

Е.Ф. Лугинова, В.П. Старостин, Н.Н. Григорьев

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ САНАТОРИЕВ

УДК 616.24-002.5-081.212

В статье приведены результаты внедрения в Республике Саха (Якутия) новых подходов в организации санаторной помощи детям из групп риска по туберкулезу.

Проанализирована эффективность организационно-методической работы, проведенной РДТС им. Т.П. Дмитриевой с районными детскими туберкулезными санаториями. Показаны результаты работы по укреплению материально-технической базы санаториев, по подготовке и переподготовке медицинских кадров и педагогов-воспитателей, рациональному использованию санаторных коек. Установлено положительное влияние новых подходов в организации противотуберкулезной помощи детям в условиях специализированных санаториев на показатели заболеваемости туберкулезом среди детского населения Республики Саха (Якутия).

Ключевые слова: дети, туберкулез, санаторий, организация специализированной помощи.

The results of implementation in the Republic Sakha (Yakutia) of the new approaches in the organization of sanatorium for children from risk groups for tuberculosis are presented.

The efficiency of organizational and methodological work carried by Republican Children's Tuberculosis Sanatorium after T. P. Dmitrieva with district children's tuberculosis sanatoria is analyzed. Results of the work to strengthen the sanatorium's material base, training and retraining of medical personnel and teachers, educators, the rational use of sanatorium beds are shown. The positive impact of new approaches to management of tuberculosis care for children in specialized sanatoria in the incidence of tuberculosis among children in the Republic of Sakha (Yakutia) is established.

Keywords: children, tuberculosis, sanatorium, organization of specialized care.

В Российской Федерации эпидемическую обстановку по туберкулезу следует оценивать в настоящее время как весьма напряженную. По данным официальной статистики, ухудшение эпидемиологической ситуации в стране и во всем мире началось с середины 80-х гг. По данным М.В. Шиловой, начиная с 1990 г. в России произошло выраженное наступление туберкулеза [3]. Показатель смертности от туберкулеза населения России в 2008 г. составил 20,8 на 100 тыс. населения и увеличился в 2,6 раза по сравнению с 1990 г.

Отмеченные эпидемические тенденции совпали по времени с процессом усугубления социально-экономической ситуации в стране. Сокращение производства и изменение характера общественно-производственных отношений привели к финансовому кризису и снижению затрат на здравоохранение, в том числе и на противотуберкулезную работу [1]. Данные обстоятельства стали основной причиной сокращения санаторных коек в России. Их число для взрослых больных с 1991 г. сократилось на 46,2%, для детей – на 32,3% [3].

По данным официальной статистики, представленной ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», в 2008 г. в стране число санаторных коек составило 22483 (в 2007 г. – 23535), в т.ч. 14901 – для детей, что по сравнению с 2007 г. меньше на 4,2% (в 2007 г. – 15555) [2].

Следует отметить, что сокращение детских санаторных коек происходит на фоне роста показателя инфицированности микобактериями туберкулеза (МБТ) среди детского населения. Кроме того, в последние годы увеличивается заболеваемость туберкулезом детей в очагах семейного контакта с бактериовыведителями. В 2007 г. данный показатель в РФ составил 1050,1 на 100 тыс., что в 64 раза выше, чем общий показатель заболеваемости детей.

В Республике Саха (Якутия) заболеваемость туберкулезом среди детского населения начала неуклонно расти начиная с 1992 г. и составила 24,3 на 100 тыс. детей. Пик кривой заболеваемости отмечен в 1997 г., когда данный показатель составил 59,9 на 100 тыс. детей, превысив показатель РФ в 4 раза (в 1997 г. в РФ – 14,7). В конце 90-х гг. основными причинами высокой заболеваемости туберкулезом среди детского населения были недостатки в работе по раннему выявлению туберкулеза среди взрослого и детского населения и в профилактической работе среди детей из групп риска.

Новые социально-экономические и

эпидемиологические условия, а также высокий уровень заболеваемости туберкулезом среди детей Республики Саха (Якутия) диктовали необходимость поиска новых подходов в организации противотуберкулезной помощи детскому населению. Одним из разделов данной работы было усовершенствование работы детских туберкулезных санаториев (ДТС), т.к. основную помощь по предупреждению заболевания туберкулезом оказывают детские санатории, где дети изолируются от взрослых больных туберкулезом и получают лечебно-профилактическую помощь. Именно в условиях ДТС, где широко применяются специфические и неспецифические методы лечения, созданы условия для повышения сопротивляемости организма детей, способствующие улучшению показателей их здоровья в целом.

Рациональное использование санаторных коек позволяет охватить оздоровлением наиболее социально незащищенные слои детского населения. Оздоровление детей в условиях санатория подразумевает не только применение лекарств, но и получение полноценного питания, физиопроцедур, массажа, лечения зубов и санации хронических очагов инфекций, т.к. кроме туберкулезной инфекции у подавляющего большинства детей выявляется различная сопутствующая патология.

В связи с вышеуказанным и на основании решения рабочего совещания от 2001 г. с участием главного фти-

РДТС им. Т.П. Дмитриевой: **ЛУГИНОВА Евдокия Федоровна** – к.м.н., зам. гл. врача, гл. внештат. фтизиопедиатр МЗ РС (Я), luginovaef@mail.ru, **СТАРОСТИН Василий Петрович** – гл. врач, **ГРИГОРЬЕВ Никифор Николаевич** – зав. орг.-метод. отделом.

зиопедиатра МЗ РФ, профессора В.А. Аксеновой и начальника Управления медицинских проблем материнства и детства МЗ РФ А.А. Корсунского Министерству здравоохранения РС (Я) было предложено создать на базе Республиканского ДТС им.Т.П. Дмитриевой головное учреждение по организации санаторной помощи детям из групп риска по туберкулезу. Кроме того, в 2007 г. для координации профилактической работы ДТС и контроля за качеством оказания санаторной помощи детскому населению Министерством здравоохранения РС (Я) был издан приказ № 01-8/4-101 от 14 марта 2007 г. «О совершенствовании работы детских туберкулезных санаториев в Республике Саха (Якутия)».

Основной целью работы РДТС им. Т.П. Дмитриевой в новом качестве было оказание организационно-методической, консультативной, практической помощи районным ДТС и курация их лечебно-диагностической и профилактической работы. Из числа опытных врачей были назначены кураторы сельских ДТС, которые стали активно проводить совместную работу со специалистами районных санаториев.

На 01.01.2010 г. в Республике Саха (Якутия) функционирует 9 детских туберкулезных санаториев, в т.ч. РДТС им.Т.П. Дмитриевой на 250 коек и ДТС на 260 коек в 8 районах республики в Таттинском – 25 коек, Чурапчинском – 20, Мегино-Кангаласском – 40, Усть-Алданском – 20, Вилуйском – 50, Верхневилуйском – на 50, Нюрбинском – 30, Сунтарском – 25 коек.

Большинство ДТС расположены в отдаленных от районного центра населенных пунктах (4 из 9). Наиболее отдаленным от районного центра является Чурапчинский ДТС, расположенный в 80 км от улусного центра в с.Мындагай. Вне зоны населенных пунктов, в 7 км от с. Верхневилуйск в местности Атыыр бастаах расположен Верхневилуйский ДТС.

В настоящее время основной проблемой большинства ДТС является крайне слабая материально-техническая база. Здания ДТС в основном построены в советские времена. Площадь спален для больных не соответствует требованиям СанПиН 2.1.3.1373-03 – 6,5 м². Наиболее не отвечают требованиям СанПиН-а условия содержания детей в Усть-Алданском, Таттинском и Сунтарском ДТС. В подавляющем большинстве санаториев централизованная канализация отсутствует, септики имеются в Сунтарском и Нюрбинском ДТС. В зимнее время на-

иболее низкие температуры в корпусах отмечаются в Верхневилуйском и Усть-Алданском ДТС. Все санатории обеспечены телефонной связью, компьютеризированы. Собственный автотранспорт имеют 4 из 9 санаториев, что составляет 44,4%, другие санатории автотранспортом обеспечивают ЦРБ и ПТД.

В качестве первоочередной меры специалистами РДТС им. Т.П. Дмитриевой на уровне глав муниципальных образований во время кураторских визитов (в 2009 г. – 8, в 2008 г. – 10, в 2007 г. – 5) ставились вопросы об укреплении материально-технической базы ДТС. В результате в последние годы были достигнуты значительные успехи. Так, в Сунтарском районе в 2008 г. введен в эксплуатацию пристрой здания санатория и проведено благоустройство спального корпуса. В 2009 г. в Нюрбинском районе закончено строительство нового здания санатория, в Таттинском – выделено 700 тыс. руб. на разработку проектно-сметной документации ДТС, в Мегино-Кангаласском районе введено в эксплуатацию здание кухни-прачечной. В 2009 г. распоряжением Президента Российской Федерации №50-РП от 30.01.2009 г. из резервного фонда Президента РФ для капитального ремонта зданий РДТС им. Т.П. Дмитриевой было выделено 10490 тыс. руб., на которые проведена замена фундамента 3 лечебных корпусов и административного здания.

Следующей необходимой задачей улучшения организации работы ДТС была работа с кадрами (табл.1). Особое внимание уделено вопросам подготовки и переподготовки медицинских кадров и воспитателей-педагогов, обмену опытом и многому другому. Разработана программа переподготовки и обучения среднего медицинского персонала. Всего в 2007-2009 гг. на базе

РДТС им. Т.П. Дмитриевой прошли подготовку и переподготовку 34 специалиста, в т.ч. 3 врача, 27 медсестер, 4 воспитателя (2009 г. – 9, 2008 г. – 21, 2007 г. – 4 специалиста). Подготовка специалистов на рабочем месте на базе РДТС им. Т.П. Дмитриевой проводится по утвержденной главным врачом программе.

Обеспеченность врачами кадрами санаториев, по данным на 01.01.2010 г., составила 88,8, средним медицинским персоналом – 95,4, младшим – 97,9, прочим – 96,1, педагогами-воспитателями – 104,5%.

Во исполнение Приказа МЗ РФ №109 от 21.03.2003 г. в условиях ДТС проводится целенаправленная работа по повышению эффективности обследования, дифференциальной диагностики и лечения детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции.

Следует отметить, что эффективность лечебно-диагностической и профилактической работы в ДТС напрямую зависит от обеспеченности подготовленными специалистами и необходимым медицинским оборудованием, а также от имеющейся площади для развертывания соответствующих вспомогательных служб. Так, собственная клиничко-диагностическая лаборатория имеется в Вилуйском ДТС и РДТС им.Т.П.Дмитриевой, другие ДТС обслуживаются лабораториями центральных районных больниц по установленному графику. Физиотерапевтическая служба развернута во всех санаториях, но возможности ее в районных ДТС разные. Для усиления данного раздела работы 2010-2011 гг. нами были объявлены годами реабилитационной работы ДТС.

Особое внимание в настоящее время уделяется анализу эффективности работы санаторных коек и их рационального использования. За счет

Таблица 1

Кадровая обеспеченность ДТС РС(Я) по состоянию на 01.01.2010 г.

Наименование ДТС	Наименование должностей									
	Врачи		Средний медперсонал		Младший медперсонал		Педагоги, воспитатели		Прочий персонал	
	Шт.ед.	ф/л	Шт.ед.	ф/л	Шт.ед.	ф/л	Шт.ед.	ф/л	Шт.ед.	ф/л
Чурапчинский	1	1	6	6	5,5	5	2	2	3,5	5
Мегино-Кангаласский	2	1	7	8	7	7	3	4	8,5	10
Усть-Алданский	1	-	5	5	5	5	1	1	6	6
Таттинский	1	1	6	6	5,5	5	2	2	5,5	6
Вилуйский	1,5	2	12	12	14	14	4	4	14	14
Верхневилуйский	2	1	12	12	14	14	4	4	14	14
Нюрбинский	1,25	1	7,5	6	7,5	5	2	1	4,5	5
Сунтарский	1	1	9,5	7	9,75	7	1	1	6	6
РДТС им. Т.П. Дмитриевой	18,5	18	67	64	61,5	65	36,5	39	46,25	38
ИТОГО:	29,25	26	132	126	129,75	127	55,5	58	108,25	104

Таблица 2

Выполнение плана койко-дней и среднегодовая занятость койки
в ДТС РС (Я) в 2007-2009 гг.

Наименование ДТС	Выполнение плана койко-дней			Среднегодовая занятость койки		
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Чурапчинский	98,2	124,0	99,4	333,7	421,4	338,0
Мегино-Кангаласский	86,1	70,1	100,1	255,8	210,2	300,2
Усть-Алданский	120,5	101,1	103,9	385,6	323,7	332,5
Таттинский	98,0	100,0	96,9	313,7	320,2	310,1
Вилуйский	98,8	100,0	99,2	294,2	291,0	298,0
Верхневилуйский	101,1	99,7	99,3	300,3	309,1	308,0
Нюрбинский	95,0	97,7	45,2	258,5	312,7	144,6
Сунтарский	95,8	104,8	102,1	306,6	335,4	286,0
РДТС им. Т.П. Дмитриевой	101,0	102,3	101,8	323,2	327,3	325,3
ИТОГО:	99,6	100,1	97,5	310,6	321,4	307,5

Таблица 3

Средняя длительность пребывания больного на койке и оборот койки
в ДТС РС (Я) в 2007-2009 гг.

Наименование ДТС	Средняя длительность пребы- вания больного на койке			Оборот койки		
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Чурапчинский	63,6	64,8	75,0	5,2	6,5	6,2
Мегино-Кангаласск.	90,5	94,4	83,4	2,8	2,2	3,6
Усть-Алданский	202,9	109,7	72,2	1,9	3,0	4,6
Таттинский	65,4	92,0	74,5	4,8	3,5	4,6
Вилуйский	72,5	65,2	56,2	4,0	4,4	5,7
Верхневилуйский	90,7	78,0	68,7	3,7	3,9	4,5
Нюрбинский	104,1	122,7	78,8	2,5	2,6	1,8
Сунтарский	72,3	64,5	58,1	4,2	5,2	5,0
РДТС им. Т.П. Дмитриевой	135,6	127,5	113,2	2,4	2,6	2,9
ИТОГО:	101,9	107,0	92,1	3,0	3,3	3,6

внедрения стандартов медицинской помощи, повышения уровня подготовки врачей и улучшения обеспечения лекарственными препаратами в последние годы удалось достичь улучшения некоторых показателей деятельности ДТС РС (Я) (табл. 2).

Из таблицы следует, что в целом в 2009 г. план койко-дней выполнен на 97,5%. На 100% план выполнили 4 из 9 санаториев. По данным за 2009 г., план койко-дней не выполнен в Чурапчинском, Таттинском, Вилуйском, Верхневилуйском и Нюрбинском ДТС. В 2009 г. впервые круглогодично работал ДТС Мегино-Кангаласского района, за счет чего план был выполнен на 100,1%. Наиболее низкий показатель выполнения плана койко-дней отмечен в Нюрбинском ДТС. Весной и осенью 2009 г. данный санаторий был закрыт из-за низкого температурного режима и функционировал лишь в летнее время.

Показатель среднегодовой занятости санаторной койки в РС (Я) в 2009 г. составил 307,5, что не соответствует утвержденным нормативам (2008 г. – 321,4, 2007 г. – 310,6 дней). Наиболее низкие показатели имели ДТС Нюрбинского и Сунтарского районов.

Основными показателями деятельности ДТС также являются средняя длительность пребывания больного на санаторной койке и оборот койки в году (табл. 3).

Из таблицы следует, что в последние годы в целом в РС (Я) достигнуто снижение показателя средней продолжительности пребывания пациента на санаторной койке до требуемого норматива, что соответствует приказу МЗ РФ №109 от 21.03.2003 г. (3 месячный курс превентивного лечения детей из групп риска по туберкулезу). Так, данный показатель в 2009 г. по РС (Я) составил 92,1 дней против 101,9 в 2007 г. Наиболее короткие сроки лечения больных отмечены в Вилуйском, Верхневилуйском и Сунтарском ДТС. Это объясняется нерациональным использованием санаторных коек и организацией в летнее время оздоровительных лагерей на базах ДТС.

Показатель оборота санаторных коек в РС (Я) в 2009 г. составил 3,6 больных на одну койку, что приближается к утвержденной норме (2008 г. – 3,3, 2007 г. – 3,0). По сельским санаториям этот показатель варьировал от 1,8 до 6,2, что требует дальнейшего анализа и контроля за показанностью

госпитализации и соблюдением сроков лечения больных.

Одной из необходимых задач в работе детских туберкулезных санаториев является повышение охвата оздоровительными мероприятиями детей из групп риска по туберкулезу. Следует отметить, что данный раздел работы напрямую зависит от состояния материально-технической базы санаториев. Зачастую неудовлетворительная материально-техническая база является одной из основных причин отказа родителей от госпитализации своих детей в санаторий.

Ежегодно оздоровлением в условиях ДТС охватывается лишь 25% из числа состоящих на учете в диспансерных группах наблюдения. Кроме того, необходимо отметить, что ДТС в РС (Я) в основном рассчитаны на детей дошкольного возраста, дети школьного возраста проходят лечение в РДТС им. Т.П. Дмитриевой, Верхневилуйском и Вилуйском ДТС, а также в трех лесных школах, находящихся в ведении Министерства образования РС (Я).

В условиях ДТС детям проводится профилактическое лечение согласно Приказу МЗ РФ №109 от 21.03.2003 г., в виде трехмесячного курса химио-профилактики одним или двумя противотуберкулезными препаратами на фоне десенсибилизирующей терапии, гепатопротекторов и витаминов. Противотуберкулезные препараты используются в суточных дозах: изониазид 8-10 мг/кг массы тела, пиразинамид или этамбутол 25-30 мг/кг. Неспецифические методы лечения включают санаторный гигиено-диетический режим, лечебную физкультуру, фитотерапию, закаливание, трудотерапию, аэротерапию, лечение сопутствующей патологии.

Оценка эффективности лечения детей больных туберкулезом и инфицированных микобактериями туберкулеза имеет существенные различия, в связи с чем в санатории эффективность лечения у детей оценивается по показателям достижения клинического улучшения, снижения туберкулиновой чувствительности, нормализации характера туберкулиновой чувствительности, прибавки весо-ростового показателя, снижения частоты острых вирусных инфекций и обострения хронических заболеваний. В целом исходы лечения в условиях ДТС оцениваются нами как «улучшение» и «без перемен». В 2009 г. в санаториях РС(Я) прошли оздоровление 1916 детей (табл. 4).

На начало 2009 г. в некоторых са-

Таблица 4

Движение больных в ДТС РС (Я) и исходы лечения в 2009 г.

Наименование ДТС	Состояло больных в начале года	Всего поступило детей в 2009 г.	Всего прошло детей в 2009 г.	Исходы лечения (в %)	
				улучшение	без перемен
Чурапчинский	22	78	117	93,5	6,5
Мегино-Кангаласский	36	144	180	93,8	6,2
Усть-Алданский	28	68	96	98,9	1,1
Таттинский	22	101	123	98,9	1,1
Вилуйский	49	237	286	99,6	0,4
Верхневилуйский	56	195	251	85,3	14,7
Нюрбинский	21	34	55	100,0	-
Сунтарский	25	111	136	95,5	4,5
РДТС им. Т.П. Дмитриевой	209	463	672	92,6	7,4
ИТОГО:	468	1431	1916	94,0	6,0

Таблица 5

Распределение выписанных больных по группам диспансерного учета в 2009 г.

Наименование ДТС	Всего выписано детей	Диспансерная группа наблюдения					Туб. инфиц.	ЧБД	Группа риска
		I-II-VA	III	VI	IV	VB			
Вилуйский	244	-	2	23	54	-	60	37	68
Верхневилуйский	197	-	8	85	26	-	33	19	26
Нюрбинский	55	-	1	19	11	-	9	4	11
Сунтарский	110	-	4	46	18	-	18	8	16
Усть-Алданский	88	-	10	22	27	-	17	3	9
Мегино-Кангаласский	144	-	7	22	42	-	30	10	33
Таттинский	108	-	-	12	15	-	23	12	46
Чурапчинский	81	-	5	35	7	-	17	6	11
РДТС им. Т.П. Дмитриевой	501	24	82	278	46	3	51	17	-
ИТОГО в абс.ч.:	1528	24	119	542	246	3	258	116	220
в %:	100,0	1,5	7,8	35,5	16,1	0,2	16,9	7,6	14,4

наториях численность больных превышала количество развернутых коек (Чурапчинский, Усть-Алданский, Верхневилуйский). В некоторых санаториях (Мегино-Кангаласский, Таттинский, Нюрбинский, РДТС им. Т.П. Дмитриевой), наоборот, отмечено значительно меньше детей на санаторных койках на начало года, что, по-видимому, связано с массовой выпиской больных перед новогодними праздниками.

По отчетным данным, подавляющее большинство детей из числа выписанных в 2009 г. имели улучшение состояния (94%), выписаны без перемен лишь 6% больных. В основном дети без перемен в состоянии выписывались по просьбе родителей и переводились на амбулаторное лечение в противотуберкулезный диспансер. Наибольший удельный вес таких больных в 2009 г. отмечен в Верхневилуйском ДТС – 14,7%, что превысило среднереспубликанский показатель более чем в 2 раза. Данный показатель требует более детального анализа и изучения с целью установления причин такого исхода лечения больных и принятия соответствующих мер.

Основной удельный вес из числа

выписанных из ДТС РС (Я) детей имели больные из групп риска по туберкулезу, что отражено (табл.5).

Из таблицы следует, что всего детей с активными формами туберкулеза было выписано 24, все они находились в РДТС им. Т.П. Дмитриевой. Основной удельный вес в ДТС имели дети из VI группы диспансерного учета, что составило 35,5%. Дети из контактов составили 16,1%. На оздоровлении в ДТС РС(Я) находились также дети из категории часто болеющих (7,6%), ранее тубинфицированные (16,9%) и дети из других групп риска (14,4%). Дети с осложнениями БЦЖ в фазе кальцинации (VB) в основном находились в РДТС им. Т.П. Дмитриевой.

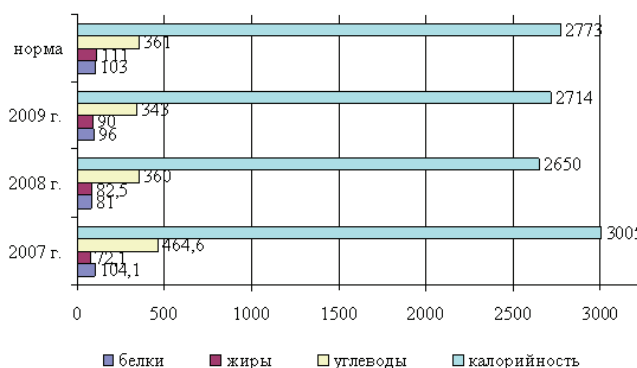
В 2008-2009 гг. во исполнение приказа МЗ РФ №183 от 21.04.2008 г. «О проведении в 2008-2011 годах диспансеризации в стационарных учреждениях детей-сирот и детей,

находящихся в трудной жизненной ситуации» была проведена диспансеризация детей, находящихся в РДТС им. Т.П. Дмитриевой. Всего в 2008 г. было обследовано 209, в 2009 г. – 156 детей. В результате диспансеризации в 2009 г. у детей было выявлено 613 заболеваний различных органов и систем, что составило в среднем 4 заболевания на одного ребенка (в 2008 г. – 518 или 2,5 заболевания на одного ребенка). Наиболее часто у детей зарегистрирована различная патология желудочно-кишечного тракта, нервной и сердечно-сосудистой систем.

Одним из основных разделов работы по совершенствованию профилактической помощи детям в условиях ДТС было решение вопросов обеспечения качественным питанием. При оценке качества питания за основу нами были приняты разработанные и утвержденные НИИ питания РАМН среднесуточные нормативы продуктов для больных и инфицированных туберкулезом детей в детских противотуберкулезных учреждениях (от 03.04.2007 г.).

В РДТС им.Т.П. Дмитриевой в 2009 г., по сравнению с 2007 г., калорийность пищи, содержание основных питательных веществ были значительно приближены к норме (рисунок). В рационе больных значительно уменьшено содержание мучных, кондитерских и макаронных изделий, приведено в соответствие с нормой содержание растительного и животного жира, увеличено в рационе больных количество фруктов и овощей. Только в 2009 г. внедрено 9 новых готовых блюд. Рацион питания больных, по данным 2009 г., состоял из 18 разновидностей первого блюда, 20 видов вторых блюд и выпечек.

В настоящее время в организации питания тубинфицированных детей при лечении их в условиях районных ДТС нами поставлена цель внедрения рекомендуемого среднесуточного набора продуктов, утвержденного НИИ



Динамика изменения состава и калорийности питания детей в РДТС им. Т.П. Дмитриевой в 2007-2009 гг.

питания РАМН, что позволит значительно улучшить качество питания больных.

Анализ стоимости питания 1-го больного в день в ДТС РС (Я) в 2009 г. показал, что в среднем она составила 121 руб. 15 коп. В Чурапчинском ДТС стоимость питания 1 больного равнялась 134 руб., Мегино-Кангаласском – 85,84, Усть-Алданском – 120, Таттинском – 94,3, Вилюйском – 150, Нюрбинском – 100, Сунтарском – 115, РДТС им.Т.П.Дмитриевой – 171,45, т.е. наиболее низкий показатель затрат на питание отмечен в ДТС Мегино-Кангаласского и Таттинского районов.

Таким образом, внедрение новых подходов в организации противотуберкулезной помощи детскому населению Республики Саха (Якутия) в условиях специализированных санаториев позволило заметно улучшить качество оказываемой помощи детскому населению, о чем свидетельствует снижение на 52,8% показателя заболева-

емости туберкулезом среди данного контингента населения (2001 г. – 48,2, 2009 г. – 22,8 на 100 тыс. детей). Кроме того, новые формы организации работы позволили наладить централизованный контроль за лечебно-диагностической и профилактической работой санаториев, улучшить качественные показатели их деятельности и решить вопросы укрепления материально-технической базы ДТС РС (Я).

Для дальнейшего повышения эффективности использования санаторных коек необходимо обеспечение преемственности в работе детских туберкулезных санаториев и противотуберкулезных диспансеров, усиление внутриведомственного контроля за качеством оказания лечебно-профилактической помощи детскому населению в условиях ДТС. Также требуется со стороны РДТС им. Т.П. Дмитриевой усиление контроля за выполнением плана-койко дней и других основных показателей деятельности ДТС. С уче-

том частоты выявления у детей сопутствующей патологии, нужен 100%-ный охват детей, находящихся на лечении в ДТС, периодическими профилактическими медицинскими осмотрами узкими специалистами, необходимо также обеспечение детей полноценным высококалорийным питанием и реабилитационными, оздоровительными мероприятиями.

Литература

1. Работа противотуберкулезной службы Рязанской области в изменившихся социально-экономических и эпидемиологических условиях / Исаков С.А. и [др.] // Проблемы туберкулеза. – 2002. – №6. – С. 18.
2. Ресурсы и деятельность противотуберкулезных учреждений. Основные эпидемиологические показатели за 2007-2008 г. // Статистические материалы ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения». – М., 2009. – С. 12.
3. Шилова М.В. Итоги оказания противотуберкулезной помощи населению России в 2003 г. / М.В. Шилова // Проблемы туберкулеза. – 2005. – №6. – С. 3-10.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА

О.И. Зайцева, В.Т. Манчук, Т.А. Колодяжная

ВАРИАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ СИБИРИ

УДК 577.11:576.8.094.7:611

С целью изучения индивидуальной адаптации детей, проживающих в различных регионах Сибири, обследованы 208 учащихся 7-15 лет г. Красноярск и Эвенкии. Методом микрофлуориметрии с использованием флуоресцентного зонда хлортетрациклина изучена реактивность эритроцитарных мембран детей к экзогенным биорегуляторам вегетативной нервной системы. Выявленные разные варианты реактивности клеточных мембран на биорегуляторы у детей различных регионов Сибири носят универсальный характер. Показано, что адаптационно-приспособительная деятельность индивидуальна и сопровождалась у детей пришлого населения Эвенкии повышением активности стратегических механизмов регуляции гомеостатических функций, в то время как у детей коренного населения Эвенкии и г. Красноярск наблюдалась их невысокая функциональная активность.

Ключевые слова: Сибирь, дети, адаптация, метод микрофлуориметрии, эритроцитарные мембраны.

With the purpose of studying of individual adaptation of children living in various regions of Siberia, 208 pupils of 7-15 years of Krasnoyarsk and Evenkia are surveyed. By the method of microfluorimetry with use of a fluorescent probe of chloride tetracycline reactance of erythrocyte membranes of children to exogenic bioregulators of vegetative nervous system is studied. The revealed different variants of reactance of cellular membranes on bioregulators in children of various regions of Siberia have universal character. It is shown, that adaptive activity is individual and is accompanied by increase of activity of strategic mechanisms of regulation homeostatic functions in children of non-indigenous population of Evenkia while in children of indigenous population of Evenkia and Krasnoyarsk their low functional activity is observed.

Keywords: Siberia, children, adaptation, a method of microfluorimetry, erythrocyte membranes.

Введение. Одной из наиболее важных задач педиатрии является проблема изучения здоровья детей с учетом их индивидуальных адаптивных возможностей. Формирование адаптивных реакций протекает на всех уровнях организма в целом, включая клеточный

уровень. Индивидуальность клеточной адаптации определяется центральными уровнями регуляции, среди которых ведущее место принадлежит вегетативной нервной системе (ВНС) [2, 5]. Мембрана в этом плане представляет собой эффекторное звено ВНС. В ее структуру входят многочисленные рецепторы к гормонам и медиаторам. Именно на клеточном уровне зачатую формируются первые доклинические признаки патологии вегетативной регуляции [6].

Целью наших исследований явилось изучение механизмов вегетатив-

ной регуляции и оценка индивидуальной адаптации у детей, проживающих в различных регионах Сибири.

Определены следующие задачи:

1. Изучить состояние центральных звеньев вегетативной регуляции у детей по показателю личностной тревожности и исходному вегетативному тону (ИВТ).
2. Исследовать у детей реактивность эритроцитарных мембран к биорегуляторам ВНС: ацетилхолин, адреналин, дексаметазон.
3. Оценить индивидуальную адаптацию детей к различным экологичес-

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН: **ЗАЙЦЕВА Ольга Исаевна** – д.м.н., вед.н.с., 342930@mail.ru; **МАНЧУК Валерий Тимофеевич** – д.м.н., чл.-корр. РАМН, директор института; **КОЛОДЯЖНАЯ Татьяна Александровна** – к.б.н., вед.н.с..