УДК 616.24/002.5+616.89

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

© Е.Ю. Зубова

Ключевые слова: туберкулез легких; психически больные; психиатрический стационар.

В статье дается комплексный обзор проблемы возникновения, особенностей выявления, течения, лечения и профилактики туберкулеза легких у психически больных, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре.

Туберкулез легких, возникающий у психически больных, находящихся на лечении в психиатрических стационарах и учреждениях социальной защиты, рассматривается рядом авторов как госпитальная инфекция [1]. Причем по частоте возникновения туберкулеза легких пациенты с психическими заболеваниями опережают такие группы риска, как медицинские работники бактериологических лабораторий туберкулезных учреждений, контактные с больными активным туберкулезом органов дыхания, лиц из групп диспансерного учета поликлиник общей лечебной сети и противотуберкулезных диспансеров, уступая место лишь «тюремной чахотке» [2]. Хотя проблема организации противотуберкулезной помощи психически больным является актуальной и в настоящее время, в научной литературе она активно освещалась в 1990-х гг., задолго до принятия не только Федерального закона РФ от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», но и Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [3–6].

Целью настоящей работы являлось представление комплексного взгляда на проблему возникновения туберкулеза легких у пациентов с психическими расстройствами, а также организация противотуберкулезной помощи больным в условиях психиатрических стационаров и учреждений социальной защиты населения.

Эпидемиология. Заболеваемость туберкулезом легких психически больных в 1,8–5,4 раза выше заболеваемости постоянного населения и колеблется в пределах 148,2–459,7 на 100000. Показатель этот наиболее высок у пациентов из психоневрологических интернатов и находящихся на длительном лечении (более 2 лет) в условиях психиатрического стационара, когда возникновение туберкулеза легких у одного больного приводит к групповым вспышкам туберкулезной инфекции. Именно групповыми вспышками объясняются пикообразные подъемы показателя заболеваемости туберкулезом легких в отдельные годы, при которых темпы его прироста превышают 160 %, а величина – 2150 на 100 тыс.

Такой же нестабильностью характеризуется показатель смертности от туберкулеза легких психически больных, который закономерно увеличивается при

повышении показателя заболеваемости. При этом максимальное значение показателя смертности регистрируется по отношению к показателю заболеваемости со сдвигом в 1 год. Смертность от туберкулеза легких психически больных в 1,4–5,2 раза превышает показатель смертности психически здорового населения, достигая 101 на 100 тыс.

Наиболее часто туберкулезом легких страдают мужчины в возрасте старше 40 лет. Соотношение психически больных мужчин и женщин составляет 3:1. Больные имеют низкий образовательный уровень: каждый десятый получил только начальное образование, каждый пятый никогда не учился. Более 90 % пациентов не работает, являясь инвалидами, в основном II группы, по психическому заболеванию. Наличие инвалидности обеспечивает социальную защищенность больных, поскольку пенсионное пособие по инвалидности является единственным источником средств существования. Только 1 пациент из 20 состоит в браке, 3/4 никогда не создавали собственной семьи. Каждый пятый больной ведет асоциальный образ жизни: совершает общественно-опасные действия, злоупотребляет алкоголем во время выписки из психиатрического стационара.

Риск возникновения туберкулеза возрастает при увеличении стажа психического заболевания и длительности непрерывного пребывания в стационаре. Длительность психического заболевания более 10 лет и непрерывное (без выписки) пребывание в психиатрической больнице более 3 лет увеличивают риск возникновения туберкулеза легких соответственно в 2,5 и 4 раза.

В порядке убывания частоты, туберкулез легких возникает у больных, страдающих непрерывнотекущей параноидной шизофренией, умственной отсталостью (умеренной и тяжелой), органическим поражением головного мозга, сосудистой деменцией. Вероятность возникновения туберкулеза возрастает у больных при нестабильном состоянии психики, которое характеризуется частыми обострениями, сопровождается гетероагрессивными тенденциями, депрессивным аффектом, галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

Патогенез. Изучение причин возникновения активного туберкулеза легких у психически больных, наиболее широко проводившееся у пациентов, страдающих шизофренией, выразилось в появлении в XX в. ряда

этиопатогенетических теорий, которые не потеряли своей актуальности и в настоящее время:

- американские и английские исследователи указывали, что туберкулез – случайный спутник шизофрении, начало его связано с плохими условиями содержания в психиатрических больницах, низким гигиеническим обслуживанием, плохим питанием;

- немецкие ученые видели причину возникновения туберкулеза и шизофрении у больных с астенической конституцией во врожденной конституциональной неполноценности;

- французские и итальянские авторы считали туберкулез важнейшим фактором вырождения, который создает в потомстве туберкулезных больных предрасположение к психическим заболеваниям, в т. ч. к шизофрении и алкоголизму;

- сторонники психосоматической медицины воспринимали туберкулез «частичным» или соматическим самоубийством;

- туберкулез расценивали как этиологический фактор для развития некоторых психических заболеваний, в особенности шизофрении. Эта точка зрения положила начало инфекционной теории шизофрении;

- исследование состояния иммунной системы у больных шизофренией обнаружило более низкий иммунологический статус, чем у психически здоровых, причина которого связана с нарушением функционирования дофаминэргической нейромедиаторной системы, выработкой антитимических антител, в результате чего снижается иммунологическая реактивность организма. Более низкий уровень содержания *T*- и *B*-лимфоцитов у больных шизофренией по сравнению с психически здоровыми людьми сопровождается также снижением их функциональной активности. Это состояние усугубляется длительным приемом нейролептических средств, которые оказывают иммунодепрессивное воздействие на организм больного;

- снижение корковой активности, которое ведет к нарушению регуляторной функции коры головного мозга, к изменению компенсаторно-адаптивных механизмов, что выражается в снижении устойчивости к стрессогенным факторам, в т. ч. и к инфекции. Таким образом, шизофренический процесс с выраженными аффективными сдвигами и социальной дезадаптацией является хроническим стрессом, срыв адаптации при котором приводит к активизации латентной туберкулезной инфекции.

Современный взгляд на патогенез заболевания во фтизиатрии и психиатрии основывается на биопсихосоциальной концепции, которая рассматривает коморбидную патологию (туберкулез и психическое расстройство) как совокупность взаимообуславливающих и взаимовлияющих друг на друга факторов биологической (в т. ч. наследственность), клинической, социальной и психологической направленности, совместное действие которых определяет возможность возникновения, характер течения и исход туберкулеза легких.

Выявление туберкулеза легких. Выявление туберкулеза легких у психически больных имеет ряд особенностей, связанных с психическим статусом пациентов, неадекватной оценкой своего состояния и, как правило, отсутствием соматических жалоб. У психически больных невозможно в полной мере собрать анамнез заболевания, выяснить контакты и туберкулезный

маршрут, жалобы больных трудно интерпретировать из-за бредовой настроенности большей части пациентов. Из-за тяжести психического состояния невозможно в полном объеме провести лечебно-диагностические мероприятия.

У 75 % больных с психическими расстройствами туберкулез легких имеет бессимптомное начало и является рентгенологически (профилактический осмотр) при обращении за психиатрической помощью в психоневрологический диспансер или при госпитализации в психиатрический стационар. Только один больной из 12 предъявляет жалобы, частота появления которых зависит от глубины дезадаптации. У пациентов, находящихся на лечении в условиях психиатрического стационара и в ПНИ, большую роль в выявлении туберкулеза играет медицинский персонал, осуществляющий отбор больных для целенаправленного обследования на наличие туберкулезной инфекции. Настороженность у медицинского персонала должны вызывать не только появление интоксикационного и бронхолегочного синдромов (который нередко у больных с психическими расстройствами отсутствует), но и симптоматика, связанная с нарастанием психосоциальной дезадаптации больных: отказ от привычной работы, прекращение выполнения гигиенических процедур, снижение общей активности, общительности, залеживание в постели. Именно такие изменения в состоянии позволяют в результате направленного обследования выявить туберкулез легких у каждого шестого психически больного. Роль медицинского персонала в целенаправленном отборе пациентов для обследования возрастает параллельно углублению дезадаптации больных. Так, у каждого четвертого глубоко слабоумного больного туберкулез легких выявляется именно медицинским персоналом.

Проведение рентгенологического обследования у психически больных имеет определенную специфику: нередко возникает потребность в фиксации больного, проведении психопрофилактических бесед до и во время обследования, что увеличивает время проведения процедуры в 1,5–2 раза. Перед проведением рентгенологического осмотра психически больным целесообразно назначать транквилизаторы.

Путь выявления туберкулеза легких у психически больных определяет динамику его течения и вероятность благоприятного исхода, которая выше у тех пациентов, туберкулез легких у которых выявлен при направленном отборе для обследования медицинским персоналом.

Основной путь выявления туберкулезного процесса у пациентов с психическими расстройствами – рентгенологический. Профилактическое (флюорографическое и рентгенологическое) обследование позволяет выявить активные туберкулезные изменения в легочной ткани у 60–88 % больных, в то время как лабораторные методы диагностики туберкулеза по наличию микобактерий в мокроте у психически больных малоинформативны, поскольку сбор мокроты для проведения бактериоскопического и бактериологического исследования представляет значительные трудности. Сухость слизистых оболочек, связанная с приемом психотропных средств, усугубляется заглатыванием мокроты и неспособностью ее сплевывания из-за слабоумия больных. Если у пациентов с относительной интеллектуальной

сохранностью мокроту удается собрать у каждого второго, то у глубоко слабоумных больных – только у каждого третьего.

Для увеличения объема выделяемой мокроты накануне вечером и утром в день сбора мокроты следует дать пациенту отхаркивающие средства или применить раздражающие ингаляции. Для ингаляций используется раствор, в 1 л которого содержится 150 г хлорида натрия и 10 г бикарбоната натрия, в качестве растворителя – стерильную дистиллированную воду. Для провокации выделения мокроты из портативного или стационарного аэрозольного ингалятора больному необходимо вдохнуть 30–60 мл подогретого до 42–45 °С раствора. Продолжительность ингаляции составляет 10–15 мин.

При бактериоскопическом исследовании мокроты, собранной у психически больных, целесообразно использовать методики ее «обогащения» – метод микроскопии мазка из осадка материала с применением флюорохромных красителей и люминисцентного микроскопа.

Для бактериологического исследования может быть использован ларингеальный мазок из зева. Сбор промывных вод бронхов у психически больных ограничен психическим состоянием пациентов и отсутствием в психиатрическом стационаре, на базе которого развернуты психотуберкулезные отделения, специалистов и оборудования для проведения данной процедуры.

У большей части больных (до 80 %) рентгенологически диагностируется инфильтративный туберкулез легких с деструкцией легочной ткани у 60–85 % обследованных. Однако бактериовыделение определяется лишь у 11–53 % пациентов с полостями распада в начале заболевания и уменьшается с нарастанием глубины дезадаптации больных. Почти половина бактериовыделителей выделяет устойчивые к противотуберкулезным препаратам микобактерии туберкулеза, что обуславливает высокую эпидемическую опасность психически больных.

Определенный интерес в эпидемическом и лечебно-профилактическом плане представляют «каналы поступления больных»: контингент больных с психическими расстройствами, поступающий на лечение в специализированные психотуберкулезные отделения психиатрической больницы.

Среди вновь выявленных больных туберкулезом легких от одной трети до половины составляют пациенты, проживающие в психоневрологических интернатах, четверть – находящиеся на лечении в психиатрических стационарах, столько же живет самостоятельно или с родственниками, около 5 % ведет бродячий образ жизни, такой же процент поступает из противотуберкулезных стационаров.

Особенности клинической картины. Острое начало заболевания определяется у 1–19 % больных, подострое – у 20–29 %, бессимптомное – 55–82 %.

Провоцирующими факторами у четверти больных является прекращение приема психотропных препаратов, острое обострение хронических соматических заболеваний. Психически больные в 7 раз чаще, чем психически здоровые страдают заболеваниями верхних дыхательных путей в связи с тем, что 85 % из них выкуривает более пачки сигарет в день. Такой большой процент курильщиков среди психически больных объ-

ясняется наличием самого психического заболевания, поскольку никотин не только уменьшает тяжесть негативных симптомов, но и предотвращает развитие побочного действия нейролептиков (экстрапирамидных расстройств).

У психически больных реже, чем у психически здоровых диагностируется интоксикационный и бронхолегочный синдром, кашель нередко отсутствует, больные не предъявляют жалобы на свое соматическое состояние, а заподозрить туберкулез легких помогает внимательное отношение к изменившемуся поведению больного, отмеченное медицинским персоналом, о чем говорилось выше.

При объективном обследовании симптомы туберкулезной интоксикации выявляются у трети больных, катаральные изменения в легких – у каждого десятого. Процент кашляющих больных среди страдающих психическими заболеваниями в 3,5 раза ниже, чем аналогичный показатель у пациентов без психической патологии. Изменения в общем анализе крови: лейкоцитоз и повышение СОЭ отмечалось у 30–79 % больных, лимфопения – у 20–25 %. Во время вспышек туберкулеза у части психически больных выявляется лейкопения вместо лейкоцитоза, а увеличение лейкоцитов в крови не сопровождается повышением СОЭ.

Присоединение активного туберкулеза легких к психическому заболеванию вызывает сложные психосоматические взаимодействия, результатом которых является изменение характера течения как туберкулеза легких, так и психического расстройства, которые выражаются в следующем:

- взаимное утяжеление течения обоих заболеваний, их параллельная «хронификация» и стабилизация;
- «психосоматическое балансирование» – нивелирование, исчезновение психотической симптоматики после возникновения, а также в периоды прогрессирования туберкулезного процесса;
- «психосоматический параллелизм» – обострение психического заболевания, возобновление психических симптомов в периоды возникновения и прогрессирования туберкулеза легких, при ухудшении соматического состояния. При одновременном лечении сочетанной патологии наступает параллельное улучшение клинической картины обоих заболеваний;
- наличие явлений как «психосоматического балансирования», так и «психосоматического параллелизма» при длительном, волнообразном течении туберкулезного процесса.

Динамика туберкулезного процесса у психически больных определяется рядом факторов, которые повышают вероятность благоприятного исхода или приводят к прогрессированию туберкулеза легких. Вероятность благоприятного исхода туберкулеза легких выше у женщин, у больных в возрасте до 30 лет, при возникновении туберкулеза легких до психического заболевания. Самая высокая вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса отмечается у пациентов, страдающих умеренной отсталостью, далее деменцией, затем органическими расстройствами личности, шизофренией и бредовыми расстройствами, самая низкая – алкоголизмом и аффективными расстройствами. Хронизация процесса чаще отмечается у больных с деструкцией легочной ткани в начале заболевания, а прогрессирование – у бактериовыделителей

и у больных, выделяющих устойчивые к противотуберкулезным препаратам микобактерии туберкулеза.

Осложнения туберкулеза диагностируются у 2–16 % больных, частота появления которых зависит от глубины дезадаптации пациентов. У глубоко дезадаптированных больных осложненное течение туберкулеза отмечается в 8 раз чаще, чем у больных с относительной интеллектуальной сохранностью. Причем у дементных больных наиболее частым осложнением является эмпиема плевры и ателектаз, а у «сохранных» пациентов – пневмоторакс.

Организация противотуберкулезной помощи психически больным. Приказ № 109 МЗ РФ от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» не содержит рекомендаций по ведению больных, страдающих одновременно туберкулезом легких и психическими заболеваниями, в то время как контингент психически больных требует особого подхода в вопросах организации противотуберкулезной помощи. В основе неудачной терапии туберкулеза легких у психически больных лежит несколько причин: 1) «страх» фтизиатров перед психически больными, связанный с противопоказаниями к приему практически всех противотуберкулезных препаратов при наличии психических расстройств; 2) отсутствие знаний по фтизиатрии у врачей-психиатров и среднего медицинского персонала психиатрического стационара; 3) отсутствие структур и преемственности: противотуберкулезный стационар – санаторий – диспансер для больных с психическими расстройствами. В то же время в условиях специализированных психотуберкулезных отделений психиатрических стационаров, в которых фтизиатрическая помощь организована адекватно, эффективность противотуберкулезной терапии у психически больных такая же, как у обычных пациентов.

Группировка психически больных, страдающих туберкулезом легких, для организации фтизиатрического диспансерного наблюдения осуществляется в соответствии с Приказом № 109 МЗ РФ от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» и не отличается от учета контингентов противотуберкулезных учреждений. Группировку, наблюдение и лечение психически больных при выявлении активного туберкулеза легких проводят в психотуберкулезных отделениях психиатрического стационара врачи-фтизиатры.

С целью инфекционной безопасности, предотвращения незаконного инфицирования, введения этапа медицинской реабилитации для психически больных (аналог санаторного) одно из психотуберкулезных отделений перепрофилируется в реабилитационно-диагностическое отделение, в котором осуществляется наблюдение и лечение больных 0, I (малые формы туберкулеза легких) и III групп ДУ. Инфекционная безопасность диктует необходимость разделения потока психически больных, страдающих только психической и коморбидной патологией, для чего выделяют специальные дни приема пациентов психотуберкулезных и общепсихиатрических отделений в лаборатории, рентгенологическом, физиотерапевтическом, стоматологическом и прочих кабинетах узких специалистов.

Средний медицинский персонал психотуберкулезных отделений психиатрического стационара, помимо

специализации по психиатрии, должен быть обучен на сертификационном цикле «Сестринское дело во фтизиатрии», что является необходимым условием оказания квалифицированной противотуберкулезной помощи и обеспечивает адекватное ведение учетной документации в соответствии с Приказом № 50 МЗ РФ от 13 февраля 2004 г. «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза».

Обслуживание больных с коморбидной патологией осуществляется бригадой специалистов: врач-психиатр, врач-фтизиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог и социальный работник, усилия которой направлены на купирование психотической и соматической симптоматики, а также на проведение психосоциальной реабилитации с целью достижения удовлетворительной интеграции психически больного в общество после излечения туберкулезного процесса и выписки из психиатрического стационара.

Поскольку курация больных, находящихся на лечении в психотуберкулезных отделениях, осуществляется врачом-фтизиатром и врачом-психиатром, с целью упорядочивания документации в Медицинской карте больного психиатрического стационара врачу-фтизиатру целесообразно вести Лист рентгенологических обследований с указанием уточненных диагнозов в его правой части, Лист фтизиатра для дневниковых записей, Лист обследования больных с перечнем необходимых лабораторно-клинических мероприятий, датой их назначения и выполнения.

Длительность пребывания больного в условиях психотуберкулезных отделений психиатрического стационара определяется достижением стойкого излечения туберкулезного процесса (закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения) вне зависимости от характера достигнутой ремиссии психического заболевания. Выписка больных с активным туберкулезом легких из психотуберкулезных отделений психиатрического стационара возможна в случае отсутствия в анамнезе и в периоды выписки алкоголизации, при наличии семьи, стойкой мотивации к выздоровлению и труду, при благоприятных семейных отношениях, при наличии сознательных родственников, имеющих сформированный «опосредованный комплаенс»: готовность следовать рекомендациям врача в вопросах лечения их близких. В этих случаях на руки больным и их родственникам вместе с выпиской врача-фтизиатра дается Памятка с четким алгоритмом действия по посещению участкового фтизиатра.

К сожалению, единственным документом, регламентирующим выписку больного из психиатрического стационара, является Закон РФ от 2 февраля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», на основании которого выписка больного осуществляется по его заявлению, если состояние пациента не требует продолжения лечения в недобровольном порядке. Юридическое закрепление госпитализации до достижения клинического излечения туберкулезного процесса требует разработки новых междисциплинарных нормативных документов.

Как показывает практика, только треть психически больных в амбулаторных условиях посещает противотуберкулезный диспансер и продолжает прием противотуберкулезных препаратов, столько же алкоголизируется, в связи с чем эффективность амбулаторного

этапа лечения туберкулеза легких у психически больных в 13 раз ниже стационарного, а частые выписки с недолеченным туберкулезом легких в 4 раза увеличивают процент хронического течения процесса у бактериовыведителей с устойчивыми к противотуберкулезным препаратам микробактериями и, как следствие, расширяют резервуар туберкулезной инфекции.

Наблюдение больных с излеченным туберкулезом легких по III гр. ДУ в условиях реабилитационно-диагностического отделения с проведением профилактического противорецидивного лечения в течение 3-х лет, до снятия с фтизиатрического учета, проводится над пациентами из психоневрологических интернатов, находящимися на длительном лечении в условиях психиатрического стационара, и лицами БОМЖ. Больные с большими остаточными изменениями и высоким риском рецидива процесса при обострении психического заболевания госпитализируются также в реабилитационно-диагностическое отделение, в котором обеспечивается пожизненное наблюдение врачом-фтизиатром.

Лечение коморбидной патологии. Лечение туберкулеза легких у психически больных строится на тех же принципах и соответствует тем же стандартам, что и у психически здоровых пациентов. Объем и режим противотуберкулезной химиотерапии определяются формой, фазой, распространенностью туберкулезного процесса, наличием бактериовыделения, лекарственной и множественной устойчивости, а также другими признаками и критериями, которые предусмотрены для психически здоровых пациентов.

Группы лекарственных средств (противотуберкулезные препараты I и II ряда), способы и кратность их введения (внутривенное, внутримышечное, внутривенное), расчет доз не отличаются от таковых у больных туберкулезом без психических расстройств. Однако из-за психического состояния больных (отказ от лечения, негативизм, неадекватное поведение) проведение специфической терапии сопряжено с большими трудностями.

Присоединение туберкулеза легких к психическому заболеванию приводит к изменению установившегося стереотипа лечения и увеличивает объем принимаемых лекарственных средств. Ригидность психических процессов, отсутствие адекватного восприятия болезни, отрицание самого факта наличия туберкулеза легких формирует у психически больных негативное отношение к проводимой противотуберкулезной терапии. У части пациентов усиливаются паранойяльные тенденции, они начинают высказывать бред о медицинских экспериментах, медицинских опытах, отравлениях, из-за чего каждый четвертый психически больной отказывается от химиотерапии.

Снизить негативную настроенность больных помогает назначение многокомпонентных противотуберкулезных препаратов. Комбинированные формы противотуберкулезных препаратов имеют ряд преимуществ: они гарантируют применение наиболее эффективных комбинаций противотуберкулезных препаратов, исключают монотерапию и неточности дозировки, это, в свою очередь, уменьшает вероятность формирования лекарственно-устойчивых штаммов МБТ и, что наиболее важно в психиатрической практике, позволяет уменьшить общее число принимаемых на курс лечения таблеток в 2–3 раза, тем самым повышая привержен-

ность больных к лечению. Многокомпонентные противотуберкулезные средства являются препаратами выбора для психически больных.

Дозировка комбинированных препаратов (расчет необходимого количества таблеток) осуществляется по рифампицину или оксифлоксацину в пересчете на массу тела больного. «Недостаток» изониазида, пиразинамида, этambutола при необходимости компенсируется дополнительным назначением недостающих доз в размере целых таблеток в виде отдельных форм. С успехом используется назначение многокомпонентных препаратов первого ряда в комбинации с резервными химиопрепаратами (канамицин, рифабутин, этионамид, протионамид, ПАСК, фторхинолоны).

Побочные действия противотуберкулезной терапии, диагностирующиеся у трети больных, носят преимущественно токсический, токсико-аллергический и аллергический характер (токсический гепатит, аллергический дерматит, диспепсические расстройства, нарушение слуха, зрения, полинейропатия, особенно у больных, злоупотребляющих алкоголем), усиление эпилептических припадков и обострение психотической симптоматики наблюдаются в единичных случаях, их доля среди всех побочных реакций не превышает 1 %.

У психически больных необходимо тщательно следить за совместимостью противотуберкулезных и психотропных препаратов (в частности, недопустимо сочетание циклосерина, препаратов ГИНК и антидепрессантов), а также за функцией печени, поскольку большинство противотуберкулезных и психотропных препаратов оказывают гепатотоксическое действие. При сочетании психического заболевания и туберкулезного процесса ограничено использование циклосерина, коллапсотерапии, некоторых хирургических методов лечения.

Всем психически больным показано применение патогенетической терапии, целью которой является повышение реактивности организма, стимуляция процессов заживления, предупреждение и устранение побочных действия противотуберкулезных препаратов. Пациентам назначаются кортикостероидные гормоны, тиосульфат натрия, иммуностимуляторы (тималин, тимоптин, тактивин), нестероидные противовоспалительные средства, витамины группы В, Е, гепатопротекторы. В качестве патогенетической терапии выступает и психосоциальная реабилитация больных, о влиянии которой на динамику туберкулезного процесса будет сказано ниже.

Назначение глюкокортикостероидных гормонов (преднизолона) показано при выраженном интоксикационном и бронхолегочном синдроме (явления бронхообструкции) и проводится по схеме: максимальная суточная доза составляет 20 мг, доза еженедельно снижается на 5 мг до полной отмены, длительность приема – 28 дней. У больных, принимающих преднизолон в объеме заместительной терапии, не наблюдается ухудшения психического состояния. Напротив, снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного и бронхолегочного синдромов способствуют снятию эмоционального напряжения у пациентов, стабилизируя их психическое состояние.

Существенное отличие терапии туберкулеза у психически больных от терапии психически здоровых пациентов представляют сроки активного противоту-

беркулезного лечения, которые в 2–3 раза превышают таковые у психически здоровых, т. к. репаративные процессы у больных с психическими расстройствами идут медленно. Эффективность лечения туберкулезного процесса увеличивается к 9–12 месяцу, достигая оптимальных показателей к 1–1,5 годам. Поэтому основной курс активной химиотерапии у психически больных с впервые выявленным туберкулезом легких должен продолжаться 1,2–2 года, с рецидивом 3–4 года. Средняя длительность пребывания на койке психически больных, страдающих туберкулезом легких, составляет 443 дня, при наличии полостей распада – 495.

Особенности противотуберкулезной терапии у психически больных:

- непрерывное стационарное лечение у большей части пациентов до достижения стойкого клинико-рентгенологического эффекта (как правило, до перевода в III группу диспансерного учета);

- подконтрольный прием не только психотропных, но и противотуберкулезных препаратов на всех этапах терапии туберкулеза легких: интенсивная фаза, фаза продолжения, противорецидивное лечение;

- длительность интенсивной фазы противотуберкулезной химиотерапии до перевода больных в III группу диспансерного учета (в течение 12–18 месяцев) в связи с нестойкостью достигнутого положительного эффекта и частыми обострениями процесса при переводе больного на фазу продолжения химиотерапии сразу после закрытия полостей распада и прекращения бактериовыделения;

- перевод больного в реабилитационно-диагностическое отделение (аналог санаторного этапа) для проведения фазы продолжения химиотерапии, противорецидивного лечения, поскольку нахождение в психотуберкулезных отделениях больных с затихающей активностью процесса вместе с бактериовыделителями приводит к экзогенному суперинфицированию.

Наличие коморбидной патологии требует коррекции психотропной терапии. Назначение психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, среднетерапевтических и высоких доз нейролептиков приводит к развитию иммунодефицита (снижение количества Т-лимфоцитов, угнетение РБТЛ) и вегетативного дисбаланса. Психотропная терапия оказывает разнонаправленное влияние на характер течения туберкулеза легких. Назначение высоких и средних терапевтических доз транквилизаторов и антидепрессантов способствует благоприятному исходу туберкулезного процесса, назначение высоких доз нейролептиков, напротив, вероятность благоприятного исхода снижает. При лечении пациентов, страдающих психическими расстройствами в сочетании с активным туберкулезом легких, целесообразно использовать монотерапию психотропными средствами, особенно нейролептиками. При необходимости назначения нескольких психотропных препаратов различной направленности действия наиболее рациональным является комбинирование транквилизаторов и антидепрессантов в среднетерапевтических дозировках с нейролептиками в минимальных терапевтических дозах.

Лечение психически больных биологическими методами сочетается с проведением психосоциальных реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление имеющегося когнитивного дефицита,

навыков самостоятельного проживания, на преодоление явлений госпитализма, уменьшение фрустрирующих ситуаций, связанных с отрывом от привычной социальной среды, повышение трудовой, социальной, творческой активности, политической грамотности. С позиции биопсихосоциальной концепции психосоциальная реабилитация оказывает патогенетическое действие на динамику туберкулезного процесса.

Увеличивают вероятность благоприятного исхода туберкулеза легких: социальная активность больных; активное структурирование досуга в условиях психотуберкулезных отделений; творческое самовыражение больных, занятия декоративно-прикладным творчеством; интерес к своим гражданским правам; мотивация к труду; наличие собственной семьи; регулярные посещения и доброжелательные отношения с родственниками; самостоятельное расходование денежных средств; наличие полного пакета документов, обеспечивающих инвалидизацию и пенсионирование.

Психиатрический стационар, являясь больницей закрытого типа, предполагает круглосуточное наблюдение, а следовательно, и круглосуточный контакт среднего и младшего медицинского персонала с больными, что повышает роль обслуживающего персонала в формировании психотерапевтической или ятрогенной среды. Ятрогенное воздействие медицинских работников проявляется в невнимательном, директивном, грубом и предвзятом отношении к психически больным в связи с наличием у последних психического заболевания, в отношении которого в обществе существуют сформировавшиеся негативные установки (стереотипы, стигмы). Желание дистанцироваться от психически больных приводит к игнорированию их нужд и требований и по принципу обратной связи формирует у пациентов самостигматизацию. Стигматизация обслуживающего медицинского персонала и самостигматизация психически больных негативно сказываются на межличностных коммуникациях «медперсонал – пациент», уменьшают доверие больных к персоналу, снижают их приверженность к лечению.

С позиции биопсихосоциального подхода неудовлетворительный психологический аспект оказывает негативное влияние на динамику туберкулезного процесса. Снижает вероятность благоприятного исхода туберкулеза легких восприятие пациентом имеющейся психической болезни как постыдной, опасной, неизлечимой, а психически больного (самого себя) как презираемого и никчемного, бесполезного члена общества, который никого не интересуется, ненужного, обременяющего, на которого попусту тратит время даже медицинский персонал, лишённого права «жить как все», недостойного иметь детей, испытывающего предвзятое отношение, а не воспринимаемого «таким, какой есть».

В то же время вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса увеличивают доверительные отношения с медицинским персоналом; вера в успех лечения своего заболевания; заинтересованный прием противотуберкулезных препаратов; внимательное отношение медработников к просьбам пациентов (не забывают и не игнорируют их), немедленное удовлетворение элементарных требований больных; восприятие больного как равного, как партнера, отсутствие унижающего и обижющего отношения; возможность найти у медперсонала поддержку.

Патогенетическое влияние социального и психологического факторов на динамику туберкулеза легких необходимо учитывать при организации противотуберкулезной помощи психически больным. Создание психотерапевтического климата в психотуберкулезных отделениях требует проведения комплекса образовательных и психокоррекционных мероприятий с младшим и средним медицинским персоналом, направленных на преодоление стигматизации, явлений эмоционального выгорания; повышения образовательного уровня медработников; освещения вопросов влияния характера межличностных отношений с больными на динамику туберкулеза легких.

Профилактика туберкулеза легких у психически больных. Профилактика туберкулеза легких у психически больных предусматривает:

– удовлетворительные условия содержания пациентов в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах;

– настороженность у медицинского персонала в отношении туберкулезной инфекции при изменении поведения больных, целенаправленное обследование на наличие туберкулеза легких при нарастании глубины психосоциальной дезадаптации пациентов;

– ежегодное, с периодичностью 2 раза в год, лучевое (рентгенологическое, флюорографическое) обследование больных, своевременное обращение к фтизиатру и как можно более ранний перевод в психотуберкулезные отделения психиатрического стационара при выявлении активного туберкулеза легких;

– наблюдение больных из психоневрологических интернатов, находящихся на длительном лечении в условиях психиатрического стационара, и лиц БОМЖ с клинически излеченным туберкулезом легких по III гр. ДУ в условиях реабилитационно-диагностического

отделения с проведением противорецидивного лечения в течение 3-х лет, до снятия с фтизиатрического учета;

– госпитализация больных с большими остаточными изменениями и высоким риском рецидива туберкулезного процесса в периоды обострения психического заболевания в реабилитационно-диагностическое отделение, проведение противорецидивных курсов химиотерапии в осенне-весенний период, обеспечение пожизненного наблюдения врачом-фтизиатром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксюткина Л.П., Леонова И.В. Туберкулез как госпитальная инфекция // Проблемы туберкулеза. 1998. № 1. С. 5-7.
2. Нечаева О.Б., Шорикова Л.И., Ватолина В.А. [и др.] Влияние групп риска на заболеваемость туберкулезом и профилактическая работа с ними // Проблемы туберкулеза. 1997. № 5. С. 17-19.
3. Валеев Р.Ш. Клиника, диагностика и лечение туберкулеза у больных психическими заболеваниями // Казанский медицинский журнал. 1996. Т. 77. № 2. С. 130-134.
4. Выявление и лечение больных туберкулезом легких с психическими расстройствами // Методические рекомендации МЗ РСФСР / сост. В.С. Гавриленко и др. М., 1990.
5. Медведев А.Е., Баранов В.Ф., Орлик А.В. [и др.] Отделения психиатрической больницы для психически больных, страдающих туберкулезом // Социальная и клиническая психология. 1993. Т. 3. № 2. С. 60-62.
6. Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч. Туберкулез легких при психических заболеваниях и наркоманиях. М.: Медицина, 1996. С. 60-165.

Поступила в редакцию 16 ноября 2011 г.

Zubova E.Yu. PULMONARY TUBERCULOSIS IN MENTAL HOSPITALS

The abstract offers a comprehensive overview of the origin of problem, diagnosis, clinical course, treatment and prevention of pulmonary tuberculosis in psychiatric patients taking the cure in a mental hospital.

Key words: pulmonary tuberculosis; psychiatric patients; mental hospital.