

ISSN 2225-6016

# ВЕСТНИК

*Смоленской государственной  
медицинской академии*

*Том 15, №1*

2016



УДК 616-002.5-082.5

## ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

© Пузырева Л.В.<sup>2</sup>, Брюханова Н.С.<sup>1</sup>, Мордык А.В.<sup>2</sup>, Гудинова Ж.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клинический противотуберкулезный диспансер №4, Россия, 644050, Омск, ул. Химиков 8а

<sup>2</sup>Омский государственный медицинский университет, Россия, 644090, Омск, ул. Ленина, 12

*Резюме:* с целью повышения эффективности лечения туберкулеза легких среди впервые выявленных социально-сохранных больных была набрана группа в количестве 60 человек, для проведения постоянного, контролируемого комплекса психогигиенических мероприятий согласно методическим рекомендациям «Твой путь к исцелению». В данной группе проводились индивидуальные занятия с психологом, с инструктором лечебной физкультуры, с врачом-гигиенистом по вопросам правильного питания больных туберкулезом. Группу сравнения составили пациенты в том же количестве, с которыми не проводилось никаких индивидуальных занятий. При сравнении результатов в основной группе были получены статистически достоверные результаты, что позволило авторам сделать вывод: индивидуальные занятия по методическим рекомендациям «Твой путь к исцелению» повысили эффективность лечения туберкулеза легких.

*Ключевые слова:* туберкулез, профилактика, туберкулез у социально сохранных больных, эффективность лечения

## PSYCHOHYGIENIC MAINTENANCE OF PROCESS OF TREATMENT FOR THE FIRST TIME THE REVEALED PATIENTS WITH TUBERCULOSIS OF RESPIRATORY ORGANS

Puzyreva L.V.<sup>2</sup>, Bryukhanova N.S.<sup>1</sup>, Mordyk A.V.<sup>2</sup>, Gudinova Zh.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinical antitubercular clinic N4, Russia, 644050, Omsk, Himikov St. 8a,

<sup>2</sup>Omsk State Medical University, Russia, 644090, Omsk, Lenin St., 12

*Summary:* for the purpose of increase of efficiency of treatment of tuberculosis of lungs among for the first time the revealed socially safe patients the group in number of 60 people, for carrying out a constant, controlled complex of psychohygienic actions according to methodical recommendations "Your way to healing" was gathered. In this group individual classes with the psychologist, with the instructor of physiotherapy exercises, with the doctor-hygienist concerning healthy nutrition of patients with tuberculosis were given. The group of comparison was made by patients in the same quantity with whom it wasn't given any individual classes. When comparing results in the main group statistically reliable results that allowed authors to draw a conclusion were received: individual classes in methodical recommendations "Your way to healing" increased efficiency of treatment of tuberculosis of lungs.

*Key words:* tuberculosis, prevention, tuberculosis at socially safe patients, efficiency of treatment

## Введение

Одной из основных задач противотуберкулезных учреждений является профилактическая направленность не только на раннее выявление больного, но и предупреждения заболевания среди контактных лиц в очагах инфекции, и всего населения в целом [10, 12]. Профилактические мероприятия включают в себя соблюдение санитарно-гигиенических норм [4], повышение иммунитета [1, 13], правильного питания [9], ведение здорового образа жизни [11, 14],

Одним из актуальных вопросов современной фтизиатрии остается изучение эффективности лечения больных туберкулезом и факторов, влияющих на результаты химиотерапии у больных различны категории [7, 12]. Значимость вопроса обусловлена сохраняющейся напряженности эпидемиологической ситуации по туберкулезу [10], с существующими колебаниями в уровнях заболеваемости и смертности в странах с высоким и низким уровнем жизни населения [12, 14].

По мнению Е.М. Богородской (2009) на эффективность лечения больных туберкулезом легких отрицательно влияют две основные причины. Первая из них – социальная, в виде уклонения больных от лечения. На неё приходится 41% неблагоприятных исходов. Вторая причина –

биологическая. Она обусловлена множественной устойчивостью возбудителя туберкулеза к противотуберкулезным препаратам [1], непереносимостью противотуберкулезных препаратов, отказами больных от оперативного лечения, дефектами схем терапии [13].

Постановка диагноза туберкулеза становится началом новой жизненной ситуации у всех больных [8]. Нарушение адаптации, которая происходит в результате дисгармоничного отношения больного к своему заболеванию, встречается у 89,3% впервые выявленных социально-сохранных больных инфильтративным туберкулезом легких, что крайне негативно сказывается на эффективности лечения данной группы пациентов [2].

Целью исследования явилась оценка эффективности методики психогигиенического сопровождения процесса лечения больных с впервые выявленным туберкулезом, применяющейся для улучшения результатов лечения туберкулеза и предотвращения случаев заболевания контактных лиц в очагах.

## Методика

Исследование проводилось на базе Казенного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер №4» в период с 01.02.2010 по 30.11.2010 гг. Коллективом авторов были разработаны методические рекомендации для больных туберкулезом «Твой путь к исцелению». В рекомендациях был указан комплекс дыхательных упражнений, советы психиатра, уделялось внимание вопросам питания. Тем самым предполагалось достичь скорейшего выздоровления больного, а также предупредить заражение и заболевание туберкулезом окружающих, членов семей; обучение больных и членов их семей правилами поведения в сложившейся ситуации.

В группу исследования было набрано 60 больных, находившихся на лечении в условиях стационара в КУЗОО «КПТД №4». Группу сравнения составили пациенты, также в количестве 60 человек, не ознакомленных с методическими рекомендациями.

Критерии включения в группу исследования: впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания; пациенты с инфильтративным туберкулезом легких с распадом и бактериовыделением; возраст больных от 18 до 60 лет; ведущие социальный образ жизни (социально-сохранные); больные, имевшие мотивацию к лечению.

Критерии исключения: пациенты, ранее болевшие туберкулезом; лица, ведущие асоциальный образ жизни; пациенты, не имеющие мотивацию к лечению; больные с явлениями иммунодефицита, ВИЧ-инфекцией; лица с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, поражением центральной нервной системы (парезы, параличи); наличие психических заболеваний; возраст больных моложе 18 и старше 60 лет.

Выполненная работа не ущемляла права, не подвергала опасности обследованных пациентов и осуществлялась с их информированного предварительного согласия на использование медицинской документации в научно-исследовательской работе, на основании приказа Минздрава РФ №266 (2003). Работа одобрена локальным этическим комитетом ОмГМА.

Всем пациентам, принимавшим участие в исследовании, на второй неделе госпитализации были розданы методические рекомендации для ознакомления. Через 3 нед. после нахождения в стационаре индивидуально проводились занятия дыхательной гимнастики с инструктором ЛФК в течение 3 мес. Также проводились беседы с психотерапевтом, на которых пациент избавлялся от своих страхов и сомнений по поводу выздоровления и дальнейшего образа жизни. Лечащий врач беседовал с больными 2 раза в неделю, выясняя возникшие вопросы по методическим рекомендациям. Давались советы по правильному сбалансированному питанию для больного туберкулезом, правильному проведению гигиенических мероприятий в очаге инфекции.

Статистическая обработка и анализ данных проводились на базе пакетов прикладных программ Microsoft Excel, Биостат. В связи с наличием распределения отличного от нормального были применены методы описательной статистики с вычислением непараметрического критерия  $\chi^2$ . Статистическая значимость результатов выражалась в виде  $p=0,000$ , результаты считались значимыми при  $p<0,05$ .

## Результаты исследования и их обсуждение

Лиц женского пола, принимавших участие в исследовании, было больше, чем мужчин в обеих группах ( $\chi^2=0,29$ ;  $p=0,5$ ). Наибольший удельный вес составили лица в возрасте от 18 до 34 лет

( $\chi^2=1,8$ ;  $p=0,7$ ). В обеих группах наибольший процент больных имели лист временной нетрудоспособности, официально не работавших в группе сравнения было меньше, чем в группе контроля ( $\chi^2=2,3$ ;  $p=0,6$ ).

У всех больных был инфильтративный туберкулез легких, с распадом и бактериовыделением. В группах исследования больных с множественной лекарственной устойчивостью было одинаковое количество и составило 16,6%.

В результате сочетания антибактериальной химиотерапии с дыхательной гимнастикой, беседами с психиатром и лечащим врачом в контрольной группе было достигнуто прекращение бактериовыделения у 76,6%, а закрытие полостей распада у 66,6% впервые выявленных больных туберкулезом. У 66,6% больных прекращение бактериовыделения было подтверждено бактериологическим методом посева мокроты на микобактерии туберкулеза (табл. 1). В группе сравнения прекращение бактериовыделения наблюдалось у 53,3% ( $\chi^2=3,59$ ;  $p=0,04$ ), зарегистрированное методом посева мокроты только у 33,0% ( $\chi^2=4,67$ ;  $p=0,03$ ), а закрытие полостей распада только у 40,0% больных ( $\chi^2=4,34$ ;  $p=0,03$ ).

Таблица 1. Эффективность лечения туберкулеза в группе исследования

Признак	Группа исследования				$\chi^2 / p$
	Контрольная группа		Группа сравнения		
	Абс.	%	Абс.	%	
Бактериовыделение сохраняется	14	23,3	28	46,6	3,59
Бактериовыделение прекратилось:	46	76,6	32	53,3	0,04
методом микроскопии мокроты	6	10,0	14	23,3	4,67
методом посева мокроты	40	66,6	18	30,0	0,03
Распад легочной ткани сохраняется	20	30,0	36	60,0	4,34
Распад легочной ткани закрылся	40	66,6	24	40,0	0,03

Наибольший процент прекращения бактериовыделения у больных туберкулезом органов дыхания в контрольной группе был зарегистрирован через 3 мес. от начала лечения в стационаре ( $\chi^2=7,7$ ;  $p=0,006$ ). Закрытие полостей распада наблюдалось в сроке от 3 до 5 мес. нахождения в стационаре. В группе сравнения прекращение бактериовыделения у большинства пациентов, было достигнуто только после спустя 4 мес. интенсивного лечения, а закрытие полостей распада только через 5 мес. лечения в стационаре (табл. 2).

Таблица 2. Сроки эффективности лечения туберкулеза в группе исследования

Признак	Группа исследования				$\chi^2 / p$
	Контрольная группа		Группа сравнения		
	Абс.	%	Абс.	%	
После лечения в стационаре бактериовыделение прекратилось:					
через 2 мес.	8	13,3	4	6,6	0,1 / 0,6
через 3 мес.	30	50,0	8	13,3	7,7 / 0,006
через 4 мес. и более.	8	13,3	20	33,3	2,3 / 0,1
После лечения в стационаре распад легочной ткани закрылся:					
через 3 мес.	10	16,7	2	3,3	1,6 / 0,1
через 4 мес.	18	30,0	4	6,6	4,0 / 0,04
через 5 мес.	12	20,0	18	30,0	0,3 / 0,5

Следовательно, сроки достижения эффекта в лечении отразились на сроках пребывания в стационаре. Так в контрольной группе у 33,3% больных лечение в стационаре завершилось в срок до 6 мес., в группе сравнения 20,0% лечились до 8 мес., 26,7% даже до 10 мес. в стационаре ( $\chi^2=15,8$ ;  $p=0,001$ ) (табл. 3). У лиц, находившихся на лечении в стационаре более 12 мес., эффекта от лечения не достигнуто в обеих группах.

Таблица 5. Сроки нахождения больных в стационаре

Признак	Группа исследования				$\chi^2 / p$
	Контрольная группа		Группа сравнения		
	Абс.	%	Абс.	%	
Лечение в стационаре: от 2 до 4 мес.	6	10,0	0	0,0	15,8 / 0,001
от 4 до 6 мес.	20	33,3	4	6,6	
от 6 до 8 мес.	16	26,7	12	20,0	
от 8 до 10 мес.	6	10,0	16	26,7	
от 10 до 12 мес.	0	0	8	13,3	
более 12 мес.	12	20,0	20	33,3	

Госпитализация пациентов в связи с туберкулезом легких воспринимается ими как очередной тяжелый стресс (после объявления им диагноза), который сопровождается страхом перед социальными контактами, снижением активности и другими проявлениями дезадаптации. При длительном лечении происходит усугубление личностных черт и нарушений психологического статуса пациентов, обусловленное сомнениями в выздоровлении. Лечение туберкулеза легких на современном этапе требует комплексного решения проблемы за счет сочетания медикаментозной терапии и психокоррекционного воздействия. Имеются исследования по проведению комплексной терапии больных туберкулезом тенотена, что позволило купировать основные проявления тревоги у большинства больных в ранние сроки и позитивно отразилось на результатах противотуберкулезной терапии [2].

Коллективом авторов проводилось исследование по оценке предикторов и влиянию эмоциональной сферы пациента на закрытие полостей распада при туберкулезе. Было выявлено, что при наличии депрессивной утомляемости и суицидальных мыслей вероятность закрытия деструкции в легочной ткани снижается. Наиболее благоприятные сроки закрытия полостей распада – первые 4 нед. противотуберкулезной терапии [3]. Другим коллективом, проводилось изучение психологических и нейропсихологических особенностей больных туберкулезом легких, определяющих возникновение и степень выраженности у них психоэмоциональных нарушений. Данное исследование позволило ближе подойти к пониманию патогенетических механизмов туберкулеза легких. Авторы делают выводы, что применение комплекса психологической и нейропсихологической коррекции психоэмоционального состояния пациентов во фтизиатрической клинике обеспечило улучшение и стабилизацию их психического состояния, способствовало повышению эффективности лечебного процесса [15].

По данным исследований Н.А. Жук (2003) женщины более мотивированы к лечению, что отражается на физиологических иммунозащитных механизмах пациенток. Социальное положение заболевших туберкулезом оказывает существенное влияние на эффективность лечебно-оздоровительных мероприятий [5]. Поэтому в нашем исследовании асоциальное положение в обществе явилось критерием исключения. Если учесть мнение, Е.М. Богородской (2009), то в данном исследовании была устранена одна из причин – социальная, которая влияет на эффективность лечения туберкулеза [1]. Указанная причина снижает эффективность на 41%, и ежедневно, повышая мотивацию к лечению (беседы с психологом и лечащим врачом), возможно, это позволило добиться хороших результатов.

Существующий подход к организации психосоциальной помощи фтизиатрическим пациентам, с одной стороны, отражает практику взаимодействия клинической психологии и медицины в целом, с другой – свидетельствует об отсутствии системы психологической реабилитации во фтизиатрии. Последнее является существенным препятствием осуществления эффективной терапии туберкулеза легких. Н.В. Золотова и В.В. Стрельцов (2013) предлагают заболевание туберкулезом легких рассматривать как психотравмирующую ситуацию, обуславливающую специфические эмоциональные реакции, поведение, и способную изменять мировоззрение, отношение человека к действительности. «Потрясение» при сообщении диагноза во многом обусловлено и социальной стигматизацией заболевания – распространёнными стереотипными ассоциациями туберкулеза с социальным неблагополучием, асоциальным образом жизни. Возникающий страх за свое здоровье и здоровье близких в связи с возможностью их заражения также усиливает психологическую травматизацию [6]. Таким образом, полученные результаты совпадают с данными других исследователей, и подтверждают, что психологическая составляющая оказывает влияние на сроки и качество выздоровления пациентов с туберкулезом легких.

## Заключение

Учитывая полученные результаты, можно сделать следующие выводы. В результате индивидуальных занятий по разработанной методике психогигиенического сопровождения процесса лечения среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в сочетании с общепризнанными методами химиотерапии, чаще достигалось абациллирование и закрытие полостей распада, что повлияло на сокращение сроков нахождения в стационаре. Низкая комплаентность больных туберкулезом в группе сравнения не позволила добиться высоких результатов лечения.

Компетентное психологическое сопровождение медикаментозной терапии способствует снижению у больных интенсивности переживаний психического и соматического неблагополучия, улучшению способности к саморегуляции собственного состояния и межличностного взаимодействия в условиях стационара. Информационную и эмоциональную поддержку со стороны врача-фтизиатра, а также создание соответствующей атмосферы во фтизиатрическом лечебном учреждении необходимо рассматривать в качестве важнейших реабилитационных психологических факторов в процессе выздоровления и восстановления социально-психологического статуса личности пациентов.

## Литература

1. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Туберкулез и болезни легких. – 2009. – Т.86, №2. – С. 3-10.
2. Брюханова Н.С., Антропова В.В. Медико-психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии и его влияние на психический статус впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – Т.72, №6. – С. 81-84.
3. Волчегорский И.А., Новоселов П.Н., Дударова Т.П. и др. Предикторы закрытия полостей распада в туберкулезный инфильтратах в динамике консервативного лечения инфильтративного туберкулеза легких // Клиническая медицина. – 2013. – Т.91, №1. – С. 54-61.
4. Гудинова Ж.В., Мордык А.В., Пузырева Л.В. и др. Исследование жилищных условий в очагах туберкулезной инфекции // Жизнь без опасностей. Здоровье. Профилактика. Долголетие. – 2012. – Т.19, №3. – С. 72-75.
5. Жук Н.А. Причины неэффективного лечения больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза. – 2003. – №4. – С. 34-39.
6. Золотова Н.В., Стрельцов В.В. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе интенсивного лечения // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – №1. – С. 10-19.
7. Киселева Ю.Ю., Васильева И.А., Казенный Б.Я. Актуальные вопросы лечения больных туберкулезом в современных условиях и факторы, влияющие на эффективность химиотерапии // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – №9. – С. 16-19.
8. Мельник В.М., Валецкий Ю.Н., Липко Л.С. Эволюция психоневротических расстройств у неэффективно леченных больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 2004. – №9. – С. 28-31.
9. Мордык А.В., Гудинова Ж.В., Пузырева Л.В. и др. Оценка возможностей питания больного туберкулезом на амбулаторном этапе лечения // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т.102, №3. – С.105-108.
10. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Аксютин Л.П. Современные международные и национальные концепции борьбы с туберкулезом // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2013. – Т.22, №22. – С. 92-98.
11. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Подкопаева Т.Г. Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению // Социология медицины. – 2011. – №2. – С. 44-47.
12. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Кучерявая Д.А. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – Т.90, №12. – С. 40-49.
13. Паролина Л.Е., Баринбойм О.Н., Докторова Н.П. Приверженность к лечению впервые выявленных больных лекарственно-устойчивы туберкулезом // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №5. – С. 100-101.
14. Сельцовский П.П., Рыбка Л.Н., Кочеткова Е.Я. и др. Анализ особенностей эпидемической ситуации по туберкулезу и системы защиты населения от туберкулеза в г. Москве // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №6. – С. 10-16.

15. Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Золотова Н.В. и др. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулезной терапии // Проблемы туберкулеза. – 2009. – Т.86, №4. – С. 31-36.

### **Информация об авторах**

*Пузырева Лариса Владимировна* – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет», Минздрава России. E-mail: puzirevalv@mail.ru (данный автор ведет переписку)

*Брюханова Надежда Сергеевна* – кандидат медицинских наук, врач психиатр-нарколог КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер №4», г. Омск.

*Мордык Анна Владимировна* – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет», Минздрава России. E-mail: amordik@mail.ru

*Гудинова Жанна Владимировна* – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общей гигиены с курсом гигиены детей и подростков ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрав России. E-mail: gigena@omsk-osma.ru