

пролиферативным заболеванием, онкопатологией ($F = 38,11; p = 0,049$, ранг 6). При этом сильная корреляционная прямая зависимость получена между приверженностью пациентов к сочетанной терапии и употреблением психоактивных препаратов ($r = 0,78; p < 0,001$).

Результат кластерного анализа факторов, оказывающих влияние на течение и исход заболевания у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, подтвердил полученные результаты и позволил разделить больных, включенных в исследование, на три группы: 1-ю составили больные, у которых исход заболевания был благоприятным, 2-ю – пациенты, у которых исход заболевания был неблагоприятным, 3-ю – без какой-либо (клинической, рентгенологической) динамики на фоне лечения. Основными факторами (предикторами), определяющими течение и исход заболевания, являлись стадия ВИЧ-инфекции, а также низкая приверженность больного к лечению и несвоевременное начало антиретровирусной терапии (АРВТ). Подобная классификация позволяет предполагать возможность проведения однотипных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий у больных в разных группах.

При анализе предикторов выяснено, что неустраняемыми предикторами служили: отсутствие приверженности к длительной сочетанной терапии на фоне сохраняющейся зависимости от психоактивных веществ, продолжение употребления внутривенных наркотиков и наличие у больного с ВИЧ-инфекцией туберкулеза в сочетании с другой значимой патологией (болезни крови, лимфы, онкопроцессы). Остальные предикторы можно расценивать как устранимые. Психологическое и социальное сопровождение процесса лечения

позволило повысить приверженность к лечению пациентов, в том числе с ремиссией в употреблении психоактивных веществ. Раннее начало АРВТ зависело от слаженности работы Центра СПИДа и противотуберкулезного учреждения. Запущенные, распространенные туберкулезные процессы, выявленные одновременно с ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях, поддавались терапии при включении в ее состав иммуномодулятора с противовирусной активностью – ферровира.

Выводы. Тенденция в развитии эпидемического процесса при сочетанной патологии – ВИЧ-инфекция и туберкулез – в Омской области может быть расценена как неблагоприятная (резкий рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции, случаев сочетанной патологии, заболеваемости лиц женского пола детородного возраста, увеличение числа детей, рожденных женщинами с ВИЧ-инфекцией).

Предикторами неблагоприятных исходов заболевания являются: поздняя стадия ВИЧ-инфекции; отсутствие приверженности больного к лечению (как противотуберкулезной химиотерапии, так и АРВТ), отсутствие или позднее начало АРВТ, особенности течения туберкулезного процесса.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования системы организационных мероприятий по координации совместной деятельности противотуберкулезной, наркологической служб, Центра СПИДа, внедрения междисциплинарного подхода к ведению случаев данной сочетанной патологии, разработки комплексной программы медицинской, социальной и психологической реабилитации больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией с учетом региональных особенностей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А. В. МОРДЫК¹, С. В. СИТНИКОВА², Т. Ю. УДАЛОВА³

¹ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России

²КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», г. Омск

³ГБОУ ВПО «Омский государственный педагогический университет» Минобрнауки России

Цель исследования: организация психологического сопровождения процесса лечения у больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции на основе учета их личностных (социально-психологических) особенностей для повышения приверженности к лечению и эффективности терапии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе КУЗОО «КПТД № 4» с отделениями для больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ). К участию допущены интеллектуально сохранные больные, подпи-

савшие добровольное согласие. На 1-м этапе выборку составили 42 человека, из них 26 мужчин и 16 женщин. Возраст мужчин – $32,40 \pm 9,01$ года, женщин – $36,30 \pm 6,41$ года ($t = 1,509; p = 0,139$). Все пациенты имели 4-ю стадию ВИЧ, 4А – 32, 4Б – 10 человек. Диссеминированный туберкулез легких был у 35 (81,4%), инфильтративный – у 5 (11,6%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – у 2 (4,7%) больных.

Проведен выбор психодиагностических методик: анкета выявления отношения к болезни, ме-

медицинскому персоналу и социальной поддержке (СПб ПНИ им. В. М. Бехтерева); опросник «Отношение к здоровью» (Р. А. Березовская); опросник СОП для определения склонности к отклоняющемуся поведению (А. Н. Орел); домино-тест (А. Энстей) для измерения невербальных интеллектуальных способностей. В качестве формы сбора информации выбрана самостоятельная работа пациентов с батареей тестов в удобное для них время, раздавать и собирать бланки поручено среднему медицинскому персоналу. В результате к намеченному сроку собрано полностью заполненных комплектов ответов от 2 человек, и еще 3 выполнили «Анкеты для выявления отношения пациента к болезни...». Сделаны выводы: о невозможности больных данной категории самостоятельно выполнять психодиагностические процедуры; о необходимости сокращения числа методик из-за низкой мотивированности и высокой истощаемости нервных процессов.

Ко 2-му этапу отобраны: анкета для выявления отношения пациента к болезни, персоналу и социальной поддержке и 16-факторный личностный опросник Р. Кэттелла. В качестве формы сбора информации предложена групповая работа по отделениям под контролем психолога. В результате повысилась эффективность: в исследовании приняли участие 72 человека, получено 64 заполненных бланка. У 5 человек результаты признаны недостоверными, 3 человека заполнили анкету и отказались от выполнения объемного теста.

Результаты, полученные в ходе всего исследования, обработаны статистически с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Word, Excel 2007, Биостат. Для сравнения использовали критерии хи-квадрат (χ^2) и Стьюдента (t). Результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Образовательный уровень пациентов оказался низким, у женщин он был качественнее ($\chi^2 = 13,076$; $p = 0,006$). По социальному составу большинство пациентов были безработными, среди мужчин преобладали рабочие, среди женщин их не было ($\chi^2 = 15,649$; $p = 0,004$). Большинство мужчин не имели жилья, среди женщин таких не было ($\chi^2 = 11,956$; $p = 0,000$). В местах лишения свободы были 26 мужчин, женщин не было ($\chi^2 = 5,143$; $p = 0,023$). Семейное положение женщин более варибельно ($\chi^2 = 12,904$; $p = 0,012$), большинство больных не имели стабильных семейных отношений.

Чуть больше половины пациентов осознают опасность, которую они представляют при несоблюдении санитарно-гигиенических норм, мужчины более беспечны в данном вопросе ($\chi^2 = 5,770$; $p = 0,163$). Практически четверть выборки отметили, что они незаразны; 11,5% не знают, 6 женщин игнорировали вопрос. Признали, что в их мокроте есть «туберкулезные палочки» 24,3%, хотя 78,5% были бактериовыделителями. Это подтвердило

установку пациентов скрывать информацию о состоянии здоровья и низкую ответственность. Занимают иждивенческую позицию 68,2%, рассчитывая на получение «вторичной выгоды» материального плана. Большинство ответили, что принимают таблетки так, как назначил врач, один человек признался в нерегулярности лечения и в употреблении наркотиков. Хотят продолжить лечение 93,7% больных. У большинства больных с ТБ/ВИЧ переменчивое настроение ($\chi^2 = 2,937$; $p = 0,5459$). В свое излечение верят 93,7%. Пациенты характеризуются замкнутостью, формальностью в общении, никому не доверяют, бедны на эмоциональные реакции, слабо реагируют на стимулы. Они достаточно целеустремленны, но идут на поводу эмоций, непредсказуемы, капризны, плохо обучаемы, не заинтересованы в получении информации.

Несмотря на низкую производительность труда, индивидуальная форма работы психолога является единственно возможной формой сбора информации о таких больных.

Выводы. Приверженность к лечению у пациентов с ассоциированной инфекцией низка в силу переменчивости настроения и длительности лечебного процесса.

К группе риска неблагоприятного исхода можно отнести людей, не имеющих социальной поддержки со стороны родственников, ведущих асоциальный образ жизни, преимущественно мужчин.

Отношение к болезни характеризуется, с одной стороны, демонстрацией низкой информированности о характере распространения, течения и исхода болезни, с другой – верой в благополучное излечение, даже при отсутствии действий с их стороны.

Пациенты требуют индивидуального подхода в поиске мотивационных рычагов для систематического длительного лечения. Можно говорить о низком образовательном и интеллектуальном уровне, низких аналитико-синтетических способностях, но выраженной интеллектуальной недостаточности нет. Попытки пациентов манипулировать окружением, спекулируя на заболевании, свидетельствуют о социальной адаптации и их психической адекватности. Таким пациентам необходимо медицинское, психологическое и социальное сопровождение.

На основании результатов обследования разработаны рекомендации персоналу по лечению больных: установление психологического контакта с проявлением искренней заинтересованности, внимания и терпения, пациент должен понимать, что его проблемы так же важны для вас, как для него самого; общаться с пациентом желательно индивидуально, соблюдая принцип конфиденциальности, на доступном, понятном языке; необходимо озвучивать процесс лечения, этапы, конечную цель, его роль в процессе; контролировать прием препаратов.