

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА

Л. Г. ЗЕМЛЯНСКИХ, А. Ю. ЧЕРНИКОВ

Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить влияние реабилитационных программ на качество жизни и функциональные показатели больных с хроническим течением туберкулеза.

Материалы и методы. Выделены две группы пациентов с хроническим течением туберкулеза: 1-я группа (основная) – пациенты, проходившие реабилитационный курс на базе поликлиники противотуберкулезного диспансера; 2-я группа (контрольная) – пациенты, отказавшиеся от данного курса по разным причинам. Критерии включения в группу: наличие хронического течения туберкулеза (фиброзно-кавернозная, цирротическая формы) со стабильным течением, стаж болезни более двух лет, согласие пациента на включение в исследование, мужской пол, возраст 30-50 лет, отсутствие хронических декомпенсированных сопутствующих заболеваний других органов. Численность каждой группы 40 человек. Средний возраст больных 1-й группы – 42 ± 5 лет, 2-й – 40 ± 3 года. Дизайн исследования: рандомизированное, контролируемое, проспективное. Реабилитационный курс: образовательная программа и индивидуальная психологическая коррекция в «школе больного туберкулезом», периодические курсы «сезонного» противотуберкулезного лечения с учетом чувствительности к препаратам в течение 3 мес., диетотерапия, адаптогены (пантокрин по 30 капель за 30 мин до еды 2 раза в день в течение 3 нед.), антиоксиданты (токоферол ацетат по 200 мг 3 раза в день), стресс-тренирующая

терапия (геримакс-энерджи по 1 таблетке утром в течение 20 дней), ингаляционная бронхолитирующая терапия (ипратропия бромид/фенотерол через небулайзер по 1-2 мл 2 раза в день), дыхательная гимнастика (методика йогов). Точки контроля: субъективная оценка пациентом своего состояния, опросник качества жизни NAIF, 6-минутный шаговый тест, динамика показателей функции внешнего дыхания (объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁), индекс Тиффно, дыхательный объем (ДО), жизненная емкость легких, форсированная жизненная емкость легких), оценка адаптации по методике Гаркави. Срок наблюдения – 6 мес.

Результаты. Улучшение общего самочувствия отметили 75% больных 1-й группы, 30% – 2-й ($p < 0,01$); изменение парадигмы социального поведения – 45 и 12,5% соответственно ($p < 0,01$); повышение качества жизни более чем на 10% – 52,5 и 12,5% ($p < 0,01$); увеличение ОФВ₁ более чем на 10% – 25 и 7,5% ($p < 0,05$); увеличение ДО более чем на 10% – 17,5 и 5,0% ($p < 0,05$); увеличение расстояния более чем на 25 м при 6-минутном шаговом тесте – 17,5 и 2,5% ($p < 0,05$); увеличение количества реакций тренировки адаптации – 52,5 и 22,5% ($p < 0,05$).

Заключение. Реабилитационные мероприятия повышают качество жизни, тренированность и социальный статус больных хроническим туберкулезом. Необходимо обязательно включать данные мероприятия в программу диспансерного наблюдения таких пациентов.

ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОДРОСТКОВ С УЧЕТОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н. В. ЗОЛотова, А. А. АХТЯМОВА

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» РАМН, г. Москва

В современных условиях для обеспечения комплексных реабилитационных мероприятий в детской фтизиатрии необходимым является изучение психологических факторов в развитии заболевания и, в частности, его индивидуально-психологических коррелятов.

Цель исследования: оценка личностных характеристик подростков с различными рентгенологическими проявлениями туберкулеза органов дыхания (ТОД).

Материалы и методы. Сопоставление психологических и рентгенологических показателей

проводили у 72 впервые выявленных пациентов с ТОД (51% девочек и 49% мальчиков), находившихся на стационарном лечении в подростковом отделении ЦНИИТ РАМН в 2010-2011 гг. Распределение по формам заболевания: инфильтративный туберкулез – 39 (54,2%), очаговый – 15 (20,8%), туберкулема – 5 (6,9%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 4 (5,6%), диссеминированный туберкулез – 3 (4,2%) пациента; фиброзно-кавернозный туберкулез, казеозная пневмония, экссудативный плеврит туберкулезной этиологии – соответственно по 2 (2,8%) пациента. Об-

следовано 20 (27,8%) пациентов с ограниченным и 52 (72,2%) – с распространенным туберкулезным процессом. Среди распространенных процессов наличие распада легочной ткани встречалось у 30 (57,7%) подростков; доля пациентов с бактериовыделением составила 41,7% от общего числа обследованных. Исследование личностных особенностей у детей и подростков с впервые выявленным ТОД проводили до начала химиотерапии. Использовали следующие психологические методики: личностный опросник Р. Кеттелла (форма НСРQ), опросник форм агрессии А. Басса и А. Дарки, методика интерперсональных отношений Т. Лири, шкала стресса Холмса – Рэя, Торонтская алекситимическая шкала. Анализ результатов исследования выполняли с использованием методов непараметрической статистики, за достоверное различие принималось значение $p < 0,05$.

Результаты. Сопоставление полученных в ходе психологического обследования данных в группах с ограниченными и распространенными туберкулезными процессами позволило обнаружить достоверное различие средних оценок по ряду параметров. В группе с распространенными процессами у подростков чаще встречаются такие личностные свойства, как эмоциональная сенситивность, мягкосердечность, зависимость от других. Они в большей степени подвержены влияниям внешней среды, а также нуждаются в поддержке окружающих (фактор «чувствительность» опросника Р. Кеттелла, $p < 0,01$). Данная личностная особенность ярко выражена у 59% больных в группе с распространенными процессами и у 31% больных в группе с ограниченными процессами ($p < 0,01$). Также подросткам с распространенными процессами свойственны обидчивость, проявление негативных чувств к окружающим, обусловленное недовольством за свои действительные или мнимые страдания (шкала «Обида», опросник форм агрессии А. Басса и А. Дарки, $p < 0,05$). Высокие значения по данной шкале имеют 49% подростков с распространенными процессами и 21% – с ограниченными ($p < 0,05$). Пациенты с ограниченными туберкулезными поражениями имеют достоверно более высокий средний показатель по шкале «Чувство вины», т. е. склонны к переживаниям, угрызению совести, самообвинению, аутоагрессии ($p < 0,05$).

У пациентов с распространенными процессами по сравнению с ограниченными преобладающими являются черты авторитарного типа взаимодействия с окружающими (методика интерперсональных отношений Т. Лири, $p < 0,05$). Высоковывраженный стиль авторитарного взаимодействия (доминантность, энергичность, уверенность, стремление к лидерству, ориентация на собственное мнение, активное воздействие на окружающих, потребность производить впечатление, чувствовать уважение и благосклонность по отношению к себе) обнаруживается у 51% больных данной под-

группы. Преобладающим типом взаимодействия в группе с ограниченными процессами является альтруистический, который сочетается со следующими личностными особенностями: выраженная потребность соответствовать социальным нормам поведения, потребность производить приятное впечатление на окружающих, склонность к идеализации межличностных отношений, жертвенность. Таким подросткам свойственно проявление деликатности в общении, отзывчивости, сострадания, заботы, бескорыстности. Высоковывраженный стиль альтруистического взаимодействия характерен для 67% подростков данной подгруппы. Необходимо отметить, что для альтруистического типа взаимодействия является актуальной проблема подавленной враждебности, вызывающей повышенную напряженность, соматизация тревоги, вегетативный дисбаланс как результат блокирования поведенческих реакций.

В группе больных туберкулезом легких подростков с наличием распада легочной ткани по сравнению с группой без распада достоверно чаще встречаются лица с эмоциональной неустойчивостью (фактор «эмоциональная устойчивость» личностного опросника Р. Кеттелла): остро реагирующие на неудачи, с плохим эмоциональным контролем, не способные выразить эмоции и импульсивные влечения в социально допустимой форме (20,8 и 4,5% случаев соответственно, $p < 0,05$). Подростки с подобными личностными чертами испытывают трудности в приспособлении к новым условиям, часто чувствуют себя беспомощными и не способными справиться с жизненными трудностями. Также в группе с туберкулезным процессом без распада легочной ткани достоверно чаще встречаются низкие значения по фактору «нормативность поведения» (личностный опросник Р. Кеттелла): 29 и 4% случаев соответственно ($p < 0,01$). Наличие низкой нормативности поведения характеризует подростков с распространенным процессом без распада как способных пренебрегать своими обязанностями, конфликтовать с родителями и учителями, т. е. более гибких по отношению к социальным нормам.

Проведенный сравнительный анализ интенсивности воздействия внешних стрессорирующих факторов в жизни пациентов за 2 года до обнаружения заболевания позволил выявить достоверное преобладание высокой стрессовой нагрузки среди больных с наличием распада легочной ткани по сравнению с больными без распада (73 и 45% соответственно, $p < 0,05$).

У подростков с наличием бактериовыделения обнаружены внутренняя противоречивость, конфликтность личностных установок и «образа Я»: наличие «завоевательно-лидирующей позиции» и одновременно – конформность, поиск признания, согласия, одобрения со стороны других. Пациенты, у которых в ходе лечения применялись хирурги-

ческие методы, по сравнению с остальным контингентом отличаются более выраженной обособленностью, обидчивостью (фактор «общительность», $p < 0,05$), склонны к проявлению негативных чувств при малейшем стрессогенном воздействии (шкала «Раздражительность», $p < 0,01$). Особенностью стиля их межличностных отношений является критический настрой к другим мнениям, кроме собственного, неудовлетворенность своим положением в микрогруппе, опережающая враждебность в высказываниях и поведении (недоверчиво-скептический стиль взаимодействия, $p < 0,05$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о наличии связи между эмоционально-личностными характеристиками подростков с ТОД и рентгенологическими особенностями заболевания, необходимым является дальнейшее изучение достоверности выявленных различий и связей. Полученные результаты будут способствовать созданию системы психологического сопровождения профилактической и лечебной работы с детьми и подростками с ТОД, а также разработке дифференцированного, учитывающего психологические аспекты, подхода к терапии заболевания.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000-2011 ГГ.

Е. Ю. ЗОРКАЛЬЦЕВА¹, И. Ю. ГОРШКОВА², С. В. ПУГАЧЕВА³

¹ГБОУ ДПО «Иркутская ГМАПО»,

²ОГООКУ для детей, нуждающихся в длительном лечении «Санаторная школа-интернат № 12 г. Иркутска»,

³ГБУЗ «Областная детская туберкулезная больница», г. Иркутск

Цель исследования: выявление взаимосвязи основных эпидемиологических показателей по туберкулезу среди взрослого и детского населения, а также характеристика эпидемической обстановки по туберкулезной инфекции среди детского населения Иркутской области.

Материалы и методы. Рассмотрены многолетние динамические ряды за 2000-2011 гг. по основным эпидемиологическим показателям на основании статистических отчетных документов противотуберкулезных учреждений Иркутской области. Характеристика эпидемической обстановки по туберкулезной инфекции среди детского населения области складывалась из оценки уровней инфицированности и виража, показателей обследования и профилактического лечения контактных детей.

Результаты. Средний показатель общей заболеваемости в Иркутской области с 2000 по 2011 г. составил 133,27 на 100 тыс. населения. Максимальная заболеваемость зарегистрирована в 2011 г. – 152,4 на 100 тыс. населения, минимальная в 2003 г. – 120,8 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости туберкулезом в рассматриваемый период вырос в 1,16 раза, темп прироста составил 1,33%. За этот же временной отрезок средний показатель детской заболеваемости в Иркутской области составил 28,17 на 100 тыс. населения. Максимальная заболеваемость зарегистрирована в 2010 г. – 40,3 на 100 тыс. населения, минимальная в 2005 г. – 14,5 на 100 тыс. населения. В целом показатель детской заболеваемости туберкулезом вырос в 1,34 раза, темп прироста +2,72%, что выше прироста общей заболеваемости и косвенно свидетельствует о наличии скрытого ядра с бактериовыделением среди взрослого населения области.

Установлена положительная корреляционная связь ($r = 0,77$; $p < 0,01$) между показателями общей и детской заболеваемости в рассматриваемый период.

Отражением эпидемического неблагополучия по туберкулезной инфекции в Иркутской области служит показатель смертности, который в среднем за 2000-2011 гг. составил 34,58 на 100 тыс. населения. Показатель смертности от туберкулеза в регионе характеризуется значительным темпом прироста +4,23%.

Заболеваемость туберкулезом с бактериовыделением с 2000 по 2011 г. составила в среднем 49,18 на 100 тыс. населения, темп прироста +2,56%. Между показателем заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением и заболеваемостью туберкулезом детского населения отмечена низкая корреляция ($r = 0,28$; $p > 0,05$), что косвенно свидетельствует о дефектах в работе бактериологической службы, а также недо выявления детей из контактов с бактериовыделением.

Темп прироста показателя распространенности туберкулеза за 2000-2011 гг. составил +0,71%. Максимальный уровень показателя зарегистрирован в 2002 г. – 446,3, минимальный – 354,7 на 100 тыс. в 2005 г. В эпидемическое неблагополучие территории вносит значительный вклад рост лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Лекарственная устойчивость среди контингентов составила 64,6-61,5%, что способствует заражению детей лекарственно-устойчивыми штаммами.

Инфицированность детского населения Иркутской области микобактериями туберкулеза с 2004 по 2011 г. колеблется в небольших пределах и составляет в среднем 20,0%. От размера ядра с бактериовыделением зависит и показатель пер-