

ISSN 0032-9533

2
1987

ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА



МОСКВА · МЕДИЦИНА

Пробл. туберкулеза, 1987
№ 2, с. 1—80.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ К ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Московский медицинский стоматологический институт им. Н. А. Семашко

Современная терапия и организация лечения туберкулеза легких нередко затрудняются наблюдающимися у больных туберкулезом изменениями психики [1, 2, 8, 9] и распространением среди них алкоголизма [3, 6]. Негативное значение имеют также социальная и изоляция от семьи вследствие длительного стационарирования, наличие предубеждений и ложных представлений о туберкулезе и применяемых для лечения препаратах [4, 5, 10].

Вследствие всех этих факторов больные туберкулезом часто неадекватно относятся к лечению, что приводит к нарушениям больничного режима и несоблюдению назначений врача. Эти явления обращают на себя внимание и фтизиатров, но систематически изучаются пока только в психиатрии [7, 11—15]. При этом указывают на такие факторы, как пол, возраст, семейное положение, образование, материальная обеспеченность, склад личности больного, личность врача, степень анозогнозии, клиническая картина и «внутренняя» картина болезни, особенности препаратов, в частности их побочное действие.

В настоящем исследовании анализируется роль некоторых из этих факторов в процессе лечения в условиях стационарного отделения противотуберкулезного диспансера. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе регистрировались паспортные данные, анамнестические сведения, в том числе злоупотребление алкоголем и курением, состояние туберкулезного процесса. Проводилась беседа, направленная на выяснение психопатологических симптомов невротического уровня, определялось отношение больных к лечению.

На втором этапе (после выписки) определялась длительность госпитализации, выделялись случаи прекращения терапии вследствие нарушений режима, оценивалась эффективность лечения. При определении последней ис-

ходили из категории «улучшение», которая предполагает не только снятие туберкулезной интоксикации, абациллирование, но и рентгеноположительные изменения. Результаты исследования обрабатывали статистически с помощью критерия χ^2 .

Обследовано 58 больных туберкулезом легких, в том числе 43 мужчины и 15 женщин в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст 43,5 года). По формам туберкулеза больные распределялись следующим образом: очаговая — 15, инфильтративная — 21, фиброзно-кавернозная и цирротическая — 22. Бактериовыделителей было 24. Впервые госпитализировались по поводу туберкулеза 27 больных.

В результате целенаправленной беседы выявлено, что чаще 2 раз в месяц употребляли алкоголь 17 больных, выкуривали 10 сигарет и более в день — 31. Невротические симптомы были обнаружены у 37 больных, анозогнозия — у 22.

Среди больных 25 проявляли желание лечиться от своего заболевания, однако у некоторых из них позитивное отношение к лечению имело ряд особенностей. У 33 больных стремления к достижению благоприятного лечебного эффекта не было, но далеко не все они своим поведением препятствовали процессу терапии и нарушали режим. Исходя из этого, было выделено 4 типа отношения к лечению.

1. Позитивно-конформный тип (11 больных). Больные старательно и полностью выполняли режим и назначения, были заинтересованы в положительном результате лечения, знали все препараты, верили врачу. Расспрашивали о своем заболевании, искали сочувствия, иногда преувеличивая тяжесть своего состояния.

2. Позитивно-требовательный тип (14 больных). Желая вылечиться, больные в то же время скептически относились к назначениям врача, по своему оценивая действие лекарств, преувеличивая их побочные действия,

как правило, высказывали много предложений по улучшению работы отделения, требовали ускорить процесс лечения, рано ставили вопрос о выписке.

3. Пассивный тип (17 больных). Больные не проявляли особого стремления к выздоровлению, как будто их вполне устраивала роль больного, отмечали пользу от регулярного питания, которое трудно наладить дома, лечебно-охранительного режима, заботы персонала, названий препаратов часто не знали, не отмечали их особого эффекта.

4. Негативный тип (16 больных). Больные отрицательно относились к лечению, стремились поскорее выписаться, часто не соблюдали режим, не всегда выполняли назначения, пили таблетки «постольку—поскольку».

На втором этапе работы было установлено, что средняя длительность госпитализации составила 4,7 мес. До 4 мес. лечились в стационаре 27 больных. 13 больных выписаны за нарушение режима. Улучшение состояния туберкулезного процесса было отмечено у 21 больного. Эффективность лечения была максимальной у больных с позитивно-требовательным типом отношения к лечению — успех достигнут более чем у половины из них. При позитивно-конформном и пассивном типах отношения к лечению эффект достигнут более чем у $\frac{1}{3}$, при негативном — только у 1 из 16 больных. Последний тип по успешности лечения статистически значимо уступал трем остальным типам, между которыми различия были несущественны. Больных с негативным типом отличала и минимальная длительность госпитализации (в среднем 3,8 мес). Лица с позитивно-требовательным типом лечились 4,3 мес, остальные — дольше. Из 16 больных с негативным типом 8 выписаны за нарушения режима.

При анализе взаимосвязей установлено следующее. Негативный тип отношения к лечению оказался сопря-

женным со злоупотреблением алкоголем ($P < 0,05$), с наличием анозогнозии ($P < 0,05$), с прекращением терапии вследствие нарушений режима ($P < 0,01$), а также с низкой эффективностью терапии ($P < 0,01$).

Было обнаружено также, что длительность госпитализации была короче у больных, ранее находившихся в стационарах по поводу туберкулеза ($P < 0,05$), и у больных, злоупотребляющих алкоголем ($P < 0,05$). Прекращали лечение вследствие нарушений режима чаще лица моложе 56 лет ($P < 0,05$), мужчины ($P < 0,05$) и злоупотребляющие алкоголем ($P < 0,01$) и курением ($P < 0,01$).

Эффективность лечения статистически значимо отрицательно коррелировала с возрастом старше 45 лет ($P < 0,01$), мужским полом ($P < 0,05$) с начальным и неоконченным средним образованием ($P < 0,01$), нетрудоспособностью по болезни или по возрасту ($P < 0,01$), с тяжелой формой процесса ($P < 0,01$), с наличием предыдущих госпитализаций по поводу туберкулеза ($P < 0,01$), с малой длительностью данной госпитализации ($P < 0,01$), с прекращением терапии вследствие нарушений режима ($P < 0,01$), с злоупотреблением алкоголем ($P < 0,01$), курением ($P < 0,05$), с подавленно-угрюмым настроением ($P < 0,05$).

Таким образом, при проведении терапии в условиях стационаров противотуберкулезных диспансеров большую и во многом определяющую роль играют медико-психологические факторы, которые прежде всего сказываются на отношении больных к лечению. Особого внимания заслуживает негативный тип отношения к лечению. Лица с этим типом, злоупотребляющие алкоголем, нуждаются в лечении в условиях более строгого режима, контроля за приемом лекарств, а также в расширении показаний для оперативного вмешательства, парентерального введения препаратов, противоалкогольной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабич А. И. Опыт изучения нервно-психических расстройств при туберкулезе органов дыхания: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Владивосток, 1976.
2. Берлин-Чертов С. В. Туберкулез и психика. — М., 1948.
3. Ершов А. И. Туберкулез и алкоголизм. — М., 1966.
4. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине: Пер. с чешск. — 2-е русск. изд. — Прага, 1983.
5. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. — 2-е изд. — М., 1984.
6. Рудой Н. М., Чубаков Т. Ч. Туберкулез легких и алкоголизм. — М., 1985.
7. Румянцева Г. М., Котов В. П. // Клиниче-

- ские и организационные вопросы судебной и общей психиатрии. — Калуга, 1975. — С. 50—54.
8. *Сергеев И. И.* Пограничные нервно-психические расстройства при некоторых формах туберкулеза легких: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1969.
 9. *Солдаткин О. П.* // Актуальные проблемы туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний легких. — Томск, 1974, — С. 88—93.
 10. *Ташлыков В. А.* Психология лечебного процесса. — Л., 1984.
 11. *Gonçalves N.* // *Nervenarzt.* — 1978. — Bd 49. — S. 58—64.
 12. *Howard K., Rickels K., Moch I. E. et al.* // *J. nerv. ment. Dis.* — 1970. — Vol. 150. — P. 102—110.
 13. *Krucko J.* // *Int. Pharmacopsychiat.* — 1978. — Vol. 13. — P. 234—239.
 14. *Kubacki A.* // *Psychiat. pol.* — 1982. — Vol. 16. — P. 297—306.
 15. *Muller-Oerlinghausen B.* // *Brit. J. Psychiat.* — 1982. — Vol. 141. — P. 411—419.

Поступила 07.07.86

O. S. Zaitsev — FACTORS DEFINING ATTITUDE OF INPATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS TO THERAPY

Fifty eight patients with pulmonary tuberculosis were divided into 4 groups by their attitude to therapy: positive-conformal (11 patients), positive-pretentious (14 patients), passive (17 patients) and negative (16 patients). The negative type proved to be concerned with heavy alcohol drinking, anosognosia, indiscipline followed by discharge from the hospital, low therapy efficiency. Low efficiency of therapy also markedly correlated with the factor of

age over 45, low educational level, incapacity, severe forms of the disease, previous hospitalization for tuberculosis, short periods of treatment in hospitals (not more than 4 months), depression, heavy alcohol drinking, and smoking, discharge from the hospital because of indiscipline, the male sex factor. It is concluded that the negative type of attitude to therapy requires correction.

УДК 616.233-002.2-085.33-032:611.233

А. Г. ЧУЧАЛИН, В. Н. СОЛОПОВ, Н. А. КОЛГАНОВА

**ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫМ
ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ**

И ММИ им. Н. И. Пирогова

В последние годы отмечается увеличение заболеваемости хроническим бронхитом, удельный вес которого в структуре хронических неспецифических заболеваний легких составляет 28—32 % [3]. Наряду с увеличением заболеваемости хроническим бронхитом утяжеляется его течение, а также возрастает смертность [1]. Основными причинами обострений заболевания являются инфекция (вирусная, бактериальная), климатические и погодные факторы, провоцирующие обострения болезни в осенне-весенний период. Периодические вспышки острых респираторных инфекций среди населения приводят к тому, что в течение года у страдающих хроническим бронхитом пациентов отмечается по несколько обострений заболевания. Хронический бронхит поражает наиболее трудоспособную (20—60 лет) часть населения [2], поэтому разработка наиболее эффективных методов терапии обострений этого заболевания является актуальной.

Хроническая рецидивирующая инфекция при данном заболевании опре-

деляет необходимость частого применения антибактериальных препаратов (антибиотиков, сульфаниламидов и пр.). Широкая доступность этих препаратов, бесконтрольное применение их больными, недостаточно продолжительные курсы лечения, частая без необходимости смена антибактериальных препаратов приводят к появлению резистентной к антибиотикам флоры, а также вызывают много осложнений. Поэтому перед врачом часто стоят проблема выбора того или иного препарата и вопрос, будет ли он эффективен и не вызовет ли каких-либо побочных реакций.

Невозможность купирования рецидивирующего инфекционного процесса в бронхиальном дереве часто определяет необходимость использования эндо-бронхиальных методов лечения (санационные бронхоскопии, наложение микротрахеостом) с введением антибиотиков и антисептиков в дыхательные пути. Однако эти методы лечения технически сложны, травматичны и не всегда могут быть применены, поскольку у больных могут быть дыха-