

© БРЮХАНОВА Н.С., АНТРОПОВА В.В.

УДК 616-002.5:616.24+615.233:075-085+615.851

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н.С. Брюханова, В.В. Антропова

Клинический противотуберкулезный диспансер № 4, Омск, гл. врач – Г.Е. Гапоненко.

Резюме. Туберкулез легких нарушает не только физическое здоровье, но и существенно изменяет психический статус пациентов. Лечение туберкулеза легких на современном этапе требует комплексного решения проблемы за счет сочетания медикаментозной терапии и психокоррекционного воздействия. У 100 пациентов с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких нами обнаружены пограничные психические расстройства астенического (77 %) и аффективного (95 %) ряда. Применение в комплексной терапии больных туберкулезом тенотена позволило купировать основные проявления тревоги у большинства больных в ранние сроки, что позитивно отразилось на результатах противотуберкулезной терапии.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез легких, психический статус, противотуберкулезная терапия.

На сегодняшний день актуальность туберкулеза легких определяется не только нарушением физического здоровья, но и существенным изменением психического статуса пациентов. Нарушения эмоциональной сферы, сопровождающие соматические заболевания, отягощают их течение, ухудшают прогноз и качество жизни больных [7,8]. В основе развития данных расстройств лежит психологическая реакция на диагноз и опасения социального ущерба в связи с заболеванием туберкулезом [6]. При аффективные нарушения у больных туберкулезом являются не только следствием нозогенной реакции на болезнь, но и объективным отражением тяжести воспалительного процесса [2]. Однако установлено, что форма туберкулезного процесса, его распространенность и уровень интоксикации достоверно не отражают выраженность психологических нарушений [5]. Это дает основание утверждать, что один из патогенетических механизмов возникновения деструктивного процесса при туберкулезе – психологическая специфика больного [1]. Госпитализация в противотуберкулезный стационар воспринимается пациентами как очередной тяжелый стресс, который сопровождается регрессивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения [11]. Психологические проблемы могут явиться главной причиной, препятствующей восстановлению трудоспособности [5].

Лечение туберкулеза легких на современном этапе требует комплексного решения проблемы за счет сочетания медикаментозной терапии и психокоррекционного воздействия [3,4,10]. Психокоррекционное воздействие

может заключаться в психологическом консультировании, в психотерапевтической работе с пациентом. Однако в противотуберкулезных стационарах и диспансерах не всегда имеются психолог и психотерапевт, способные оказать качественную необходимую психологическую и психотерапевтическую помощь. Поэтому предпочтение должно отдаваться безопасной медикаментозной коррекции, доступной для проведения врачу-фтизиатру. Для коррекции психического статуса был выбран препарат тенотен (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия; регистрационный номер ЛС-000542/10.06.2009), препарат с анксиолитическим, антидепрессивным, ноотропным, стресс-протекторным, антиастеническим, антиамнестическим, противогипоксическим, нейропротекторным действием. Тенотен нормализует уровень моноаминов (дофамина, норадреналина, серотонина) в различных отделах головного мозга; реализует противотревожный эффект через ГАМК-ергический комплекс [9].

Цель исследования: изучить влияние медико-психологического сопровождения противотуберкулезной терапии препаратом тенотен на психический статус у впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких.

Материалы и методы

Проведено открытое, проспективное, рандомизированное исследование. В исследование вошло 100 пациентов с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких (50 пациентов – основная группа, получавших тенотен, и 50 пациентов – контрольная группа не получавших тенотен) в соответствии с критериями включения: впервые выявленный инфильтративный туберкулез легких, госпитализация на стационарное лечение в Бюджетное учреждение здравоохранения Омской

Брюханова Надежда Сергеевна – врач психиатр, фтизиатр, Клинический противотуберкулезный диспансер № 4, Омск; e-mail: nadega@mail.ru.

Антропова Виктория Валерьевна – врач терапевт, фтизиатр, Клинический противотуберкулезный диспансер № 4, Омск; e-mail: viktoriya-antrop@mail.ru.

области «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4» (БУЗОО КПТД № 4), возраст от 18 до 55 лет. Критериями исключения были: отказ больного от участия в исследовании, наличие злокачественных новообразований, ВИЧ-инфекция, тяжелые соматические заболевания, органическая психическая патология, наркотическая зависимость, алкоголизм, отсутствие постоянного места жительства (лица БОМЖ).

В основной группе мужчин было 31 (62%), женщин – 19 (38%), средний возраст больных составил $38,2 \pm 1,2$ года. Инfiltrативный туберкулез у пациентов основной группы в 80% случаев осложнялся распадом легочной ткани, бактериовыделение выявлено у 43 (86%) больных, лекарственная устойчивость – у 13 (26%) больных. Средний возраст пациентов контрольной группы составлял $39,8 \pm 1,4$ года, среди них было 28 мужчин (56%) и 22 женщины (44%). Распад легочной ткани у пациентов контрольной группы выявлен в 76% случаев ($\chi^2 = 0,056$; $p = 0,809$), бактериовыделение – в 90% ($\chi^2 = 0,095$; $p = 0,758$), лекарственная устойчивость – в 30% случаев ($\chi^2 = 0,050$; $p = 0,824$).

Все пациенты прошли клиническое, лабораторное, рентгенологическое, иммунологическое исследование до начала лечения и по его завершению. Иммунологическое обследование включало определение субпопуляций лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса (ИРИ), фагоцитарной активности с латексом (ФГА), уровня иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG), количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Определение количествен-

ного уровня субпопуляций лимфоцитов периферической крови (CD3, CD4, CD8, CD20) проводилось с использованием моноклональных антител производства ООО «Сорбент» (Москва). Определение ИРИ, ФГА с латексом, уровня ЦИК по Дижону производили методом подсчета. Определение уровня иммуноглобулинов проводили турбодинамическим методом на химическом анализаторе «MARS» с использованием набора реагентов «ИТТ-IgA, ИТТ-IgM, ИТТ-IgG» производства «Hospitex diagnostics» (Италия). Психодиагностическое обследование проводилось в сроки до начала химиотерапии, через 1, 2, 4 и 6 месяцев с использованием шкалы тревоги Гамильтона.

Лечение больных в группах на всех этапах исследования осуществляли согласно стандартным режимам химиотерапии туберкулеза (на основании основных положений приказа МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г.), на фоне патогенетической (дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, витамины, гепатопротекторы) и симптоматической терапии.

Для анализа и оценки полученных данных применялись стандартные методы описательной статистики (вычисление средних значений и их стандартных ошибок). Достоверность различий динамики показателей внутри групп определялась с помощью парного и непарного критериев Стьюдента, χ^2 . Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Статистическую обработку результатов проводили с применением пакета программ Biostat и Statistica v. 6 для персональных ЭВМ.

Таблица 1

Динамика показателей шкалы тревоги Гамильтона в группах сравнения

Группы пациентов	Сроки исследования	Шкалы тревоги		
		Психическая тревога	Соматическая тревога	Общее количество баллов
Здоровые лица		3,9±0,45	3,0±0,29	6,8±0,34
Основная группа	до начала ХТ	12,2±0,98*	9,8±0,98*	21,6±1,72*
Контрольная группа		12,2±0,98*	9,8±0,98*	21,6±1,72*
Основная группа	через 1 месяц ХТ	7,9±1,31*	6,5±1,92*/^	13,3±2,60*
Контрольная группа		10,9±1,31*	9,5±1,92*/^	20,3±2,60*
Основная группа	через 2 месяца ХТ	5,3±1,24*/^	6,1±1,22*/^	11,4±1,61*/^
Контрольная группа		8,3±1,24*/^	9,1±1,22*/^	17,4±1,61*/^
Основная группа	через 4 месяца ХТ	4,2±0,89^	5,8±1,12*/^	9,1±1,0*/^
Контрольная группа		7,2±0,89^	6,8±1,12*/^	13,1±1,0*/^
Основная группа	через 6 месяцев ХТ	4,0±0,52	5,2±0,81	9,4±1,8
Контрольная группа		5,0±0,52	5,2±0,81	10,4±1,8

Примечание: * – достоверность различий ($p < 0,05$) по отношению к данным здоровых лиц;

^ - достоверность различий ($p < 0,05$) по отношению к группе больных без терапии тенононом (критерий Стьюдента).

Таблица 2

Динамика изменения иммунологических показателей в группах сравнения

Иммунологические показатели	В норме	Основная группа через 2 мес ХТ	Контрольная группа через 2 мес ХТ	Основная группа через 4 мес ХТ	Контрольная группа через 4 мес ХТ
Т-лимфоциты (CD3), %	61-80	60,31±0,53	63,5±0,59	67,47±1,06	62,31±0,72
Т-хелперы (CD4), %	31-49	39,28±0,32	41,42±0,29	44,25±1,23	41,55±0,65
Т-цитотоксические (CD8), %	19-30	22,8±0,51	21,5±0,39	21,0±0,5	20,4±0,41
В-лимфоциты (CD20), %	3-15	13,1±0,44	14,0±0,28	11,6±0,75	13,2±0,58
Иммунорегуляторный индекс (ИРИ)	>1,0	1,9±0,02	1,8±0,05	1,78±0,06	2,06±0,03
ФГА с латексом, %	46-90	63,18±2,22	60,18±1,98	83,44±1,58 [^]	42,42±4,31 ^{^*}
Ig G, г/л	6,5-18	22,18±1,25	21,71±1,68	20,71±2,34	21,53±3,44
Ig A, г/л	0,4-3,5	4,10±0,32	3,91±0,22	3,77±0,69	3,19±0,49
Ig M, г/л	0,5-2,8	2,40±0,21	2,31±0,31	1,64±0,22 [^]	1,9±0,29
ЦИК по Дижону (усл.ед.)	271-371	772,2±34,9	751,7±25,3	432,3±24,2 [^]	681,7±32,2 [*]

Примечание: [^] – достоверность различий внутри групп; ^{*} – достоверность различий между группами (парный и непарный критерии Стьюдента).

Результаты и обсуждение

В результате клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследования установлено, что у всех впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких, включенных в исследование, до начала химиотерапии были диагностированы пограничные психические расстройства астенического и аффективного ряда. Частота и типология пограничных психических расстройств представлена следующим образом. Тревожно-депрессивный синдром выявлялся у 95% пациентов, астенический синдром – у 77%, депрессивно-фобический и депрессивно-ипохондрический – у 26% и 15% соответственно. Характерным являлось сочетание синдромов пограничных психических расстройств у пациентов.

До лечения тенононом у пациентов основной группы тревожно-депрессивный синдром диагностирован в 94% случаев, в группе сравнения в 96% ($\chi^2 = 0,000$; $p = 1,000$). Через 1 месяц противотуберкулезной терапии, в сочетании с тенононом, проявления тревожно-депрессивного синдрома сохранялись у 50% пациентов, в группе сравнения – у 72% ($\chi^2 = 4,203$; $p = 0,040$); через 2 месяца – у 10% и 48% ($\chi^2 = 15,736$; $p = 0,000$), через 4 месяца – у 4% и 28% соответственно ($\chi^2 = 9,003$; $p = 0,003$), и через 6 месяцев – у 2% и 28% ($\chi^2 = 11,294$; $p = 0,000$).

Депрессивно-ипохондрический синдром диагностирован в основной группе у 16% больных, в группе сравнения – у 14% больных ($\chi^2 = 0,000$; $p = 1,000$). В дальнейшем он сохранялся: через 1 месяц терапии у 10% больных основ-

ной группы и у 12% больных группы сравнения ($\chi^2 = 0,000$; $p = 1,000$), через 2 месяца – у 4% и 10% больных ($\chi^2 = 0,614$; $p = 0,433$), через 4 месяца – у 4% и 8% больных ($\chi^2 = 0,177$; $p = 0,674$), через 6 месяцев – у 2% и 8% больных соответственно ($\chi^2 = 0,842$; $p = 0,359$).

Депрессивно-фобический синдром до начала лечения имел место у 26% пациентов основной и у 26% пациентов группы сравнения ($\chi^2 = 0,000$; $p = 1,000$). Этот синдром на фоне комплексной терапии купировался достаточно быстро, через 1 месяц лечения он определялся лишь у 12% пациентов основной группы и у 22% пациентов из группы сравнения ($\chi^2 = 1,134$; $p = 0,287$); через 2 месяца и 4 месяца – у 6% и 16% ($\chi^2 = 1,634$; $p = 0,201$); через 6 месяцев – у 4% и 14% соответственно ($\chi^2 = 1,954$; $p = 0,162$).

Астенический синдром до начала химиотерапии отмечался у 76% пациентов основной группы и у 78% пациентов группы сравнения ($\chi^2 = 0,000$; $p = 1,000$). Очевидно влияние тенонона на течение астенического синдрома. Через 1 месяц терапии он диагностировался у 36% основной группы и у 68% пациентов группы сравнения ($\chi^2 = 9,014$; $p = 0,003$); через 2 месяца – у 18% и 54% ($\chi^2 = 5,282$; $p = 0,022$); через 4 месяца – у 4% и 50% ($\chi^2 = 24,556$; $p = 0,000$); через 6 месяцев – у 4% и 48% пациентов соответственно ($\chi^2 = 22,921$; $p = 0,000$).

Экспериментально-психологические методы исследования так же доказывают эффективность тенонона в лечении пограничных психических расстройств у впервые выявленных больных инфильтративным

туберкулезом легких. Динамика показателей шкалы тревоги Гамильтона в группах сравнения представлена в табл. 1.

При оценке показателей иммунограммы достоверных различий в группах нами выявлено не было. У всех пациентов, включенных в исследование, отмечались нарушения в иммунном статусе, в виде умеренной активации или супрессии Т-системы, усиления активности В-системы, повышения количества ЦИК, снижения функциональной активности лейкоцитов. Спустя 3 месяца комплексной терапии в первой группе была выявлена заметная тенденция к нормализации основных иммунологических показателей, достоверно снижалось количество ЦИК, отмечалась тенденция к активации клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности лейкоцитов. Изменения отдельных иммунологических показателей у больных инфильтративным туберкулезом на фоне тенотена представлены в табл. 2.

Эффективность противотуберкулезной терапии оказалась выше в группе пациентов, в комплексной терапии которых использовался препарат тенотен. По истечении 6 месяцев химиотерапии полости распада закрылись в основной группе у 19 (47,5%) больных, имевших распад легочной ткани, в группе сравнения у 10 (26,3%) ($\chi^2 = 2,892$; $p = 0,089$). Абаццилировано в основной группе 36 (83,7%) бактериовыделителей, в группе сравнения – 28 (62,2%) ($\chi^2 = 4,097$; $p = 0,043$).

Заключение

У впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких отмечают пограничные психические расстройства астенического и аффективного ряда, самыми частыми из которых являются тревожно-депрессивные нарушения. Характерным является сочетание синдромов пограничных психических нарушений у одного пациента.

Применение в комплексной терапии больных туберкулезом тенотена позволяет купировать основные проявления тревоги у большинства больных в ранние сроки, что позитивно сказывается на результатах противотуберкулезной терапии.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL MAINTANCE OF ANTI-TUBERCULOSIS THERAPY AND ITS INFLUENCE ON THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PRIMARY REVEALED PATIENTS WITH INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

N.S. Bryukhanova, V.V. Antropova

The Clinical antitubercular clinic № 4, Omsk

Abstract. Pulmonary tuberculosis breaks not only physical health, but also changes the psychological status of patients. Now the pulmonary tuberculosis must be treated by a complex of therapeutic and psychocorrection methods. We observed 100 patients with newly diagnosed

infiltrative pulmonary tuberculosis. Among them 77% had asthenic psychological disturbances and 95% – affective disturbances. Application of tenoten in complex anti-tuberculosis treatment relieved the main anxiety symptoms at early stages and it had positive effect on anti-tuberculosis therapy results.

Key words: infiltrative pulmonary tuberculosis, psychological status, anti-tuberculosis therapy.

Литература

1. Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни / Р.Ш. Валиев // Пробл. туберкулеза. – 1999. – № 2. – С. 27-31.
2. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л.И. Вассерман [и др.]. – СПб., 2005. – 31 с.
3. Волчегорский И.А. Нарушения эмоциональной сферы у больных инфильтративным туберкулезом / И.А. Волчегорский, П.Н. Новоселов, Т.В. Астахова // Пробл. туберкулеза. – 2007. – № 11. – С. 3-6.
4. Долгих Н. А. Состояние ситуационно-личностного реагирования у впервые выявленных больных туберкулезом и их специфическое лечение с использованием психотерапии / Н.А. Долгих: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 19 с.
5. Ерхов И.С. О дезадапционных нервно-психических нарушениях при туберкулезе легких / И.С. Ерхов [и др.] // Соматоневрологические синдромы. – М., 1986. – С. 25-28.
6. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб., 2006. – 944 с.
7. Макиева В.Г. Психическая оценка больных с впервые выявленным туберкулезом легких при различных организационных формах лечебного процесса / В.Г. Макиева [и др.] // Пробл. туберкулеза. – 1999. – № 4. – С. 7-9.
8. Новик А.А., Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М., 2007. – 320 с.
9. Регистр лекарственных средств России. РЛС. Энциклопедия лекарств. – 18-й выпуск / Гл. ред. Г.Л. Вышковский. – М.: РЛС – МЕДИА. – 2009. – С. 786-787.
10. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М., 2007. – 432 с.
11. Сухов В.М. Опыт применения офлоксацина, ликопада и психологическая коррекция у больных хроническим туберкулезом легких / В.М. Сухов, Е. В. Гнездилова // Пульмонология. – 2002. – Т. 14. – № 4. – С. 9-12.