

### **АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ У МІСЦЕВОМУ ОБЛАСНОМУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ САНАТОРІЇ М. ГАДЯЧ**

**Вищий державний навчальний заклад України**

**«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

Робота є фрагментом науково-дослідної теми НДР «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) та розробити методи корекції виявлених порушень на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», № держ. реєстрації 0110U008151.

**Вступ.** Санаторно-курортна реабілітація одна із ланок в комплексі лікувальних і профілактичних заходів по боротьбі з туберкульозом хворих, котра сприяє підвищенню ефективності традиційної хіміотерапії, знижує частоту побічних реакцій на хіміопрепарати, сприяє прискоренню процесів розсмоктування туберкульозних вогнищ, загоєння деструкцій [1, 6].

По даним багаточисленних спостережень у дорослих та дітей з захворюваннями органів дихання при лікуванні на кліматичних курортах часто виникають реакції адаптації, що суттєво впливає на результати лікування [7, 9]. Однак однією з ланок відновного лікування, значно підвищуючи ефективність оздоровчих заходів, є перебування хворих в місцевих санаторіях, що виключає можливість акліматизаційних перенавантажень, а також забезпечує етапність, безперервність, послідовність у проведенні оздоровчо реабілітаційних заходів. Саме в зв'язку з цим розвиток сітки місцевих санаторіїв набуває особливого значення [9], тим паче з економічної точки зору.

Одним з таких місцевих санаторіїв є Гадяцький обласний протитуберкульозний санаторій для лікування хворих з активними і затухаючими формами туберкульозу органів дихання, сечостатевої системи, лімфовузлів та інших органів і систем.

Санаторій почав функціонувати з 10 квітня 1997 року на основі Постанови Кабінету Міністрів України від 4 грудня 1996 року №3/4756. Займає площу 32,5 га. Розташований в 6 км. від центру м. Гадяча та в 9 км. від залізничної станції «Гадяч» Південної залізничної дороги.

Розміщений на правому високому березі річки Псьол в старому дубовому лісі, який займає площу в 15 га. Висота над рівнем моря – 151,6 м. Це найвище місце над рівнем моря в Полтавській області. Місцевість суха, здорова. ґрунт – чорнозем. З півночі до

санаторію прилягає масив листяного лісу, за ним, а також на заході – лани та луки. На півдні і південному заході до території санаторію прилягають фруктові сади і лани. Протилежний берег р. Псьол по широкій долині покритий сосновим лісом.

Клімат помірний, помірно вологий з невеликими добовими коливаннями температури повітря, з великою кількістю сонячних днів і помірною кількістю опадів. Середньорічна температура близько + 7 градусів С. Середньорічна кількість опадів 500 мм. Снігове покриття триває приблизно з 15 листопада до кінця березня. Днів з туманом близько 70 в рік. Температура води в р. Псьол 20-21 градусів тепла.

**Мета роботи.** Дослідити та проаналізувати роботу місцевого обласного протитуберкульозного санаторія м. Гадяч і вивчити його роль у ефективності реабілітації хворих туберкульозом за останні 5 років (2007, 2008, 2009, 2010, 2011 роки).

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження виконано на базі Полтавського обласного протитуберкульозного диспансеру та Гадяцького протитуберкульозного санаторія. Проведений аналіз медичної документації та річних статистичних звітів за 2007-2011рр.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Вивчення соціального статусу хворих (табл. 1), які перебували в місцевому санаторії за 2007 – 2011 роки, показало, що найбільша їх кількість складала пенсіонери та безробітні. Кількість непрацюючих в середньому в 2007 – 2011 роках складала 45,4%, що в 2,7 рази більше по відношенню до працевлаштованих – 17,14% і при цьому мала тенденцію з 2007 по 2010 роки до зростання – з 42% до 52,5%. Тоді як питома вага робітників за ідентичні роки зменшувалася і становила: у 2007 році – 15,3%, 2008 р. – 13,5%, 2009 р. – 11,7%, 2010 р. – 8,6% а в 2011 році вже 11%. Ця особливість характерна для епідемії туберкульозу в Україні адже серед хворих на вперше діагностований туберкульоз близько 65,0% – це особи соціально незахищені і непрацюючі працездатного віку, мігранти, пенсіонери, особи, які повернулися з місць позбавлення волі й ті, які не мають постійного місця проживання. Це значно погіршує виявлення хворих та організацію їх лікування за відсутністю оптимальних соціальних і медичних заходів [3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13].

**Таблиця 1**  
**Соціальний статус хворих при поступленні**  
**в санаторій «Гадяч»**

	2007 рік		2008 рік		2009 рік		2010 рік		2011 рік	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Контингент хворих										
Робітники	127	15,3	117	13,5	105	11,7	81	8,6	102	11
Службовці	25	2,8	27	3,1	20	2,2	27	3	23	2,5
Сільські працівники	29	3,3	33	3,8	21	2,3	27	3	24	2,6
Учні, студенти	3	0,3	4	0,5	4	0,4	4	0,4	3	0,3
Пенсіонери	322	36,3	299	34,5	334	37	306	32,5	388	42,1
Непрацюючі	381	42	386	44,6	418	46,4	492	52,5	382	41,5
Всього	887	100	866	100	902	100	937	100	922	100

Вивчення вікового складу пацієнтів (табл. 2) показало що найбільш багаточисленними були хворі віком 41 – 70 років: у 2007 році найбільша кількість хворих перебували в віковій категорії 51 – 60 років – 203 хв. (22,9%), у 2008 р. віком 61 – 70 р. – 192 хв. (22,1%), у 2009 р. – 203 хв. (22,5%) віком 51 – 60 років, тоді як в 2010 – 2011 роках найбільша кількість хворих перебувала в віковій категорії 41 – 50 років, і становила відповідно 222 хв. (23,7%) та 199 хв. (21,6%). Найменша кількість пролікованих в санаторії за 2007 – 2011 роки відповідала категорії хворих віком 71 років та більше і становила в середньому 8,4%.

**Таблиця 2**  
**Розподіл хворих по віковому складу та**  
**місцю проживання**

Вікова категорія хворих	2007 р.		2008 р.		2009 р.		2010 р.		2011 р.	
	Кількість хворих		Кількість хворих		Кількість хворих		Кількість хворих		Кількість хворих	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
До 30 років	91	10,3	96	11,1	123	13,64	119	12,7	89	9,5
31 – 40 років	136	15,3	114	13,4	155	17,2	186	19,8	181	19,6
41 – 50 років	183	20,6	178	20,4	197	21,8	222	23,7	199	21,6
51 – 60 років	203	22,9	177	20,3	203	22,5	201	21,4	194	21,0
61 – 70 років	194	21,9	192	22,1	172	19,06	168	17,9	166	18
71 рік і старші	80	9,0	109	12,6	54	5,8	41	4,5	93	10,1
Всього	887	100	866	100	902	100	937	100	922	100

При аналізі соціально-демографічної картини хворих санаторію за 2007 – 2011 роки значимої різниці між жителями міста (51%) та сільської місцевості (49%) не відмічено, спостерігаємо більшу кількість міських жителів лише в 2007 та 2009 роках, 53,2% та 51,8% відповідно. В інші роки хоча й незначно, але превалювали хворі сільської місцевості.

Виваючи форми туберкульозу на санаторному етапі, відмічаємо приблизно однаковий розподіл хворих з активними формами туберкульозу (49,7%) та клінічно-вилікуваним туберкульозом (50,3%). Хоча в 2010 – 2011 роках показник клінічно-вилікуваного туберкульозу мав тенденцію до зменшення у порівнянні з активними формами і становив 41,9% та 39,8% відповідно.

При аналізі структури клінічних форм туберкульозу хворих санаторію по роках, які значно впливають на результат реабілітації хворих, найбільша кількість хворих у 2007 році знаходилася з вогнищевою формою (18,8%), з інфільтративним та дисемінованим туберкульозом – по 11%, відповідно. На долю циротичного з фіброзно-кавернозним та післяопераційних хворих припадало тільки 2,6% та 2,2%. Кількість хворих з іншими формами становила 1,9%.

В 2008 році домінуючою клінічною формою був дисемінований туберкульоз – 11,3%, кількість хворих з вогнищевим туберкульозом зменшилася в 2,1 рази (9%). Практично на тому ж рівні залишалася кількість хворих з інфільтративним туберкульозом – 10,1%, фіброзно-кавернозним та циротичним – 2,6% і післяопераційні хворі – 2,5%. У порівнянні з 2007 роком дещо зменшилася кількість хворих з плевритом, туберкульозом лімфатичних вузлів (з 2,1% до 1,4% та з 0,3 до 0,1% відповідно).

В 2009 році домінуючою і при цьому зростаючою формою, залишався дисемінований туберкульоз – 13%. У порівнянні з попереднім 2008 роком: збільшилася кількість перебування хворих з інфільтративною та вогнищевою формами в 1,2 рази (11,8% та 10,0% відповідно), в 1,4 рази плевритів (1,9%) та зменшилася в 3,1 рази кількість післяопераційних хворих (0,8%). Незначно збільшилася, залишаючись близькими за попередній рік, кількість хворих з туберкульозом лімфатичних вузлів, та кісток – по 0,2% відповідно, та хворих з іншими формами – 1,3%.

В 2010 році дисемінований туберкульоз зменшився до – 12,3%, перестав бути самою розповсюдженою клінічною формою, так як найбільша кількість хворих відмічена серед хворих з вогнищевим туберкульозом – 18,9%. Кількість хворих з інфільтративним та циротичним з фіброзно-кавернозним туберкульозом продовжувала збільшуватися – 13,7% та 4,7% відповідно. У порівнянні з попереднім роком також спостерігалось збільшення кількості хворих серед післяопераційних хворих – у 4,3 рази (3,4%), інших форм – у 2,2 рази (2,8%).

В 2011 році продовжуємо спостерігати подальший ріст кількості хворих з інфільтративним та фіброзно-кавернозним з циротичним туберкульозом – 14,9% та 5,5% відповідно. Вогнищевий туберкульоз продовжує бути основною клінічною формою – 21,5% серед хворих санаторію. Майже не зазнала змін кількість дисемінованого туберкульозу – 12,9%, лімфатичних вузлів – 0,3%, туберкульозу кісток – 0,2%. В свою чергу інші форми зменшилися в 2,2 рази (1,3%), післяопераційні хворі в 1,4 рази (2,4%) та ексудативні плеврити в 1,7 разів (1,0%) у порівнянні з 2010 роком.

Таблиця 3

**Показники ефективності санаторної реабілітації хворих туберкульозом, %**

Рік спостереження	Критерії санаторного лікування				
	Значне покращення	Покращення	Без змін	Погіршення	Смерть
2007	28,9	70,7	0,3	–	0,1
2008	24,8	74,3	0,9	–	–
2009	27,9	71,4	0,7	–	–
2010	40,7	59	0,3	–	–
2011	41,3	58,5	0,2	–	–

Кількість хворих на туберкульоз кісток було приблизно однаково за 2008 – 2011 роки спостереження (0,1% – 0,2% – 0,1% – 0,2%). Аналогічна картина серед хворих на туберкульоз сечостатевої системи за 2007 рік, 2009-2011 роки, де рівень даної форми становив відповідно 0,4% – 0,1% – 0,2% – 0,2%.

Таким чином, виваючи клінічні форми туберкульозу на санаторному етапі за 2007-2011 роки, відмічаємо домінування за останні роки вогнищевої форми туберкульозу над іншими формами 15,64%, на другому місці дисемінований туберкульоз – в середньому 12%, після якого посідає інфільтративна форма – 9,94%.

При співставленні даних за 2007 – 2011 роки частота інфільтративного туберкульозу в кінці досліджуваного періоду збільшилася в 1,4 рази, дисемінованого в 1,2 рази, фіброзно-кавернозного з циротичним – в 2,1 рази. На перший погляд це можна констатувати як негативну тенденцію, але враховуючи що за період 2007 – 2011 років контингент хворих на всі форми активного туберкульозу по Україні знизився на 15,8%, а кількість активних хворих в санаторії за 2010 -2011 роки превалює над неактивними, можна зробити висновок, що тенденція до збільшення даних форм активного туберкульозу на санаторному етапі відбувається за рахунок задовільної роботи направляючих тубструктур по Полтавській області. Про що свідчать аналітично-статистичні показники санаторної допомоги хворим на туберкульоз I та III категорії обліку по Україні та в Полтавському регіоні [2].

При проведенні нами аналізу показників методів лікування, які використовуються в комплексі з специфічним лікуванням, відмічаємо, що фізіотерапевтичними методами було проліковано 100% хворих за всі роки спостереження. До яких в санаторії «Гадяч» відносяться: електролікування (гальванізація, електрофорез, діадинамотерапія, ампліпульстерапія, УВЧ – терапія, дарсонвалізація), світлолікування (місцева УФ дія, солюкс), ультразвукова терапія (ультразвукова дія та фонофорез лікарських речовин), аерозольтерапія (інгаляції аерозолів лікарських речовин, прополісу, трав, масляні інгаляції), лікування іонізуючим повітрям (франклінізація).

Найбільша кількість хворих, яким призначено кліматолікування, припадає на 2009 – 2010 роки (94,6% та 94% відповідно). Майже ідентична ситуація з призначенням хворим теренкуру, коли в 2010 році кількість пролікованих даним методом становила 73,7% всіх хворих, тоді як в інші роки показник в середньому становив 23,5%.

Приблизно однаковою була кількість призначень лікувальної гімнастики за всі роки спостереження, лише в 2008 році відсоток проведення був дещо менший (70,8% – 62% – 68% – 68%, 68% відповідно). В свою чергу, працетерапія в 2007 – 2011 роках в середньому була застосована у 23,4% хворих.

При аналізі ефективності санаторної реабілітації, нами були використані такі критерії: значне покращення, покращення, без покращення, погіршення.

В таблиці 3 відображені показники ефективності реабілітації хворих туберкульозу на санаторному етапі.

При аналізі даних таблиці видно, що у 2007 році з «значним покращенням» було виписано 28,9% хворих, з «покращенням» 70,7%, «без змін» 0,3%, одна хвора померла в результаті серцево-легеневої недостатності.

В 2008 році результати ефективності реабілітації хворих туберкульозом в санаторії «Гадяч» були наступні: 24,8% було виписано з «значним покращенням», 74,3 – з «покращенням», 0,9% – «без змін». Хворих з «погіршенням», та випадком смерті не було.

В 2009 році з «значним покращенням» було виписано 27,9%, з «покращенням» 71,4%, «без змін» 0,7%.

В 2010 – 2011 роках ситуація дещо покращується: з «значним покращенням» було виписано 40,7% та 41,3%, з «покращенням» – 59% і 58,5%, з «без змін» – 0,3% та 0,2% відповідно. Хворих з «погіршенням» за роки спостереження не було відмічено.

Необхідно відмітити що найбільший ріст ефективності реабілітації хворих туберкульозом припадає на 2010 – 2011 роки, котрий проявляється збільшенням групи хворих виписаних з «значним покращенням» (40,7% та 41,3%) та одночасним зменшенням групи виписаних з «покращенням» (59% та 58,5% відповідно). Позитивним є також те, що в 2010 – 2011 році при перевазі хворих з активним туберкульозом, продовженні зростанні таких форм як інфільтративний, дисемінований, фіброзно-кавернозного з циротичним туберкульозом в 1,7 рази більший ріст ефективності порівнянно з 2008 роком. Що можна пояснити підвищенням якості санаторної реабілітації, більш повному використанню всіх методів реабілітації хворих туберкульозом, особливо це видно в 2010 році та домінуванням в ці роки над клінічними формами вогнищевого туберкульозу (18,9% та 21,5% відповідно).

При вивченні ефективності за 2008 рік, ми відмічаємо найменший показник росту ефективності проведеного лікування – 24,8%, що на нашу думку пояснюється домінуванням в цей рік такої клінічної форми як дисемінований туберкульоз (11,3%), та низькі показники використання, у порівнянні з іншими роками, таких методів лікування як

кліматолікування (22,6%), лікувальна гімнастика (62%) та теренкур (19,3%).

При порівнянні даних спостережень в 2007 та в 2009 роках ми відмічаємо майже однаковий показник ефективності санаторної реабілітації з «значним покращенням» (28,9% та 27,9% відповідно). При цьому в 2007 році переважав вогнищевий туберкульоз 18,8% і показник методів був дещо вищий чим у 2009 році, окрім кліматолікування (94,6%). За рахунок чого, на нашу думку, показник ефективності у 2009 році близький до попереднього, хоча в цьому році домінуючою клінічною формою був дисемінований туберкульоз.

**Висновки.** Оцінюючи вищенаведені дані, можна зробити наступні висновки:

1. Більшість хворих туберкульозом на санаторному етапі реабілітації є соціально-незахищеними – пенсіонери (36,48%) та безробітні (45,4%), віком 41-70 років, без суттєвої різниці між жителями міста (51%) і села (49%).

2. При майже однаковому розподілі хворих з активним туберкульозом (49,7%) та клінічно-вилікуваним, ЗЗТБ (50,3%) в 2010-2011 роках збільшується кількість направлень на реабілітацію в санаторій хворих з активним туберкульозом, у порівнянні з 2007-2009 роками.

3. Незважаючи, що в структурі клінічних форм туберкульозу серед хворих санаторія зберігається тенденція до збільшення інфільтративного

туберкульозу (в 1,4 рази), дисемінованого (в 1,2 рази), фіброзно-кавернозного з циротичним (2,1 рази) домінуючою клінічною формою залишається вогнищевий туберкульоз легень.

4. Показники медичної реабілітації за роки спостереження виконуються в санаторії в повному обсязі: фізіотерапевтичними методами було проліковано 100%; кліматолікування в середньому застосовано у 53,94% хворих; лікувальна гімнастика у 67,36% хворих; теренкур 32,8%; працетерапією було задіяно 64,74% хворих.

5. Медична реабілітація хворих туберкульозом на санаторному етапі з кожним роком стає більш ефективною, про що свідчить збільшення кількості виписаних хворих з «значним покращенням» (в 1,7 рази), виписаних з малим відсотком «без змін» (0,5%), та відсутністю виписаних хворих з «погіршенням».

6. Збільшення показників ефективності медичної реабілітації на санаторному етапі сприяють: благоприємні зміни в клінічній структурі хворих туберкульозом; максимальне використання всіх методів медичної реабілітації, в тому числі специфічного лікування.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується провести порівняльний аналіз ефективності реабілітації хворих туберкульозом в протитуберкульозних санаторіях Полтавської області.

### Список літератури

1. Диагностические технологии в реабилитации детей, больных туберкулезом / Н. Н. Каладзе, Е. А. Крадинова, Е. В. Черноротова [ та ін. ] // Вестн. физиотерапии и курортологии. – 2007. – Т. 13, №2. – С. 107-109.
2. Ємець І. М. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 2000 – 2010 роки) / І. М. Ємець. – К., 2011. – 103 с.
3. Мельник В. М. ДОТС стратегія та ефективність лікування хворих на туберкульоз: огляд літератури / В. М. Мельник // Журн. практичного лікаря. – 2008. – № 1. – С. 13-17.
4. Мельник В. М. Виявлення та діагностика туберкульозу: методичний посібник для медичних працівників первинної ланки загальнолікувальної мережі / В. М. Мельник [та ін.]. – К.: 2006. – 58 с.
5. Мельник В. М. Діагностика та лікування латентної туберкульозної інфекції / В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, Л. Ф. Антоненко // Журн. практичного лікаря. – 2007. – № 1. – С. 20-23.
6. Наказ від 30.04.2009 року № 287, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 19.06.2009 року за № 548/16564 «Про направлення на санаторне лікування хворих на туберкульоз та осіб із груп ризику».
7. Наказ МОЗ України від 28.10.2003р № 499 «Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень». – К., 2003. – С. 3-41
8. Новожилова І. О. Оцінка ефективності лікування хворих на туберкульоз легень в умовах епідемії / І. О. Новожилова, В. М. Мельник // Сучасні проблеми епідеміології, мікробіології та гігієни: Матеріали конференції, приуроченої до Дня науки. – Вип. 5. – Львів, 2007. – С. 113-115.
9. Степанова Л. С. Эффективность этапного восстановительного лечения детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в местном реабилитационном санатории / Л. С. Степанова, В. Ф. Лапшин, А. Б. Семиног // Вестн. физиотерапии и курортологии. – 2005. – №3. – С. 16-18.
10. Фещенко Ю. І. Етапи боротьби з туберкульозом та програма ДОТС / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник // Укр. мед. часопис. – 2005. – №3-4. – С. 5-12.
11. Фещенко Ю. І. Організація протитуберкульозної допомоги населенню / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К.: Здоров'я, 2006. – 656 с.
12. Фещенко Ю. І. Моніторинг та оцінка індикаторів діагностики та лікування хворих на туберкульоз з використанням коргортного аналізу / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Методичний посібник для медичних працівників лікувально-профілактичних закладів протитуберкульозної служби та загальної медичної мережі. – К., 2006. – 81 с.
13. Худушина Т. А. Современные социальные проблемы во фтизиатрии / Т. А. Худушина, М. Г. Маслакова, Е. П. Волошина // Проблемы туберкулеза. – 1996. – №6. – С. 32-33.

УДК 616. 24 – 002. 5 – 08

### **АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНІСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ТУБЕРКУЛЬОЗОМУ МІСЦЕВОМУ ОБЛАСНОМУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ САНАТОРІЇ м. ГАДЯЧ**

**Цапенко Ю. П., Бойко М. Г., Сколота В. М., Селова С. В., Білоцерківський В. Я.**

**Резюме.** Метою роботи було дослідити та проаналізувати роботу місцевого обласного протитуберкульозного санаторія м. Гадяч і вивчити його роль у ефективності реабілітації хворих туберкульозом за 2007 – 2011 рр. Проведений аналіз медичної документації та річних статистичних звітів протитуберкульозного санаторія за 2007-2011 рр .

В результаті проведеного аналізу відмічено: більшість хворих туберкульозом на санаторному етапі реабілітації є соціально-незахищеними; збільшується кількість направлень на реабілітацію в санаторій хворих з активним туберкульозом; домінуючою клінічною формою залишається вогнищевий туберкульоз легень; медична реабілітація хворих туберкульозом на санаторному етапі з кожним роком стає більш ефективною.

Таким чином, в обласному протитуберкульозному санаторії успішно реалізується процес медичної реабілітації хворих туберкульозом різної активності процесу.

**Ключові слова:** туберкульоз, реабілітація, санаторій.

УДК 616. 24 – 002. 5 – 08

### **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В МЕСТНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОМ САНАТОРИИ г. ГАДЯЧ**

**Цапенко Ю. П., Бойко Н. Г., Сколота В. М., Селова С. В., Белоцерковский В. Я.**

**Резюме.** Целью работы было исследовать и проанализировать работу местного областного противотуберкулёзного санатория г. Гадяч и изучить его роль у эффективности реабилитации больных туберкулёзом за 2007 – 2011 гг. Проведён анализ медицинской документации и годовых статистических отчётов противотуберкулёзного санатория за 2007 -2011 гг.

В результате проведённого анализа отмечаем: большинство больных туберкулёзом на санаторном этапе реабилитации социально-незащищённые; увеличивается количество направлений на реабилитацию в санаторий больных с активным туберкулёзом; доминирующей клинической формой остаётся очаговый туберкулёз; медицинская реабилитация больных туберкульозом на санаторном этапе с каждым годом становится более эффективной.

Таким образом, в обласном противотуберкулёзом санатории успешно реализуется процесс медицинской реабилитации больных туберкулёзом разной активности процесса.

**Ключевые слова:** туберкулёз, реабилитация, санаторий.

UDC 616. 24 – 002. 5 – 08

### **The Analysis Of Patients With Tuberculosis Rehabilitation Efficiency In Local Regional Antitubercular Sanatorium Of Hadyach-Town**

**Tsapenko Y. P., Boyko M. G., Skolota V. M., Selova S. V., Bilotserkivskiy V. Y.**

**Summary.** The objective of the study was to investigate and analyze the work of local regional antitubercular sanatorium of Hadyach town and study its role in rehabilitation of the patients with tuberculosis within 2007-2011. The analysis of medical documentation and annual statistic reports of antitubercular sanatorium within 2007-2011 has been carried out.

As a result it can be noted the following: the most patients with tuberculosis during sanatorium stage of rehabilitation are socially unprotected persons; the number of patients with active tuberculosis admitted to sanatorium rehabilitation increases; the predominant clinical form is focal tuberculosis of lungs; medical rehabilitation of patients with tuberculosis during sanatorium stage becomes more effective with each year.

Thus the process of medical rehabilitation of patients with tuberculosis of different activity is efficiently realized in regional antitubercular sanatorium.

**Key words:** tuberculosis, rehabilitation, sanatorium.

Стаття надійшла 12.08.2012 р.

Рецензент – проф. Ярешко А. Г.