

УДК 616.002.5
ББК 55.4
Е-30

Егорова Наталья Алексеевна, аспирант заочной аспирантуры кафедры фтизиопульмонологии Московского Государственного медико-стоматологического университета, Россия, 127473, г. Москва, ул. Дедегатская, 20/1, МГМСУ, e-mail: mgmsu@mail.ru, ego-na@mail.ru, тел.: 8(918)0775207.

**ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
В ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**
(рецензирована)

Длительность заболевания туберкулезом существенно влияет на неадекватность отношения к болезни с формированием патологических реакций. Специальная методика психологического сопровождения медикаментозной терапии в комплексном лечении больных туберкулезом приводит к значительному изменению психологического статуса больных и, главное, к формированию у них правильного отношения к болезни.

***Ключевые слова:** комплаентность, психологические качества личности, психосоматические расстройства у больных туберкулезом, психокоррекционные мероприятия, кооперативность, алекситимия.*

Egorova Natalia Alexeevna, post graduate student of the Department of Phthisio- pulmonology of Moscow State Medical and Dental University, Russia, 127473, Moscow, 20/1 Delegatskaya Str. MSMDU., e-mail: mgmsu@mail.ru, ego-na@mail.ru, tel.: 8 (918) 0775207.

**EFFECT OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS ON THE EFFICACY OF
TUBERCULOSIS TREATMENT IN CLOSED INSTITUTIONS**
(Reviewed)

Duration of TB significantly affects the inadequate attitude to the disease with the formation of pathological reactions. Special technique of psychological support of drug therapy in the complex treatment of patients with tuberculosis leads to a significant change in the psychological status of the patients and, most importantly, to the formation of a correct attitude toward the disease.

Keywords: compliance, psychological personality traits, psychosomatic disorders in patients with tuberculosis, psycho activities, cooperative, alexithymia.

Одной из серьезных причин ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу, без учета которой невозможно успешное решение проблемы туберкулеза, является заболеваемость контингентов уголовно-исправительной системы УИС [9].

По данным [5], в некоторых регионах численность больных туберкулезом в пенитенциарной системе такая же, как среди всего населения данной территории. Автор определил это как «скрытая заболеваемость и пораженность», которые постоянно поддерживают заболеваемость туберкулезом всего населения и контингентов противотуберкулезных учреждений. Удельный вес лиц, освобожденных из УИС (ИТУ) достигает 10-25% среди впервые выявленных активным туберкулезом. Поэтому лечение больного туберкулезом в структурных подразделениях УИС рассматривается как с точки зрения клинического аспекта, так и эпидемиологического.

Эффективность лечения, особенно при длительно текущих болезнях, к числу которых относится и туберкулез, напрямую зависит от степени соблюдения пациентом врачебных рекомендаций. Именно нерегулярный прием лекарств больными туберкулезом считается «первой и главной» причиной их низкой эффективности лечения [8].

В зарубежной и отечественной литературе все чаще используется понятие комплаентности или комплаенса (compliance). Понятие комплаенса характеризует факт выполнения или невыполнения пациентом рекомендаций в рамках конкретного метода лечения [7].

По данным литературных источников [3] предложено под комплайнсом понимать комплекс мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение больным врачебных рекомендаций в целях максимально быстрого и полного выздоровления (в случаях острого заболевания) или стабилизации состояния (при хроническом заболевании). Подобное определение позволяет рассматривать проблему не столько с позиций исполнительности больного, сколько с точки зрения создания медицинскими работниками условий для понимания больными этой исполнительности. Впоследствии, авторами [7] предложено ввести в клиническую практику понятие, охватывающее все стороны взаимодействия врача и пациента, использовать термин кооперативность (КП), как показатель, характеризующий желание и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме. Другими словами, речь идет об индексе кооперации между здравоохранительными инициативами и психосоциальным статусом индивидуума.

Одним из психологических качеств личности, ответственных за высокий риск психосоматических расстройств у больных туберкулезом, является алекситимия. При алекситимии трудности нарушенной коммуникации и возникающее в связи с этим состояние напряжения преодолеваются реакциями со стороны внутренних органов, что способствует возникновению психосоматических расстройств [4]. С другой стороны, сам туберкулезный процесс может вызвать соматогенно обусловленные пограничные нервно-психические отклонения [6]. Таким образом, возникающие сложные взаимозависимости по типу круга, в ряде случаев порочного, между психикой и соматикой обуславливают необходимость изучения особенностей личности больного, роль психологических факторов в генезе и проявлениях болезни.

Цель исследования. Определить влияние социально- психологических факторов на эффективность лечения туберкулеза в условиях закрытого учреждения. Объектом данного исследования явились больные туберкулезом следственного изолятора, которым в комплексе со специфическим лечением туберкулеза, как патогенетический метод, проводились психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия.

Материалы и методы. В краевой туберкулезной больнице следственного изолятора г. Краснодара под нашим наблюдением находилось 308 больных туберкулезом легких. Из них – 294 мужчин, 14 женщин. Всем больным проведено комплексное клинко-рентгенологическое обследование. Для сравнительного изучения выделены две группы пациентов:

- 1-136 больных, у которых туберкулез легких впервые выявлен в СИЗО;
- 2-172 больных, которые знали о своем заболевании в течение нескольких лет и неоднократно принимали специфическую терапию.

Структура туберкулеза легких представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Клинические формы туберкулеза легких у наблюдаемых больных, %, М±m

Группы и количество пациентов	Клинические формы туберкулеза легких					Всего
	Диссеминированный	Очаговый	Инфильтративный	Туберкулема	Фиброзно-кавернозный	
1 <u>абс.</u> %	29 21, 3±3,5	28 20,6±3,4	70 51,5±4,2	6 4,4±1,7	3 2,2±1,2	136 100%
2 <u>абс.</u> %	44 25,6±3,3	24 13,9±2,6	50 29,1±3,4	41 23,8±3,2	13 7,6±2,0	172 100%

Из таблицы 1 видно, что клинически ранние формы вторичного туберкулеза в первой группе больных обнаружены в 93,4%, во второй – в 68,6%, при этом разница составила 24,8%.

Бактериовыделение зарегистрировано в первой группе в 16,2 %, во второй – в 18, 6% случаев.

С большей разницей (37,2%) представлены эволютивные формы во 2-й группе больных, по сравнению с первой, что согласуется с более длительным течением специфического процесса у больных, поступивших в СИЗО с рецидивным или текущим активным

туберкулезом.

Психологический статус больных изучался с помощью комплекса экспериментально-психологических методик: Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММРП) в модификации [12], методики психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ), в том числе по специально разработанной нами анкете, состоящей из 45 утверждений и, основанной на принятии или отрицании респондентом определенных утверждений. Статистическая обработка материала проводилась по общепринятым методикам.

Результаты и обсуждение.

Анализ социального портрета, в том числе в преморбиде, больных туберкулезом, находящихся в СИЗО, показал, что большая часть из них (67,8%), соответствует критериям социальной дезадаптации. При этом статистически достоверного различия между пациентами с впервые диагностированным туберкулезом и хроническим заболеванием не получено. Вместе с тем четко обозначены основные факторы социального генеза, которые являются ведущими в эндемии туберкулеза: отсутствие постоянного места работы – 62,0% и 58,1%, пребывание в учреждениях УИС (бывшие судимости) – 71,3% и 65,1%, злоупотребление алкоголем и прием наркотических средств – 62,5% и 69,2%.

При изучении отношения к болезни определены наиболее часто встречающиеся основные типы: анозогнозический – 135 (43,8%), эргопатический – 50 (16,3%), сенситивный – 45 (14,6%), гармонический – 37 (12,0%), неврастенический – 41 (13,3%). Из общего количества больных 55,8% признают наличие у себя туберкулеза, 26,6% – не считают себя больными и 17,6% – полагают, что они излечились еще в гражданском секторе здравоохранения.

Госпитализацию в туберкулезную больницу 54,0% больных восприняли негативно, 22,0% – как стресс и только 24,0% – отнеслись к пребыванию в стационаре положительно. Сравнительный анализ личностно-психологических особенностей у больных с впервые выявленным туберкулезом в СИЗО и поступивших с хронически текущим активным процессом показал, что клиническая форма, распространенность и уровень интоксикации достоверно не отражаются на выраженности психологических нарушений. Однако длительность заболевания туберкулезом существенно повлияла на неадекватность отношения к болезни с формированием патологических реакций (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты психологической диагностики типов отношения к болезни, %, M±m

Типы отношения к болезни	Группы больных			
	1		2	
	абс.	%	абс.	%
Анозогнозический	21	15,4±3,0	114	66,3±3,6
Ипохондрический	30	22,0±3,5	12	7,0±1,9
Эргопатический	8	5,9±2,0	6	3,5±1,4
Сенситивный	27	19,8±3,4	15	8,7±2,1
Гармонический	16	11,8±2,7	9	5,2±1,6
Неврастенический	34	25,0±3,7	16	9,3±2,2
Итого	136	100,0	172	100,0

При этом особого внимания заслуживает самая многочисленная группа больных с анозогнозическим отношением к болезни, характеризующимся недооценкой своего состояния. К тому же у 1/3 пациентов с хроническим течением туберкулезного процесса обнаружена эйфорически-анозогнозическая реакция с повышенным настроением, легкомысленным отношением к болезни и лечению, желанием получить от жизни все, несмотря на обстоятельства.

Гармоничное реагирование на болезнь выявлено только у 3 (1,7%) больных с хроническим туберкулезом и у 16 (11,8%) впервые заболевших. Для последних были более характерны ипохондрический, сенситивный и неврастенический типы отношения к болезни. Преобладали лица с тревожно-мнительным типом характера, выраженным чувством тревоги, нерешительностью, ранимостью в сочетании с некоторой замкнутостью, нарушением

адекватности эмоционального реагирования. Установлено также понижение эмоционального самоконтроля, плохая приспособляемость, нарушение в адаптивных ситуациях.

Таким образом, наблюдаемые группы больных по-разному воспринимали обнаружение и необходимость лечения своего заболевания, что потребовало создания специальной методики психологического сопровождения медикаментозной терапии.

С целью формирования адекватного отношения к болезни и лечению, а также коррекции личностных нарушений, больным с вновь выявленным и хроническим туберкулезом легких индивидуально проводилась рациональная психотерапия с учетом особенностей личности, выявленных при экспериментально-психологическом обследовании для выработки у пациента правильного отношения к болезни, понимания им ее природы.

Динамическое обследование с помощью ММРІ, ТОБ и собственной анкеты психосоциологической направленности показало, что в первой группе больных удалось провести коррекцию эмоционального состояния, добиться сглаживания депрессивных реакций, обеспечить дружелюбное поведение персонала и тем самым повысить уровень кооперативности больного и врача. Компенсированное состояние психики в этой группе больных, по данным ММРІ, достигнуто в 95%.

В результате психотерапии среди больных с большим стажем болезни (2я группа) увеличилось количество пациентов, адекватно воспринимающих свое состояние и лечащего врача, а также необходимость лечения. Гармоничный тип отношения к болезни выявлен в 10 раз чаще, по сравнению с первичным опросом. Компенсированное состояние психики, по данным ММРІ достигнуто в 60%, субкомпенсированное – в 31,5%. Улучшение состояния психики больных значительно повлияло на эффективность лечения. Прекращение бактериовыделения через 3 месяца отмечено в 100% случаев у больных 1 группы и в 77,8% – во второй. Закрытие полостей распада наступило в 1 группе – в 97,2 %, во второй – в 44,4%.

Эффективность лечебного процесса при туберкулезе с учетом его особенностей во многом зависит от взаимодействия врача и больного, поэтому использование методов клинико-психологической диагностики, отражающих сферу личностных характеристик пациента, является крайне важным во фтизиатрии. Длительное течение туберкулеза легких, как правило, сопровождается деформациями эмоционально-волевой сферы, а в условиях закрытого режимного учреждения дополнительно усиливается интенсивность стрессорных факторов. Поэтому психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия в комплексном лечении больных туберкулезом пенитенциарной системы надо полагать обязательным патогенетическим методом. При этом достигается более полная реабилитация больных.

Литература:

1. Валиев Р.Ш., Идиятуллина Г.А. К проблеме взаимоотношения врача и больного при туберкулезе // Проблемы туберкулеза. 2000. №1. С. 4-7.
2. Валиев Р.Ш., Богатова Э.В., Бурнашов Р.У. Уровень информативности пациентов противотуберкулезных диспансеров и отношение их к лечебному процессу // Проблемы туберкулеза. 2002. №6. С. 10-14.
3. Карпов О.И. Комплаенс антибиотикотерапии инфекций дыхательных путей // Антибиотики и химиотерапия. 1999. Т. 44, №8. С. 37-45.
4. Исаева Н.Ю., Галкин В.Б. Изучение социально-психологических особенностей подростков с различными проявлениями туберкулезной инфекции // Кубанский научный медицинский вестник. 1999. Т. 43, №7. С. 34-35.
5. Кучеров А.Л. Туберкулез среди социально-отягощенных групп населения // Проблемы туберкулеза. 1990. №6. С. 2-23.
6. Модель Л.М. Очерки клинической патофизиологии туберкулеза. М., 1962. 323 с.
7. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни - предмет научных исследований в пульмонологии // Терапевтический архив. 2000. №3. С. 36-41.
8. Перельман М.И. Фтизиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 512 с.
9. Пунга В.В., Павлов Ю.А., Щудрова М.А., Новиков Д.А. Влияние заболеваемости туберкулезом на показатели здоровья спецконтингента уголовно-исправительной системы //

Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2002. №5. С. 3-7.

10. Русских О.Е. Сравнительный анализ динамики показателей заболеваемости туберкулезом в пенитенциарной и гражданской системах здравоохранения Удмуртской Республики за 10 лет // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. №8. С. 38-40.

11. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: автореферат. ... докт. мед. наук. М., 2000. С. 65.

12. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. М., 1990. С. 75.

13. Фоменко В.И., Колесников В.В., Дорошенкова А.Е., Сазыкин Л.И. Некоторые социально-экономические особенности туберкулеза в закрытых учреждениях // Кубанский научный медицинский вестник. 1999. Т. 43, №7. С. 27-30.

14. Dick J., Jombard C. Shared vision- a health eructation project desiged to enhace adherence to antituberculosis treatment // Tuberc and Lung Disease. 1997. №2. P. 181-186.

References:

1. Valiev R.Sh., Idiyatullina G.A. On the problem of relationships between the doctor and patient with tuberculosis // *Problems of tuberculosis*. 2000. № 1. P. 4-7.

2. Valiev R.Sh., Bogatova E.V., Burnashov R.U. Level of information awareness of patients of TB dispensaries and their relation to the treatment process // *Problems of tuberculosis*. 2002. № 6. P. 10-14.

3. Karpov O.I. Compliance of antibiotic therapy of respiratory tract infections // *Antibiotics and chemotherapy*. 1999 V. 44, № 8. P. 37-45.

4. Isaeva N.Y., Galkin V.B. Study of socio-psychological characteristics of adolescents with different manifestations of tuberculous infection // *Kuban Research Medical Bulletin*. 1999. V. 43, № 7. P. 34-35.

5. Kucherov A.L. Tuberculosis of the socio-burdened populations // *Problems of tuberculosis*. 1990. № 6. P. 2-23.

6. Model L.M. *Essays on clinical pathophysiology of tuberculosis*. M., 1962. 323 p.

7. Senkevich N.Y., Belevsky A.S. Quality of life – the subject of research in pulmonology // *Therapeutic Archives*. 2000. № 3. P. 36-41.

8. Perelman M.I. *Phthiology: national guideline*. M.: GEOTAR -Media, 2007. 512 p.

9. Punga V.V., Pavlov Y.A., Schudrova M.A., Novikov D.A. Effect of tuberculosis on the health indicators of the special contingent of the penal system // *Problems of tuberculosis and lung diseases*. 2002. № 5. P. 3-7.

10. Russkikh O.E. Comparative analysis of the incidence of tuberculosis in prison and civilian health care systems of the Udmurt Republic for 10 years // *Problems of tuberculosis and lung diseases*. 2007. № 8. P. 38-40.

11. Senkevich N.Y. Quality of life and cooperativeness of patients with bronchial asthma: abstr. of diss. ... Dr. of Medicine. honey. M., 2000. P. 65.

12. Sobchik L.N. *Methods of psychological diagnosis*. M., 1990. P. 75.

13. Fomenko V.I., Kolesnikov V.V., Doroshenkova A.E., Sazikin L.I. Some socio-economic features of tuberculosis in closed institutions // *Kuban Research Medical GBulletin*. 1999, T. 43, № 7. P. 27-30.

14. Dick J., Jombard C. Shared vision- a health eructation project desiged to enhace adherence to antituberculosis treatment // *Tuberculosis and Lung Disease*. 1997. № 2. P. 181-186.