующими реабилитационных мероприятий, являются эмоциональное функционирование (ЭФ) и школьное функционирование (ШФ).
2. Установлены возрастно-половые особенности качества жизни у пациентов с туберкулезной инфекцией: более низкие итоговые показатели КЖ у девочек по сравнению с мальчиками, более низкие исходные и конечные данные шкал КЖ у подростков 15–17 лет по сравнению с детьми 13–14 лет. Это объясняется, как проявлением физиологических особенностей, так и характером туберкулезной инфекции.
3. Результаты повторного анкетирования детей при завершении санаторного лечения являются важным критерием эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий. Исходя из оценки КЖ, более выраженный эффект санаторного лечения отмечается у больных туберкулезом по сравнению с инфицированными МБТ детьми.
4. Изучение индивидуальных профилей КЖ позволяет выбрать приоритетные направления реабилитации и уделить наибольшее внимание коррекции физического, эмоционального, социального или школьного функционирования каждого ребенка, оценить эффективность санаторной реабилитации.
5. Установлено, что использование персонализированной программы реабилитации позволяет повысить качество жизни подростков во время санаторного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Погонченкова И.В., Хан М.А. Вопросы организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей в городе Москве // Вестник восстановительной медицины; 2016; № 6: 60–63.
2. Сулова Г.А., Львов С.Н., Земляной Д.А. Особенности соматического здоровья и физического развития школьников Санкт-Петербурга // Педиатр; 2013; № 1: 26–32.
3. Хан М.А., Погонченкова И.В. Современные проблемы и перспективные направления развития детской курортологии и санаторно-курортного лечения // Вестник восстановительной медицины; 2018; №3: 2–7.
4. Иванова Г.Е., Труханов А.И. Глобальные перспективы медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины; 2017; № 6: 2–6.
5. Буйлова Т.В. Возможные модели реабилитации с субъектах Российской Федерации // Вестник восстановительной медицины; 2015; № 4: 2–8.
6. Погонченкова И.В., Хан М.А., Лян Н.А. Санаторно-курортное лечение детей в санаториях департамента здравоохранения города Москвы // Вестник восстановительной медицины; 2017; № 3: 15–18.
7. Вахова Е.Л., Микитченко Н.А., Иванова Д.А., Радецкая Л.И., Бекетова В.В. Современные оздоровительные технологии в реабилитации часто болеющих детей // Вестник восстановительной медицины; 2016; №4: 47–56.
8. Лян Н.А., Вахова Е.Л., Микитченко Н.А. Физикофармакологические технологии медицинской реабилитации детей с заболеваниями верхних дыхательных путей // Вестник восстановительной медицины; 2015; № 6: 57–61.
9. Красножон С.В. Динамическая оценка морфофункциональных особенностей организма детей школьного возраста в профилактике заболеваемости // Вестник восстановительной медицины; 2017; №3: 86–90.
10. Макарова Г.А., Ачкасов Е.Е., Чернуха С.М., Евстигнеев П.И., Белогубова С.Ю. Факторы риска в современном фитнесе // Спортивная медицина: наука и практика; 2017; №3: 72–78.
11. Мордык А.В., Подкопаева Т.Г., Герасимов П.Н., Поркулевич Н.И. Формирование подходов к созданию психологической реабилитации детей в очагах туберкулезной инфекции // Туберкулез и болезни легких; 2014; № 8: 71–72.
12. Орел В.И., Лозовская М.Э., Карасев Г.Г., Быкова В.В. Особенности медико-социальной помощи детям старшего возраста в условиях туберкулезного санатория // Российский педиатрический журнал; 2016; № 19 (2): 92–96.
13. Валиуллина С.А., Иванова Д.А., Бураков А.А. Организация физиотерапевтического лечения детей в г. Москве на этапах медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины; 2018; №3: 2–7.
14. Корчажкина Н.Б., Хан М.А., Червинская А.В., Микитченко Н.А., Лян Н.А. Сочетанные методы галотерапии в медицинской реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания // Вестник восстановительной медицины; 2018; №3: 58–62.
15. Хан М.А., Рассулова М.А., Червинская А.В., Микитченко Н.А., Лян Н.А., Филатова Т.А., Ковальчук Л.В. Роль галотерапии в профилактике и медицинской реабилитации детей // Вестник восстановительной медицины; 2015; №6: 36–41.

16. Вахова Е.Л., Лян Н.А., Григорьева О.К. Сухие углекислые ванны в медицинской реабилитации детей: Вестник восстановительной медицины; 2015; №6: 48–52.
17. Хан М.А., Котенко К.В., Вахова Е.Л., Лян Н.А., Микитченко Н.А. Инновационные технологии светотерапии в медицинской реабилитации детей // Вестник восстановительной медицины; 2016; №6: 1–6.
18. Любчик В.Н., Голубова Т.Ф. Сравнительный анализ ближайших результатов применения аэрофитотерапии с использованием некоторых эфирных масел растений у детей в условиях санаторно-курортного восстановительного лечения // Вестник восстановительной медицины; 2016; №6: 22–29.
19. Соколова М.И., Акимов А.А., Шишкина Ю.А., Новожилова М.В., Алехина Г.Г. Клинические особенности и реабилитация детей с белково-энергетической недостаточностью из социально неблагополучных семей // Педиатр; 2013; №2: 70–74.
20. Парыгина О.В., Матвеев Ю.А. Обоснование необходимости коррекции программ физической подготовки по данным стабилотрии // Спортивная медицина: наука и практика; 2017; №4: 12–18.
21. Линькова Н.А., Сапожникова О.В. Особенности применения физических упражнений с учетом сосудистой гемодинамики для улучшения морфофункционального статуса организма // Спортивная медицина: наука и практика; 2016; №4: 74–79.
22. Разина А.О., Ачкасов Е.Е., Руненко С.Д., Султанова О.А. Оздоровительно-тренировочные программы с повышенной мотивацией у лиц с избыточной массой тела // Спортивная медицина: наука и практика; 2015; №4: 70–77.
23. Сормолотова И.Н., Бишарова А.С., Додатко О.В. Качество жизни школьников с дерматологическими заболеваниями // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН; 2010; №6: 148–152.
24. Волгина С.Я., Кондратьев А.С., Яфарова С.Ш. Изучение качества жизни для оценки эффективности оздоровительных мероприятий у подростков с девиантным поведением // Педиатр; 2011; № 2: 25 – 27.
25. Аджаблаева Д.Н. Показатель качества жизни во фтизиопедиатрии // Туберкулез и болезни легких; 2018; №2: 32 – 35.
26. Солохина Л.В., Дьяченко О.А., Яринчук Е.И. Изучение качества жизни детей, больных туберкулезом // Дальневосточный медицинский журнал; 2010; №1: 134–137.
27. Юрьев В.К., Сайфулин М.Х. Оценка динамики качества жизни детей как критерий эффективности стационарного лечения // Вопросы современной педиатрии; 2009; № 6: 7–11.
28. Лозовская М.Э., Осипова М.А., Сулова Г.А., Быкова В.В., Карасев Г.Г., Быкова А.И. Новое в организации санаторно-реабилитационной помощи детям и подросткам с туберкулезной инфекцией // Туберкулез и болезни легких; 2017; №1: 22–26.

REFERENCES:

1. Pogonchenkova I.V., Han M.A. Voprosy organizacii medicinskoj rehabilitacii i sanatorno-kurortnogo lecheniya detej v gorode Moskve // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2016; № 6: 60–63.
2. Suslova G.A., L'vov S.N., Zemlyanov D.A. Osobennosti somaticheskogo zdorov'ya i fizicheskogo razvitiya shkol'nikov Sankt-Peterburga // Pедиатр; 2013; № 1: 26–32.
3. Han M.A., Pogonchenkova I.V. Sovremennye problemy i perspektivnye napravleniya razvitiya detskoj kurortologii i sanatorno-kurortnogo lecheniya // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2018; №3: 2–7.
4. Ivanova G.E., Truhanov A.I. Global'nye perspektivy medicinskoj rehabilitacii // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2017; № 6: 2–6.
5. Bujlova T.V. Vozmozhnye modeli rehabilitacii s sub'ekhtah Rossijskoj Federacii // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2015; № 4: 2–8.
6. Pogonchenkova I.B., Han M.A., Lyan N.A. Sanatorno-kurortnoe lechenie detej v sanatoriyah departamenta zdavoohraneniya goroda Moskvy // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2017; № 3: 15–18.
7. Vahova E.L., Mikitchenko N.A., Ivanova D.A., Radeckaya L.I., Beketova V.V. Sovremennye ozdorovitel'nye tekhnologii v rehabilitacii chasto bolelyushchih detej // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2016; №4: 47–56.
8. Lyan N.A., Vahova E.L., Mikitchenko N.A. Fizikofarmakologicheskie tekhnologii v medicinskoj rehabilitacii detej s zabolevaniyami verhnih dyhatel'nyh putej // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2015; № 6: 57–61.
9. Krasnozhon S.V. Dinamicheskaya ocenka morfofunkcional'nyh osobennostej organizma detej shkol'nogo vozrasta v profilaktike zabolevaemosti // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2017; №3: 86–90.
10. Makarova G.A., Achkasov E.E., Cherna S.M., Evstigneev P.I., Belogubova S.YU. Faktory riska v sovremennom fitnesse // Sportivnaya medicina: nauka i praktika; 2017; №3: 72–78.
11. Mordyk A.V., Podkopaeva T.G., Gerasimov P.N., Porkulevich N.I. Formirovanie podhodov k sozdaniyu psihologicheskoy rehabilitacii detej v ochagah tuberkuleznoj infekcii // Tуберкулез и болезни легких; 2014; № 8: 71–72.
12. Orel V.I., Lozovskaya M.E., Karasev G.G., Bykova V.V. Osobennosti mediko-social'noj pomoshchi detyam starshego vozrasta v usloviyah tuberkuleznogo sanatoriya // Rossijskij pediatricheskij zhurnal; 2016; № 19 (2): 92–96.
13. Valiullina S.A., Ivanova D.A., Burakov A.A. Organizaciya fizioterapevticheskogo lecheniya detej v g. Moskve na etapah medicinskoj rehabilitacii // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2018; №3: 2–7.
14. Korhazhkina N.B., Han M.A., Chervinskaya A.V., Mikitchenko N.A., Lyan N.A. Sochetannye metody galoterapii v medicinskoj rehabilitacii detej s zabolevaniyami organov dyhaniya // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2018; №3: 58–62.
15. Han M.A., Rassulova M.A., Chervinskaya A.V., Mikitchenko N.A., Lyan N.A., Filatova T.A., Koval'chuk L.V. Rol' galoterapii v profilaktike i medicinskoj rehabilitacii detej // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2015; №6: 36–41.
16. Vahova E.L., Lyan N.A., Grigor'eva O.K. Suhie uglekislye vanny v medicinskoj rehabilitacii detej: Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2015; №6: 48–52.
17. Han M.A., Kotenko K.V., Vahova E.L., Lyan N.A., Mikitchenko N.A. Innovacionnye tekhnologii svetoterapii v medicinskoj rehabilitacii detej // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2016; №6: 1–6.
18. Lyubchik V.N., Golubova T.F. Sravnitel'nyj analiz blizhajshih rezul'tatov primeneniya aerofitoterapii s ispol'zovaniem nekotoryh efirnyh masel rastenij u detej v usloviyah sanatorno-kurortnogo vosstanovitel'nogo lecheniya // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2016; №6: 22–29.
19. Sokolova M.I., Akimov A.A., Shishkina Y.A., Novozhilova M.V., Alekhina G.G. Klinicheskie osobennosti i rehabilitaciya detej s belkovo-energeticheskoy nedostatocnost'yu iz social'no neblagopoluchnyh semej // Pедиатр; 2013; №2: 70–74.
20. Parygina O.V., Matveev Y.A. Obosnovanie neobhodimosti korrekcii programm fizicheskoj podgotvki po dannym stabilometrii // Sportivnaya medicina: nauka i praktika; 2017; №4: 12–18.
21. Lin'kova N.A., Sapozhnikova O.V. Osobennosti primeneniya fizicheskikh upravnenij s uchetom sosudistoj gemodinamikidlya uluchsheniya morfofunkcional'nogo statusa organizma // Sportivnaya medicina: nauka i praktika; 2016; №4: 74–79.
22. Razina A.O., Achkasov E.E., Runenko S.D., Sultanova O.A. Ozdorovitel'no-trenirovochnye programmy s povyshennoj motivaciej u lic s izbytochnoj massoj tela // Sportivnaya medicina: nauka i praktika; 2015; №4: 70–77.
23. Sormolotova I.N., Bisharova A.S., Dodatko O.V. Kachestvo zhizni shkol'nikov s dermatologicheskimi zabolevaniyami // Byulleten' VSNC SO RAMN; 2010; №6: 148–152.
24. Volgina S.Y., Kondrat'ev A.S., Yafarova S.S. Izuchenie kachestva zhizni dlya ocenki effektivnosti ozdorovitel'nyh meropriyatij u podrostkov s deviantnym povedeniem // Pедиатр; 2011; № 2: 25 – 27.
25. Adzhablaeva D.N. Pokazatel' kachestva zhizni vo fтизиопедиатрии // Туберкулез и болезни легких; 2018; №2: 32 – 35.
26. Solohina L.V., D'yachenko O.A., Yarinchuk E.I. Izuchenie kachestva zhizni detej, bol'nyh tuberkulezom // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal; 2010; №1: 134–137.
27. Yur'ev V.K., Sajfulin M.H. Ocenka dinamiki kachestva zhizni detej kak kriterij effektivnosti stacionarnogo lecheniya // Voprosy sovremennoj pediatrii; 2009; № 6: 7–11.
28. Lozovskaya M.E., Osipova M.A., Suslova G.A., Bykova V.V., Karasev G.G., Bykova A.I. Novoe v organizacii sanatorno-reabilitacionnoj pomoshchi detyam i podrostkam s tuberkuleznoj infekciej // Туберкулез и болезни легких; 2017; №1: 22–26.

РЕЗЮМЕ

Статья представляет наблюдение за 137 детьми 13–17 лет, больными туберкулезом и инфицированными МБТ, пациентами детского туберкулезного санатория Пушкинский. Мы исследовали исходный уровень качества жизни (КЖ) пациентов в начале санаторного лечения и изменения при его окончании с помощью опросника PedsQL (версия 4.0). Качество жизни 86 детей оценивали в процессе общепринятой программы реабилитации. Проведен анализ динамики качества жизни в разных возрастных группах, по половому признаку и по отдельным шкалам функционирования. Выявлены более низкие итоговые показатели КЖ у девочек по сравнению с мальчиками, более низкие исходные и конечные данные КЖ у подростков 15–17 лет по сравнению с детьми 13–14 лет. Наиболее проблемными сферами жизнедеятельности детей 13–17 лет, требующими реабилитационных мероприятий, являются эмоциональная и социальная. Персонализированную программу реабилитации на основании качества жизни проводили 51 пациенту. Установлено, что использование персонализированной программы реабилитации позволяет повысить качество жизни подростков во время санаторного лечения. Повторное анкетирование может быть важным критерием оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: туберкулез, инфицирование микобактериями туберкулеза, дети, подростки, качество жизни, опросник, шкалы функционирования, медицинская комплексная реабилитация, санаторий.

ABSTRACT

The article presents observation of 137 children of 13–17 years, suffering from tuberculosis and infected with MBT, patients of Pushkinsky children TB sanatorium. We investigated the initial level of quality of life (QL) of patients before the sanatorium treatment and the changes immediately after the end of therapy with the help of a questionnaire PedsQL (version 4.0). Quality of life of 86 children was evaluated in process of usual program of rehabilitation. The analysis of the dynamics of the quality of life was performed in different age groups, gender and functioning scales. Lower final data of QL at girls in comparison with boys, lower basic and final data of QL at teenagers of 15–17 years in comparison with children of 13–14 years were revealed. Emotional and social aspects suffered the most in 13–17 years old children in need of rehabilitation.

The personified program of rehabilitation on the basis of the quality of life has been carried out to 51 patients. It was found that use of the personified program of rehabilitation allows to increase quality of life of teenagers during sanatorium treatment. Repeated questioning can be an important criterion for evaluating of effectiveness of treatment and rehabilitation.

Keywords: tuberculosis, infection with mycobacterium tuberculosis, children, adolescents, quality of life, questionnaire, functioning scales, medical complex rehabilitation, sanatorium.

Контакты:

Лозовская Марина Эдуардовна. E-mail: lozovskaja-marina@rambler.ru

