

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМЫХ ГРУПП ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

К. Р. АМЛАЕВ¹, В. Б. ЗАФИРОВА², И. М. УЗДЕНОВ³

HEALTH EDUCATION AND ADHERENCE FORMATION IN SOCIALLY VULNERABLE GROUPS OF TUBERCULOSIS PATIENTS

K. R. AMLAEV¹, V. B. ZAFIROVA², I. M. UZDENOV³

¹ГБУЗ СК «Городской центр медицинской профилактики», г. Ставрополь

²ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Карачаево-Черкесской Республике»
Министерства труда и социальной защиты РФ, г. Черкесск

Рассмотрены вопросы заболеваемости туберкулезом в детской популяции и у психических больных, описаны ключевые проблемы управления заболеванием у данных пациентов. Приведены данные об информированности пациентов о своем заболевании и факторах, формирующих у них приверженность лечению.

Ключевые слова: туберкулез, психические заболевания, санитарное просвещение, приверженность лечению.

The paper considers the incidence of tuberculosis in a pediatric population and mentally ill patients and describes the key problems of disease management in these patients. It gives data on patients' awareness of their disease and factors forming their treatment adherence.

Key words: tuberculosis, mental diseases, health education, treatment adherence.

Не вызывает сомнения роль социальной и санитарной пропаганды в профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, ТБ – не исключение. Несмотря на значительное число работ по этой актуальной проблеме, она, тем не менее, остается нерешенной [2, 10, 12].

Определение уровня знаний о ТБ и повышение качества этих знаний как у больных ТБ, так и в общей популяции является серьезной научно-практической задачей. Все еще не ясны до конца факты, доказывающие влияние знаний о ТБ на его распространенность, заболеваемость и раннее выявление клинко-рентгенологические формы, эффективность терапии [6].

Учитывая, что подростки не соблюдают принципы здорового питания, режим, недостаточно физически активны, имеют в ряде случаев химическую зависимость, практикуют табакокурение, высокая распространенность ТБ в этой возрастной группе объяснима. При этом подросткам практически не известны методы выявления и профилактики ТБ, что препятствует выполнению ими гигиенических мер. В то же время часть респондентов желают получать необходимые знания о ТБ. Очевидно, что для улучшения эпидемической ситуации для осуществления санитарно-просветительской работы среди здоровых подростков по профилактике ТБ следует привлекать не только педиатров, но и социальные службы [6].

Еще одной группой риска в отношении низкой информированности по проблемам ТБ являются мигранты [15]. В исследовании С. Rundi (2010) было показано, что 96% респондентов из числа мигрантов не знают причину ТБ. Некоторые из них считали, что заражение произошло из-за тяжелой работы или воспаления, в то время как другие считали, что это результат употребления зараженной пищи, совместного пользования посудой или проживания совместно с больными ТБ. Некоторые пациенты не воспринимают имеющиеся у них симптомы как проявления ТБ. Заболевание также влияло на жизнь пациентов в различных аспектах, например психосоциальных, физических, финансовых и др. Автор подчеркивает необходимость изучения причин заблуждений о ТБ, что важно для решения проблемы нехватки знаний через санитарное просвещение. Пациенты должны уметь распознать симптомы ТБ рано, чтобы лечение могло быть начато своевременно [19]. Исследователи делают акцент на том, что уровень знаний о ТБ дефицитен в отношении всех его аспектов, особенно у жителей сельских районов. Телевидение и медицинские работники были основными источниками информации как для городских, так и сельских жителей [17]. В российском исследовании было показано, что, по мнению респондентов, информацию о ТБ должны предоставлять медицинские работники.

«Среди пациентов диспансера считали необходимым получение информации по профилактике ТБ 80,5% опрошенных, среди здоровых лиц – 71,5%. При оценке источников информации о ТБ выявлено, что наиболее информативными и доступными для 68,0% больных являлись беседы с врачом. Больные ТБ не считали информацию, отраженную в санитарных бюллетенях, важной и очень часто игнорировали ее. Лучшая информированность здоровых опрошенных о путях распространения и передачи инфекции позволяла им защитить себя и членов своих семей от заражения и заболевания ТБ. Но при этом настораживало отсутствие знаний о путях передачи инфекции у социально сохраненных пациентов. Это свидетельствовало о недостаточной санитарно-просветительской работе врачей-фтизиатров стационаров с госпитализированными больными и могло препятствовать профилактике ТБ у членов их семей и здорового населения» [4].

Другой проблемой низкой эффективности лечения ТБ считается недостаточная приверженность лечению. Во многом она является причиной его досрочного прекращения пациентом, что значительно повышает риск неблагоприятного течения заболевания. Выявление факторов, нарушающих приверженность больных лечению, с попыткой их коррекции может улучшить эффективность лечения больных ТБ. По данным российских авторов, «большинство больных ТБ (85,5%) хотели прервать лечение в стационаре из-за необходимости зарабатывать. Ввиду ухудшения материального положения анкетированных больных четверть из них нуждались в материальной помощи. Из материальной помощи более половины больных ТБ предпочитали получать денежные средства. Находясь в стационаре в течение длительного времени, пациенты остро нуждались во внимании медицинского персонала, при этом их не устраивало большое количество людей в палате» [4].

В группах с низкой эффективностью лечения отмечается распространенность социальных факторов риска, нередко сочетание 3 факторов и более (злоупотребление алкоголем, безработица, социальное одиночество, нахождение в местах заключения). Длительность лечения и улучшение общего самочувствия становятся причинами нарушения режима. «Выделение на раннем этапе наблюдения больных с прогнозируемым отрывом от лечения с созданием системы психотерапевтической поддержки может благоприятно повлиять на качество лечебного процесса у данных пациентов» [7]. Отечественными учеными подчеркивается, что рост частоты числа выявления запущенных форм ТБ связан с невыполнением существующих стандартов диагностики и утратой настороженности в отношении ТБ. Дефекты сбора анамнеза; недоучет факторов риска заболевания; назначение антибактериальных препаратов,

неадекватных заболеванию; несоблюдение кратности микроскопических исследований мокроты и неполноценное рентгенологическое обследование легких приводят к поздней диагностике заболевания [5, 9, 10, 20]. Исследование предикторов низкой приверженности у пациентов с ТБ выявило, что низкую приверженность демонстрируют неграмотные пациенты, разведенные или вдовцы, не имеющие полиса медицинского страхования, мигранты. Риск некомплаентности был ниже среди пациентов, лечение которых проводилось под непосредственным наблюдением врачей или в форме регулярных домашних визитов работников здравоохранения [21]. Показано, что эффективное лечение сопутствующих ТБ заболеваний, особенно депрессии, может улучшить показатели приверженности, выступающей в качестве основы для эффективного контроля ТБ, но необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить оптимальный способ решения таких вопросов [18]. Прохождение длительного курса лечения ТБ является сложным, динамичным процессом, включающим широкий спектр факторов, влияющих на поведение в отношении лечения [16]. Внимание к вопросам, с которыми сталкиваются получающие лечение больные туберкулезом, может улучшить соблюдение режима и успех лечения [13, 14]. Социальная поддержка ведет к уменьшению периодов перерыва в лечении, в результате чего сокращаются сроки лечения больных ТБ и повышается эффективность лечения [1, 3, 8, 11].

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Пробл. туб. – 2009. – № 2. – С. 17.
2. Валиев Р. Ш. Методология образовательных программ для населения в вопросах туберкулеза для организации противотуберкулезных мероприятий: Матер. VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 186.
3. Кондратьева М. Е., Стаханов В. А. Эффективность методов социальной поддержки у больных туберкулезом // Казан. наука. – 2010. – № 9. – С. 817-820.
4. Мордык А. В., Пузырева Л. В., Жернакова Г. Н. Социальные аспекты информированности по вопросам туберкулеза // Дальневост. ж. инфекц. патологии. – 2012. – № 21. – С. 163-167.
5. Насонов Е. Л., Козлов Р. С., Якушин С. Б. Инфекционные осложнения терапии блокаторами фактора некроза опухоли: предупрежден – значит вооружен // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2006. – Т. 8, № 4. – С. 38-48.
6. Плеханова М. А., Мордык А. В., Подкопаева Т. Г. и др. Оценка санитарной грамотности подростков по вопросам туберкулеза // Сиб. мед. обозрение. – 2012. – Т. 73, № 1. – С. 55-57.
7. Свистунова В. А. Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных туберкулезом // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – www.medicconfer.com 415.
8. Чап Эдвард, Айзман Майкл. Современное лечение туберкулеза. Сборник научных статей по проблеме туберкулеза

с множественной лекарственной устойчивостью. – Томск, 2004. – Выпуск № 2. – С. 36-48.

9. Шилова М. В. Туберкулез в России в 2007 г.: Монография. – М., 2008. – 152 с.

10. Шилова М. В., Хрулева Т. С. Сближение подходов ВОЗ и России к решению проблемы туберкулеза // Больн. цел. ж. о туберкулезе. – 2000. – № 7-8. – С. 30-32.

11. Якубовяк В., Богородская Е. М., Борисов С. Е. и др. Программа социальной поддержки и обеспечение мотивации больных туберкулезом к лечению // Пробл. туб. – 2009. – № 3. – С. 18.

12. Ayik S., Tavushbay N., Alpte-Kin S. Knowledge of high school students about tuberculosis // Eur. Resp. J. – 2005. – Vol. 26. – P. 1254.

13. Boudioni Markella, McLaren Susan, Belling Ruth, Woods Leslie Listening to those on the frontline: service users' experiences of London tuberculosis services Patient Prefer Adherence. 2011; 5. – P. 267-277. Published online 2011 June 9. doi: 10.2147/PPA.S20361 PMID: PMC3140309.

14. Doyle Cathal, Lennox Laura, Bell Derek. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness BMJ Open. 2013; 3(1): e001570. Published online 2013 January 3. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570 PMID: PMC3549241.

15. Long Qian, Li Ying, Wang Yang. Barriers to accessing TB diagnosis for rural-to-urban migrants with chronic cough in Chongqing, China: A mixed methods study BMC Health Serv Res. 2008; 8: 202. Published online 2008 October 2. doi: 10.1186/1472-6963-8-202 PMID: PMC2567973.

16. Munro Salla, Lewin Simon, Smith Helen. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research PLoS Med. 2007 July; 4(7): e238. Published online 2007 July 24. doi: 10.1371/journal.pmed.0040238 PMID: PMC1925126.

17. Mushtaq Muhammad, Shahid Ubeera, Abdullah Hussain. Urban-rural inequities in knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis in two districts of Pakistan's Punjab province Int J Equity Health. 2011; 10: 8. Published online 2011 February 4. doi: 10.1186/1475-9276-10-8 PMID: PMC3045313.

18. Pachi Argiro, Bratis Dionisios, Moussas Georgios, Tselebis Athanasios. Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients tuberc. Res. Treat. 2013; 2013: 489865. Published online 2013 April 15. doi: 10.1155/2013/489865 PMID: PMC3649695.

19. Rundi Christina. Understanding Tuberculosis: Perspectives and Experiences of the People of Sabah, East Malaysia J. Health Popul. Nutr. 2010 April; 28(2): 114–123. PMID: PMC2980872.

20. Strand V. E., Scott D. L., Simon L. S. Novel therapy agents for the treatment of autoimmune diseases. New York, Marcel Dekker, Inc., 1997: 308 p.

21. Xu Weiguo, Lu Wei, Zhou Yang. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study BMC Health Serv. Res. 2009; 9: 169. Published online 2009 September 18. doi: 10.1186/1472-6963-9-169 PMID: PMC2753329.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Амлаев Карэн Робертович

ГБУЗ СК «Городской центр медицинской профилактики»,
доктор медицинских наук, профессор кафедры
«Общественное здоровье и здравоохранение»

ИПДО СтГМУ, главный врач.

355047, г. Ставрополь, ул. Макарова, д. 26.

E-mail: kum672002@mail.ru

Поступила 06.05.2014