



І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, Н.В. Тхорик

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Про прихильність до лікування хворих на туберкульоз

Мета роботи — підвищити прихильність до лікування хворих на туберкульоз завдяки адекватному індивідуальному підходу з урахуванням можливих нервово-психічних порушень.

Матеріали та методи. Нервово-психічні функціональні розлади вивчали у 153 хворих на туберкульоз легень з використанням психологічної методики РНП (Н.Б. Ласко, 1978). Використано результати анкетування (67 хворих), визначення сатурації крові киснем (485 осіб), а також індивідуальної роботи з урахуванням психологічного стану хворого.

Результати та обговорення. Багаторічні спостереження й дослідження свідчать, що у хворих на туберкульоз легень можливі різноманітні функціональні нервово-психічні порушення, які виникають у зв'язку з діагнозом туберкульозу, внаслідок інтоксикації чи на ґрунті хіміотерапії та інших чинників. Нервово-психічні порушення констатовано у 70,6 % хворих (психопатизація у 30,8 %, невротизація у 23,9 % і поєднання їх у 15,9 %). Усі ці психічні порушення значною мірою можна нівелювати, передусім наполегливим, доброзичливим, індивідуальним впливом на психіку хворого лікарем-фтизіатром, значно підвищити прихильність до лікування на різних його етапах і досягти вагомих позитивних наслідків.

Висновки. У 70,6 % хворих на туберкульоз легень спостерігають функціональні нервово-психічні порушення, зумовлені різними чинниками. Значною мірою їх можна нівелювати, головним чином, доброзичливим індивідуальним впливом на психіку хворого, і значно поліпшити прихильність до лікування та досягти ліпших наслідків.

Ключові слова

Туберкульоз, прихильність, лікування.

Питання боротьби з туберкульозом є одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. На рівень захворюваності та смертності від цієї хвороби впливають численні соціально-економічні та медичні чинники: зниження рівня життя, наявність значної кількості осіб у місцях позбавлення волі, недостатнє фінансування протитуберкульозних закладів, дефіцит кваліфікованих медичних кадрів, зростання відсотка випадків хіміорезистентного туберкульозу в структурі контингенту хворих [8].

Сучасній епідемії туберкульозу притаманні кількісні та якісні зміни порівняно з попередніми десятиріччями. Зокрема, на тлі зниження захворюваності розвивається епідемія хіміоре-

зистентного туберкульозу. За даними Звіту ВООЗ, у Європейському регіоні зафіксовано високий рівень виявлення туберкульозу, однак ефективність лікування досить низька — 72 % (в Україні 67 %) та висока частка резистентності. Україна посідає 9-те місце за абсолютною кількістю виявлених випадків мультирезистентного туберкульозу в світі, а ефективність лікування становить (за 2010 р.) лише 29 %. До того ж хворі з хіміорезистентним туберкульозом, яким призначено паліативне лікування без чітко врегульованого й достатнього соціального та медичного супроводу, взагалі залишаються поза увагою, чим можуть зумовлювати неконтрольоване поширення збудника цієї хвороби [7].

Серед причин низької ефективності лікування хворих на туберкульоз легень, передусім мультирезистентний, найважливішими є такі: низька прихильність до лікування, зокрема на

амбулаторному етапі, й недостатнє функціонування інфраструктури та кадрового потенціалу [4]. Для підвищення прихильності до лікування хворих потрібні кваліфікована психологічна допомога, розумний індивідуальний підхід щодо проведення антимікобактеріальної терапії в стаціонарних і амбулаторних умовах [2]. До того ж важливим є і те, що будь-яке захворювання, передусім туберкульоз, зумовлюють певні зміни в психічному статусі хворого, які потрібно знати й своєчасно розпізнати лікарю, щоб намітити правильну тактику обстеження та лікування. На жаль, лікарі не завжди беруть до уваги індивідуальні особливості хворих і їхні психо-невротичні наслідки [5]. Характер цих змін може бути доволі різноманітним — від слабо виразних невротичних і неврозоподібних до короткочасних психопатичних, котрі суттєво змінюють клінічну картину захворювання, ставлення до лікування, медичного персоналу, сім'ї та людей узагалі. Залежать вони від різних причин, які умовно можна поділити на: а) психічні реакції, що виникають у зв'язку з діагнозом туберкульозу; б) нервово-психічні порушення, зумовлені туберкульозною інтоксикацією; в) нервово-психічні реакції на ґрунті лікування протитуберкульозними препаратами.

Однак ці питання часто перебувають поза увагою науковців та клініцистів через перевагу у фтизіатрії нозоцентричного специфічного біологічно-орієнтованого підходу до лікування туберкульозу легень за стандартизованою програмою. При цьому не враховують іншу важливу сторону проблеми лікування — реактивну здатність макроорганізму та стан нервової системи. Безперечно, основним, вирішальним у лікуванні туберкульозу легень є антимікобактеріальна терапія. Проте могутнім лікувальним чинником, що впливає на нервову систему, є психотерапія, яку повинні проводити з урахуванням стану нервової системи, продумано, планомірно й послідовно в процесі обстеження, лікування, а також і після його завершення.

Мета роботи — підвищити прихильність хворих до лікування шляхом індивідуального підходу з урахуванням можливих нервово-психічних порушень.

Матеріали та методи

На підставі багаторічних спостережень, окремих досліджень і літературних даних наведено можливі психічні порушення та неадекватні реакції у хворих як у момент встановлення діагнозу туберкульоз, так і в процесі лікування та після його завершення.

Нервово-психічні функціональні розлади вивчали у 153 хворих на туберкульоз легень за психологічною методикою РПП (рівень невротизації і психопатизації) Н.Б. Ласко (1978). Анкетування проводили у 67 хворих, сатурацію крові киснем за різних форм туберкульозу легень визначали у 485 пацієнтів, а також вивчали ефективність різних форм санітарно-просвітницької роботи.

Результати та обговорення

У хворих з уперше діагностованим туберкульозом легень спостерігали мінливість поведінки та настрою, підвищену чутливість та дратівливість, відчуття внутрішнього страху, а інколи схильність до афектів. Результати дослідження за психологічною методикою РПП (Н.Б. Ласко) засвідчили розлади психічної діяльності у 70,6 % хворих, зокрема психопатизацію у 30,8 %, невротизацію у 23,9 %, поєднання психопатизації і невротизації у 15,9 %. Психогенні реакції, пов'язані з повідомленням хворому про діагноз, виявлялися, переважно, депресивним станом, зумовленим страхом і переживанням за своє здоров'я і близьких людей. Виявам психогенних реакцій сприяла і поведінка лікаря-фтизіатра, зокрема повідомлення діагнозу в грубій формі та інформація про тривалість хіміотерапії. Нервово-психічні порушення, зумовлені власне туберкульозною інтоксикацією, найчастіше виявляли в разі тяжких форм туберкульозу, зокрема казеозної пневмонії. Порушення психіки в процесі антимікобактеріальної терапії спостерігалися у 7,2 % хворих. Частіше виявляли межові нервово-психічні порушення, зокрема астеничний симптомокомплекс і афективні реакції, доволі рідко — психоз, галюцинації, маячіння, кататонічний ступор.

Інколи нервово-психічні розлади виявляли або вони посилювалися в разі раптового несподіваного (неочікуваного) повідомлення хворому про те, що у нього підтвердився діагноз хіміорезистентного туберкульозу або що незадовільні наслідки хіміотерапії. Запобігти або знизити їхню інтенсивність можна за допомогою адекватної поведінки фтизіатра. Лікар повинен спокійно пояснити, що таке туберкульоз, його симптоми, переконати хворого в тому, що за сучасних методів лікування він видужає. Але для цього фтизіатр повинен спочатку завоювати довіру пацієнта.

Нерідко у хворих на туберкульоз спостерігаються швидка втомлюваність, дратівливість, емоційна неврівноваженість, ейфорія чи різко пригнічений настрій. Це певною мірою можна пояснити кисневим голодуванням організму, зокрема головного мозку, внаслідок недостатньої легеневої вентиляції [3]. Це підтверджують і результати наших досліджень. У разі поширено-

го тривалого туберкульозного процесу значно погіршується функція зовнішнього дихання, що супроводжується зниженою сатурацією крові киснем. Це виявляється змінами з боку легень та серця й психоневрологічного статусу [6].

До слова, у хворих з поширеним деструктивним мультирезистентним туберкульозом легень і виразними виявами інтоксикації нервово-психічні порушення спостерігаються частіше й у яскравішій формі. Отже, основне завдання, яке стоїть перед фтизіатром під час першої зустрічі, заспокоїти хворого, нівелювати його емоційну напругу, підвищену увагу до аналізу своїх відчуттів, перебудувати ставлення до перспективи лікування і виходу із хвороби. Це потребує індивідуального доброзичливого контакту та взаєморозуміння. Оскільки кожний хворий страждає по-різному, ставлення до захворювання теж різне, але найчастішим є елемент страху, який інколи виступає на перший план у стривоженій психіці. Тому підхід до хворого і перший контакт із ним завжди повинні бути й індивідуальною лікувальною процедурою. Адже перше повідомлення про туберкульоз зумовлює у хворого страх, жах, розпач, глибоке потрясіння. У такій ситуації з першої зустрічі потрібно заспокоїти його, зменшити емоційну напругу, вселити віру в позитивні наслідки лікування та вихід із хвороби [1].

У несприятливих випадках, за недовіри до лікаря, спостерігаються виразний негативізм до лікування, цілковита байдужість до власного здоров'я і небезпеки для оточення. Контакт з лікарем порушується, і лікування стає неможливим. У таких випадках важливо в доброзичливій, індивідуальній, аргументованій формі розповісти хворому про туберкульоз, шляхи його передачі, небезпеку для членів сім'ї й колективу, в якому пацієнт перебував, про можливість видужання за умови виконання лікарняного режиму, регулярного прийому антимікобактеріальних препаратів. Водночас і фтизіатри повинні вірити в ефективність лікування.

Однак не всі випадки захворювання вдається вилікувати за допомогою протитуберкульозної терапії, основним завданням якої є вплив на мікроорганізм. При цьому випадає з поля зору інший, не менш важливий, момент — реактивна здатність організму і стан нервової системи.

Таким чином, можна стверджувати, що одним із лікувальних чинників, який позитивно впливає на нервову систему, є психотерапія шляхом індивідуальної роботи. Вона дасть належний ефект лише тоді, коли буде продуманою, планованою і послідовною залежно від перебігу хвороби та етапу лікування. Розумний, доброзичливий вплив на психіку хворого, передусім шля-

хом індивідуального підходу, вкрай потрібний в час значного поширення хіміорезистентного туберкульозу та поєднання його з ВІЛ/СНІДом. У таких випадках особливо важливо не лише виявити різноманітні неврологічні нашарування, а й передусім домогтися перебудови особистості хворого з огляду як на особливість недуги і лікування, так і на майбутнє.

Однак у лікарській практиці трапляються, хоча й нечасто, випадки, коли медицина, зокрема й фтизіатрія, безсила. У такій ситуації фтизіатр зобов'язаний боротися за життя, не опускаючи руки за будь-яких обставин доти, поки жевріє іскра життя. До слова, навіть тоді, коли людина невиліковно хвора, надія може приховати час її смерті і таким чином полегшити фатальний кінець.

Зазвичай хворі на хіміорезистентний туберкульоз, зокрема мультирезистентний, потребують тривалого стаціонарного і амбулаторного лікування. Ізоляція від сім'ї, рідних і близьких людей доволі негативно впливає на психічний стан хворого. Це може виявлятися душевними переживаннями, розладами поведінки, недисциплінованістю, відмовою від прийому ліків, хірургічного втручання чи подальшого стаціонарного лікування. У такому випадку авторитет лікаря-фтизіатра, його адекватна індивідуальна робота, доброзичливе ставлення спроможні переконати пацієнта у позитивних можливостях лікування. У випадку вияву побічних реакцій, спричинених антимікобактеріальними препаратами, потрібно доступно та аргументовано роз'яснити хворому побічні ефекти і можливість ліквідації їх.

Практичний досвід засвідчує, що найрізноманітніші негативні реакції з боку хворих у процесі верифікації діагнозу, тривалої хіміотерапії в стаціонарних і амбулаторних умовах швидко нівелюються в атмосфері співдружності пацієнта з медичним персоналом, зокрема зі своїм лікарем-фтизіатром. Адже хворий активно лікується, виконує всі настанови лише у того, кому довіряє. З ним пацієнт підтримуватиме зв'язки, радитиметься навіть після одужання. Там, де добре налагоджена індивідуальна психологічна підготовка хворого, встановлено належний контакт, лікування відбувається у сприятливій атмосфері та з позитивним наслідком. До слова, аналіз свідчить, що з різних форм санітарно-просвітницької роботи найефективніша індивідуальна, яку повинні проводити як мінімум тричі: під час встановлення діагнозу, в процесі лікування і перед випискою. На жаль, як показали результати анкетування (таблиця), кожний п'ятий пацієнт навіть після повного курсу лікування дуже слабо орієнтується в основних

Таблиця. Анкета для виявлення знань хворих з деяких питань туберкульозу (n = 67)

№ з/п	Запитання	Відповідь	
		Правильна	Неправильна
1	Що таке туберкульоз?	58	9
2	Як поширюється туберкульоз?	46	21
3	Які симптоми туберкульозу легень?	62	5
4	Які свійські тварини найчастіше хворіють на туберкульоз?	48	19
5	Чи успадковується туберкульоз?	54	13
6	Основні методи виявлення туберкульозу легень	57	10
7	У що потрібно відкашлювати (збирати) харкотиння?	57	10
8	Чи можна вилікувати хворого на туберкульоз легень?	53	14
9	Чи потрібно проводити дітям щеплення проти туберкульозу?	48	19
10	Основні способи знезараження харкотиння в домашніх умовах	46	21
11	Чи сприяють туберкульозу куріння, алкоголізм, наркоманія?	54	13
12	Чи є протитуберкульозні препарати основними (найвагомішими) в лікуванні туберкульозу?	60	7
Загалом — 804 відповіді		643 (79,98 %)	161 (20,02 %)

питаннях туберкульозу (шляхи виявлення, клінічні вияви, лікування, профілактика).

Висновки

1. Встановлено, що у 70,6 % хворих спостерігаються нервово-психічні функціональні порушення, зумовлені різними чинниками. Тому лікар-фтизіатр зобов'язаний з моменту верифікації діагнозу туберкульозу заспокоїти хворого, усунути емоційну тривогу, перебудувати його ставлення до перспективи лікування і виходу з хвороби.

2. Тактовність, витримка, вміння переконливо і логічно усунути гіпотези й припущення досить швидко формує авторитет лікаря у хворого, повагу до нього як спеціаліста і людини, якій можна довірити своє життя.

3. Беручи до уваги травмовану психіку хворого, шляхом продуманої цілеспрямованої адекватної індивідуальної санітарно-просвітньої роботи можна домогтися значно вищої прихильності пацієнта до лікування на різних його етапах і тим самим досягти вагоміших позитивних наслідків лікування.

Список літератури

1. Воліна Л.М. Роль психотерапії в процесі лікування хворих на туберкульоз легень // Зупинимо туберкульоз в Україні.— 2012.— № 12.— С. 21.
2. Єсипенко С.В., Філюк В.В., Герасименко Н.А. Аналіз причин поширеності мультирезистентного туберкульозу в Одеській області // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2014.— № 3.— С. 85–89.
3. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии и деонтологии.— М.: Медицина, 1984.— 176 с.
4. Мельник В.М., Новожилова І.О., Матусевич В.Г., Марцинюк Т.М. Аналіз недоліків організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2014.— № 3.— С. 5–10.
5. Пятночка І.Т. та ін. Туберкульоз: підручник.— Тернопіль, ТДМУ, 2005.— 283 с.
6. Пятночка І.Т., Корнага С.І., Тхорик Н.В. Сатурація крові киснем при різних формах туберкульозу легень залежно від різних чинників // Вісн. наук. досл.— 2013.— № 1.— С. 12–14.
7. Петренко В.І. До міжнародного дня боротьби з туберкульозом: «Охопити три мільйони: виявити, лікувати, вилікувати туберкульоз» // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2014.— № 1.— С. 5–7.
8. Пульмонологія та фтизіатрія: підручник у 2 т. / За ред. Ю.І. Феценка, В.П. Мельника, І.Г. Ільницького.— К.—Львів: Атлас, 2011.— 1362 с.

І.Т. Пятночка, С.І. Корнага, Н.В. Тхорик

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

О благосклонности к лечению больных туберкулезом

Цель работы — повысить благосклонность к лечению больных туберкулезом благодаря адекватному индивидуальному подходу с учетом возможных нервно-психических нарушений.

Материалы и методы. Нервно-психические функциональные расстройства изучали у 153 больных туберкулезом легких с использованием психологической методики УНП (Н.Б. Ласко, 1978).

Использованы результаты анкетирования (67 больных), определения сатурации крови кислородом (485 лиц), а также индивидуальной работы с учетом психологического состояния больного.

Результаты и обсуждение. Многолетние наблюдения и исследования показали, что у больных туберкулезом легких возможны разнообразные функциональные нервно-психические нарушения, которые возникают в связи с диагнозом туберкулеза, в результате интоксикации или на почве химиотерапии и других факторов. Нервно-психические нарушения констатированы у 70,6 % больных (психопатизация у 30,8 %, невротизация у 23,9 % и их сочетание у 15,9 %). Все эти психические нарушения в значительной степени можно нивелировать, прежде всего настойчивым, доброжелательным, индивидуальным влиянием на психику больного врачом-фтизиатром, значительно повысить благосклонность к лечению на разных его этапах и достичь весомых позитивных результатов.

Выводы. У 70,6 % больных туберкулезом легких наблюдают различные функциональные нервно-психические нарушения, которые предопределены различными факторами. В значительной степени их можно нивелировать, главным образом, доброжелательным индивидуальным влиянием на психику больного, и значительно улучшить расположение к лечению и достичь лучших результатов.

Ключевые слова: туберкулез, благосклонность, лечение.

I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaha, N.V. Thoryk
Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

About attitude to the treatment of TB patients

Objective – to improve attitude to treatment of TB patients due to adequate individual approach taking into account possible neuropsychic violations.

Methods and materials. Neuropsychic functional disorders studied in 153 patients with pulmonary TB with the use of psychological methodology of LNP (N.B. Lasko, 1978). Used the results of the survey (67 patients), determination of saturation of blood by oxygen (485 persons), and also individual work taking into account the psychological condition of each patient.

Results and discussion. Long-term supervisions and researches showed that for patients with pulmonary TB various functional neuropsychic violations that arise up in connection with the diagnosis of tuberculosis are possible, as a result of intoxication or on soil of chemotherapy and other factors. Neuropsychic violations are established in 70.6 % patients (psychopatizatoin at 30.8 %, neurotization at 23.9 % and their combination at 15.9 %). All these psychical violations mostly can be leveled, primarily insistent, friendly, personal influence on the psyche of the patient's by the TB doctors. And, as a result, considerably to improve a attitude to treatment on different stages and to attain more ponderable positive results of treatment considerably.

Conclusions. In 70.6 % patients with pulmonary TB appears different functional neuropsychic violations that is predefined by the different factors. These psychical violations, largely, it canlevel, mainly, by friendly, personal influence on the psyche of the patient and considerably to improve attitude to treatment and thus attain the best results.

Key words: tuberculosis, attitude, treatment.

Контактна інформація:

Корнага Світлана Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1
E-mail: svitlanacor@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 26 січня 2015 р.