



Б.В. Нореико¹, В.В. Мозговой², Г.Л. Федоровская²,
М.В. Забиров², В.Н. Носач²

¹ Донецкий национальный медицинский университет
имени Максима Горького

² КЛПУ «Областная клиническая туберкулезная больница», Донецк

Школа больного с впервые диагностированным туберкулезом легких как фрагмент комплексного лечения на госпитальном этапе

Повышение эффективности лечения туберкулеза является важнейшим условием успешной борьбы с эпидемией заболевания.

Опыт организации и проведения Школы больного туберкулезом на базе Донецкой областной клинической туберкулезной больницы показал, что конечный результат комплексного лечения, и особенно исход антимикобактериальной терапии (АМТ), во многом зависит от участия самого больного в лечебном процессе.

Основной целью Школы больного является привлечение пациентов к активному и осознанному участию в практической реализации врачебных рекомендаций и воспитании приверженности к лечению и ведению здорового образа жизни.

Тематика бесед, проводимых в рамках школы сотрудниками больницы, конкретизирована этапами лечения. Если в первых беседах всесторонне обсуждают задачи больного в период проведения интенсивной фазы АМТ, то после 2 мес лечения при условии прекращения бактериовыделения больной готовится к его новой роли в период проведения поддерживающей фазы лечения.

Активное участие больных в реализации врачебных рекомендаций при поддержке Школы больного способствовало повышению эффективности лечения в отделении № 1 областной больницы до 95 %.

Главным положительным итогом проведения Школы больных туберкулезом было уменьшение случаев «отрыва» от лечения в Донецке до 3 % в 2011 г. и до 2 % в 2012 г. при допустимом нормативе (индикаторе) до 5 % от всего контингента больных, находящихся на лечении в больнице.

Ключевые слова

Школа больного, туберкулез легких.

Хорошим результатам лечения туберкулеза способствуют многие известные факторы и в первую очередь — антимикобактериальная терапия, проводимая в полном соответствии с действующими протоколами лечения.

Несмотря на то что в клинических отделениях Областной клинической туберкулезной больницы (ОКТБ) созданы оптимальные условия для лечения, неблагоприятные исходы туберкулеза в 2011–2012 гг. регистрировали в 25 % случаев. Среди причин неэффективного лечения можно назвать факторы, мало зависящие от наших дей-

ствий. К ним относятся первичная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) к антибактериальным препаратам и сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией. Среди многих причин неэффективного лечения называют различные формы нарушения режима лечения, злоупотребление алкоголем, прием наркотических средств.

Первой причиной большинства стихийных случаев несоблюдения больничного режима является недостаточная информированность больных о сути заболевания, возможностях излечения и вероятности неблагоприятного исхода заболевания в случае невыполнения больничного режима. Первопричиной всех случаев несоблюдения больничного режима и низкой привер-

женности к проведению лечения является отсутствие осознанной необходимости в полноценном лечении туберкулеза, мотивированности и доминанты цели на излечение, здоровый образ жизни и возвращение к труду. То есть успешное решение одной из важнейших проблем фтизиатрии – повышения эффективности лечения во многом зависит от участия больного в решении общей задачи и степени заинтересованности в благоприятном исходе заболевания.

Цель исследования – повышение эффективности лечения впервые диагностированного туберкулеза (ВДТБ) легких путем разработки и внедрения комплекса санитарно-просветительных, лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, способствующих повышению осознанного участия больного во всех мероприятиях, проводимых по назначению и под контролем врачей-фтизиатров, заведующих отделениями и психотерапевта.

Для решения указанной задачи группа сотрудников ОКТБ по предложению и при участии главного врача В.В. Мозгового создала Школу больного (ШБ) туберкулезом, разработала нормативную базу и методические рекомендации, в которых четко регламентированы права и обязанности участников ШБ.

Этот документ, подтвержденный результатами внедрения, размещен на сайте ОКТБ – www.oktb.jimdo.com.

ШБ в ОКТБ – это:

- система средств и методов индивидуального и группового воздействия на стационарных пациентов ОКТБ, направленная на повышение уровня их знаний по вопросам профилактики и лечения ТБ;
- организационная форма профилактического группового консультирования стационарных пациентов ОКТБ;
- медицинская профилактическая услуга, оказываемая пациентам с ТБ в специализированном лечебно-профилактическом учреждении – ОКТБ.

Цели ШБ: совершенствование и повышение качества фтизиатрической профилактической помощи стационарным больным ОКТБ, куда входят:

- информирование больных о главных особенностях ТБ, ко-инфекции ВИЧ + ТБ, путях передачи, методах диагностики, лечения и профилактики ТБ;
- повышение ответственности пациентов за выздоровление и сохранение здоровья;
- формирование у пациентов осознанного активного отношения к лечению и профилактике ТБ, приверженности к лечению и здорово-

му образу жизни, выполнению рекомендаций врача.

Задачи ШБ:

- использовать, постоянно пополнять и обновлять информационные материалы кабинета консультирования и социально-психологической помощи ОКТБ;
- организовать и обеспечить регулярное посещение стационарными больными занятий на основании алгоритма отбора и направления больных в ШБ, недельного графика занятий по утвержденной тематике при взаимодействии сотрудников ШБ с медперсоналом стационарных отделений;
- занятия проводят с поступившими больными и реконвалесцентами согласно графику, используя информационные материалы кабинета консультирования и социально-психологической помощи;
- сотрудники ШБ проводят текущее анкетирование основного контингента поступивших больных и ежеквартальное выборочное анкетирование реконвалесцентов, обобщают и используют в работе полученные результаты.

Успех ШБ в целом зависит во многом от результатов первой встречи пациента с лечащим врачом.

Туберкулезная больница является учреждением закрытого типа, в нее госпитализируют в большинстве случаев больных ТБ с установленным диагнозом. Знакомство с первичной документацией и результаты осмотра больного позволяют врачу сложить достаточно полное представление о нем. Знания пациента при первой встрече с врачом скудные и в большинстве случаев ошибочные. Именно на этом этапе он нуждается во враче как единственном источнике информации о состоянии здоровья, предсказателе прогноза болезни в плане выздоровления, трудоспособности и качества жизни. Между тем врач не всегда в полной мере использует свои преимущества для достижения доверия, полного уважения и приверженности к лечению. Чтобы сохранить хорошее взаимопонимание с пациентом, он должен выяснить, как больной оценивает состояние своего здоровья, и внести коррекцию на основе научного пояснения субъективных проявлений в жалобах больного.

Многие пациенты не считают себя больными по той причине, что не испытывают болевых ощущений. Следует объяснить, что не только при малых формах ТБ, но и у больных распространенным и запущенным ТБ легких болевых ощущений в органах грудной полости может не быть, поскольку в легочной ткани и бронхах нет нервных рецепторов, способных воспринимать боль. В этом смысле стандартное

определение пациента, у которого туберкулезным процессом поражены легкие, как «больного» может не соответствовать субъективным ощущениям. Отсутствие болевых сигналов при ТБ легких может быть главной причиной поздней обращаемости и слабой мотивации выявления и лечения легочных заболеваний. Для правильной ориентации больного опытный врач использует наглядные аргументы в виде рентгенограмм, компьютерной томографии ОГК, результаты исследования мокроты, подтверждающие бактериовыделение.

Субъективное восприятие одышки как проявления легочной недостаточности редко совпадает с объективными признаками нарушения функции кардиореспираторной системы. Недостаточность функции внешнего дыхания (ФВД) проявляется бронхообструктивными и рестриктивными (ограничительными) нарушениями, снижением эффективности альвеолярной вентиляции, нарушением диффузионной способности легких, гипоксемией и тканевой гипоксией. У больных с хроническими формами ТБ, осложненными бронхообструктивным синдромом, пневмосклерозом и эмфиземой базальных сегментов легких, в патогенезе тканевой нехватки кислорода преобладает гипоксический вариант гипоксии, обусловленный гипоксемией вследствие недостаточности альвеолярной вентиляции и нарушения сопряженности альвеолярной вентиляции с кровотоком в системе малого круга кровообращения. При гипоксической гипоксии доставка кислорода из артериальной крови к митохондриям клеток проходит в аэробном режиме. Более того, потребности клеток организма больного в кислороде при его дефиците в крови и протоплазме клеток продолжают удовлетворяться, несмотря на гипоксию, путем морфофункциональной гипертрофии и гиперфункции митохондриального аппарата клеток. В компенсированной стадии легочной недостаточности внутриклеточное дыхание может осуществляться в аэробном режиме, а доставка очередной порции кислорода проходит в цепи дыхательных ферментов, состоящей из гемин-фермента Варбурга и 17 дыхательных ферментов (цитохромов).

Патогенез тканевой гипоксии у больных ВДТБ существенно отличается от модели гипоксической гипоксии. Это обусловлено неблагоприятным патоморфозом ТБ. В клиническом отношении патоморфоз ТБ проявился преобладанием в структуре заболеваемости остротечущих форм ТБ, склонных к быстрому прогрессированию с развитием ряда синдромных осложнений, таких как бронхообструктивный син-

дром (БОС), интоксикационный синдром, синдром острого расплавления легочной ткани и анемизация организма больного.

Неблагоприятные изменения в клинической картине ТБ в период эпидемии обусловлены изменением биологических свойств МБТ с повышением вирулентности и патогенности МБТ, особенно в случае развития лекарственно-устойчивых форм МБТ.

Злокачественное течение ТБ во многом обусловлено распространением ВИЧ-инфекции и сочетания ВИЧ/ТБ. Тяжелое течение ТБ сопровождается выраженной интоксикацией, быстрым формированием деструктивных изменений, переходящих в расплавление легочной ткани. У таких больных нарушение газообмена и энергообеспечения клеток в большей степени соответствует модели цитотоксической гипоксии.

Организм таких больных, особенно при казеозной пневмонии и генерализованном ТБ, отравлен токсинами МБТ и продуктами распада легочной ткани. Дыхательные ферменты в клетках блокированы. Работа дыхательных цитохромов и процессы энергообразования в митохондриях клеток останавливаются. В связи с утратой клетками способности проводить и использовать кислород он остается в крови неостребованным; его содержание в артериальной крови нормальное. Дыхательный центр, омываемый артериальной кровью с нормальным содержанием O_2 , не имеет стимулов для включения компенсаторных механизмов. А между тем энергетический кризис, обусловленный цитотоксической гипоксией, нарастает и имеет тенденцию к неблагоприятному исходу.

Парадокс клинической ситуации при цитотоксической гипоксии заключается в том, что больной казеозной пневмонией, практически обреченный на неблагоприятный исход в случае не оказания эффективной и своевременной медицинской помощи, не осознает своего положения, не жалуется на нехватку воздуха или затрудненное дыхание. У него нет одышки.

Но именно у больных с тяжелыми формами ТБ, осложненными цитотоксической гипоксией, имеются экстренные показания к проведению комплексной терапии ТБ по методикам, разработанным и описанным нами [1–3].

Симптомы, представленные в составе интоксикационного синдрома, такие как слабость, снижение аппетита и исхудание, не подлежат двойной оценке и воспринимаются пациентом и его лечащим врачом однозначно.

Кашель относится к часто наблюдаемым симптомам ТБ. Кашлевой рефлекс возникает при раздражении окончаний афферентных волокон

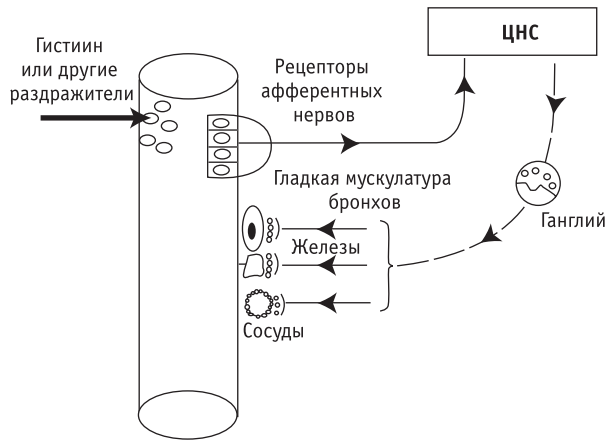


Рис. 1. Парасимпатическая иннервация бронхов

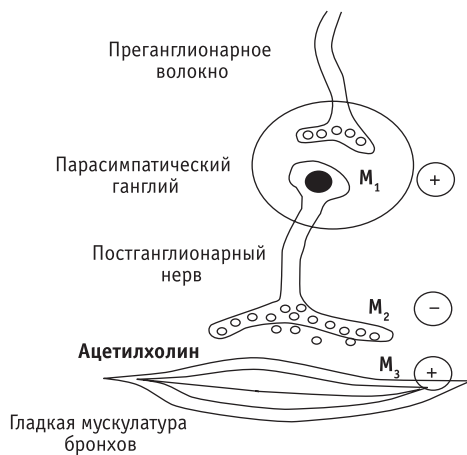


Рис. 2. Холинергические рецепторы дыхательных путей

блуждающего нерва в так называемых туссогенных зонах, расположенных в стенках крупных бронхов в местах их разветвления (рис. 1, 2).

Кашель, гиперсекреция слизистых желез, спазм гладких мышц бронхов с нарушением бронхиальной проходимости и замедлением бронхиального клиренса на фоне мукоцилиарной недостаточности — весь этот комплекс нарушений функции внешнего дыхания является следствием гиперреактивности *n. vagus*.

Симптомы гиперреактивности парасимпатической (холинергической) иннервации бронхов больной воспринимает как непродуктивный кашель с трудно выделяемой вязкой мокротой и экспираторной одышкой. В процессе коллегиального обсуждения симптоматических проявлений ТБ с обязательной оценкой ощущений больного достигают высокой степени доверия больного к лечащему врачу.

Уже во время первых бесед, проводимых в самом начале лечения, у больного необходимо создать доминанту чрезвычайного значения химиотерапии, проводимой в течение первых

2–3 мес в режиме интенсивного лечения. Важно в сознании больного поселить ожидание положительного результата интенсивного лечения в виде прекращения бактериовыделения, нормализации общего состояния и значительного регресса деструктивных и инфильтративных изменений в легочной ткани. Необходимо акцентировать его внимание на действиях, зависящих от него самого: соблюдение больничного режима, прекращение курения, отказ от спиртного.

В целях повышения приверженности к лечению необходимо рассказать пациентам о чрезвычайном значении первой интенсивной фазы антибактериальной терапии, обеспечивающей прекращение бактериовыделения в течение 2–3 мес.

Необходимо также ознакомить больных с основными принципами химиотерапии и патогенетического лечения. Научить правильно использовать бронхорасширяющие препараты, кортикостероиды, органический электрофорез, коллапсотерапевтические методы и лечебное питание.

Если фаза интенсивной химиотерапии завершилась стойким прекращением бактериовыделения и благоприятными клинико-рентгенологическими изменениями, то лечащий врач примет решение о переводе больного на режим поддерживающей химиотерапии. В конце второго или в начале третьего месяца интенсивного лечения необходимо провести беседы для подготовки больного к лечению в поддерживающей фазе, тем более что на 2-м этапе комплексной терапии его влияние на конечные результаты значительно возрастает, особенно если поддерживающую фазу лечения проводят в амбулаторных условиях. Успех поддерживающего лечения после выписки больного из стационара зависит в основном от осознанного больным полного соблюдения всех врачебных рекомендаций.

Главным положительным итогом проведения в Донецке ШБ было снижение частоты случаев «отрыва» от лечения до 3 % в 2011 г. и до 2 % в 2012 г. при нормативе (индикаторе), допускающем частоту «отрыва» до 5 %.

Выводы

1. Больные с впервые диагностированным туберкулезом, прошедшие обучение в ШБ, активно сотрудничают с лечащим врачом в вопросах проведения эпидконтроля и соблюдения режима лечения.

2. Успешное обучение в ШБ сокращает случаи «отрыва» от лечения до 2–3 % при допустимом «индикаторе» в 5 %, что наряду с другими факторами способствует повышению эффективности интенсивной фазы химиотерапии на госпитальном этапе.

Список літератури

1. Норе́йко Б.В., Лешчина С.М., Норе́йко С.Б. Новые аспекты в лечении туберкулеза легких / Под ред. Ю.И. Фещенко.— Донецк: Каштан, 2006.— 180 с.
2. Норе́йко Б.В. Иммунологические аспекты фтизиатрии.— Севастополь: Вебер, 2003.— 231 с.
3. Норе́йко Б.В. Химиотерапия туберкулеза.— Донецк: УкрНТЭК, 2001.— 124 с.

Б.В. Норе́йко, В.В. Мозговий, Г.Л. Федоровська, М.В. Забіров, В.М. Носач

Школа хворого на вперше діагностований туберкульоз легень як фрагмент комплексного лікування на шпитальному етапі

Підвищення ефективності лікування туберкульозу є найважливішою умовою успішної боротьби з епідемією захворювання.

Досвід організації і проведення Школи хворого на туберкульоз на базі Донецької обласної клінічної туберкульозної лікарні свідчить, що кінцевий результат комплексного лікування, і особливо антиміко-бактеріальної терапії (АМТ), багато в чому залежить від участі самого хворого в лікувальному процесі.

Основною метою Школи хворого є залучення пацієнтів до активної та усвідомленої участі в практичній реалізації лікарських рекомендацій і вихованні прихильності до лікування та здорового способу життя.

Тематика бесід, що проводяться у рамках школи співробітниками лікарні, конкретизована етапами лікування. Якщо під час перших бесід всебічно обговорюють завдання хворого в період проведення інтенсивної фази АМТ, то після 2 міс лікування за умови припинення бактеріовиділення хворого готують до нової ролі в період проведення підтримувальної фази лікування.

Активна участь хворих у реалізації лікарських рекомендацій за підтримки Школи хворого сприяла підвищенню ефективності лікування у відділенні № 1 обласної лікарні до 95 %.

Головним позитивним підсумком проведення Школи хворих на туберкульоз було зменшення випадків «відриву» від лікування в Донецьку до 3 % в 2011 р. і до 2 % в 2012 р. за припустимого нормативу (індикатора) до 5 % контингенту хворих, які перебувають на лікуванні в лікарні.

B.V. Noreiko, V.V. Mozghovoy, H.L. Fedorovskaya, M.V. Zabirow, V.N. Nosach

School for newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients as a fragment of a complex treatment at the hospital stage

Increase of efficiency of treatment of tuberculosis is the most important condition of a successful fight against the epidemic of this disease.

Experience of organizing and conducting Tuberculosis Patients' school on the basis of the Donetsk Regional Clinical TB Hospital showed that the final result of a complex treatment and especially the outcome of chemotherapy largely depend on the involvement of the patient in process of treatment. The main purpose achieved by the patients' school is attracting patients to active and conscious participation in the practical realization of medical advice and upbringing of the adherence of patients to treatment and conducting a healthy way of life.

Topics of the talks held in the framework of Patient's school by employees of TB Hospital, is specified depending on the stages of the treatment. The first conversations are for the comprehensive discussion of the tasks of the patient during the period of the initial phase of chemotherapy. Then, after 2 months of intensive chemotherapy and sputum conversion the patient is being prepared for his new role in the period of the treatment continuation phase.

The active participation of the patients in the implementation of the medical recommendations with the support of the Patients' School has contributed to increasing the effectiveness of the treatment in the Department №1 of the TB Hospital up to 95 %.

The main positive outcome of the School for TB patients is the reduction of cases of «treatment default» in Donetsk to 3 % in 2011 and up to 2 % in 2012 at the admissible norm (display) up to 5 % of the total contingent of patients being treated in the Donetsk Regional Clinical Tuberculosis Hospital.

Контактна інформація:

Норе́йко Борис Вікторович, д. мед. н., проф.
83059, м. Донецьк, просп. Ілліча, 104а. Тел. (0622) 94-00-65

Стаття надійшла до редакції 24 грудня 2012 р.