

REFERENCES

1. Kaloiev A.D., Solomonov A.D., Dmitriev V.N. Features of formation of urban health Stavropol Territory. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2005; 3: 7—12. (in Russian)
2. Rezayatmond R., Pavlova M., Groot W. The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review. 2012. Available at: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/23/1/74>
3. Bryant R. Promoting access to health care: a nursing role and responsibility. 2011. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00956.x/pdf> 58(4): S404 (Accessed 17 November 2011).
4. Nikiforov S., Kazantsev V. On the influence of the health care system on the health of the population. *Vrach*. 2008; 4: 83—4. (in Russian)
5. Panfilova E.V., Karakulova E.V., Lenskaya L.G., Malakhovskaya M.V. On the problems of health and social needs in health. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2006; 3: 42—5. (in Russian)
6. Simakova O. A. State Program "Salamatty Kazakhstan" in representations of the country's population. In: *Collected Materials V Congress of Sociologists of Kazakhstan "Strategy "Kazakhstan-2050": Social Development of Dociey". [Sbornik materialov V Kongressa sotsiologov Kazakhstana "Strategiya "Kazakhstan-2050": sotsial'noe razvitie obshchestva"]*. Almaty 2014. Available at: <http://iph.kz/doc/ru/329.pdf#page=418>. (in Russian)

© Пьянзова Т.В., Копылова И.Ф., 2015
УДК 616.24-002.5-036.87

Пьянзова Т.В., Копылова И.Ф.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Кемеровская государственная медицинская академия, 650029, Кемерово, Россия

Изучена потребность в паллиативной помощи 43 больных с тяжелыми и хроническими формами туберкулеза. В исследовании применяли госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS, шкалу Charlson, визуальную аналоговую шкалу боли. Пациенты имели не только разнообразные физические симптомы, но и психологические и социальные проблемы. Показано, что больные с тяжелыми формами туберкулеза в 50% случаев имеют высокий уровень коморбидности за счет тяжелых сопутствующих и фоновых заболеваний, требующих одновременной терапии и динамического наблюдения врачей различных специальностей, а также участия психолога и психотерапевта.

Ключевые слова: туберкулез; коморбидность; симптоматическая терапия; тревога; депрессия.

Для цитирования: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23 (3): 14—16.

Для корреспонденции: Пьянзова Татьяна Владимировна, tatyana_vezhnina@mail.ru

Pianzova T.V., Kopilova I.F.

THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH SEVERE AND CHRONIC FORMS OF TUBERCULOSIS

The Kemerovo state medical academy, 650029 Kemerovo, Russia

The demand in palliative care was analyzed using sampling of 43 patients with severe and chronic forms of tuberculosis. The study applied hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Charlson scale and visual analogue pain scale. The patients had both various physical symptoms and psychological and social problems. It is demonstrated that patients with severe forms of tuberculosis in 50% of cases had high level of comorbidity at the expense of severe concomitant and background diseases requiring simultaneous therapy and dynamic monitoring by physicians of various specialties, including participation of psychologist and psychotherapist.

Keywords: tuberculosis; comorbidity; symptomatic therapy; anxiety; depression

Citation: Problemi socialnoii gigieni, zdravoohranenia i istorii meditsini 2015; 23 (3): 14—16.

For correspondence: Pianzova Tatyana, tatyana_vezhnina@mail.ru

Received 25.03.2014

На фоне снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза [1] актуальным остается вопрос ведения больных с тяжелыми и хроническими формами этой болезни. По данным М.В. Шиловой (2012), за последние 11 лет количество больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом в Российской Федерации увеличилось на 33,5%, а соотношение числа умерших больных и клинически излеченных составляет 1:2,8 [2]. Кроме того, растет доля остро прогрессирующих форм преимущественно за счет увеличения количества лиц с ВИЧ-инфекцией [3, 4]. Следовательно, значительным остается число больных туберкулезом, нуждающихся в паллиативной помощи, которая представляет собой комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациента [5]. В РФ существует нормативная база для оказания паллиативной помощи больным с ВИЧ-инфекцией [6], а вопрос потребности в такой помощи больных с тяжелыми формами туберкулеза остается

неизученным. Известно, что тревожные и депрессивные расстройства усугубляют тяжесть соматических расстройств [7]. Больные с тяжелыми и хроническими формами туберкулеза, как правило, являются источником инфекции и представляют эпидемиологическую опасность для окружающих, и это приводит к необходимости длительного пребывания в стационаре, в том числе в конце жизни, повышению тревоги и депрессии, распространенность и тяжесть которой у больных туберкулезом требуют изучения. **Целью настоящего исследования** явилось определение потребности больных с тяжелыми и хроническими формами туберкулеза в паллиативной помощи.

Материалы и методы

Исследование проводилось в 2012 г. с включением 43 больных туберкулезом, находящихся в терапевтических отделениях Кемеровского областного противотуберкулезного диспансера с тяжелым состоянием или

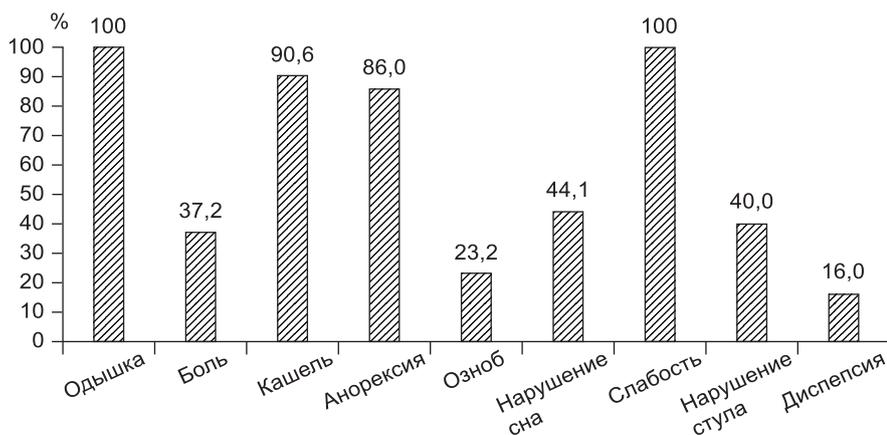


Рис. 1. Клинические проявления у больных тяжелыми формами туберкулеза.

состоянием средней степени тяжести. Критерием исключения было наличие туберкулезного менингита и затрудненный контакт с пациентом в связи с тяжестью клинического состояния. Применяли госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS, разработанную A.S. Zigmond и R.P. Snaith (1983 г.) для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Уровень коморбидности определяли по шкале Charlson [8], предназначенной для оценки прогноза у пациентов с длительными сроками наблюдения. Оценка хронического болевого синдрома осуществляли с помощью визуальной аналоговой шкалы (Visual Analog Scale — VAS).

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов составил $42,1 \pm 3,4$ года. Среди клинических форм туберкулеза преобладала фиброзно-кавернозная (27 человек, 62,7%), в остальных случаях имели место остро прогрессирующие формы (14 человек, 37,2%), такие как диссеминированная (в том числе генерализованная) и казеозная пневмония. ВИЧ-инфекция выявлена у 19 (44,2%) пациентов, медиана CD4 составила 194 кл/мкл. Все пациенты получали противотуберкулезную терапию препаратами основного и резервного ряда, 7 человек — антиретровирусную терапию по назначению инфекциониста. Синдром зависимости от алкоголя зарегистрирован у 19 (44,1%) пациентов, инъекционные наркотики употребляли 11 (25,6%) пациентов.

В качестве ведущего клинического симптома пациенты в большинстве случаев указывали одышку (29 человек, 67,4%), при этом субъективные проявления дыхательной недостаточности наблюдались во всех случаях (рис. 1). Болевой синдром различных локализаций отмечен у 15 человек, а ведущим в клинической картине его признали 7 (16,3%) пациентов. Тупую боль имели 4 пациента, жгучую — 2, острую — 2, прокальвающую — 6, давящую — 1. Постоянная боль наблюдалась у 2 пациентов, прорывная — у 3, периодическая — у 10. Среди факторов, усиливающих боль, пациенты указывали физическую активность (4), изменение положения (3), глубокое дыхание и/или кашель (9), подъемы температуры (1), прием противотуберкулезных препаратов (2). В качестве факторов, облегчающих боль, они отмечали положение лежа (5), прием обезболивающих препаратов (6), противокашлевых средств (2). В 2 случаях эффект от проводимых мероприятий отсутствовал.

Среди других проявлений чаще всего пациенты называли кашель, ("мучительным" его признали 13 (30,2%) человек), анорексию, выраженный озноб, нарушение сна, слабость наблюдались во всех случаях.

Реже встречались такие симптомы, как диарея, запор, тошнота. Практически все пациенты (41 (95,3%) человек) отметили, что симптомы облегчались после госпитализации. В большинстве случаев имели место несколько сопутствующих и фоновых заболеваний, требующих одновременной терапии, например болезни желудочно-кишечного тракта (18 (41,8%) человек), тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (11 (25,6%) человек), вирусный гепатит С с признаками активности (16 (37,2%)), заболевания почек и мочевыводящих путей (9 (20,9%)), заболевания нервной (8 (18,6%)) и сердечно-сосудистой системы (7 (16,2%)), сахарный диабет (3 (6,9%)), прочая патология (7 (16,2%)).

Средний индекс коморбидности Charlson составил 2,7 балла и был не так высок, как при других хронических заболеваниях [9, 10]. Больные туберкулезом были сравнительно молодого возраста, и этот фактор в отличие от индекса коморбидности при других болезнях не внес вклад в итоговую оценку.

Все пациенты в различном объеме нуждались в назначении симптоматических средств и терапии сопутствующих заболеваний. За период последней госпитализации, помимо противотуберкулезного лечения, больные получали муколитики (41 (95,3%) человек), гепатопротекторы (37 (86%)), блокаторы протонной помпы (34 (79,1%)), нестероидные противовоспалительные средства (24 (55,8%)), противорвотные средства (19 (44,1%)), спазмолитики и бензодиазепины (по 17 (39,5%)), антигистаминные препараты (16 (37,2%)), бронходилататоры и антибиотики широкого спектра действия (по 15 (34,8%)), противодиарейные (12 (27,9%)) и слабительные препараты (11 (27,9%)), гемостатики (10 (23,2%)), мочегонные средства (10 (20,9%)), глюкокортикоиды (9 (20,9%)).

На вопрос "Необходима ли вам помощь психолога?" почти все опрошенные ответили отрицательно (41 (95,3%)). Однако при оценке по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (рис. 2) выявлена клинически значимая тревога у 14 (32,5%) человек, депрессия — у 18 (41,8%) человек. Средний балл по шкале депрессии составил $15 \pm 7,8$. В 28% случаев пациенты страдали как тревогой, так и депрессией. Большинство пациентов (23 (53,4%)) отмечали, что у них нет близких, которые о них заботятся, но при этом оценка отношения медицинского персонала была очень высокой (в

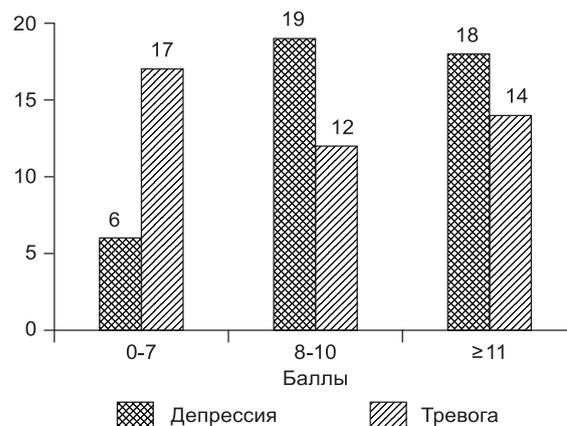


Рис. 2. Уровень тревоги и депрессии (шкала HADS).

среднем 4,75 балла); 8 человек из 43 ответили, что имеют потребность в общении со священнослужителем.

Из вышеизложенного следует, что больным с тяжелыми формами туберкулеза в большинстве случаев требуется помощь нескольких специалистов. Приводим клинический пример.

Больной Н., 41 года, инвалид II группы по туберкулезу. Диагноз: ВИЧ-инфекция в фазе 4В, прогрессирование на фоне антиретровирусной терапии. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации, микобактерии туберкулеза (МБТ)+, хроническая эмпиема плевры с бронхоплевральным свищом, лекарственная устойчивость к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, канамицину, протионамиду, капреомицину, паску, ПБ группа диспансерного учета; сахарный диабет 1-го типа, декомпенсированный, тяжелое течение; хронический вирусный гепатит С минимальной активности; синдром зависимости от опиатов, синдром зависимости от алкоголя. Индекс коморбидности Charlson 7 баллов. Выявлена клиническая тревога и депрессия согласно показателям госпитальной шкалы HADS. В данном случае для ведения пациента необходим мультидисциплинарный подход со стороны команды специалистов: фтизиатра, инфекциониста, нарколога, эндокринолога, торакального хирурга, психотерапевта с участием социального работника. Продолжительность жизни пациента с момента его опроса (все приведенные выше данные соответствуют этому времени) составила 1 год и 3 мес. В этот период пациенту оказывалась комплексная медико-социальная помощь. По нашему мнению, помощь больным с тяжелыми и хроническими формами туберкулеза не может быть полноценной без участия священнослужителей, представителей различных религиозных конфессий.

Выводы

1. Больные с тяжелыми формами туберкулеза в 50% случаев имеют высокий уровень коморбидности за счет тяжелых сопутствующих и фоновых заболеваний, требующих одновременной терапии и динамического наблюдения врачей различных специальностей: терапевта, инфекциониста, невролога, эндокринолога, хирурга и пр.

2. Выявленные соматогенные тревожные и/или депрессивные расстройства являются распространенными состояниями при тяжелых формах туберкулеза и требуют наблюдения психолога и психотерапевта с проведением специальной терапии.

3. Клиническое ведение больных с тяжелыми и хроническими формами туберкулеза требует комплекса медицинских, психологических, социальных мероприятий, предусмотренных определением паллиативной помощи.

Авторы выражают благодарность О.И. Усенко за консультативную помощь в подготовке данной публикации.

Исследование проводится на средства Гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых МК-2857.2013.7.

1. Ревякина О.В., Алексеева Т.В., Мурашкина Г.С. и др. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах. Новосибирск; 2012.
2. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2010 году. М.; 2012.
3. Копылова И.Ф., Кобелева Г.В., Байбородова Т.И., Пьянзова Т.В. Остропрогрессирующие процессы в структуре смертности от туберкулеза. *Туберкулез и болезни легких*. 2013; 10: 47—50.
4. Фролова О.П., Белиловский Е.М., Шинкарева И. Г. и др. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации и ее влияние на распространенность туберкулеза. В кн.: *Туберкулез в РФ, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в РФ*. М.; 2011.
5. Усенко О. И., Рябова Л. М., Святова С. С. и др. Хосписная и паллиативная помощь в России: от теории к практике. *Медицинская сестра*. 2010; 6: 3—10.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 610 от 17.09.2007 г. "О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией". М.; 2007.
7. Смудевич А.Б. *Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей*. М.: МИА; 2001.
8. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J. Chron. Dis*. 1987; 40: 373—83.
9. Баймаканова Г.Е. *Обострение ХОБЛ: диагностическое и прогностическое значение биологических маркеров*: Дисс. ... д-ра мед. наук. М.; 2012.
10. Стяжкина С.Н., Журавлев К.В., Леднева А.В. Роль коморбидной патологии в хирургии. *Фундаментальные исследования*. 2011; 7: 138—40.

Поступила 25.03.2014

REFERENCES

1. Revyakina O.V., Alekseeva T.V., Murashkina G.S. et al. Key Indicators of Tuberculosis in the Siberian and Far Eastern Federal Districts. Novosibirsk; 2012. (in Russian)
2. Shilova M.V. *Tuberculosis in Russia in 2010*. Moscow; 2012. (in Russian)
3. Kopylova I.F., Kobleleva G.V., Bayborodova T.I. et al. Acutely progressive processes in the structure of mortality from TB. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2013; 10: 47—50. (in Russian)
4. Frolova O.P., Belilovskiy E.M., Shinkareva I. G. et al. HIV infection in the Russian Federation and its impact on the prevalence of tuberculosis. In: *Tuberculosis in the Russian Federation, 2010: Analytical Review of the Statistical Indicators Used in the Russian Federation. [VICH-infektsiya v Rossiyskoy Federatsii i ee vliyaniye na rasprostranennost' tuberkuleza]*. Moscow; 2011. (in Russian)
5. Usenko O.I., Ryabova L.M., Svyatova S.S. et al. Hospice and palliative care in Russia: from theory to practice. *Meditsinskaya sestra*. 2010; 6: 3—10. (in Russian)
6. *Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation from 17.09.2007 N 610 "On Measures on Organization of Palliative Care to Patients with HIV"*. Moscow; 2007.
7. Smulevich A.B. *Depression in General Medicine: A Guide for Doctors. [Depressii v obshchey meditsine: Rukovodstvo dlya vrachey]*. Moscow: MIA; 2001. (in Russian)
8. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J. Chron. Dis*. 1987; 40: 373—83.
9. Baymakanova G.E. *COPD exacerbation: diagnostic and prognostic value of biological markers*: Diss. Moscow; 2012. (in Russian)
10. Styazhkina S.N., Zhuravlev K.V., Ledneva A.V. The role of comorbid disease in surgery. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2011; 7: 138—40. (in Russian)