

І.Т. П'ЯТНОЧКА, С.І. КОРНАГА, В.І. П'ЯТНОЧКА (Тернопіль)

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ФТИЗИАТРА

ДДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

У статті наведені дані про психічні розлади у хворих на туберкульоз легень і про особливе значення психопрофілактики у ліквідації цих розладів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **туберкульоз, нервово-психічні розлади, лікування.**

Подолання епідемії туберкульозу, зниження захворюваності, смертності, медико-соціальних та економічних збитків від недуги є гострою проблемою сьогодення не тільки в Україні, але й у багатьох країнах світу. Туберкульоз – інфекційна хвороба, яку спричиняють мікобактерії туберкульозу (МБТ). Захворювання перебігає з періодичними загостреннями, рецидивами та ремісіями, уражає переважно найбільш вразливі, соціально дезадаптовані, групи населення, спричиняє високу тимчасову та стійку втрату працездатності і вимагає тривалого комплексного лікування [5].

Однією з важливих складових лікування хворих на туберкульоз є нормалізація психо-невротичних порушень, які нерідко спостерігаються у хворих [1;4]. Ці порушення потрібно своєчасно розпізнати, щоб відразу ж встановити оптимальний взаємозв'язок з хворим, провести адекватне обстеження та лікування. На превеликий жаль, лікарі не завжди беруть до уваги індивідуальні особливості хворого, його психо-невротичний стан [2], хоча це є доволі актуальним. В Україні ця актуальність знаходиться дещо поза увагою науковців і клініцистів через перевагу у фтизіатрії нозоцентричного специфічного біологічно-орієнтованого підходу до лікування туберкульозу легень відповідно до стандартизованої програми терапії [1].

Мета дослідження: показати можливі нервово-психічні порушення, які спостерігаються у хворих на туберкульоз легень, і шляхи їх подолання.

Матеріали і методи. На підставі власних багаторічних спостережень та окремих досліджень, а також літературних даних показано можливі психічні розлади у хворих на туберкульоз, під час тривалої антимікобактеріальної терапії (АМБТ), а також після її завершення. Акцентується увага фтизіатрів на дотриманні ними етичних та деонтологічних принципів у повсякденній професійній діяльності.

Результати дослідження та їх обговорення. Характер змін у психіці хворого може бути досить різноманітним – від слабо виражених невротичних і невротоподібних до короточасних психопатичних, котрі суттєво змінюють клінічну

картину туберкульозного процесу. При туберкульозі нерідко спостерігаються швидка втомлюваність і дратівливість, емоційна неврівноваженість, ейфорія або різко пригнічений настрій. Це, до певної міри, можна пояснити кисневим голодуванням організму, зокрема головного мозку, внаслідок недостатньої легеневої вентиляції [3]. З цим співзвучні наші дослідження. При поширеному тривалому туберкульозному процесі значно погіршується функція зовнішнього дихання (ФЗД), що супроводжувалося зниженою сатурацією крові киснем (SaO_2). З наростанням тривалості захворювання і поширеності легеневого процесу, туберкульозної інтоксикації, закономірно знижується насичення крові киснем, що проявляється суб'єктивними і об'єктивними змінами з боку легенево-серцевого апарату і, зокрема, психо-неврологічного статусу.

Іноколи хворі на туберкульоз вирізняються дивною розумовою працездатністю, гарним настроєм, хоча це не завжди відповідає важкості туберкульозного процесу. Це, на думку В.Ф. Матвеева [3], пояснюється продуктами життєдіяльності мікобактерій туберкульозу, дія яких схожа на легке алкогольне сп'яніння.

Значне місце у психологічній картині хворих на туберкульоз належить іпохондричним порушенням, фіксуванням на своїх фізичних функціях, що проявлялось значною кількістю скарг на погане здоров'я, з виразною тенденцією входу в хворобу, схильністю до різноманітних психо-невротичних реакцій. Так, результати проведеного нами дослідження за психологічною методикою РНП (рівень невротизації і психопатизації; Н.Б. Ласко, 1978) засвідчили, що розлади психічної діяльності спостерігаються у 70,3% хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ). Психопатизація констатована у 30,7% пацієнтів, невротизація – у 23,8%. Поєднання психопатизації і невротизації спостерігались у 15,8% осіб. До того ж слід зазначити, що у хворих з поширеним деструктивним процесом і виразними явищами інтоксикації нервово-психічні порушення були частішими і проявлялися у яскравішій формі.

Отже, основне завдання, яке стоїть перед фтизіатром при першій зустрічі, – заспокоїти хворого, нівелювати його емоційну напругу, підвищену увагу до аналізу своїх відчуттів, перебудувати його ставлення до перспективи лікування і виходу із хвороби. Це потребує доброзичливого контакту і взаєморозуміння. Оскільки кожний хворий страждає по-різному, ставлення до захворювання теж різне, але найбільш частим є елемент страху, який інколи виступає на перший план у стривоженій психіці пацієнта. Тому підхід до хворого і перший контакт з ним завжди повинен бути і лікувальною процедурою. Винятково слушні та справедливі у цьому контексті слова знаменитого психоневролога В.М. Бехтерева: «Якщо у хворого після розмови з лікарем не настає полегшення, то це не лікар». Однак, як би це не звучало, повідомлення про туберкульоз викликає у хворого страх, жах, розпач, глибоке потрясіння. У такій ситуації з першої зустрічі необхідно переконливо заспокоїти хворого, зменшити його емоційну напругу, вселити віру у позитивний результат лікування та виходу із хвороби.

У сприятливих випадках у пацієнта з'являється бажання обстежуватися та лікуватися, тобто формується добрий контакт, оптимальна співдружність з лікарем. Однак інколи спостерігається виразний негативізм до лікування, цілковита байдужість до власного здоров'я і небезпеки для оточуючих; контакт з лікарем порушується, і лікування стає неможливим.

Трапляються і такі випадки, коли хворі на активну форму туберкульозу бояться «знову» заразитися і відмовляються від стаціонарного лікування або самовільно залишають стаціонар. У таких випадках, у доброзичливій, аргументованій формі, необхідно розповісти хворому, що таке туберкульоз, про шляхи його передачі, небезпеку для членів сім'ї та колективу, в якому пацієнт перебував, про можливість видужання за умови виконання лікарняного режиму, регулярного прийому антимікобактеріальних препаратів (АМБП). Водночас і фтизіатри повинні вірити у позитивні наслідки лікування. Адже сучасна АМБТ дозволяє домогтися припинення бактеріовиділення у 97,3% вперше діагностованих хворих і закриття порожнин розпаду у 81,5% уже через 6 місяців лікування [2]. Той факт, що не всі випадки захворювання вдається вилікувати за допомогою АМБП, не є випадковим, оскільки він закладений у самій суті хіміотерапії, основними принципами і метою якої є вплив на мікроорганізм. При цьому упускається з поля зору інший, не менш важливий, бік проблеми лікування – реактивна здатність організму і стан нервової системи.

Таким чином, можна стверджувати, що одним з лікувальних факторів, який позитивно впливає на нервову систему, є психотерапія, і вона виявиться ефективною лише тоді, коли буде про-

думанною, планомірною і послідовною, залежно від перебігу захворювання та етапу лікування.

Розумний, доброзичливий вплив на психіку хворого є винятково потрібним в теперішній час – час широкого розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу, як і поєднання його з ВІЛ/СНІДом. У таких випадках особливо важливим є не лише виявити різноманітні неврологічні наслідки, але й, передусім, домогтися перебудови особистості хворого, як в плані його поглядів на таку особливість недуги, так і на майбутнє.

Однак лікарям-фтизіатрам слід пам'ятати, що у благородній, звеличеній їх діяльності є і непрогнозований, непередбачуваний бік, який дуже важко на них відбивається, завдаючи їм інколи глибокої психотравми, зводячи їм інколи глибини психотравми – це недосконалість медичної науки. Жодна з професій не завдає стільки важких переживань і потрясінь, як лікарська. Хворі та їхні рідні схильні завжди звинувачувати лікаря, якщо хворобу не подолано. Люди, зазвичай, вимагають, щоб лікар конкретно передбачив тривалість і наслідки захворювання. Лікар може лише прогнозувати, успіх чи невдача лікування не завжди від нього залежать. Жоден чесний розумний лікар не може дати абсолютної гарантії щодо ефективності чи наслідків лікування [3]. Тим більше сьогодні, у час патоморфозу туберкульозу, хіміорезистентності та поєднання його з ВІЛ/СНІДом.

Іншим важливим моментом лікарської діяльності, хоча і нечастим, є випадки безсилля медицини, зокрема і у фтизіатрії. Однак і у такій ситуації лікар не повинен ставати прихильником бездіяльності, безпорадності, абсолютного безсилля до терапевтичних можливостей. Лікар зобов'язаний боротися за життя, не опускаючи безнадійно руки при будь-яких обставинах, доти, доки жевріє іскра життя. Видатний український професор терапевт В.М. Коган-Ясний сказав: «Немає безнадійних хворих, є безнадійні лікарі». Адже надія – фактор колосальної сили. Це не що інше, як активна дієва мобілізація всіх сил організму через нервову систему, яка нерідко творить дива. Покращується стан хворих, які, здавалося б, приречені на смерть. До речі, навіть у тих випадках, коли людина невиліковно хвора, надія може приховати час її смерті і, таким чином, дозволить легше перенести фатальний кінець.

Лікар повинен виявляти теплоту, турботу і духовну участь у стражданнях хворого, тобто проявити свої особисті якості – простоту і стриманість, скромність і акуратність, сердечність і спостережливість по відношенню до пацієнта і членів його сім'ї.

Зазвичай хворі на мультирезистентний туберкульоз потребують тривалого стаціонарного лікування, строком 8 і більше місяців [6]. Тривала ізоляція від сім'ї, рідних і близьких людей доволі негативно впливає на психічний стан хворого. Це може проявитися страхом, душевними пережи-

ваннями, а інколи розладами поведінки, зокрема протестом, недисциплінованістю, відмовою від прийому ліків, хірургічного втручання чи подальшого стаціонарного лікування. У такому випадку авторитет лікаря-фтизіатра, його доброзичливе ставлення, спроможні переконати хворого у позитивних можливостях лікування. У випадках появи побічних реакцій, спричинених АМБП, потрібно доступно та аргументовано роз'яснити хворому подібні побічні ефекти і можливість їх ліквідації.

Практичний досвід засвідчує, що різноманітні негативні реакції з боку хворих в процесі тривалої хіміотерапії швидко нівелюються при розумній співдружності пацієнта з медичним персоналом, передусім лікарем. У випадках, коли АМБП не призводить до повноцінного видужання, показане хірургічне втручання, яке нерідко є цілком несподіваним для хворого і може спричинити своєрідний психологічний «спалах». Це може бути виною самого фтизіатра, котрий ще на початку лікування повинен був націлювати хворого на можливість проведення хірургічного втручання за відсутності ефекту від консервативної терапії. Виправданим і корисним у таких випадках є переведення хворого за 2–3 тижні до операції у фтизіо-хірургічне відділення, де пацієнт познайомиться з обстановкою відділення, медичним персоналом, післяопераційними хворими, а головне – з хірургом, якому довіряє. Оскільки хворий активно лікується лише у того спеціаліста, якому довіряє. Там, де добре проведена психологічна підготовка хворого, встановлений належний

контакт з хворим, лікування відбувається у сприятливій атмосфері, а післяопераційні ускладнення спостерігаються рідше. Загалом робота з хворим потребує від усіх співробітників хірургічного відділення єдиного взаєморозуміння і поведінки. Натомість ухиляння від прямих відповідей на запитання породжують у хворого сумніви, недовіру і можуть викликати цілу низку шкідливих ятрогенних реакцій. Крім усього вищенаведеного, в обсяг завдань фтизіатра входить спостереження і лікування пацієнтів після виписки із стаціонару.

Висновки

Основна задача, яка стоїть перед лікарем будь-якої спеціальності, з першої зустрічі заспокоїти хворого, усунути його емоційну тривогу, підвищену увагу до аналізу своїх відчуттів, перебудувати його ставлення до перспектив лікування і виходу з хвороби. Ця, на перший погляд проста, задача потребує доброзичливого контакту і взаєморозуміння. І починати цей процес потрібно з першої зустрічі з хворим, зокрема з моменту з'ясування даних анамнезу захворювання і життя.

Тактовність лікаря, його витримка, вміння переконливо і логічно усунути затьмарені гіпотези хворого, довести необґрунтованість і хибність побудованої ним концепції хвороби, досить швидко формує авторитет лікаря в очах хворого, повагу до нього як спеціаліста і людини, якій можна довірити своє життя.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні психоневрологічного статусу хворих з різними типами туберкульозного процесу.

Список літератури

1. Бодро М. Г. Психічні розлади у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень (клініка, діагностика, корекція) : дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.16 Д / М. Г. Бодро. – Д., 2006. – 144 с.
2. Воліна Л. М. Роль психотерапії в процесі лікування хворих на туберкульоз легень / Л. М. Воліна // Зупинимо туберкульоз в Україні. – 2012. – № 12. – С. 21.
3. Матвеев В. Ф. Основы медицинской психологии и деонтологии / В. Ф. Матвеев. – М. : Медицина, 1984. – 176 с.
4. Туберкульоз : [підр.] / І. Т. П'ятночка [та ін.]. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 283 с.
5. Туберкульоз: організація діагностики, лікування та контролю за смертністю : [виробниче видання] / Феценко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В., Лірник С. В. – К. : Здоров'я, 2010. – 448 с.
6. Туберкульоз: уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. – К., 2012. – 166 с.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА

І.Т. Пятночка, С.И. Корнага, В.И. Пятночка (Тернопіль)

В статье приведены данные о психических расстройствах у больных туберкулезом легких и об особом значении психопрофилактики в ликвидации этих расстройств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **туберкулез, нервно-психические расстройства, лечение.**

PSYCHOPROPHYLAXIS IN THE PRACTICE OF TB DOCTORS

I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaga, V.I. Pyatnochka (Ternopil)

The article presents data on mental disorders in lung tuberculosis patients and the special significance psychoprophylaxis to eliminate these disorders.

KEY WORDS: **tuberculosis, psychological disorders, treatment.**

Рукопис надійшов до редакції 28.02.2013
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда