

На правах рукописи

Калуженина Анна Андреевна

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫХОДЕ НА
ИНВАЛИДНОСТЬ**

14.01.16 – фтизиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Москва 2010

Работа выполнена на кафедре фтизиопульмонологии ГОУ ВПО
Волгоградского государственного медицинского университета Росздрава

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Борзенко Александр Сергеевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Эргешов Атаджан Эргешович

доктор медицинских наук, профессор Стаханов Владимир Анатольевич

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования Саратовский государственный медицинский
университет

Защита диссертации состоится 09.11.2010 на заседании диссертационного
совета Д 001.052.01 при Центральном научно-исследовательском институте
туберкулеза Российской Академии медицинских наук (107564, г. Москва,
Яузская аллея, д.2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГУ Центрального НИИ
туберкулеза РАМН

Автореферат разослан « 1 » октября 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного
совета, доктор медицинских наук,
профессор

Фирсова В.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Оценка и укрепление здоровья населения, и профилактика инвалидности являются приоритетными направлениями государственной социальной политики на современном этапе. Анализ состояния здоровья населения Российской Федерации доказывает их безусловную актуальность как фактора национальной безопасности и генеральной цели отечественного здравоохранения. В соответствии со стратегическим планом мероприятий развития здравоохранения, принятым в марте 2001 г. на заседании расширенной коллегии Минздрава России, получает развитие принципиально новое направление деятельности – переход от системы, ориентированной на лечение заболевания, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику болезней и инвалидности (Пузин С.Н., Гришина Л.П., Кардаков Н.Л., 2006).

Несмотря на значительный успех в диагностике и лечении, туберкулез остается наиболее распространенным инфекционным и в тоже время, социально значимым заболеванием. С 2003 года ухудшение эпидемической обстановки по туберкулезу в Российской Федерации (РФ) приостановлено. При стабилизации показателя смертности отмечается незначительное, снижение общероссийского территориального показателя заболеваемости (Шилова М.В., 2005).

В Волгоградской области в настоящее время в результате планомерных целенаправленных действий системы здравоохранения в целом и противотуберкулезной службы, при постепенном улучшении социально-экономических условий жизни населения в регионе и реализации целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Волгоградской области» прекратился прогрессирующий рост туберкулеза и намечена тенденция к стабилизации эпидемической ситуации, хотя и на более высоком уровне, чем в целом по РФ (таблица 1).

Таблица 1 – Соотношение заболеваемости туберкулезом и стойкой утраты нетрудоспособности вследствие туберкулеза на 100 тыс. населения

Годы	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Заболеваемость туберкулезом в РФ (ф.33)	68,2	68,1	67,9	67,7	68,9	66,8
Заболеваемость туберкулезом по ВО (ф.33)	80,8	89,9	78,8	87,6	82,1	81,6
Показатель первичной инвалидности вследствие туберкулеза в РФ	18,7	18,7	18,5	16,3	15,7	*
Показатель первичной инвалидности вследствие туберкулеза по ВО	40,1	56,3	43,6	36,8	31,3	31,1

*Примечание: по сведениям профессора Шиловой М.В. в связи с изменением статистических данных показатель первичного выхода на инвалидность за 2009 г. не посчитан. Среди впервые выявленных больных туберкулезом за 2009 г. показатель первичного выхода на инвалидность составил 8,0 на 100 тыс. населения.

Первичный выход на инвалидность среди больных туберкулезом ВО на протяжении последних лет продолжает оставаться на высоком уровне.

Многообразие клинических форм туберкулеза, хроническое течение, функциональные нарушения и осложнения со стороны важнейших органов, снижение способности организма больных к репаративным процессам, нарушение современных принципов антибактериальной терапии при хронических инфекциях, низкий социально-экономический уровень приводят к инвалидизации больных туберкулезом (Васильева А.М., Меметов С.С., Назарец О.В., 2003).

Высокий уровень инвалидизации больных туберкулезом легких и низкий уровень реабилитации требует досконального изучения причин, влияющих на данные процессы и поиска путей для их решения.

Цель исследования: повышение эффективности лечения инвалидов вследствие туберкулеза легких посредством разработки мероприятий по медицинской и социальной реабилитации.

Задачи исследования

1. Изучить механизмы образования инвалидности и пути реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза легких.
2. Выявить медицинские и социальные факторы, влияющие как на признание лица инвалидом вследствие туберкулеза, так и затрудняющие реабилитацию инвалидов и определить их комбинации.
3. Выявить зависимость полноты и скорости реабилитации от различных комбинаций медицинских и социальных факторов.
4. Изучить эффективность реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза легких в условиях амбулаторного и стационарного режимов лечения.
5. Разработать систему наблюдения (алгоритм), использование которой приведет к повышению эффективности медицинской реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза.

Научная новизна. Впервые дана оценка комплексам факторов, имеющим наиболее сильное отрицательное воздействие на реабилитацию. Впервые дана оценка медицинской, социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом с впервые установленной группой инвалидности. В работе впервые изучено комплексное многофакторное воздействие на реабилитацию больных впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза. Впервые проведен мониторинг эффективности лечения больных туберкулезом в амбулаторных и стационарных условиях и определено воздействие данных условий на реабилитацию.

Изучены закономерности частичной и полной реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза. Впервые определены и успешно апробированы мероприятия, направленные на повышение уровня медицинской, социально-трудовой реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза.

Практическая значимость. Изучение биологических, клинических, социальных факторов, влияющих на реабилитацию больных туберкулезом легких и инвалидов, позволило определить наиболее значимые из них, что в свою очередь акцентирует внимание врачей на приоритетные направления в лечебной и реабилитационной работе с каждым конкретным пациентом.

Выделение групп больных с определенным уровнем реабилитационного потенциала позволит прогнозировать полноту и быстроту реабилитации у каждого пациента. Группировка больных в зависимости от уровня возможной реабилитации, выявленные закономерности в характере течения туберкулеза легких, позволяет разработать комплекс реабилитационных мероприятий и очертить круг лиц, нуждающихся в пристальном фтизиатрическом внимании.

Данные проведенного исследования могут быть использованы клиницистами при ведении больных, находящихся на лечении в противотуберкулезных отделениях и диспансерах для достижения скорейшего возвращения пациента к полноценной жизни и труду.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Медико-социальные причины, приводящие к инвалидности и затрудняющие реабилитацию: позднее выявление, распространенность процесса, наличие бактериовыделения, деструкции легочной ткани, лекарственной устойчивости, сопутствующей патологии, недисциплинированности больных, алкоголизма.
2. Факторы, приводящие к инвалидности и влияющие на реабилитацию, образуют комплексы. Совокупности социальных факторов, приводящих к инвалидности и затрудняющих реабилитацию: наличие вредных привычек (наркомания, курение, алкоголизм), неудовлетворительные условия проживания, низкое образование. Совокупность медицинских факторов: наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте, наличие устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам (ППП), наличие распада легочной ткани, распространенная форма туберкулеза, метод выявления по обращению и давность предыдущего флюорографического обследования более 2 лет.
3. Низкий уровень как частичной, так и полной реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза легких.
4. Как частичная, так и полная реабилитация выше при стационарном лечении, чем при амбулаторном.
5. Использование предложенной нами системы (алгоритма) наблюдения инвалидами приводит к повышению показателей реабилитации.

Внедрение результатов диссертационного исследования в практику. Результаты исследования внедрены в практику Волгоградского областного клинического противотуберкулезного диспансера. Теоретические положения и практические рекомендации используются в педагогической, научной и клинической деятельности на кафедре фтизиопульмонологии Волгоградского государственного медицинского университета.

Публикации и апробация работы. По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, 5 из которых в журналах, включенных в Перечень ведущих рецензируемых изданий, рекомендуемых ВАК для публикации научных работ, отражающих содержание докторских и

кандидатских диссертаций. Материалы исследования представлены и доложены на XII региональной конференции молодых исследователей Волгоградской области (Волгоград, 2007), 65 научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолГМУ (Волгоград, 2007), научно-практической конференции «Состояние здоровья населения Волгоградской области и современные медицинские технологии его коррекции» (Волгоград, 2008), на Международных Пироговских конференциях, Москва 2007, 2008, 2010 гг., международной научной конференции студентов и молодых ученых «Актуальные вопросы в современной медицине» (Харьков, 2007), 35 конференции молодых ученых Смоленской государственной медицинской академии (Смоленск, 2007), Российском съезде фтизиатров, г. Москва, 2007 г., научно-практических конференциях молодых ученых, посвященных всемирному дню борьбы с туберкулезом (Москва 2009, 2010).

Работа апробирована 02.06.2010 г. на совместном заседании проблемной комиссии кафедр факультетской терапии, клинической фармакологии, психиатрии, пропедевтики внутренних болезней, кафедры терапии и семейной медицины ФУВ, кафедры фтизиопульмонологии Волгоградского государственного медицинского университета

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 169 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных наблюдений, обсуждения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и трех приложений. Диссертация иллюстрирована 20 таблицами и 20 рисунками. Библиография содержит 244 источника, из них 180 отечественных и 64 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе кафедры фтизиопульмонологии Волгоградского государственного медицинского университета. В исследование включены пациенты, впервые признанные инвалидами вследствие туберкулеза легких. Проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении во фтизиопульмонологических отделениях ВОКПД, амбулаторных карт больных и статистических талонов в бюро МСЭ за 2004-2008 годы.

В результате проводимого исследования было обследовано 3270 больных туберкулезом легких впервые признанных инвалидами и сформировано несколько групп больных.

Первая группа (№1) включала в себя 1044 пациента – все впервые признанные инвалидами вследствие туберкулеза за 2004 г. С целью оценки динамики реабилитации наблюдение за этой группой осуществлялось в течение 3 лет. Мужчин – 834 человека (79,9%), женщин – 210 человек (20,1%). Городских жителей было 700 больных (67,1%), сельских – 344 больных (32,9%). Структура инвалидности по группам выглядела

следующим образом: I группа – 16 больных (1,5%), II группа – 761 больной (72,9%), III группа – 267 больных (25,6%).

Вторая группа (№2) включала 916 пациентов – всех впервые признанных инвалидами за 2007 г. С целью оценки причин, приводящих к инвалидности и затрудняющих реабилитацию, и комплексной оценки выявленных причин за этой группой наблюдение осуществлялось в течение 1 года. Характеристика группы: мужчин – 740 человек (80,8%), женщин – 176 человек (19,2%). По возрасту и полу: мужчины и женщины 18-44 лет – 580 человек (63,3%), мужчины 45-59 лет и женщины 44-54 года – 281 человек (30,7%), мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет – 55 человек (6,0%). По месту жительства: городских жителей было 616 человек (67,3%), сельских – 300 человек (32,7%) соответственно ($p < 0,05$). Не работали на момент направления на МСЭ – 765 человек (83,5%), работали только 151 человек (16,5%).

Третья группа (контрольная группа сравнения) включала 412 больных туберкулезом, не признанных инвалидами в 2007 г. Данная группа сформирована путем рандомизации. Цель формирования данной группы – выявить различия между медико-социальным статусом больных туберкулезом легких, не признанных инвалидами и признанных инвалидами вследствие туберкулеза. Характеристика группы: мужчин – 256 человек (62,1%), женщин – 156 человек (37,9%); городских жителей – 272 человека (66,0%), сельских – 140 (34,0%); по социальному положению: работающих – 103 человека (25%), не работающих – 309 (75,0%).

Первая и вторая группа были статистически неразличимы с достоверностью ($p > 0,05$), но достоверно ($p < 0,05$) различались с третьей, контрольной группой.

Четвертая и пятая группы (№4 и №5) были сформированы путем рандомизации для оценки влияния сопутствующей патологии на процесс реабилитации. Группа №4 включала инвалидов вследствие туберкулеза с сопутствующей патологией – 93 человека, группа №5 – без сопутствующей патологии – 93 человека. Распределение в зависимости от сопутствующей патологии: хронические неспецифические болезни легких (ХНЗЛ) – 49 инвалида (52,7%), сахарный диабет (СД) – 28 (30,1%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖД) – 11 (11,8%), сердечнососудистая патология 5 (5,4%) изолированная, 21 (22,6%) совместно с какой-либо из вышеперечисленных заболеваний. Структура инвалидности по группам сравнения: группа с сопутствующей патологией – I группа инвалидности – 8 человек (8,6%), II группа – 62 (66,7%), III группа – 23 (24,7%); группа без сопутствующей патологии – I группа инвалидности – 6 (6,4%), II группа – 54 (58,1%), III группа – 33 (35,5%). Различие между соответствующими группами достоверно: среди I группы - $\varphi = 2,49$ при $\varphi_{0,05} = 1,64$, среди II группы – $\varphi = 5,37$ при $\varphi_{0,05} = 1,64$, среди III группы – $\varphi = 2,97$ при $\varphi_{0,05} = 1,64$.

предыдущего флюорографического обследования, сопутствующая патология, форма туберкулеза, наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте, наличие распада легочной ткани, устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП), мы убедились, что наиболее сильные корреляционные связи возникают между признанием лица инвалидом и следующими факторами:

- Медицинские факторы:
 - ✓ Распространенная форма туберкулеза легких с коэффициентом корреляции $r=0,292812$, при уровне значимости $p=0,000000$.
 - ✓ Наличие МБТ в мокроте с коэффициентом корреляции $r=0,415722$, ($p=0,000000$).
 - ✓ Устойчивость МБТ к ПТП с коэффициентом корреляции $r=0,280764$, ($p=0,000000$).
 - ✓ Наличие распада легочной ткани с коэффициентом корреляции $r=0,846083$, ($p=0,000000$).
 - ✓ Сопутствующая патология с коэффициентом корреляции $r=0,133860$, ($p=0,000048$).
 - ✓ Метод выявления - обращение с коэффициентом корреляции $r=0,161675$, ($p=0,000001$).
 - ✓ Давность предыдущего флюорографического обследования более 2 лет с коэффициентом корреляции $r=0,167552$, ($p=0,000000$).
- Социальные факторы:
 - ✓ Вредные привычки с коэффициентом корреляции $r=0,157723$, ($p=0,000002$).
 - ✓ Плохие жилищные условия с коэффициентом корреляции $r=0,113996$, ($p=0,000547$).
 - ✓ Пребывание в ИТУ с коэффициентом корреляции $r=0,065154$, ($p=0,48686$).
 - ✓ Наличие туберкулезного контакта с коэффициентом корреляции $r=0,076928$, ($p=0,019883$).
 - ✓ Низкий уровень образования с коэффициентом корреляции $r=0,059464$, ($p=0,007051$).

Выявив факторы, достоверно влияющие ($p<0,01$) на реабилитацию впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза легких, мы решили изучить их комплексное влияние.

Рассмотрев все многочисленные комбинации факторов, влияющих на инвалидность, нам удалось установить следующее: комплекс факторов, приводящих к инвалидности это – наличие вредных привычек (наркомания, курение, алкоголизм), неудовлетворительные условия проживания (общежитие или коммунальная квартира), низкое образование, а также наличие МБТ в мокроте, наличие устойчивости МБТ к ПТП, наличие распада легочной ткани, хроническая или распространенная формы туберкулеза (фиброзно-кавернозная, диссеминированная или инфильтративная формы

туберкулеза легких), метод выявления - обращение, отсутствие флюорографического обследования пациента 2 и более лет.

Для оценки реабилитации была изучена медицинская документация 1044 впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза легких (группа №1). Наблюдение за этой группой больных проводилось в течение 3 лет. Таким образом, мы смогли оценить реабилитацию как за 1 год, так и более отсроченную – через 3 года (таблица 2 и 3).

Таблица 2 – Реабилитация впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза легких в течение трех лет (M±m, %)

Реабилитация	Первый год		Второй год		Третий год		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стабилизация	695	66,6±1,5	588	63,1±1,6	538	66,8±1,6		
Утяжеление	84	8,0±0,8	61	6,6±0,8	52	6,4±0,8		
Частичная реабилитация	165	15,8±1,3	170	18,3±1,6	111	13,8±1,2		
Полная реабилитация	100	9,6±0,8	112	12,0±1,1	104	13,0±1,2	316	30,3±1,4

Полная реабилитация впервые признанных инвалидами за 3 года наблюдения составила только 30,3% (316 человек). Частичная реабилитация в первый год составляла 15,8%, в третий – 13,8%, т.е. снизилась на 2,0% ($\varphi=3,72$ при $\varphi_{0,05}=1,64$, $\alpha<0,05$).

Таблица 3 – Динамика полной реабилитации инвалидов среди форм туберкулеза за 3 года по отношению к исходным данным (M±m, %)

Форма туберкулеза	Год	Первый год		Второй год		Третий год		Всего	
		Абс.		Абс.		Абс.		Абс.	
		Начало года	Реабилитировано (Абс., %)	Начало года	Реабилитировано (Абс., %)	Начало года	Реабилитировано (Абс., %)	Начало года	Реабилитировано (Абс., %)
Очаговый	23	14	60,8±4,2	8	87,5±4,9	1	-	23	21
Инfiltrативный	698	44	6,3±1,2	649	13,1±3,1	560	82	698	211
Туберкулома	41	18	43,9±3,7	22	31,8±2,8	14	5	41	30
Диссеминированный	54	4	7,4±0,4	50	2,0±0,2	47	3	54	8
Фиброзно-кавернозный	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Цирротический	20	8	40,0±4,7	11	25,0±3,5	8	4	20	15
Послеоперационный	34	12	35,3±3,8	22	40,9±4,6	13	10	34	31
									91,2±8,1

Результаты проведенного исследования показали, что лучше всего поддаются реабилитации больные с очаговой формой и больные в послеоперационном периоде (после радикального лечения) ($p < 0,05$), хуже всего – больные с хроническими формами: диссеминированный туберкулез – 2,8% от всей полной реабилитации и 14,8% внутри своей формы. Пациенты с фиброзно-кавернозным туберкулезом за три года не достигли полной реабилитации. Полученные данные свидетельствуют о существующем потенциале для повышения реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза легких. Задачей проведенного нами исследования явилось своевременное выявление и предупреждение причин, препятствующих реабилитации.

В процессе работы нами было доказано, что причины, приводящие к инвалидизации, одновременно являются и причинами затрудняющими реабилитацию.

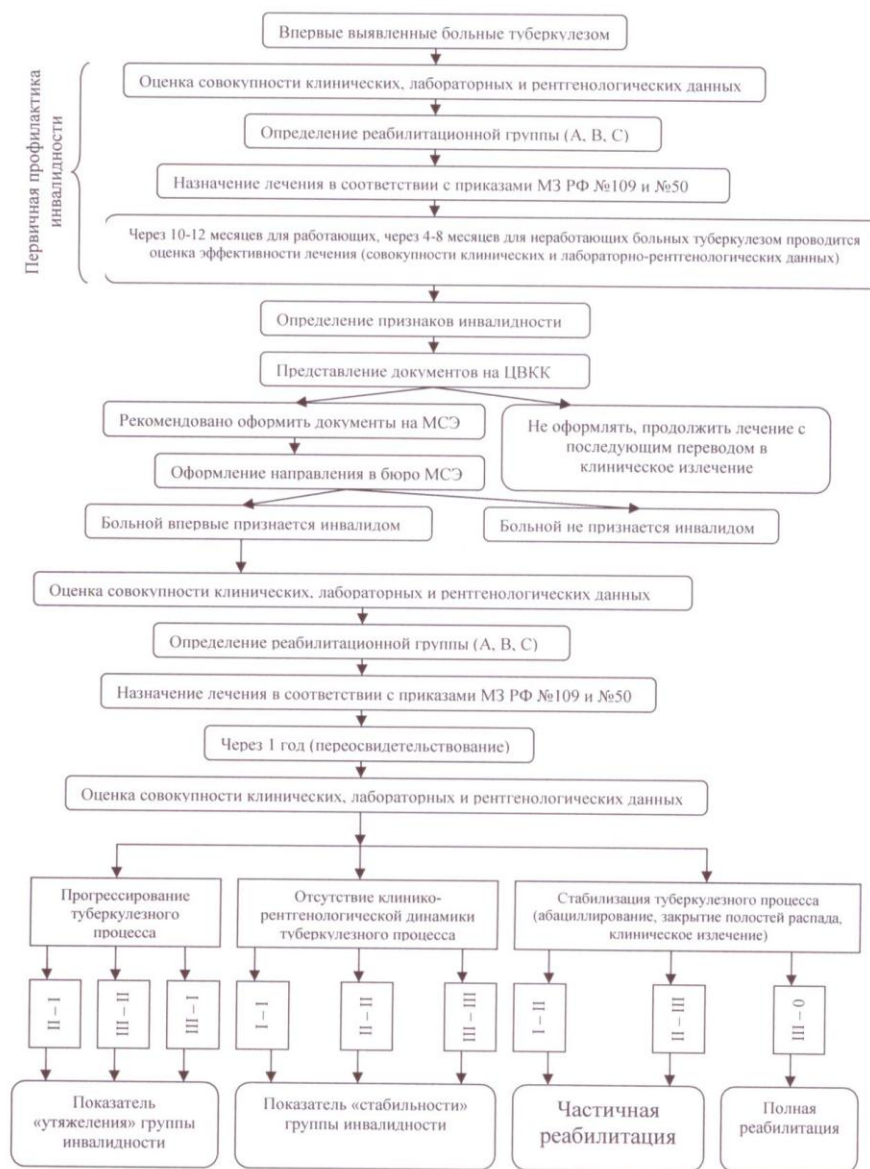
Определив основные факторы, затрудняющие реабилитацию инвалидов при туберкулезе легких, мы оценили влияние стационарного и амбулаторного вариантов лечения на реабилитацию впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза и выяснили, что достоверно чаще ($p < 0,05$) достигалась эффективность при лечении в стационарных условиях (абациллирование – в 84,1%, закрытие полостей распада – в 93,1% случаев), в амбулаторных условиях – абациллирование – у 57,4%, закрытие полостей распада – у 42,9% больных. Клиническое излечение пациентов с ЛУ также достигалась чаще в стационаре – 57,9%, чем при амбулаторном варианте лечения – 30,7%.

При стационарном варианте лечения реабилитировано 18 человек – 100% (то есть III группа полностью реабилитирована), при амбулаторном – 47 человек ($78,3\% \pm 6,0$). Утяжеление инвалидности наблюдается чаще при амбулаторном ведении пациентов – 6 ($5,4\% \pm 2,1$). Частичная реабилитация также более выражена при стационарном варианте лечения – 38 ($37,3\% \pm 4,8$) пациентов. Относительно высокий показатель полной реабилитации среди амбулаторно-леченых пациентов обусловлен превалированием более легкой, III группы инвалидности, наблюдавшейся в амбулаторных условиях.

В 80-е годы XX века больше внимания уделяли трудотерапии, профессиональному обучению и переобучению больных и инвалидов вследствие туберкулеза на базах противотуберкулезных диспансеров и противотуберкулезных санаториев. Однако, к сожалению, этот опыт в клинике легочного туберкулеза в настоящее время утерян. Вот почему среди всех мероприятий по социально-трудовой реабилитации наиболее важное место занимает рациональное трудоустройство. Правильный подбор подходящих условий и видов труда играет большую роль в предупреждении обострений и прогрессирования процесса. Кроме того, рациональное трудоустройство является одним из самых существенных факторов восстановления трудоспособности и может иметь решающее значение для социально-трудовой реабилитации.

В связи с этим, мы предложили особый подход к проблеме инвалидности с целью повышения качества реабилитации и возвращения пациентов к полноценной жизни и труду.

Разработанные нами алгоритм наблюдения за больными и инвалидами вследствие туберкулеза (схема) и реабилитационные группы (таблица 4) были опробованы в практике. Нами были сформированы группы наблюдения, за которыми мы наблюдали в течение года. В основной группе применялся предложенный нами метод наблюдения, в контрольной группе – этот метод не применялся. Проводилась коррекция социального статуса: проведение бесед о необходимости соблюдения здорового образа жизни, борьба с вредными привычками, коррекция условий проживания (в соответствии с постановлением Правительства РФ от 21.12.2004 г. №817 и 16.06.2006 № 378). В соответствии с данными постановлениями пациент, состоящий на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу активной формы туберкулеза легких и имеющий инвалидность по данному заболеванию, имеет право на дополнительную жилую площадь.



Примечание: I, II, III – группы инвалидности. II-I, III-I и т.д. – перевод из группы в группу при пересвидетельствовании

Схема – Алгоритм последовательности действий врача фтизиатра по профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза

Таблица 4 – Порядок наблюдения и учета больных и инвалидов вследствие туберкулеза легких в реабилитационных группах

Группа	Характеристика реабилитационной группы	Срок наблюдения в группе	Лечебно-диагностические и профилактические мероприятия	Критерии эффективности наблюдения по данной группе
А	Включает в себя впервые выявленных больных туберкулезом легких, а также больных с III группой инвалидности вследствие туберкулеза.	Не более 2 лет (первый год с момента установления диагноза, второй – в случае признания инвалидом III группы)	<i>Лечение:</i> основной курс химиотерапии согласно приказу МЗ РФ №109, при наличии показаний – коллапсотерапия и хирургическое лечение, санаторно-курортное лечение. <i>Обследование:</i> бактериологическое (микроскопическое и культуральное исследование мокроты на МБТ 2 раза в месяц в течение курса химиотерапии, 1 раз в месяц по окончании курса химиотерапии до конца наблюдения в группе), рентгенологическое – 1 раз в 2 месяца во время курса химиотерапии, после 1 раз в 4 месяца.	Возвращение к труду в своей профессии и специальности через год от момента установления заболевания для впервые выявленных больных туберкулезом и для впервые признанных инвалидами III группы инвалидности вследствие туберкулеза. Примечание: в случае признания лица инвалидом, наблюдение по данной группе продолжается еще в течение 1 года
В	Включает пациентов, признанных инвалидами II группы со II степенью ограничения трудовой деятельности.	Срок наблюдения не ограничен	<i>Лечебные мероприятия:</i> продлевающие жизнь, улучшающие качество жизни, направленные на прекращение бактериовыделения и приводящие к стойкой ремиссии. <i>Обследование:</i> бактериологическое (микроскопическое и культуральное исследование мокроты на МБТ 2 раза в месяц в течение курса химиотерапии, 1 раз в месяц по окончании курса химиотерапии до конца наблюдения в группе), рентгенологическое – 1 раз в 2 месяца во время курса химиотерапии, после 1 раз в 4 месяца.	Перевод в реабилитационную группу А. Трудоспособность с ограничениями (при отсутствии контакта с детьми, подростками, пищевыми продуктами и питьевой водой)
С	Включает больных туберкулезом признанных инвалидами II группы с III степенью ограничения трудовой деятельности, а также инвалидов I группы	Срок наблюдения не ограничен	<i>Лечебные мероприятия:</i> продлевающие жизнь, улучшающие качество жизни, направленные на прекращение бактериовыделения и приводящие к стойкой ремиссии. <i>Обследование:</i> бактериологическое (микроскопическое и культуральное исследование мокроты на МБТ 2 раза в месяц в течение курса химиотерапии, 1 раз в месяц по окончании курса химиотерапии до конца наблюдения в группе), рентгенологическое – 1 раз в 2 месяца во время курса химиотерапии, после 1 раз в 6 месяцев.	Отсутствие необходимости в постоянном уходе, перевод в реабилитационную группу В. Возможность трудоустройства в специально созданных условиях, на дому или по индивидуальному режиму труда

Примечание: в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России №853н от 28 октября 2009 г. и постановлением правительства Российской Федерации № 1121 от 30 декабря 2009 г. с 1 января 2010 г. степени ограничения способности к трудовой деятельности исключаются. Поэтому в дальнейшем в практике можно использовать группу реабилитации А для инвалидов III группы, группу реабилитации В, для инвалидов II группы и группу реабилитации С – для инвалидов I группы.

Через год наблюдения результаты были следующие: полная реабилитация была достоверно выше ($t=3,72$, $\alpha<0,05$) в основной группе и составила 18,2%. Частичная реабилитация была также достоверно выше в основной группе ($t=2,02$, $\alpha<0,05$) и составила 22,7%, что в 2 раза выше, чем в контрольной группе. Хорошим прогностическим признаком является и то, что удалось снизить показатель «утяжеления» группы инвалидности с 10,9% до 0,9% (таблица 5, рисунок 1).

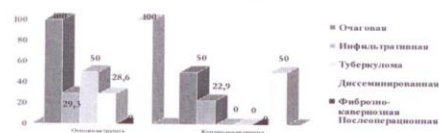
Таблица 5 – Результаты реабилитации в группах сравнения (% , $M\pm m$)

Результат переосвидетельствования	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%, $M\pm m$	Абс.	%, $M\pm m$
Полная реабилитация	20	18,2±3,7	10	9,1±2,7
Частичная реабилитация	25	22,7±3,9	14	12,7±3,2
Стабилизация	64	58,2±4,7	74	67,3±4,4
Утяжеление	1	0,9±0,9	12	10,9±2,9

Результаты полной реабилитации в зависимости от формы туберкулеза в группах сравнения



Результаты частичной реабилитации в зависимости от формы туберкулеза в группах сравнения



Результаты реабилитации в зависимости от бактериовыделения, лекарственной устойчивости и наличия МАУ в группах сравнения



Рисунок 1 – Результаты реабилитации в зависимости от формы туберкулеза, бактериовыделения и наличия лекарственной устойчивости в группах сравнения (% , $M\pm m$)

В результате проведенного исследования установлено, что использование разработанных нами реабилитационных групп значительно повышает показатели как полной реабилитации до $18,2\% \pm 3,7$, так и частичной до $22,7\% \pm 3,9$. По формам туберкулеза в основной группе больные с инфильтративной формой туберкулеза были реабилитированы достоверно чаще на $44,4\%$ ($p < 0,05$), больные с туберкулезом на $76,7\%$ ($t = 2,45$, $p < 0,05$). Таким образом, в основной группе полностью реабилитировано 20 человек ($90,9\% \pm 6,1$) из 22 возможных, что на $45,5\%$ выше, чем в группе сравнения ($t = 3,72$, $p < 0,05$).

Частичная реабилитация в группах сравнения составляла $28,4\% \pm 4,8$ и $19,3\% \pm 4,2$ соответственно (разница достоверна $t = 2,02$, $p < 0,05$). По формам туберкулеза результаты были также достоверно ($p < 0,05$) различны. Особенно высокие показатели частичной реабилитации в основной группе были достигнуты при таких формах как: туберкулома ($50,0\% \pm 35,3$), диссеминированный туберкулез легких ($28,6\% \pm 17,1$), состояние после операции (100%). Пациенты с наличием МБТ в мокроте ($t = 2,04$, $p < 0,05$), лекарственной устойчивостью МБТ к ПТП ($t = 2,07$, $p < 0,05$) и даже с МЛУ ($t = 2,66$, $p < 0,05$) также гораздо быстрее реабилитировались в основной группе – $22,1\% \pm 5,0$, $19,5\% \pm 6,2$, $29,4\% \pm 11,0$ соответственно, по сравнению с контрольной группой – $9,4\% \pm 3,6$, $7,9\% \pm 4,3$ и 0 соответственно.

Благодаря проведенной работе, 20 человек из 22 возможных были реабилитированы полностью как в медицинском, так и в социально-трудовом плане, то есть могли работать по своей специальности без ограничений; 25 человек из 88 были реабилитированы частично как в медицинском, так и в социально-трудовом плане, то есть они могли работать только в специально созданных условиях, на дому или по индивидуальному графику работы.

Данное исследование доказывает состоятельность предлагаемой нами методики и может быть рекомендовано для использования ее в практике врачей фтизиатров.

Выводы

1. Наиболее значимыми ($p < 0,05$) медицинскими причинами, приводящими к инвалидности и затрудняющими реабилитацию, как при изолированном, так и при комплексном рассмотрении, являются: распространенность туберкулезного процесса ($85,2\% \pm 1,2$), деструкция легочной ткани ($78,0\% \pm 1,4$), позднее выявление ($63,8\% \pm 1,6$), наличие бактериовыделения ($44,0\% \pm 1,6$), наличие устойчивости МБТ к ПТП ($24,8\% \pm 1,4$).
2. Наиболее значимыми ($p < 0,05$) социальными причинами, приводящими к инвалидности и затрудняющими реабилитацию, как при изолированном рассмотрении, так и при комплексной оценке являются: низкий уровень санитарного просвещения среди пациентов с низким уровнем образования – $94,7\% \pm 0,7$, социальный статус (не работающие – $83,5\% \pm 1,2$), наличие вредных привычек ($64,4\% \pm 1,6$), неудовлетворительные условия проживания – общежития и коммунальные квартиры ($55,4\% \pm 1,6$).

- Пироговская студенческая научная конференция // Вестник РГМУ. – М., 2008. – С. 38.
14. Калуженина А.А., Борзенко А.С. Медико-социальный статус больных впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза // Альманах – 2008. С. 385 – 389
 15. Калуженина А.А. Медицинская реабилитация больных туберкулезом легких впервые признанных инвалидами // Научно-практическая конференция молодых ученых, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом, ЦНИИТ РАМН. – Москва, 2009. – С. 45 – 47.
 16. Калуженина А.А. Медицинская реабилитация больных туберкулезом легких впервые признанных инвалидами // Научно-практическая конференция молодых ученых, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом, ЦНИИТ РАМН. – Москва, 2010. – С. 61 – 64.
 17. Калуженина А.А. Оценка социально-трудовой реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза // V Международная (XIV Всероссийская) Пироговская студенческая научная конференция // Вестник РГМУ. – М., 2010. – С. 401.
 18. Калуженина А.А., Яицкий Ю.А. Сочетанное воздействие лекарственной устойчивости и других факторов на реабилитацию инвалидов вследствие туберкулеза // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – М., 2010. – Том 12, №2 приложение 1., С. 31 – 32.