



Д.А. Ясинов, И.А. Половинко, Л.Т. Смагина
КЛПУ «Городской противотуберкулезный диспансер», Шахтерск

Эффективность психологического сопровождения приверженности к лечению туберкулеза на стационарном этапе

В проблеме снижения заболеваемости туберкулезом и эффективности терапии болезни ведущую роль играет приверженность больных к лечению. Совершенствование системы повышения приверженности к лечению является ключевым вопросом борьбы с эпидемией туберкулеза. В статье рассматривается опыт использования модели психологического сопровождения приверженности к лечению больных туберкулезом в условиях стационара с привлечением психологов.

Цель исследования — сравнить показатели отрыва от лечения больных туберкулезом легких за период, предшествующий работе психологов, в стационарных отделениях диспансера с показателями за аналогичный период их бесед с больными.

Материалы и методы. Клинические истории болезни 321 больного туберкулезом легких, лечившегося в стационарных отделениях диспансера 9 мес 2011 г. без сопровождения психолога, и 550 аналогичных больных, лечившихся в тех же отделениях диспансера 9 мес 2012 г., с которыми работали психологи.

Результаты и обсуждение. Сравнительное исследование продемонстрировало достоверность снижения показателей отрыва от лечения больных за период психологического сопровождения на уровне $p < 0,001$.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значительном снижении отрывов от лечения при осуществлении описанной модели психологического сопровождения приверженности больных к лечению туберкулеза на стационарной фазе.

Ключевые слова

Впервые диагностированный туберкулез, химиорезистентный туберкулез, рецидивирующий туберкулез, приверженность к лечению туберкулеза, отрыв от лечения, динамический процесс, психологическое сопровождение, стационарный этап лечения.

Каждый год в мире от туберкулеза умирает около 1,5 млн человек. В Украине ежегодно туберкулезом заболевает более 35 тыс. человек, и с каждым годом жертв инфекции становится все больше. Под наблюдением в противотуберкулезных учреждениях уже находится 500 тыс. украинцев и 88 772 из них — с активными формами туберкулеза. В 2011 г. этот диагноз поставили 2,5 тыс. детей. У многих пациентов появляются лекарственно-устойчивые формы болезни. Это означает, что инфекция становится невосприимчивой к стандартным препаратам,

повышается риск смерти и резко возрастают затраты на лечение. По темпам роста заболеваемости химиорезистентным туберкулезом Украина занимает второе место в Европе. Медико-социальные убытки от туберкулеза составляют сейчас около 2,7 млрд гривен в год. По критериям Европейского бюро ВОЗ, Украина принадлежит к группе стран с высоким уровнем заболеваемости и занимает седьмое место после Казахстана, Молдовы, Румынии, Кыргызстана, Грузии и России.

Ведущее значение для ограничения распространения туберкулеза имеет эффективное лечение больных. Одной из основных причин низкой эффективности терапии впервые выявленных

больных туберкулезом являются преждевременное прекращение лечения и перерывы приема противотуберкулезных препаратов по вине самого пациента [2, 5, 6]. Причина досрочного прекращения пациентом лечения — недостаточная приверженность больных к лечению, что значительно повышает риск развития химиорезистентной формы заболевания. Следовательно, актуальным является вопрос повышения приверженности к лечению больных туберкулезом. Создание системы удержания больных на лечении — важнейшая задача успешного контроля над эпидемией туберкулеза [6]. Этим обусловлена необходимость в совершенствовании системы формирования и поддержания приверженности больных к лечению туберкулеза.

Авторы работ по исследованию приверженности к лечению туберкулеза делают следующие выводы: «Повысить приверженность больных к лечению может более пристальное внимание врача к особенностям личности пациента, возможно, с привлечением психотерапевта» [4], а также: «Выделение на раннем этапе наблюдения больных с прогнозируемым отрывом от лечения с созданием системы психотерапевтической поддержки может благоприятно повлиять на качество лечебного процесса у данных пациентов» [7].

Мы рассматриваем приверженность к лечению больных туберкулезом как динамический растянутый во времени процесс [1]. Поступление впервые заболевшего туберкулезом в стационар является отправной точкой формирования приверженности к лечению, а дальнейшее его пребывание в отделении — динамическим процессом ее развития.

В теоретическом исследовании приверженности к лечению М.Ю. Городнова [3] выделяет: «факторы, относящиеся к пациенту и его заболеванию; факторы, относящиеся к врачу; факторы, относящиеся к взаимодействию врач-больной; факторы, относящиеся к лекарству и схеме лечения; факторы, относящиеся к среде». И далее делает такой вывод: «Качество приверженности взаимосвязано либо с самим пациентом, либо с врачом, либо со средой (сюда же мы относим лекарства, схемы их приема), либо с взаимоотношениями «врач-больной». Приверженность рассматривают как результат или итоговую характеристику взаимодействия всех этих факторов».

Мы рассматриваем психологическое сопровождение больного в стационаре как переменную, в большой степени влияющую на факторы приверженности, относящиеся к пациенту и его заболеванию, и факторы, относящиеся к взаимодействию «врач-больной». Основную задачу психологического сопровождения привержен-

ности больного к лечению туберкулезом видим в вовлечении, удержании пациента стационара в системе оказания помощи и формировании установки на лечение на амбулаторном этапе.

Материалы и методы

С октября 2011 г. в противотуберкулезном диспансере Шахтерска (Донецкая область) реализуется направление «Медико-социальное сопровождение и формирование приверженности к лечению туберкулеза» программы «Остановим туберкулез в Украине» Фонда Рината Ахметова «Развитие Украины», финансируемое Глобальным фондом борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В рамках его в стационарных отделениях диспансера работают психологи.

Психологи разработали следующую модель психологического сопровождения приверженности больного к лечению туберкулеза в стационаре. Психолог встречался с больным в первую неделю его нахождения в стационарном отделении диспансера, оценивал адекватность представления больного о туберкулезе, своем состоянии, приверженность к лечению, психологическое и психическое состояние и в случае отклонений проводил коррекцию. Количество времени, затрачиваемое на встречу с больным, он определял самостоятельно, и количество встреч с каждым не превышало четырех в месяц. Психологическое сопровождение также включало: консультации больных по их запросу, работу с больным по запросу лечащего врача, консультирование лечащего врача по психологическим особенностям пациентов, консультирование среднего медицинского персонала по вопросам взаимодействия с больными.

Для оценки эффективности психологического сопровождения приверженности к лечению туберкулеза проведено сравнительное исследование показателей отрыва больных от лечения на стационарном этапе. Сравнили данные за периоды до и во время работы психолога.

Цель исследования — сравнить показатели отрыва от лечения больных туберкулезом легких за период, предшествующий работе психологов в стационарных отделениях диспансера, с показателями за аналогичный период их работы с больными.

Критериями отрыва от лечения мы считали самовольный уход пациента из стационара ранее получения назначенных доз противотуберкулезных препаратов или выписку за нарушение больничного режима.

Клинические истории болезни 321 взрослого больного туберкулезом легких (лечили в стационарных отделениях диспансера в течение

Таблиця. Показатели отрыва от лечения больных туберкулезом легких в стационаре за период, предшествующий психологическому сопровождению, и аналогичный период его осуществления

Категория больных	Период перед психологическим сопровождением			Период психологического сопровождения		
	Всего больных	Количество отрывов	Отрывы, %	Всего больных	Количество отрывов	Отрывы, %
ВДТБ (МБТ-)	123	10	8,1	193	3	1,6
ВДТБ (МБТ+)	110	9	8	224	6	2,7
РТБ (МБТ+), РТБ (МБТ-)	88	8	9,1	133	6	4,5

9 мес 2011 г., с ними не работали психологи) и 550 взрослых больных туберкулезом легких, лечившихся в стационарных отделениях диспансера в течение 9 мес 2012 г., с которыми работали психологи.

Результаты и обсуждение

За 9 мес 2011 г. зафиксировано: 10 отрывов от лечения в историях болезни 123 больных, поступивших с диагнозом впервые диагностированного туберкулеза (ВДТБ) без бактериовыделения (МБТ-); 9 отрывов от лечения в историях болезни 110 больных, поступивших с диагнозом ВДТБ с бактериовыделением (МБТ+); 8 отрывов от лечения в историях болезни 88 больных, поступивших с диагнозом рецидивирующего туберкулеза (РТБ) с бактериовыделением (МБТ+) и без (МБТ-). За аналогичный период зафиксировано: три отрыва от лечения в историях болезни 193 больных, поступивших с диагнозом ВДТБ (МБТ-); 6 отрывов от лечения в историях болезни 224 больных, поступивших с диагнозом ВДТБ (МБТ+); 6 отрывов от лечения в историях болезни 133 больных, поступивших с диагнозом РТБ (МБТ-) и РТБ (МБТ+). Сравнение показателей приведено в таблице.

Статистические различия показателей отрыва больных от лечения за период, предшествующий психологическому сопровождению, и аналогичный период его осуществления оценивали по χ^2 -критерию Пирсона (для сопоставления распределений одного и того же признака в двух независимых выборках) и по ϕ -критерию Фишера (для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости признака). Достоверность снижения показателей отрыва от лечения по всем категориям больных за период психологического сопровождения подтверждена на $p < 0,001$ уровне (рисунок).

Сравнительное исследование продемонстрировало достоверное уменьшение количества отрывов от лечения при психологическом сопровождении приверженности больных к лечению



Рисунок. Диаграмма изменения показателей отрыва от лечения категорий больных туберкулезом до и после психологического сопровождения приверженности к лечению в стационаре

туберкулеза по сравнению с его отсутствием. Наибольшее сокращение количества отрывов больных от лечения (в 5,1 раза) выявлено после работы психологов с категорией больных ВДТБ (МБТ-), несколько меньшее (в 3 раза) — с категорией ВДТБ (МБТ+) и в 2 раза — с категориями РТБ (МБТ+), РТБ (МБТ-). Снижение уровня отрывов больных от лечения является результатом привлечения психологов в систему оказания помощи больным туберкулезом на стационарной фазе и использования описанной модели психологического сопровождения приверженности к лечению туберкулеза. Следует подчеркнуть, что данная модель не может быть эффективной без тесного взаимодействия психолога с лечащим врачом, средним медицинским персоналом и четкой организации этого процесса со стороны администрации лечебного учреждения.

Выводы

Данные сравнительного исследования свидетельствуют о значительном уменьшении отрывов от лечения в случае применения описанной модели психологического сопровождения приверженности больных к лечению туберкулеза в условиях стационара. Так как психологи работали в рамках программы борьбы с эпидемией

туберкулеза в Украине, организация исследования не могла иметь экспериментальный характер. Оценить эффективность представленной модели психологического сопровождения приверженности к лечению позволит экспериментальное исследование с привлечением контрольной группы и соблюдением строгой процедуры его организации.

Список литературы

1. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе: учебное пособие для врачей и психологов.— СПб: Речь, 2010.— 191 с.
2. Борисов С., Белюков Е.М., Кук Ф. и др. Досрочное прекращение лечения в противотуберкулезных стационарах // Пробл. туб.— 2007.— № 5.— С. 17—25.
3. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] // Мед. психол. в России: электрон. науч. журн.— 2012.— № 5 (16).— URL: http://medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_5_16/номер/pomer04.php (дата обращения: 8.05.13).
4. Матвеева Н.Ю. Проблемы приверженности к лечению в клинике туберкулеза // Бюл. мед. Интернет-конференций.— 2012.— Т. 2, № 2.— С. 75.
5. Паролина Л.Е. Критерии оценки эффективности химиотерапии в противотуберкулезном стационаре // Пробл. туб. и болезней легких.— 2007.— № 6.— С. 13—17.
6. Пьянзова Т.В. Влияние информационно-образовательной работы с впервые выявленными больными туберкулезом на эффективность лечения: Автореф. дис. ...канд. мед. наук [2010]. URL: <http://medical-diss.com/medicina/vliyanie-informatsionno-obrazovatelnoy-raboty-s-vpervye-vyyavlennymi-bolnymi-tuberkulezom-na-effektivnost-lecheniya#ixzz2SVSjlgaB> (дата обращения: 8.05.2013).
7. Свищунова В.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных туберкулезом // Бюл. мед. Интернет-конференций.— 2013.— Т. 3, № 2.— С. 415.

Д.А. Ясинов, І.О. Половинко, Л.Т. Смагіна
КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер», Шахтарськ

Ефективність психологічного супроводу прихильності до лікування туберкульозу на стаціонарному етапі

У проблемі зниження захворюваності на туберкульоз та ефективності терапії хвороби провідне значення має прихильність хворих до лікування. Удосконалення системи підвищення прихильності до лікування є ключовим питанням боротьби з епідемією туберкульозу. У статті проаналізовано досвід використання моделі психологічного супроводу прихильності до лікування хворих на туберкульоз в умовах стаціонару із залученням психологів.

Мета дослідження — порівняти показники відриву від лікування хворих на туберкульоз легень за період, що передує роботі психологів, у стаціонарних відділеннях диспансеру з показниками за аналогічний період роботи їх з хворими.

Матеріали та методи. Клінічні історії хвороби 321 хворого на туберкульоз легень, яких лікували в стаціонарних відділеннях диспансеру 9 міс 2011 р. без супроводу психологів, та 550 аналогічних хворих, які перебували на лікуванні в тих самих відділеннях 9 міс 2012 р. і з якими працювали психологи.

Результати та обговорення. Порівняльне дослідження продемонструвало достовірність зниження показників відриву від лікування хворих за період психологічного супроводу на рівні $p < 0,001$.

Висновки. Отримані дані свідчать про значне зниження відривів від лікування в разі застосування описаної моделі психологічного супроводу прихильності хворих до лікування туберкульозу на стаціонарній фазі.

Ключові слова: вперше діагностований туберкульоз, хіміорезистентний туберкульоз, рецидивний туберкульоз, прихильність до лікування туберкульозу, відрив від лікування, динамічний процес, психологічний супровід, стаціонарний етап лікування.

D.A. Yasinov, I.A. Polovinko, L.T. Smagina
МНCF «Municipal Tuberculosis Dispensary», Shakhtarsk, Ukraine

The efficiency of psychological follow-up to tuberculosis treatment on inpatient phase

Adherence of patient to treatment has the significant meaning in the problem of morbidity decreasing. Improvement of the adherence system is the key point to fight tuberculosis epidemic. The experience of implementation of psychological follow-up model for tuberculosis patients' adherence to treatment on inpatient phase with involvement of psychologists is presented in the paper.

Objective – to compare indicators of treatment failure for patients with pulmonary TB for the period preceding psychologists work in in-patient departments of TB dispensary with indicators for the similar period of their work with patients.

Materials and methods. The study is based on the case histories of 321 adult patients with pulmonary TB, who underwent treatment in in-patient departments of TB dispensary within 9 months of 2011 and without psychologists follow-up; case histories of 550 adult patients with pulmonary TB, who underwent treatment in in-patient departments of TB dispensary within 9 months of 2012 and with psychologists follow-up.

Results and discussion. Comparative survey showed credibility of patients treatment failure indicators to decrease for the period of psychological follow-up $p < 0.001$.

Conclusion. Study data indicate significant decrease of treatment failure when the described model of psychological follow-up for TB treatment adherence at in-patient department is used.

Key words: newly diagnosed tuberculosis, multidrug-resistant tuberculosis, tuberculosis relapse, adherence to tuberculosis treatment, treatment failure, dynamic process, psychological follow-up, in-patient phase of treatment.

Контактна інформація:

Ясинів Дмитро Анатолійович, психолог
86200, Донецька обл., м. Шахтарськ, вул. Плеханова, 2
E-mail: d.yasinov@yandex.ru

Стаття надійшла до редакції 15 жовтня 2013 р.