

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, РАНЕЕ ПРЕБЫВАВШИХ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

В. В. ЕРОХИН<sup>1</sup>, Л. П. АЛЕКСЕЕВА<sup>2</sup>, М. В. МАРТЫНОВА<sup>2</sup>, З. Х. КОРНИЛОВА<sup>1</sup>

## SOCIOPSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN FORMER PRISONERS WITH TUBERCULOSIS CONCURRENT WITH HIV INFECTION

V. V. EROKHIN<sup>1</sup>, L. P. ALEKSEEEVA<sup>2</sup>, M. V. MARTYNNOVA<sup>2</sup>, Z. KH. KORNILOVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН, г. Москва

<sup>2</sup>ТКУЗ г. Москвы «Туберкулезная больница № 11 Департамента здравоохранения города Москвы»

Цель работы – оценка эффективности организации и проведения социально-психологической и правовой помощи больным туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, ранее пребывавшим в местах лишения свободы (МЛС). Исследование проведено на базе специализированного отделения туберкулезной больницы № 11. Всего обследовано 240 больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, пребывавших в МЛС. Активный туберкулез развился почти у половины из них (47,1%) во время пребывания в МЛС, у 12,5% – в течение первых двух лет после освобождения. У оставшихся 40,4% заболевание туберкулезом не связано с пребыванием в МЛС. Все эти больные были охвачены социально-психологической помощью, на каждого больного составлялась социальная характеристика, и для каждого определялось направление социальной реабилитации. Для определения специфичности психологических характеристик личности и особенностей поведения больных этой когорты использован набор психодиагностических и психокоррекционных методик, традиционно применяемых медицинскими психологами в работе с данным контингентом. Для определения задач, объема работы по ресоциализации пациентов выделены основные и социально-психологические характеристики. В результате предложена модель многопрофессионального взаимодействия специалистов в профильной больнице: врача-фтизиатра, инфекциониста, врачей других специальностей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, юрисконсультата, инструкторов по трудотерапии. Определены основные направления социально-психологической помощи, дающие возможность повысить эффективность лечения за счет усиления приверженности больных к лечению. Ведущим фактором, изменившим отношение к лечению, было улучшение качества жизни пациентов и их психоэмоционального состояния за счет ресоциализации с полным или частичным восстановлением социально-экономического статуса пациента (документирование, пенсионное обеспечение, решение жилищных вопросов).

*Ключевые слова:* реабилитация, туберкулез, ВИЧ-инфекция.

The purpose of the investigation was to evaluate the efficiency of delivery of sociopsychological and legal care to former prisoners with tuberculosis concurrent with HIV infection. Examinations were made at the specialized unit of Tuberculosis Hospital Eleven. A total of 240 former prisoners with tuberculosis concurrent with HIV infection were examined. Active tuberculosis had developed in almost half (47.1%) of them when they were in prison and in 12.5% within the first two years after their release. In the remaining 40.4%, the incidence of tuberculosis was unassociated with their being in prison. Sociopsychological care was rendered to all these patients; a social reference was made for each patient and a direction of social rehabilitation was defined for each patient. A set of psychodiagnostic and psychocorrectional procedures traditionally used by medical psychologists when working with this patient contingent was employed to determine the specificity of psychological and behavioral characteristics in these patients. Main sociopsychological characteristics were identified to define the tasks of and volume of work on patient resocialization. As a result, a model was proposed for the multiprofessional interaction of specialists at a specialized hospital: a phthisiatrist, an infectiologist, physicians of other specialties, medical psychologists, social work specialists, a legal adviser, and occupational therapy instructors. The main directions of sociopsychological care, which could increase the efficiency of treatment, by enhancing patient adherence to treatment, were defined. The leading factor that changed attitudes towards treatment was to improve quality of life in patients and their psychoemotional status through resocialization with complete or partial recovery of a patient's socioeconomic status (documentation, pension provision, and solution of housing problems).

*Key words:* rehabilitation, tuberculosis, HIV infection

В последнее десятилетие в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) возникла проблема, представляющая существенную угрозу для стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу, а именно: широкое распространение двух таких социально значимых и зависимых друг от друга заболеваний, как туберкулез и ВИЧ-инфекция [5, 13]. В этих учреждениях регистрируют значительное число больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией:

2010 г. – 5 154; 2011 г. – 5 530, 2012 г. – 5 422 человека [33].

Ежегодно большое число больных активным туберкулезом освобождаются из мест лишения свободы (МЛС). Так, в 2010 г. освобождены 13 970 человек, при этом поставлены на учет в противотуберкулезные диспансеры (ПТД) субъектов РФ только 9 695, то есть  $\frac{1}{3}$  из них (4 275 человек) не контролируются медицинскими учреждениями [32]. Информация о больных туберкулезом после

их освобождения направляется в головные противотуберкулезные учреждения территориального здравоохранения, однако встают на учет и продолжают лечение не более 60% освободившихся [16].

Поэтому серьезной проблемой для фтизиатрической службы остается организация продолжения лечения больных туберкулезом после освобождения из МЛС, особенно тех, которым начато лечение резервными противотуберкулезными препаратами в пенитенциарных учреждениях [16].

В течение последних трех лет в РФ число больных, зарегистрированных для лечения по форме 7-ТБ, стабильно выше на 3,8% числа больных, взятых на диспансерное наблюдение [29]. Этот показатель в абсолютных значениях составляет примерно 8-9 тыс. человек из числа состоящих на учете в РФ больных туберкулезом. Однако не все эти больные исчезают из поля зрения медицинских служб. Так, в стационар туберкулезной больницы № 11 в течение года поступает больше тысячи больных туберкулезом, ранее находившихся в МЛС и миновавших ПТД, в годы широких (масштабных) амнистий их число доходит до двух тысяч человек и более.

В 2005 г. доля лиц, освобожденных из МЛС, среди лиц без определенного места жительства (БОМЖ) составила 78,6%, среди больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, – 39,6% [1, 14].

Причинно-следственные связи между пребыванием в МЛС и заболеванием ТБ известны [6, 26]. В целях своевременного выявления туберкулеза лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, подлежат профилактическим осмотрам 2 раза в год в течение первых двух лет после освобождения как группа повышенного риска заболевания туберкулезом [21].

Пантелеев А. М. и др. определяют общий социальный статус больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией как низкий и отмечают у 52,1% больных указание на нахождение в МЛС, причем среди мужчин доля вернувшихся из МЛС составила 61,2%, а среди женщин – 18,5% [17].

Русских О. Е., Морозова Т. И. и др. дают следующую социальную характеристику лиц, освободившихся из МЛС: неработающий, без постоянного места жительства, злоупотребляющий алкоголем, внутривенно употребляющий наркотики, имеет ВИЧ-инфекцию. Авторы указывают, что формы и методы социальной работы среди этого контингента, несмотря на их большую значимость, до конца не разработаны [11, 27]. Эпидемия наркомании тесно связана с эпидемиями туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В ряде регионов мира инъекционное потребление наркотиков является основным путем передачи ВИЧ [34]. У потребителей наркотиков также повышен риск заболевания туберкулезом независимо от наличия ВИЧ-инфекции [3].

В результате психологических исследований показано, что особенностями личности больных

ТБ/ВИЧ являются незрелость эмоционально-волевой сферы, перерастание реактивной тревожности в личностную, заниженная самооценка [8]. Этую группу больных характеризуют: полное исчезновение интересов и побуждений к деятельности, общий упадок инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться; социально-психологическая дезадаптация личности (проституция, наркомания, гомосексуализм); эмоциональная незрелость (анозогнозия); инфантилизм личности; перекладывание своих проблем и решений на других людей; невозможность самостоятельно принимать решения и брать на себя ответственность за них; несформированность образа болезни или ее полное отрицание, что в конечном итоге приводит к нежеланию длительно лечиться [18]. При этом простой инфантилизм может сочетаться с дисгармоническим, приводящим к психопатическим реакциям [15].

Болезнь – это стресс, личностно-значимая ситуация, а, следовательно, существующий подход выработки приверженности к лечению только со стороны врача (влияние личности врача на принятие решения) имеет недолговременные перспективы вследствие отсутствия врачебного контроля после выписки из стационара. Рекомендуется дополнительно опираться на выработку и укрепление личной значимости, самодетермизации в мотивации поведения и эмоционального основания для приверженности к лечению в ситуации болезни [12].

Если присущие конфликту переживания занимают центральное место в системе отношений личности и конфликт не может быть разрешен так, чтобы исчезло напряжение, то конфликт становится источником возникновения заболевания, в первую очередь – туберкулеза [25].

В обществе имеет место негативное отношение к заболевшим туберкулезом и ВИЧ. Оба заболевания требуют длительного лечения в стационаре, то есть происходят своеобразная изоляция от общества, близких людей, ограничение социальных контактов, вследствие чего развивается своего рода социофобия. В связи с этим у заболевших наблюдается 2 основных типа поведения. Одни стремятся быстрее излечиться и вернуться в социум. Для других туберкулезный стационар становится «домом» – здесь нет стигмации, их не сторонятся, они в обществе себе подобных [7, 9, 19].

Е. М. Богородской и др. выявлено, что больные, пребывавшие в прошлом в МЛС, без оказания им социальной помощи имели шанс досрочно прекратить лечение в 4,8 раза выше, чем больные без такого анамнеза ( $p < 0,0001$ ). Частота досрочного прекращения лечения в этой группе составляла 15,4%. Там же отмечено, что среди лиц, пребывавших в прошлом в МЛС, которым оказывали социальную помощь, не зарегистрировано исхода «досрочное прекращение курса химиотерапии». Социальная помощь является действенным стиму-

лом, повышающим медицинскую эффективность химиотерапии [2].

Наличие социальной поддержки и социально-психологической защищенности приводит к успешной социально-психологической адаптации в обществе, скорректированному поведению, личностной стабильности и более эффективному излечению [8].

В комплексной медико-социальной реабилитации больных эрготерапия (трудотерапия) рассматривается как вид терапевтического воздействия, улучшающего психическое здоровье пациента через конструктивное взаимодействие с окружающим миром (процесс ресоциализации) [30].

По данным И. В. Щукиной, парентеральный путь заражения ВИЧ в 2012 г. установлен в 77,0% случаев среди контингентов с ВИЧ-инфекцией учреждений ФСИН, в том числе в 98% случаев до поступления в учреждения уголовно-исполнительной системы [33].

На необходимость широкого внедрения среди больных туберкулезом мероприятий по психосоциальной помощи, направленных на повышение их приверженности к лечению, указывается как в официальных изданиях [22], так и в научных публикациях [7, 28].

Сложность, значимость, ответственность и востребованность социальной работы отметил Д. А. Медведев [10].

Комплексный подход к охране здоровья граждан, включающий социальные и медицинские меры в целях сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, закреплен в статье 2 Федерального закона Российской Федерации от 25 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В статье 16 вышеуказанного ФЗ подчеркивается необходимость установления мер социальной поддержки при организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями [31].

Учитывая высокую стоимость лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ, особенно при повторном поступлении в стационар, а также быстрое развитие лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у больных этой группы, актуальна организация комплексного лечения, которое включает не только лечебно-диагностические мероприятия, но и социально-психологическую реабилитацию.

В изученной доступной литературе нет исследований о комплексной медико-социальной реабилитации больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, освободившихся из МЛС.

#### Материалы и методы

Для изучения связи между заболеванием туберкулезом и нахождением больных в МЛС выполнено исследование сплошным методом 564 больных

туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (в том числе 123 женщины), находившихся на лечении в туберкулезной больнице № 11 Департамента здравоохранения г. Москвы (ТБ № 11) в течение 2013 г.

Проведен анализ анамнестических данных по характеру и срокам выявления туберкулеза органов дыхания и ВИЧ-инфекции. Оценен жизненный анамнез с использованием медицинских и социально-психологических методов: опрос, тестирование, изучение документов, представленных пациентами, другими лечебно-профилактическими или социальными учреждениями, а также учреждениями ОВД, ФСИН, ЖЭУ, судами.

Учитывая особенности образа жизни исследуемого контингента (частота и длительность пребывания в МЛС, употребление психоактивных веществ, отсутствие работы и желания работать) и связанного с этим отношением к себе и собственному здоровью и здоровью окружающих в 1995 г. Департамент здравоохранения г. Москвы принял решение о госпитализации всех больных, ранее пребывавших в МЛС в ТБ № 11 [22, 23].

Тогда же, в 1995 г., для решения вопросов социальной защиты и поддержки больных туберкулезом с сочетанной патологией, социально дезадаптированных больных, освободившихся из МЛС, в целях оказания помощи в восстановлении их социальных связей, для повышения уровня их социальной адаптации и дальнейшей ресоциализации в ТБ № 11 создан Кабинет социально-психологической помощи, который в 1997 г. ввиду малой продуктивности предоставления только социальной помощи реорганизован в Отделение психотерапевтической помощи и социальной реабилитации. На сегодняшний день штаты отделения оставляют 18,5 единицы, в том числе: врач-психотерапевт – 1,0, старшая медицинская сестра – 1,0, медицинский психолог – 4,0, юрисконсульт – 1,0, специалист по социальной работе – 3,0, социальный работник – 2,0, инструктор по трудотерапии – 5,5, санитарка – 1,0.

Каждый больной в течение 2-6 сут с момента поступления в стационар проходит первичное обследование, на котором специалист по социальной работе опрашивает больного в кабинете или посещает его в палате, заполняет листок социального работника, где фиксирует краткие биографические сведения, информацию о социальном статусе (возраст, образование, профессия, наличие судимости) и наличии документов, причину обращения. Все эти данные позволяют составить социальную характеристику пациента, определить, по какому направлению следует работать первоначально, а также дальнейшие социальные мероприятия по его социальной реабилитации. Результаты социального опроса являются основанием для принятия решения по содержанию и объему индивидуальной социально-психологической помощи каждому больному, которая осуществляется в период нахождения в больнице и продолжается

при последующих поступлениях. Чаще всего в отделение обращаются за оказанием помощи в восстановлении утерянных документов. Также больные обращаются: за консультацией по вопросам утраченной в результате осуждения или обмана жилплощади; оплаты штрафов за утраченные документы; определения группы инвалидности и пенсионного обеспечения, за материальной помощью в виде одежды, обуви и предметов первой необходимости; с просьбой оказать содействие в розыске родственников и наладить отношения с ними; по вопросам устройства на временное проживание или отправке к месту проживания.

Основные методики работы медицинских психологов:

- психологическое консультирование, тренинги, терапия;
- психологическое обследование больных (интервью, тестирование, беседа, наблюдение);
- коррекция тревожных состояний и эмоциональной сферы;
- коррекция мотивационной сферы;
- выработка стратегии поведения и его коррекция;
- профилактика алкоголизации и наркотизации;
- консультационные беседы с родственниками больных.

Кроме того, использовали традиционные клинические, рентгенологические и лабораторные методы обследования в динамике при поступлении через 2, 4, 6 мес. пребывания в стационаре и более. От всех пациентов получено информированное согласие на участие в исследовании.

#### Анализ собственного материала

**Социальные характеристики.** При анализе материала по характеру и срокам пребывания в МЛС больные разделены на 3 группы:

- 1-я основная группа представлена 113 (47,1%) больными ТБ/ВИЧ, у которых туберкулез развился во время пребывания в МЛС;

- 2-ю основную группу составили 30 (12,5%) больных ТБ/ВИЧ, заболевших туберкулезом в течение 2 лет после освобождения из МЛС;

- 3 группа – 97 (40,4%) больных ТБ/ВИЧ, у которых заболевание туберкулезом не связано с пребыванием в МЛС.

Таким образом, при сплошном исследовании выявлено, что почти половина (47,1%) больных имели туберкулез, связанный с пребыванием в МЛС.

Анализ больных по каналам госпитализации свидетельствует, что общая лечебная сеть (ОЛС) направляет 50% больных всех групп, 38,3% – переводят из специализированных инфекционных больниц, 45,8% – поступают из различных противотуберкулезных учреждений.

Если учесть, что в противотуберкулезные учреждения больные поступают из ОЛС и скоропомощной туберкулезной больницы, то основными каналами госпитализации этой тяжелой эпидемически опасной группы больных следует считать ОЛС и «скорую медицинскую помощь».

В возрасте от 31 года до 50 лет было 212 (88,3%) человек (рис. 1).

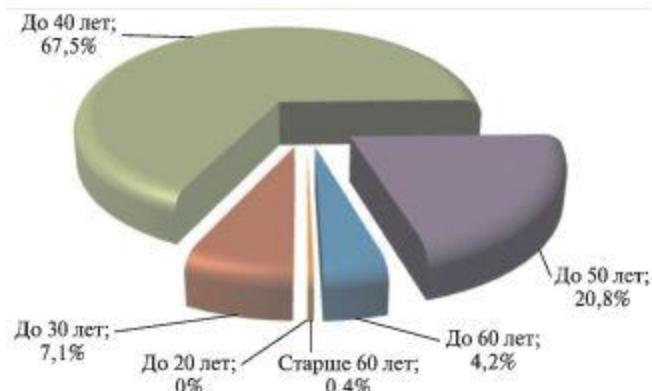


Рис. 1. Возрастной состав больных ТБ/ВИЧ, ранее пребывавших в МЛС

Мужчины составили 87,5%.

Основная доля больных были из Москвы и Московской области (51,3%). Имеет значение, что 19,6% составили лица БОМЖ (рис. 2). Остаются высокими долями больных из РФ и СНГ (18,3 и 10,8% соответственно).

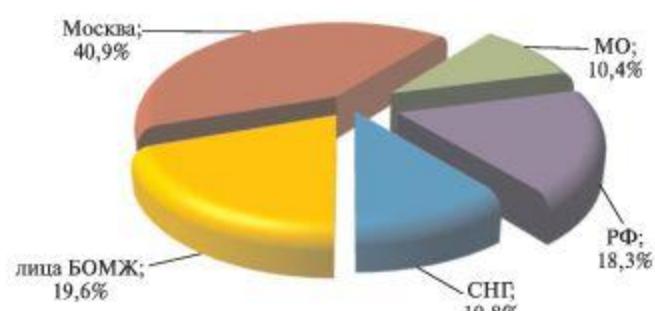


Рис. 2. Распределение больных ТБ + ВИЧ, ранее пребывавших в МЛС, по регионам проживания

Доля неработавших к моменту госпитализации составила 50,8%. Полученная инвалидность 15,4% обычно устанавливалась еще в МЛС.

Образовательный центр больных ТБ/ВИЧ был сравнительно высоким: среднее и высшее образование имели 82,9% (рис. 3). При этом они имели профессию инженера, музыканта, парикмахера, продавца, водителя и так далее, но, как правило, не работали или устраивались на временные работы.

Заболели туберкулезом в МЛС 47,5% больных ТБ/ВИЧ. Исследование специалиста по социальной работе выявило, что они имели судимости, связанные с распространением наркотиков, осо-

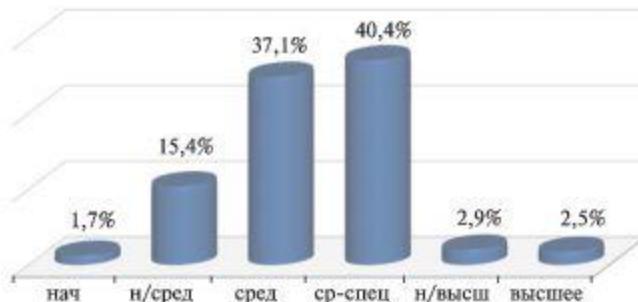


Рис. 3. Уровень образования больных ТБ/ВИЧ, ранее пребывавших в МЛС

бенно часто это наблюдалось среди женщин. Также выявлено, что мелкий наркобизнес достаточно образованным людям кажется легкой работой, но вместо приобретения выгоды они попадают в заключение. Этот показатель коррелирует с долей неработающих среди больных ТБ/ВИЧ.

Имели 1-2 судимости 64,2% больных ТБ/ВИЧ, 24,6% имели 3-5 судимостей. Доля больных, имевших 7 судимостей и более, составила 5,9%.

Ранее пребывавшие в МЛС 23,3% обследованных больных ТБ/ВИЧ не употребляли психоактивные вещества, часть из них сообщают об употреблении алкоголя, эти больные указывают на половой путь заражения ВИЧ-инфекцией.

Дали сведения о том, что употребляют или ранее употребляли наркотики внутривенно, 65,0%, эта цифра может быть выше за счет тех, кто не предоставляет правдивую информацию.

Анализ собранных материалов по срокам пребывания в МЛС свидетельствует, что больные 1-й основной группы имеют средний срок пребывания в заключении 8,8 года, в то время как 2-й и 3-й группы – средний срок в 2 раза ниже (4,5 и 4,1 года соответственно). Почти идентичные данные получены Всемирной организацией здравоохранения [4]. Респонденты 1-й группы пребывали в заключении в основном от 4 лет и более, включая срок более 30 лет, и заболевали туберкулезом легких. Однако у больных 2-й и 3-й групп максимальный срок пребывания в МЛС ограничивается десятью годами (судимости от одного до пяти раз с короткими сроками пребывания в заключении). В связи с асоциальным образом жизни после освобождения лица с

ВИЧ-инфекцией вне антиретровирусной терапии (ВААРТ) заболевали туберкулезом.

Анализ состава больных по срокам выявления туберкулеза и ВИЧ-инфекции:

- 6,7% больных не предоставляют сведений о сроках заболеваний;
- 17,1% больных отмечают одновременное выявление обеих инфекций – заболевание туберкулезом в основном не связано с пребыванием в МЛС;
- 18,7% больных имели заболевание туберкулезом, ВИЧ-инфекция присоединилась позже и выявлена в больнице через 1-2 года после освобождения из МЛС;
- 57,5% больных имели ВИЧ-инфекцию, туберкулез развился как вторичное заболевание.

В результате проведения анализа запросов больных при обращении в ОПТП и СР была составлена программа медико-социальной и социально-психологической реабилитации для граждан данной категории (рис. 4).

В ходе социального обследования выявлены основные социальные проблемы контингентов больных ТБ/ВИЧ:

- бездомность – 19,6% (из них каждый третий проживает в центре социальной адаптации),
- отсутствие документов – 42,1%,
- при наличии признаков инвалидности отсутствие ее (81,8%), а, следовательно, отсутствие пенсионного обеспечения.

Комплексная социальная реабилитация больных ТБ/ВИЧ начинается с приемного покоя и сопровождает пациента все время его пребывания в больнице.

Каждый больной получает консультации юриста, медицинского психолога, психотерапевта и одновременно лечится по поводу ТБ/ВИЧ у инфекциониста и фтизиатра. Медицинские психологи и врачи-психотерапевты осуществляют мероприятия, направленные на восстановление у пациента навыков общения, межличностных отношений, разрешение внутриличностных конфликтов и пр. Лечение через команду специалистов в многопрофильной больнице позволяет создать цепочку положительных событий в состоянии здоровья и жизни пациента, изменить его социальный статус, что, конечно, влияет на отношение пациента к болезни.

Этап	Направление	Содержание	Параллельно	
			всем этапам осуществляется социально-психологическая реабилитация (СПР) и медицинская реабилитация (МР)	
I	гражданская реабилитация	Восстановление гражданства, документов, оформление льготных документов	СПР	МР
II	медицинско-социальная реабилитация	Оформление группы инвалидности и пенсии, трудотерапия, посильное трудоустройство	Адаптация к нормальным условиям жизни; коррекция поведения, разрешение семейных проблем	До прекращения бактериовыделения или до улучшения состояния
III	общественно-социальная реабилитация	Восстановление в жилищных правах, восстановление семейных связей		

Рис. 4. Программа комплексной реабилитации в ТБ № 11

Практика комплексного подхода работы показывает, что ценно взаимодействие всех указанных служб, только тогда достигаются положительные результаты. Оказываемое воздействие имеет огромное влияние на осознание больным своего социального поведения, предоставляя ему возможность позитивных изменений в своем статусе. На рис. 5 приведена схема взаимодействия специалистов при реабилитации больного.

**Содержание социальной помощи, оказываемой всем больным ТБ/ВИЧ, заключается в следующем:**

- Документирование: составление служебных писем и ходатайств в отделы ЗАГС, УФМС, ОВД, запросы в центральное адресно-справочное бюро и другие организации, оформление регистрации по месту пребывания, оплата штрафов и госпошлин.
- Пенсионные вопросы: оформление пенсии (в том числе социальной, по инвалидности, по старости), оформление страхового номера индивидуального лицевого счета, пенсионного удостоверения, льгот на проезд, возобновление или продление пенсионной выплаты при повторной госпитализации или переосвидетельствовании на медико-социальной экспертной комиссии, оформление перевода пенсионного дела из других регионов и т. д.

- Подготовка документов для перевода излеченных больных в учреждения социальной защиты.

- Работа по восстановлению семейных связей (в том числе розыск родственников, составление и отправка сообщений, переговоры с родственниками).

- Другие вопросы, как то: покупки предметов первой необходимости из средств больного, представление интересов больного в различных организациях, помочь в написании заявлений в инспекции, комиссии, суды, ОУФМС, УПФР, органы власти и надзорные органы и т. п.

**Психологическую и психотерапевтическую помощь оказывали в следующей последовательности:**

- Оценка психоэмоционального состояния, которая позволила выявить наиболее частые психологические проблемы: депрессивные состояния, тревожность, страхи – в 44,9% случаев; отсутствие приверженности к лечению – в 49,4%; стрессовое расстройство – в 17,2%; заниженная самооценка, неприятие себя – в 82%; нежелание продолжать жизнь, суицидальные мысли – в 20,9%.

- Наблюдение за пациентами в межличностных и внутригрупповых контактах, которое позволило выявить некоторые особенности поведения больных: завуалированная, а иногда и открытая

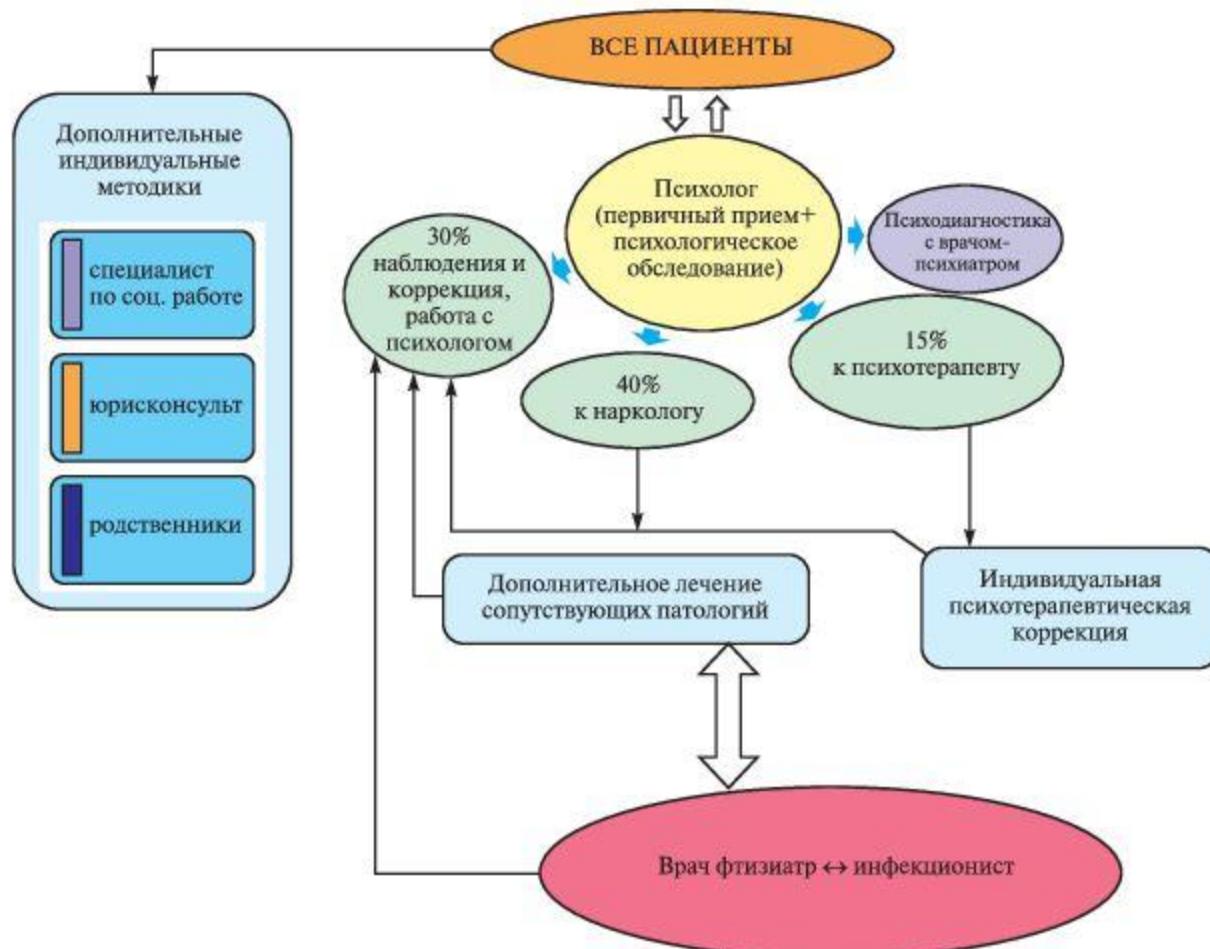


Рис. 5. Модель многопрофессионального взаимодействия специалистов в больнице

жестокость в отношениях к людям, в суждениях о них; категоричные негативные оценки и переживания по поводу большинства окружающих; обвинение государства, окружения и судьбы в собственных проблемах и неудачах. Среди этих больных до 95% демонстрируют различные виды девиантного поведения – это поведение, отклоняющееся от общепринятых, наиболее распространенных и устоявшихся норм поведения в обществе (аффективное, аутическое, склонность к пагубным привычкам, агрессивное, криминогенное и т. д.).

- Изучение эмоционально-волевой сферы больных ТБ/ВИЧ свидетельствует о ее незрелости: пониженная критичность к себе (86,3%); несамостоятельность решений и действий – «независимость воли» (51,0%); повышенная требовательность к работе других о себе, чувство незащищенности (52,9%), безнадежности (51,0%); отсутствие целей в жизни, потеря смысла жизни (76,5%); компенсаторные реакции – уход от реальности, поиск интересов в воображаемом мире, фантазирование, замещающее реальные поступки, употребление психоактивных веществ, расхождение реального и идеального Я (66,7%); неумение выражать свои эмоции, эмоциональная интроверсия (76,5%); повышенная реактивная (66,7%) и личностная тревожность (62,7%); заниженная самооценка по большинству параметров и выбор крайних значений (86,3%), использу-

зование непродуктивных психологических защит: избегание (33,3%); агрессия (41,1%), приоритет негативных коммуникативных установок: завуалированная жестокость (76,5%), открытая жестокость (66,7%), негативизм в суждениях о людях (68,6%), негативный личный опыт общения с окружающими (78,4%).

Таким образом, у больных ТБ/ВИЧ, ранее пребывавших в МЛС, имеются индивидуально-типологические особенности изменения личности, неосознанные (из детства) или тщательно скрываемые проблемы, возникшие в преморбиде и приведшие к болезни. Здесь важен личностный подход в решении проблем психотерапевтической и психологической помощи. Медикаментозное лечение необходимо с первых дней сочетать с психологической помощью, объектом воздействия которой становится не просто нормализация психического состояния больного, а осознание и работа с собственной незрелостью, инфантильностью. Это влечет перемены мировоззрения, жизненных принципов и побуждений, принятие ответственности за собственную жизнь. Такое направление работы существенно повышает шансы на поддержание здоровья, улучшение качества жизни этих больных. В процессе психологической реабилитации появляется необходимость выработки жизненной позиции, наиболее способствующей успешной социальной адаптации. В табл. 1 приве-

Таблица 1

#### Эффективность использования психологических методик

Виды	Методы	Самооценка и самоотношение	Эффективное целеполагание	Тревожность, страхи и депрессия	Отношение к болезни	Приверженность к лечению
Рациональная ПТ*		●	●	●	●	●
Релаксационные техники				●	●	
Эмоционально-образная терапия		●	●	●	●	
НЛП**		●	●	●	●	●
Поведенческая ПТ*/тренинг		●	●	●		

Примечание: ПТ\* – психотерапия,  
НЛП\*\* – нейролингвистическое программирование,  
● – высокая эффективность.

дена эффективность использования психологических методик.

Повышает эффективность лечения больных ТБ/ВИЧ в период завершающей фазы лечения использование в трудовых процессах.

По состоянию здоровья и самочувствию больные задействованы в легких работах по благоустройству территории больницы на свежем воздухе под наблюдением и руководством инструктора по трудотерапии. Вместе с медицинским персоналом и социальным работником инструктор по трудотерапии проводит работу по восстановлению трудовых навыков пациента, вовлечению его в трудовую деятельность, в перспективе оказывает ему помощь в рациональном трудуоустройстве. В табл. 2 приведены результаты психосоциальной помощи, оказанной больным ТБ/ВИЧ.

Социально-психологическая помощь, оказанная больным ТБ/ВИЧ, ранее пребывавшим в МЛС, привела:

- к увеличению средней длительности пребывания в стационаре в 2013 г. – 87,8 койкодня (2012 г. – 75,9 койкодня), что вплотную приблизилось к рекомендуемым значениям (91,2 койкодня) [20];
- к сокращению числа повторных госпитализаций с 43,2% в 2012 г. до 32,0% в 2013 г., что сократило расходы на диагностику и лечение повторно поступивших больных почти в 2 раза;
- к уменьшению числа больных, прервавших лечение (число самовольных уходов в 2012 г. – 21%, в 2013 г. – 15,4%), и увеличению приверженности к лечению (28,3%) за счет ранее уклонявшихся от лечения;

Таблица 2

**Виды социально-психологической помощи, оказанной больным ТБ/ВИЧ, ранее пребывавшим в МЛС в ТБ № 11 (%)**

Виды помощи	2011 г.	2013 г.
Индивидуальная беседа	86,4	93,8
Психокоррекционные мероприятия	52,2	71,3
Восстановление документов (восст. дубл. св-ва о рожд., спр. об осв., выпис. из дам. кн., ИЦГИАЦ ЦАСБ, копия Ф № 1,25, проч. док.)	24,1	39,2
Пенсионное обеспечение (запрос в др. УПФР, первич. оформление пенс. дела, возобновление выплаты пр.)	1,8	1,7
Восстановление родственных связей (разыск, извещение, переговоры)	7,2	10,0
Восстановление социальных связей иностранных граждан (с Посольствами)	5,4	8,8
Жилищные вопросы (в т.ч. устройство в ЦСА)	3,6	2,9
Проезд к дому (покупка ж/д билета, справка на проезд)	4,5	5,2
Почтовые отправления (приобретение и отправка)	2,2	2,9
Выдача гуманит. помощи: одеж./обувь	3,6	13,4
Отказались от помощи	25,2	14,6

• к снижению числа больных хроническим туберкулезом, а также туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (с 26,2% в 2012 г. до 19,1% в 2013 г.).

Возможности проведения мероприятий по социально-психологической реабилитации расширились в связи с введением в действие нового порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом [24], согласно которому больные, не имеющие места проживания, должны лечиться до клинического излечения, т. е. более одного года, а с учетом тяжелых клинических форм туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией и более длительные сроки.

### Заключение

При сплошном исследовании больных ТБ/ВИЧ установлено, что лица, ранее прибывавшие в МЛС, составляют 42,55%. Почти у половины из них (47,1%) туберкулез развился во время пребывания в МЛС и у 12,5 % в течение первых двух лет после освобождения. Большинство этих больных противотуберкулезными службами не контролируются, поэтому поступают в стационар из ОЛС или по скорой медицинской помощи.

Оценка социального статуса больных ТБ/ВИЧ свидетельствует, что большинство из них являются лицами до 50 лет (88,3%), неработающими, без постоянного места проживания, с несколькими судимостями, употребляющими наркотики и алкоголь, без документов, реабилитация которых представляет большие трудности.

Психосоциальная реабилитация больного с личностным подходом в решении его проблем (восстановление документов, получение пенсии, восстановление семейных связей) в сочетании с постоянным участием и заботой при оказании социальной и психологической помощи влечет перемены мировоззрения, жизненных принципов и побуждений, принятие ответственности за собственную жизнь, что существенно повышает интерес к жизни.

В результате у больного формируются:

- заинтересованность в пребывании в больнице;
- доверие к медицинскому персоналу, проводящему лечение, и понятие необходимости лечения;
- повышение приверженности к излечению.

Таким образом, комплекс мер по психологическому и социальному сопровождению лечения туберкулеза дает видимые практические результаты в области реабилитации социально дезадаптированных лиц, больных ТБ/ВИЧ, ранее пребывавших в МЛС, что важно для предотвращения асоциальных действий и распространения туберкулеза в Москве.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л. П., Петровская М. В. Мартынова М. В. и др. Опыт работы по социальной реабилитации бездомных больных ТБ органов дыхания // Науч. труды к 80-летию ведущего противотуб. учр. г. Москвы, 10-летию Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом // Мед. и жизнь. – 2007. – С. 132-138.
2. Богородская Е. М., Смердин С. В., Стерликов С. А. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. – М., 2011. – С. 152-153.
3. ВОЗ. Руководство по борьбе с туберкулезом в тюрьмах 1998. Женева, Швейцария. WHO/TB/98.250
4. ВОЗ. Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков – интегрированный подход. ВОЗ, ЮНЭЙДС, Управление ООН по наркотикам и преступности, 2008. Женева, Швейцария. www. who.int/publications/ list/9789241596930/ru/index.html
5. Ерохин В. В., Коршикова З. Х., Алексеева Л. П. Особенности выявления, клинических проявлений и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных // Пробл. туб. – 2005. – № 10. – С. 20-28.
6. Копонец А. С. Организация лечения больных ТБ в уголовно-исправительной системе // Химиотерапия туберкулеза. Руководство для врачей. – М., 2000. – С. 165-168.
7. Мартынова Е. Н. Особенности отношения к болезни у социально-дезадаптированных больных туберкулезом, не имеющих приверженности к лечению. Новые технологии в эпидемиологии диагностики и лечения туберкулеза взрослых и детей // НПК молодых ученых, посвященная всемирному дню борьбы с туберкулезом. – М. ЦНИИТ РАМН. – 2010. – С. 83-86.
8. Мартынова М. В., Петровская М. В., Алексеева Л. П. Особенности личности бездомных больных туберкулезом и больных сочетающей патологией (ВИЧ-инфекция и туберкулез) // Науч.

- материалы V Съезда Общероссийской общественной организации «Российское психологическое общество». – М., 2012. – Т. III. – С. 43-44.
9. Мартынова М. В., Петровская М. В., Корнилова З. Х. и др. Инфекционизм как характеристика личности больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (ТБ + ВИЧ) // Туб. – № 5. – С. 43-44.
  10. Медведев Д. А. Выступление Президента Российской Федерации на Третьем съезде социальных работников РФ // Соц. работа. – 2011. – № 1. – С. 5-9.
  11. Морозова Т. И., Паролина Т. И., Докторова Н. П. Социальные технологии при оказании противотуберкулезной помощи // Туб. – 2011. – № 7. – С. 11-16.
  12. Нелобина А. С. Приверженность к лечению: психологический подход // Науч. материалы V Съезда Общероссийской общественной организации «Российское психологическое общество». – М., 2012. – С. 46-47.
  13. Нечеева О. Б., Эйсмонт Н. В. Влияние ВИЧ-инфекции на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья. – Электронный научный журнал. – 2011; 19(3) – <http://vestnik.Mednet/view/315/30.langru>
  14. Никитина Л. В., Литвинов В. И., Сельцовский П. П. и др. ВИЧ-инфекция и туберкулез в Москве (выявление, диспансерное наблюдение, лечение) // Науч. труды к 80-летию ведущ. противо-туб. учрежд. г. Москвы, 10-летию Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом // Мед. и жизнь. – 2007. – С. 42.
  15. Об инфекционности // Журнал «Ступени». Архив помех. – 2009. – № 1 (33).
  16. Одинцов В. Выступление Главного фтизиатра Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России, подполковника внутренней службы. 2011 г. – Ресурсный центр по изучению политики в сфере туберкулеза // <http://www.tbpolicy.ru/publications/?id=357>
  17. Пантелейев А. М., Супрун Т. Ю., Малашенков Е. Н. и др. Особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных по материалам городской туберкулезной больницы № 2 // Инфекц. болезни – 2006: Альманах, посвященный 125-летнему юбилею ГИБ № 30 им. С. П. Боткина. – СПб., 2007. – С. 150.
  18. Петровская М. В., Алексеева Л. П., Мартынова М. В. и др. Социально-психологические характеристики больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией // Тез. докл. Конгресс «Человек и лекарство», февраль 2010 г.
  19. Петровская М. В., Мартынова М. В. Изучение деформации внутренних эмоциональных состояний больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, вызывающих социальную дезадаптацию // НПК молодых ученых, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом. – М. ЦНИИТ РАМН. – 2010. – С. 97-101.
  20. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.12.12 № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 г.». Приложение «Рекомендуемые объемы медицинской помощи в стационарных условиях».
  21. Постановление Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. № 892 «Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза».
  22. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 226 от 17.04.1995 г. «О порядке госпитализации больных туберкулезом».
  23. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 302/507 от 24.05.1995 г. «О мерах по совершенствованию противотуберкулезной помощи спецконтингенту, содержащемуся в учреждениях ГУВД г. Москвы».
  24. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 932н от 15.11.12 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом».
  25. Психология социальных ситуаций / Сост. и общая редакция Н. В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – С. 256.
  26. Пупга В. В., Павлов Ю. А., Щудрова М. А. и др. Влияние заболеваемости туберкулезом на показатели здоровья спецконтингента уголовно-исправительной системы // Пробл. туб. – 2005. – № 5. – С. 3-7.
  27. Русских О. Е. Особенности туберкулеза органов дыхания у больных, освободившихся из МЛС в Удмуртской Республике // Пробл. туб. – 2008. № 2. – С. 9-12.
  28. Сельцовский П. П., Стрельцов В. В., Золотова Н. В. Психологическое сопровождение терапии туберкулеза легких. – М.: МНПЦБТ, 2009. – 72 с.
  29. Стерликов С. А., Сон И. М., Богородская Е. М. и др. Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2010–2011 гг. Анализ основных показателей и принятие управленческих решений. – М., 2012. – С. 16.
  30. Теруко Ивасаки. Эрготерапия (трудотерапия) в Японии. Официальный сайт «Всемирной федерации трудотерапии» // <http://www.wfot.org>
  31. Федеральный закон Российской Федерации от 25 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – С. 2, 16.
  32. Шилова М. В. Туберкулез в Российской Федерации в 2010 г. – Аналитический обзор. Глава 8. – С. 135.
  33. Щукина И. В. Организация медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в пенитенциарных учреждениях Северо-Западного федерального округа. Совершенствование механизмов межведомственного взаимодействия // Доклад заместителя начальника отдела организации медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным управления организаций санитарного обеспечения ФСИН России. – Санкт-Петербург. – 2013.
  34. WHO/HTM/TB/2010.8 WHO/HTM/HIV/2010.10Priority research questions for tuberculosis/human immunodeficiency virus (TB/HIV) in HIV-prevalent and resource-limited settings. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data // Приоритетные аспекты изучения проблемы ТБ/ВИЧ в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и ограниченных ресурсов Женева, Швейцария. – 2011. – С. 46.

#### ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Корнилова Зульфира Хусаиновна**  
**ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН,**  
**доктор медицинских наук, профессор,**  
**заслуженный врач РФ.**  
**107564, г. Москва, Яузская аллея, д. 2.**  
**Тел.: 8 (499) 780-47-83.**

Поступила 03.02.2014

# ЛЕВОФЛОРИПИН®

Оригинальная комбинация –  
универсальное решение



Новый комбинированный  
противотуберкулезный препарат -  
гарантия успеха в лечении  
лекарственно устойчивых  
форм туберкулеза

Открытое акционерное общество  
"Химико-фармацевтический комбинат "АКРИХИН",  
142450, Московская область, Ногинский район, г. Старая Купавна, ул. Кирова, 29.  
Тел. (495) 702-95-064, факс: (495) 702-95-03