

УДК616.002.5-053.6

*Т.Л. Ряполова, Е.А. Лепшина***РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЛАЙЕНСА У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: мультирезистентный туберкулез легких, социально-демографические факторы, клинико-психопатологические факторы, комплайенс

Во многих странах мира и в Украине, в частности, ситуация по распространенности туберкулеза (ТБ) продолжает оставаться угрожающей. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в период между 2000 и 2020 годами около 1 млрд. человек могут быть инфицированы, 200 миллионов могут заболеть и 35 млн. – умереть от туберкулеза, если контроль над эпидемией не будет усилен. В настоящее время приобретают чрезвычайную актуальность две проблемы: рост заболеваемости и смертности от сочетанной инфекции туберкулез - ВИЧ (ТБ/ВИЧ) и распространение мультирезистентного туберкулеза (МР ТБ) [1].

По данным доклада ВОЗ, в 2010г. в некоторых районах мира у каждого четвертого человека с туберкулезом развивается форма болезни, которая более не поддается лечению стандартными лекарственными схемами. Туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью – одна из смертельных форм ТБ, которая поражает ежегодно до полумиллиона человек и характеризуется гораздо большими показателями смертности, чем туберкулез, подверженный действию лекарственных средств [2].

Мультирезистентный туберкулез (МР ТБ) – это наиболее опасная форма туберкулеза (ТБ), при которой микобактерии туберкулеза (МБТ) становятся устойчивыми (невосприимчивыми) как минимум к двум наиболее важным противотуберкулезным препаратам (ППП): изониазиду и рифампицину [3]. Больные, относящиеся к этой группе, имеют более неблагоприятный прогноз, их лечение вызывает большие трудности и связано со значительными экономическими затратами.

Обычно режим лечения больных туберкулезом состоит из назначения не менее четырех ППП, к которым определяют чувствительность, то есть их влияние на МБТ. Срок основного кур-

са противотуберкулезного лечения составляет 24 месяца (6-9 месяцев в стационаре, 18-15 – амбулаторно) [3, 4].

Существуют микробиологические, клинические, программно-обусловленные и личностные предпосылки развития лекарственной устойчивости при ТБ. С позиций микробиологии устойчивость представляет собой результат генетической мутации, в результате которой бактерии - мутанты становятся нечувствительными к определенному лекарственному препарату. Неадекватная или ошибочно выбранная схема химиотерапии приводит к тому, что лекарственно-устойчивый мутант становится доминирующим у пациента, болеющего ТБ. В качестве наиболее частых причин проведения неадекватной химиотерапии в литературе описаны: отсутствие соответствующих инструкций и руководств по проведению противотуберкулезной терапии; плохое обучение врачей и персонала противотуберкулезных лечебных учреждений; отсутствие мониторинга химиотерапии; плохая организация лечебного процесса; недостаточное финансирование программ борьбы с ТБ; плохое качество препаратов; недоступность определенных препаратов; неправильная дозировка или сочетание препаратов; плохая приверженность лечению; недостаток информации для больных; недостаток средств (недоступность бесплатного лечения); побочные эффекты препаратов; социальные барьеры; нарушения, связанные с наркотической зависимостью [4].

МР ТБ возникает в результате неправильного лечения ТБ, а именно:

- при перерывах приема ППП по любым причинам;
- в результате неправильно назначенного врачом лечения или в результате самолечения, когда какой-либо ППП (или схема лечения) использовался недостаточное время или в недостаточ-

ных дозах;

- из-за слишком длительного лечения (или самолечения) ТБ каким-либо из противотуберкулезных препаратов;

- в результате первичного инфицирования устойчивыми штаммами МБТ (от больного МР ТБ) [5, 6].

Примерно у 25% больных с первичной лекарственной устойчивостью основной причиной неэффективного лечения становится самовольный уход из отделения [7]. Такую ситуацию трудно объяснить какой-то одной причиной. Можно предположить, что она обусловлена и большим количеством назначаемых препаратов, и частотой возникновения нежелательных реакций на препараты, и необходимостью длительного пребывания в стационаре, и нежеланием пациентов изменять свое поведение и привычки, и отсутствием у пациентов субъективной убежденности в необходимости проводимого лечения, т.е. отсутствием приверженности больных лечению (комплаенса).

Приверженность к терапии определяется, как способность точно следовать назначениям врача по приему лекарственных препаратов и модификации образа жизни. Прием лекарственных препаратов в соответствии с врачебными назначениями как минимум в 80% является наиболее общей характеристикой медикаментозной комплаентности.

По мнению некоторых авторов, резервом повышения эффективности лечения больных МРТБ на этапе интенсивной фазы является санитарное просвещение больных и их родственников, формирование приверженности лечению, привлечение к работе в стационаре психолога, психотерапевта, нарколога [8]. В то же время, проблема некомплаентности пациентов как фактора развития мультирезистентных форм туберкулеза с позиций анализа социальных, психологических и клинко-психопатологических факторов, участвующих в формировании определенного отношения к заболеванию и его прогнозу, остается вне поля зрения медицинских психологов и психиатров.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение социально-демографических и клинко-психопатологических особенностей пациентов с МР ТБ как предпосылок к нарушению приверженности лечению данного контингента больных.

На начальном этапе была разработана унифицированная карта клинического и социально-

демографического анализа истории болезни стационарного больного МР ТБ. Путем анализа историй болезни терапевтического отделения № 4 КЛПУ «Областная клиническая туберкулезная больница» г. Донецка было установлено, что на стационарном лечении находилось 75 больных, госпитализированных по поводу МР ТБ, из которых 65 человек дали свое согласие на обследование и использование полученной информации в медицинских целях, без указания их личных данных. Социально-демографические и клинко-психопатологические характеристики больных МР ТБ, находящихся в специализированном отделении ОКТБ, представлены в таблице 1.

Необходимо отметить, что из 75 пациентов, находившихся в стационаре на момент проведения исследования, 10 человек, из которых 7 мужчины в возрасте от 20 до 40 лет и 3 – женщины в возрасте старше 45 лет, отказались от участия в исследовании, ссылаясь на плохое самочувствие и нежелание предоставлять свои данные.

Среди обследованных больных 49.23% (32 чел.) составляли мужчины, женщины (33 чел.) – 50.77%, но преобладание удельного веса лиц мужского пола был статистически недостоверным ($p > 0,05$). Распределение больных по возрасту было следующим: до 20 лет – 3 чел. (4.62%), 20-29 лет – 18 чел. (27.69%), 30-39 лет – 24 чел. (36.92%), 40-49 лет – 11 чел. (16.92%), 50 лет и старше – 9 чел. (13.85%). Средний возраст изученного контингента – $32 \pm 4,34$ года, т.е. преобладали лица молодого трудоспособного возраста. Несмотря на это, подавляющее большинство больных относились к категории неработающих (41 чел., 63.08%), что может быть связано, во-первых, с общей напряженной ситуацией в отношении трудоустройства в стране, во-вторых, со стигматизирующим влиянием факта госпитализации в противотуберкулезный стационар, в-третьих, со снижением побудительной активности в поиске официального места работы у пациентов данной категории, а также с удовлетворенностью пациентов сезонными или неофициальными (например, разнорабочий) формами трудовой занятости. При этом большинство пациентов (35 чел., 53.85%) имеют среднее специальное образование и 18 чел. (27.69%) лишь среднее, что наряду с отсутствием постоянного места работы вполне может свидетельствовать о заниженном уровне притязаний у данной группы пациентов.

**Социально-демографические и клинико-психопатологические характеристики больных
мультирезистентным туберкулезом легких, находящихся на стационарном лечении в ОКГБ
в июле-августе 2012 года**

№	Показатель	Число больных	
		Абс.	%
1	Пол:		
	- мужской	32	49,23
	- женский	33	50,77
2	Возраст:		
	- до 20 лет	3	4,62
	- 20-29 лет	18	27,69
	- 30-39 лет	24	36,92
	- 40-49 лет	11	16,92
	- 50 лет и старше	9	13,85
3	Социальный статус:		
	- рабочий	11	17,39
	- служащий	1	1,54
	- учащийся	1	1,54
	- студент	1	1,54
	- частный предприниматель	6	8,7
	- не работает	41	63,08
	- пенсионер	4	6,15
4	Образование:		
	- среднее	18	27,69
	- среднее специальное	35	53,85
	- высшее	12	18,46
5	Семейный статус:		
	- холост (не замужем)	28	43,08
	- женат (замужем)	15	23,08
	- разведен (а)	16	24,62
	- вдовец (вдова)	6	9,23
6	Взаимоотношения в семье:		
	- ровные	56	86,15
	- конфликтные	3	4,61
	- эмоционально отстраненные (формальные)	6	9,23
7	Проживает:		
	- в ядерной семье	16	24,62
	- в родительской семье	24	36,92
	- с родственниками	10	15,38
	- самостоятельно	15	23,08
8	Жилищно-бытовые условия:		
	- удовлетворительные	62	95,38
	- неудовлетворительные	3	4,62
9	Материальная обеспеченность:		
	- удовлетворительная	42	64,62
	- уровень выживания	12	18,46
	- неудовлетворительная	11	16,92
10	Обращение к психиатру/наркологу в анамнезе:		
	- не было	60	93,85
	- однократное обращение	4	6,15
	- наблюдается постоянно	1	1,54
11	Сопутствующая патология (т.ч. ВИЧ-инфекция):		
	- нет	52	80
	- есть, в т.ч. алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция	13	20
12	Изменение психического состояния при установлении диагноза МР ТБ:		
	- не было	4	6,15
	- до 3х дней	5	7,69
	- от 3х до 7 дней	39	60
	- от 8 до 14 дней	21	32,31
	- свыше 15 дней	6	9,23
13	Длительность стационарного лечения:		
	- до 3х мес.	10	15,38
	- от 3х до 6ти мес.	47	72,31
	- свыше 6ти мес.	8	12,31
14	Степень сопротивляемости стрессу (по методике Холмса-Ранге):		
	- высокая	14	21,54
	- пороговая	20	30,77

Лишь 15 больных (23,08%) имеют собственные семьи, 43,08% (28 чел.) никогда не состояли в браке, 16 чел. (24,62%) были разведены и 6 чел. (9,23%) овдовели к моменту госпитализации. Соответственно более половины пациентов проживают с родителями, другими родственниками или самостоятельно. При этом в 10% случаев имелись явные проблемы во взаимоотношениях, как в собственных, так и в родительских семьях, а 56 чел. (86,15%) описывают взаимоотношения в семьях как удовлетворительные. Однако столь высокий процент пациентов, удовлетворенных отношениями с родственниками, по мнению исследователей, свидетельствует о необходимости более детального изучения этого вопроса в дальнейшем. Наличие одиноких больных (43,08%), в т.ч. разведенных (24,62%) и овдовевших (9,23%) может рассматриваться как фактор, способствующий асоциальному образу жизни и предполагающий относительно неблагоприятный прогноз в плане комплайентности.

Жилищно-бытовые условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными, лишь 4,62% (3 чел.) не имели постоянного места жительства или проживали без прописки. Несмотря на то, что большинство больных оценивали свои жилищно-бытовые условия как удовлетворительные, среди обследованного контингента выделялась группа пациентов (23 чел., 35,38%) которые находились в материальном плане на уровне выживания. При этом в части случаев (16,92%) можно говорить о фактически бедственном положении.

Высокий процент лиц (93,85%), не обращавшихся в течение жизни за помощью к психиатру либо наркологу, не может, однако, свидетельствовать о благополучном положении дел по этому вопросу, т.к. некоторое количество пациентов сообщили о фактах злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков, в том числе систематического, при этом 4 чел. (6,15%) сообщили об однократном обращении по поводу «кодирования» от алкоголизма и 1 чел. постоянно наблюдается наркологом по поводу наркозависимости и получает заместительную терапию метадонном. Наличие сопутствующей патологии у 20% пациентов, в том числе ВИЧ-инфекции и гепатита, также свидетельствует в пользу факта асоциального образа жизни некоторых из них.

Важным фактом является и то, что более 90% пациентов отмечали изменение своего психического состояния после установления диагноза МР ТБ. Лишь 4 чел. (6,15%) из всех опрошенных

отрицали появление у себя каких-либо нежелательных симптомов, остальные 62 чел. (93,85%) сообщили о возникновении сниженного настроения, тревоги, мыслей о смерти в период от 1 до 3 дней 5 чел. (7,69%), в период от 3 до 7 дней – 39 чел. (60%), в период от 8 до 14 дней – 21 чел. (32,31%), более 15 дней от момента установления диагноза – 6 чел. (9,23%). При этом подавляющее большинство пациентов отмечали ведущую роль поддержки, оказанной членами их семей в нормализации их психического состояния.

Следует отметить, что лечение МРТБ требует от пациентов длительного (от 6 до 9 мес.) пребывания в стационаре, что в свою очередь может оказывать неблагоприятное влияние на психологическое состояние пациентов и приводить к нежелательным реакциям. Из числа всех пациентов 10 чел. (15,38%) на момент обследования находились в стационаре менее 3 мес. Более половины обследованных пациентов 47 чел. (72,31%) непрерывно находились на стационарном лечении от 3 до 6 мес. и 8 чел. (12,31%) свыше 6 мес. Больничная среда в совокупности со стигматизирующим влиянием диагноза, довольно часто оказывает неблагоприятное воздействие на психическое состояние пациента, приводя к затруднениям в общении с окружающими, утрате трудовых установок, и, в конечном итоге, к социальной дезадаптации (отказ от лечения, продолжение или начало ведения асоциального образа жизни), особенно у пациентов с низкой стрессоустойчивостью. Согласно результатам обследования по методике Холмса-Раге около половины пациентов (31 чел., 47,69%) имеют низкую сопротивляемость стрессу, 20 чел. (30,77%) – пороговую и лишь 14 чел. (21,54%) – высокую.

Таким образом, проведенное исследование выявило ряд социально-демографических факторов, возможно, играющих определенную роль в развитии МР ТБ и низкой комплайентности больных с данной патологией: низкий уровень занятости, преобладание лиц со средним образованием, не имеющих собственной семьи, достаточно высокий удельный вес больных с сопутствующими заболеваниями (ВИЧ, употребление психоактивных веществ). В то же время практически все обследованные больные отмечали целый ряд психопатологических симптомов в ответ на информацию о наличии у них туберкулеза, при этом преодоление их оказывалось возможным при поддержке семейного окружения, но не медицинских работников. Значительная длительность пребывания больных в условиях

стационара, виявлений низкий уровень стрессоустойчивости пациентов с МР ТБ дают основание для дальнейшего изучения клинко-психопатологических и социально-психологических особенностей данного контингента больных с целью установления причин, приводящих к низкой комплаентности. Это позволит оценить

целесообразность, объем и содержание необходимых психосоциальных вмешательств, выделить целевые группы больных, нуждающихся в них на том или ином этапе оказания помощи, установить факторы, повышающие приверженность терапии и повысить эффективность лечения больных МР ТБ.

Т.Л. Ряполова, К.О. Лепшина

РОЛЬ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ І КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ КОМПЛАЕНСУ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті представлені дані соціально-демографічного та клініко-психопатологічного аналізу хворих на мультирезистентний туберкульоз. Отримані результати є підставою для подальшого вивчення даного контингенту з метою встановлення причин, що призводять до низької комплаентності. Це дозволить оцінити доцільність, обсяг і зміст необхідних психосоціальних втручань, виділити цільові групи хворих, які потребують на них на тому чи іншому етапі надання допомоги, встановити фактори, що підвищують прихильність терапії та підвищити ефективність лікування хворих на МР ТБ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 66-70).

T.L. Ryapolova, E.A. Lepshina

THE ROLE OF SOCIAL-DEMOGRAPHIC, CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS IN COMPLIANCE FORMATION IN PATIENTS WITH MULTI-DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

The article presents the social-demographic, clinical and psychopathological analysis of patients with multi-drug-resistant tuberculosis. Received results are the basis for further study of this contingent in order to establish the causes leading to low compliance. This will assess the feasibility, size and content of necessary psychosocial interventions, identify target groups of patients who need them at some stage of the assistance, to identify factors that improve adherence to therapy and improve the treatment effectiveness of patients with MDR-TB. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 66-70).

Литература

1. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing: WHO report 2009. — Geneva: Switzerland, 2009. — 383 p.
2. Лепшина С.М. Три вектора современной эпидемии туберкулеза / С.М. Лепшина // Український пульмонологічний журнал. — 2008. — № 3. Додаток. — С. 21 - 22.
3. Наказ МОЗ України від 22.10.2008 № 600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».
4. Рич М. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза / М. Рич, П. Цигельски, Э. Джарамилло // Москва: Весь мир, 2007. — 200 с.
5. Lypshina S.M. Organization of diagnostics and treatment of patients with MDR-TB in Donetsk oblast, Ukraine / S.M. Lypshina, I.V. Dubrovina, D.L. Shestopalov // 40th Union World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Europe Region: Abstract Book. — Cancun, Mexico. - 2009. — P. 53.
6. Лепшина С.М. Проблемы химиорезистентного туберкулеза на современном этапе / С.М. Лепшина // Архив клинической и экспериментальной медицины. — 2008. — Т. 17, № 1. — С. 77 - 80.
7. Лепшина С.М. Результаты интенсивной фазы лечения больных мультирезистентным туберкулезом легких / С.М. Лепшина [и соавт.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2011. — Т. 12, № 1. — С. 127 - 129.
8. Treatment of extensively drug resistant tuberculosis in Tomsk, Russia: a retrospective cohort study / S. Keshavjee [et al.] // The Lancet. — 2008. — Vol. 372, Issue 9647. — P. 1403-1409

Поступила в редакцию 23.10.2012