

**Вечорко Валерий Иванович**

**Оптимизация организации стационарного этапа лечения  
больных туберкулезом**

14.02.03. - «Общественное здоровье и здравоохранение»

Автореферат

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Москва 2011 г.

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук  
**Пучков Константин Геннадьевич**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
**Кудрина Валентина Григорьевна**  
доктор медицинских наук  
**Нечаева Ольга Бронеславовна**

Ведущая организация:  
ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России»

Защита состоится «01» «июля» 2011 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11)

Автореферат разослан «\_\_» «\_\_\_\_\_» 2011 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

Пучков Константин Геннадьевич

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Туберкулез является сложной многоуровневой медико-социальной проблемой, привлекающей к себе внимание многочисленных исследователей (А.Г. Хоменко, 1989; Ю.В. Михайлова, 1990; И.М. Сон с соавт, 2003; В.К. Попович, 2004). На стыке XX и XXI веков туберкулез приобрел особую актуальность благодаря целому комплексу проблем, обусловивших специфичность развития эпидемического процесса данного заболевания в условиях одновременного разнонаправленного воздействия социально-экономических и медико-биологических факторов, развития медицинской науки в условиях перманентного реформирования системы здравоохранения и пр. Для отечественной системы противотуберкулезной помощи населению на протяжении многих десятилетий был характерен повышенный и устойчивый интерес к исследованиям, посвященным вопросам организации противотуберкулезной помощи (М.В. Шилова, 2001; А.Л. Кучеров, 2002; Т.С. Хрулева, 2004; М.И. Перельман, 2008, Е.М. Богородская, 2009; О.Б. Нечаева, 2010).

Ухудшение эпидемической ситуации по туберкулезу в России в 90-е годы XX века, происходившее на фоне политических и социально-экономических потрясений, активизации негативных демографических и миграционных процессов, а также кризис системы постсоветского здравоохранения, сделали неизбежным процесс реформирования как всей медицинской отрасли, так и отдельных ее служб (Е.И. Скачкова, 2008). В полной мере это относится и к противотуберкулезной службе, которую не без оснований считали избыточно «заорганизованной» и недостаточно эффективной. К сожалению, реформирование противотуберкулезной службы проводилось недостаточно продуманно, а ряд мероприятий носил вынужденный характер. Тем не менее, противотуберкулезная служба практически сохраняет структуру и большинство функций, заложенных еще в советский период, в совершенно отличных от современных условий эпидемических, экономических, организационных реалиях. Одним из наиболее значимых последствий реформирования явилось

уменьшение численности пациентов ПТД за счет передачи из противотуберкулезной службы в общую лечебную сеть контингентов лиц из «групп риска» заболевания туберкулезом. Произошедшие в результате этого изменения численности и структуры контингентов ПТД оказали заметное влияние на содержание и формы работы медицинского персонала большого числа противотуберкулезных учреждений (в первую очередь, амбулаторных). В то же время, данные изменения не нашли адекватного отражения не только в нормативной и правовой базе, но и на уровне регламентации организационно-методических мероприятий.

Одной из самых болезненных и хронических проблем фтизиатрии является необходимость длительного лечения больных специфическими препаратами, как правило, в условиях стационара. Негативное влияние длительного пребывания в стационаре на психический статус пациента отмечалось целым рядом исследователей (К.Г. Пучков, 2001; Н.А. Коваленко, 2007). Однако, в современных условиях данная проблема в большей степени обретает социальную значимость, так как исключение больных из профессиональной и общественной деятельности, учебы, неизбежно снижают их социальный статус, приводят к проблемам в семье.

Для решения этой проблемы необходимо получение достоверной информации о медико-биологических, социальных и личностных характеристиках лиц из контингентов ПТД в современных условиях.

**Цель исследования:** совершенствование организации лечения больных туберкулезом на стационарном этапе путем разработки и внедрения мониторинга их медико-социальных и психологических характеристик.

**Задачи исследования:**

1. Изучить эпидемическую ситуацию по туберкулезу, динамику численности и структуры контингентов противотуберкулезных учреждений Республики Кабардино-Балкария за 2000-2009 гг.
2. Определить особенности медико-социальных и психологических характеристик больных активным туберкулезом и членов их семей.

3. Разработать и внедрить методику мониторинга медико-социальных и психологических характеристик больных туберкулезом во время их лечения в специализированном стационаре.

База исследования: Кабардино-Балкарская Республика.

Единица наблюдения: пациент ПТД, лечебно-профилактическое учреждение.

**Научная новизна исследования** заключается в том, что автором впервые:

- изучена динамика численности и структуры контингентов противотуберкулезных учреждений Республики Кабардино-Балкария в период относительной стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу и реформирования методики формирования и наблюдения контингентов ПТД;
- изучены медико-социальные и психологические характеристики больных туберкулезом, а также влияние заболевания туберкулезом на социальное и семейное благополучие лиц из контакта с больными туберкулезом;
- разработана система мониторинга медико-социальных и психологических характеристик больных туберкулезом во время их лечения в специализированном стационаре.

**Научно-практическая значимость исследования** заключается в разработке и внедрении мониторинга медико-социальных и психологических характеристик больных туберкулезом на стационарном этапе лечения, что позволяет сократить количество случаев преждевременного прекращения лечения, снизить риск обострения и рецидива туберкулезного процесса и предотвратить случаи инфицирования МБТ лиц из контакта с больным туберкулезом.

**Внедрение результатов исследования:**

Материалы диссертации использовались при подготовке докладов о состоянии здоровья населения Республики Кабардино-Балкария в 2002-2009 гг.

для Правительства КБР и глав муниципальных образований, Региональной Целевой Программы «Развитие здравоохранения в КБР на период 2007-2011 годы». Доложены на итоговых совещаниях руководителей противотуберкулезной службы КБР в 2004-2009 годах, VII Российском съезде фтизиатров (Москва, 2003), на Апробационном совете ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (Москва, 2011), включены в программу обучения на кафедре организации здравоохранения медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Динамика численности и структуры контингентов противотуберкулезных учреждений Республики Кабардино-Балкария в период относительной стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу.
2. Особенности медико-социальных характеристик больных туберкулезом и контингентов отдельных групп диспансерного учета ПТД.
3. Методика мониторинга социально-гигиенических и личностных характеристик больных с впервые выявленным туберкулезом и лиц с хроническим течением заболевания.

**Объем и структура диссертации:** диссертация изложена на 147 страницах компьютерной печати и состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений.

Диссертация иллюстрирована 12 таблицами, 36 рисунками. Указатель литературы содержит 165 наименований работ, из которых 133 принадлежат отечественным и 32 иностранным авторам.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 4 печатных работ, в том числе 3 публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обоснована актуальность исследования, определены цель и задачи, научная новизна и практическая значимость, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** представлен обзор отечественных и зарубежных источников литературы, посвященных анализу медико-социальных характеристик больных туберкулезом. Анализ отечественных и зарубежных источников литературы показал неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию, связанную с заболеваемостью туберкулезом в РФ, в том числе и КБР, что определяет необходимость разработки мероприятий по совершенствованию системы организации фтизиатрической помощи. Повышение эффективности лечения больных туберкулезом является одной из важнейших задач во фтизиатрии.

**Вторая глава** «Программа и методика исследования». Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовался комплекс социально-гигиенических методов: статистический, социологический, монографический, непосредственного наблюдения, психологический.

Исследование проводилось в 4 этапа:

На *первом этапе* была собрана, обработана и проанализирована статистическая информация по туберкулезу в Республике Кабардино-Балкария, ЮФО и РФ за период 2000-2009 гг. Источниками информации послужили данные из отчетных форм № 8 и №33.

На *втором этапе* изучена динамика численности и структура контингентов противотуберкулезных учреждений Республики Кабардино-Балкария (отчетные формы №8 и №33 по Кабардино-Балкарской Республике).

На *третьем этапе* проведены социологические опросы больных с впервые выявленным туберкулезом и хроническим туберкулезом (1451 пациент ПТД), а также группа риска, контактирующие с ними (376).

На четвертом этапе была разработана и внедрена методика мониторинга медико-социальных и психологических характеристик больных туберкулезом во время их лечения в специализированном стационаре.

**Схема 1. Программа и методика исследования**

Этап	Единица наблюдения	Объем наблюдений	Объект исследования	Методы исследования
1. Изучить эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Республике Кабардино-Балкария за период 2000-2009 гг	Данные из ф. №8 и ф. № 33	2000-2009 гг.	ф. № 8 и ф. № 33 и отчетов Кабардино-Балкарского республиканского противотуберкулезного диспансера	Аналитический Статистический
2. Изучить динамику численности и структуры контингентов противотуберкулезных учреждений Республики Кабардино-Балкария за 2000-2009 гг.	Больной туберкулезом	2000-2009 гг.	ф. № 8 и ф. № 33 и отчетов Кабардино-Балкарского республиканского противотуберкулезного диспансера	Аналитический Статистический
3. Определить особенности медико-социальных и психологических характеристик больных туберкулезом и лиц из контакта с ними.	Пациент ПТД	1451 (376)	ПТД Республики Кабардино-Балкарии	Социологический Аналитический Статистический Экспертный
4. Разработать и внедрить методику мониторинга медико-социальных и психологических характеристик больных туберкулезом во время их лечения в специализированном стационаре	Пациент ПТД	1451 (376)	ПТД Республики Кабардино-Балкарии	Аналитический Статистический Экспертный

**Третья глава** «Особенности структуры контингентов противотуберкулезных диспансеров Республики Кабардино-Балкария в условиях относительной стабилизации эпидемической ситуации и реформирования работы противотуберкулезной службы». Материалы главы посвящены решению первой задачи и обоснованию первого положения, выносимого на защиту.

В течение 2000-х годов Республика Кабардино-Балкария сохранила за собой репутацию территории с относительным эпидемическим благополучием по туберкулезу. Официальные показатели заболеваемости, болезненности и смертности от туберкулеза в республике имели незначительную, но устойчивую тенденцию к снижению и оставались ниже региональных и



федеральных показателей (таблица по заболеваемости, болезненности и смертности от туберкулеза).

После внедрения требований Приказа МЗ РФ №109 от 03. 2004 г. численность контингентов ПТД КБР сократилась на 18,7% за счет передачи самой многочисленной «группы риска» по туберкулезу для наблюдения в амбулаторно-поликлинические учреждения общей лечебной сети. В то же время, если сопоставить численность контингентов ПТД за 10 лет без VII группы, то она окажется относительно стабильной (таблица 1).

Таблица 1.

## Численность и структура контингентов ПТД РКБ.

Показатели	2000		2005		2009	
	РФ	КБР	РФ	КБР	РФ	КБР
Численность групп ДУ, в т.ч.	2194245	6262	1714163	5397	1610619	5477
1 гр. ТОД + 2 гр	15,9%	24,8%	20,0%	28,8%	21,0%	26,0%
3 гр.	8,0%	8,7%	16,3%	9,3%	18,2%	9,6%
4 гр. Взрослые	10,8%	12,9%	26,2%	15,6%	27,1%	15,4%
Подростки	0,3%	1,3%	0,5%	2,6%	0,5%	2,5%
Дети	1,6%	9,2%	2,3%	11,0%	2,3%	10,2%
6 А гр.	22,2%	25,3%	21,7%	21,8%	20,5%	23,2%
6 Б гр.	5,2%	5,8%	4,6%	4,2%	3,4%	3,8%
6 И гр.	9,2%	5,5%	8,4%	6,7%	6,9%	9,3%
7 А гр	18,3%	5,3%				
7 Б гр.	8,5%	1,2%				

В то же время, существует целый ряд индикаторов, которые позволяют предположить наличие латентного эпидемического неблагополучия. К этим индикаторам относятся:

- низкое качество и результативность активного выявления туберкулеза (более 2/3 больных туберкулезом выявляются при обращении в учреждения ОЛС, а не при профосмотрах);

- наличие значительного резервуара туберкулезной инфекции (около 70% впервые выявленных больных имели деструкцию легочной ткани, каждый пятый больной ТОД имеет фиброзно-кавернозную форму туберкулеза);

- наличие скрытого резервуара туберкулезной инфекции (в связи с «недовыявлением» случаев активного туберкулеза и противодействия местных жителей постановке больных на учет ПТД).

В целом следует признать, что противотуберкулезная служба Республики Кабардино-Балкария без ощутимых потерь прошла этап частичного реформирования системы диспансерного наблюдения контингентов по туберкулезу.

**Глава четвертая** «Особенности медико-социальных контингентов отдельных групп диспансерного учета по туберкулезу и факторы, на них влияющие». Материалы главы позволили решить 2-ю задачу исследования и обосновать 2-е положение, выносимое на защиту.

Анализ социально-гигиенического статуса больных туберкулезом традиционно включает в себя рассмотрение их возрастных и гендерных характеристик, социальной принадлежности и образовательного ценза. Большинство больных туберкулезом (66,0%) – социально незащищенные слои населения. Работали только треть больных туберкулезом. Среди них преобладали представители рабочих профессий (водители, сварщики, плотники, слесари) и представители мелкого частного бизнеса. Отдельную группу составили лица БОМЖ.

Абсолютное большинство респондентов восприняло факт заболевания туберкулезом как катастрофу (47,6%) или очень значимую проблему с длительными негативными последствиями (36,2%). Лишь 14,6% респондентов проявили сдержанно оптимистичную реакцию на возникшую ситуацию, считая, что им вполне по силам в сжатые сроки справиться с данным заболеванием.

Самую малочисленную группу составили лица, не воспринявшие факт заболевания туберкулезом однозначно отрицательно. Все они принадлежали к социально дезадаптированным слоям населения (преимущественно – лица БОМЖ), а заболевание туберкулезом восприняли скорее как возможность получения хоть каких-то социальных гарантий, бесплатного проживания в стационаре, лечения, последующего получения инвалидности.

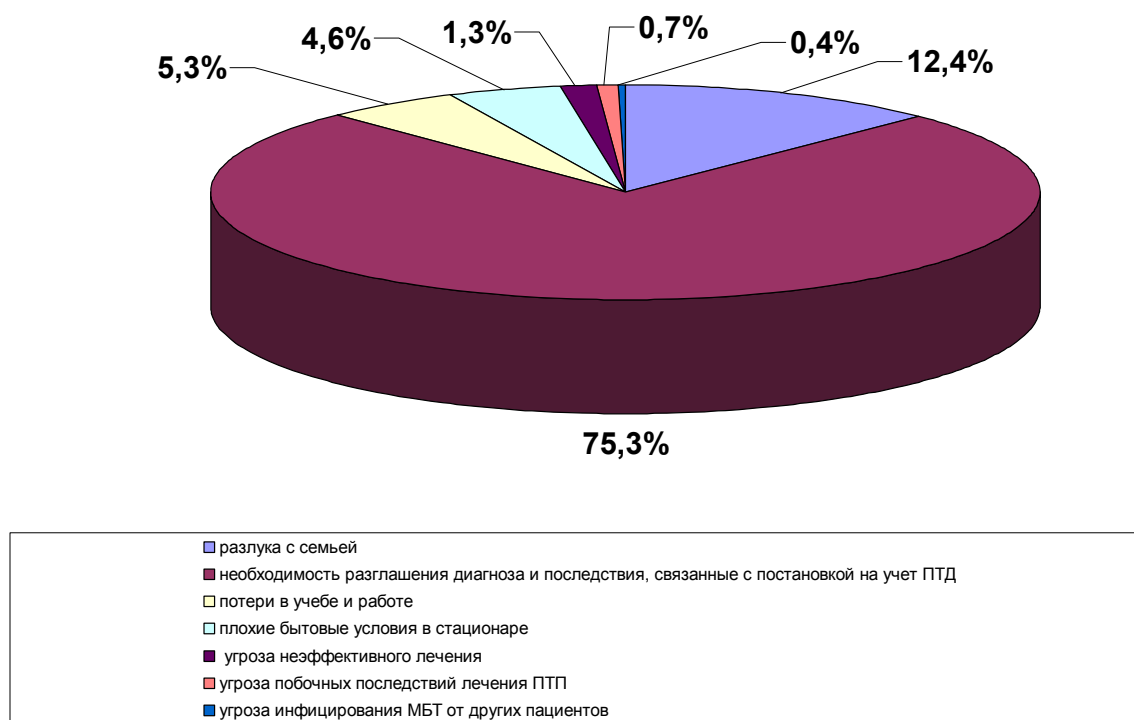


Рисунок 1. Мнение пациентов о главных проблемах в процессе.

Из представленного рисунка видно, что главная проблема, послужившая основанием для госпитализации в стационар (необходимость эффективного излечения туберкулеза) волнует впервые выявленных больных в гораздо меньшей степени, чем связанные с этим социальные последствия. Результаты данного опроса выявили также наличие достоверных различий в отдельных этнических и гендерных группах. Так, необходимость длительного расставания с семьей и невозможность участвовать в воспитании детей значительно чаще указывались как главная проблема женщинами ( $87,4\% \pm 3,6\%$  против  $31,2\% \pm 2,1\%$  у мужчин,  $p < 0,05$ ). Подавляющее большинство больных, принадлежащих к местным этническим группам (кабардинцы, балкарцы,

ингуши и т.д.) включили в первые два ранговых места проблему необходимости разглашения диагноза «туберкулез» среди родных, близких, знакомых, сослуживцев и всячески пытались воспрепятствовать проведению регламентированных противотуберкулезных мероприятий (обследование контактных лиц, проведение заключительной обработки и т.д.). Среди представителей русского этноса данная проблема, напротив, стабильно занимала последнее ранговое место.

Еще одной особенностью, характеризующей значимость социальных последствий лечения больных туберкулезом, является необходимость их длительного пребывания в стационаре. Учитывая явную недооценку впервые выявленными больными значимости их эффективного лечения на стационарном этапе, мониторинг динамики «внутренней картины болезни» представляет несомненный интерес.

В первые месяцы лечения самочувствие больных с впервые выявленным туберкулезом улучшается более быстрыми темпами, чем происходит объективное улучшение состояния их здоровья. В определенной степени переломным оказывается рубеж завершения второго месяца лечения. Именно к этому сроку у значительной части больных уменьшаются или исчезают явления интоксикации, что воспринимается пациентами как свидетельство эффективности лечения. На фоне эмоционального подъема часть больных склонна «не замечать» сохранение отдельных клинических проявлений и субъективно оценивают свое самочувствие как удовлетворительное. Необходимость дальнейшего продолжения лечения в условиях стационара значительной частью больных в это время воспринимается весьма критично. В последующие месяцы лечения положительная динамика нивелирования клинических проявлений становится менее выраженной, однако к 6 месяцам лечения они сохраняются только у пациентов с распространенными формами туберкулеза. Данное обстоятельство во многом предопределяет тот факт, что в период со второго по шестой месяц лечения большинство больных приходит к выводу о нецелесообразности дальнейшего пребывания в стационаре. В эти же

сроки отмечается рост количества нарушений больничного режима и регламента лечения (рисунок 2).

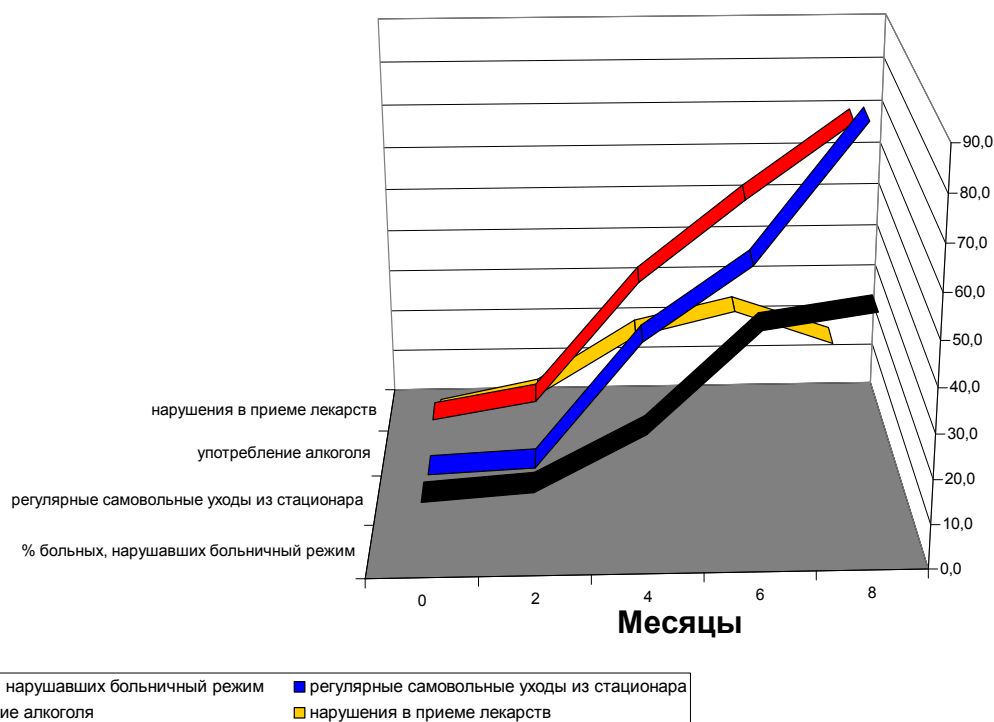


Рисунок 2. Динамика количества нарушений больничного режима у больных с впервые выявленным туберкулезом.

Суммируя результаты анализа характеристик больных с впервые выявленным туберкулезом, можно констатировать, что негативные социальные и психологические последствия заболевания для данного контингента оказываются не менее (а подчас – и более) значимыми, нежели медико-биологические факторы. К сожалению, действующие нормативные и методические документы, регламентирующие проведение комплекса противотуберкулезных мероприятий, предполагают в качестве оценки эффективности лечения больных лишь данные клинико-рентгенологических и лабораторных исследований. При этом больные туберкулезом в большинстве случаев оказываются не готовыми к решению возникших социальных, психологических и бытовых проблем, вследствие чего на длительное время (даже при наличии хорошего эффекта лечения основного заболевания) оказываются вне активной производственной деятельности, прекращают свой карьерный рост, переживают распад семьи. Особенно наглядно можно

проследить реализацию этих негативных последствий при анализе характеристик больных, у которых течение туберкулезного процесса приняло хронический характер.

Хроническое течение туберкулеза и его лечение в соответствии с действующими нормативными требованиями приводят к тяжелейшим социальным последствиям. Причем, если у определенной части впервые выявленных больных имеются перспективы реабилитации, адаптации и ресоциализации, то для абсолютного большинства хронических больных для этого уже нет необходимых резервов (да и перспектив). Так, если у впервые выявленных больных осложнения в семейных отношениях стали причиной развода лишь в 24,3% случаев, то у хронических больных уровень разводов был почти в 3 раза выше – 71,1%. При этом уровень разводов среди русскоязычных больных был почти в 4 раза выше, чем среди представителей местных этносов. Уровень разводов с больными женщинами (особенно – с представительницами местных этносов, не имеющих детей) был выше, чем с больными мужчинами. Все женщины, заболевшие хроническими формами туберкулеза, потеряли работу, причем, только незначительная часть из них получила инвалидность. Безработными также стали 43,7% мужчин, работавших до выявления туберкулеза в государственных и муниципальных учреждениях; более половины мужчин (преимущественно представители местных этнических групп) сохранили работу или нашли новую работу, связанную с частным бизнесом, индивидуальным предпринимательством и т.д. При этом большинство этих предпринимателей работало в торговле, мелкооптовых рынках, частных предприятиях общественного питания без наличия официального медицинского допуска. Таким образом, заболевание активной формой туберкулеза и хроническое течение данного заболевания, а также последствия, связанные с наблюдением в ПТД и длительным лечением в туберкулезном стационаре, являются причинами выраженных негативных изменений в жизни больных. Формы и степень воздействия этих последствий в

определенной мере зависят от возрастных, гендерных и этнических характеристик больного.

Реализация нормативных требований, регламентированных приказом МЗ РФ № 109, значительно сократила численность контингентов ПТД за счет передачи самой многочисленной части «групп риска» - лиц с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза – для наблюдения в учреждениях общей лечебной сети. Учитывая данное обстоятельство, для анализа социально-гигиенических характеристик нами были избраны контингенты 1У группы диспансерного учета по туберкулезу – лица, состоящие в контакте с больными туберкулезом.

Удельный вес мужей, состоящих в контакте с больными туберкулезом женщинами, у хронических больных почти в 5 раз меньше, чем у впервые выявленных больных. Это позволяет предположить, что переход туберкулеза в хроническое течение у женщин значительно повышает вероятность развода.

Весьма значимыми оказались психологические и этические последствия заболевания туберкулезом кого-либо из родственников. Чем ближе была степень родства с больным, тем чувствительнее воспринимались последствия этого. Так, абсолютно все представители местных этнических групп пытались скрыть факт заболевания туберкулезом родственника, причем большинство из них (74,6%) в той или иной степени пытались уклониться от выполнения требований противотуберкулезной службы по проведению всего комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий. Все представители местных этносов отмечали осложнение взаимоотношений между родственниками, с соседями, коллегами по работе. Особую тревожность при этом проявляли при этом работающие женщины и молодые незамужние женщины. Среди русскоязычных групп отношение к данному вопросу было более спокойным.

При индивидуальных беседах лечащего врача и психолога с родственниками из контакта с больными туберкулезом был выявлен весьма широкий спектр проблем, порожденных как фактом заболевания туберкулезом

родственника, так и необходимостью выполнять требования противотуберкулезной службы, которые носят достаточно жесткий характер и не всегда учитывают особенности местного менталитета.

**Пятая глава** «Разработка и внедрение методики мониторинга социально-гигиенических и личностных характеристик больных туберкулезом во время их лечения в туберкулезном стационаре». Материалы главы посвящены решению 3-ей задачи и обоснованию 3-го положения, выносимого на защиту.

В ходе проведения исследования стало очевидным, что как заболевание туберкулезом, так и длительное пребывание больного в стационаре и связанные с этим ограничения личностного, профессионального и социального характера оказывают выраженное негативное воздействие на социально-личностный статус больного и перспективы его последующей реабилитации. Одним из самых очевидных вариантов активного воздействия на данную ситуацию могло стать сокращение длительности пребывания больных туберкулезом в стационаре.

Лишь у 13,5% впервые выявленных больных туберкулезом поздняя выписка из стационара была связана с наличием необходимости дальнейшей изоляции больного с сохраняющимся бактериовыделением и разобщения его контакта с родственниками (в том числе - детьми). У половины (49,6%) больных поздняя выписка была обусловлена неудовлетворительными социально-бытовыми и материальными условиями, которые не позволяли гарантировать качественное завершение лечения в амбулаторных условиях. И, наконец, более трети (36,9%) пациентов не были своевременно выписаны из стационара в связи с наличием организационных проблем в проведении амбулаторного этапа лечения. К этим проблемам относились невозможность организовать контролируемое амбулаторное лечение по месту жительства больного или невозможность обеспечить его необходимыми лекарственными средствами (вследствие перебоев со снабжением специфическими АБП для амбулаторного лечения при удовлетворительном обеспечении этими препаратами в стационаре).



У больных с хроническими формами туберкулеза лишь в единичных случаях (4 больных, 0,3%) отмечалась поздняя выписка из стационара, что во всех случаях было продиктовано плохими материально-бытовыми условиями по месту жительства и нежеланием больных покидать стационар. Случаи преждевременной выписки больных хроническими формами туберкулеза из стационара связаны, в основном, с тремя причинами: самовольный уход по социально-бытовым причинам, выписка в связи с грубым нарушением больничного режима, самовольный уход в связи с бесперспективностью лечения.

Для решения проблем, связанных с длительным нахождением больных в туберкулезном стационаре (в какой-то степени их можно считать ятрогенными) в ходе выполнения настоящего исследования поэтапно разрабатывалась система изучения медико-социального статуса больных туберкулезом и его мониторинга на протяжении стационарного этапа лечения.

На основании представленных нами аналитических материалов и рекомендаций в штат РПТД в 2001 году была дополнительно введена должность медицинского психолога. После получения первых результатов анализа данных психологического исследования и данных анкетирования пациентов стационара, были сформулированы задачи, решению которых должно способствовать внедрение мониторинга социально-гигиенических и личностных характеристик больных туберкулезом во время их пребывания в стационаре. Основными из этих задач являются:

- получение оперативной информации о факторах (и степени) риска нарушения пациентами больничного режима и их преждевременной выписки из стационара;
- получение информации о перспективах ресоциализации больных после завершения курса лечения и выписки из стационара;
- получение информации о факторах риска рецидива заболевания (или его обострения после преждевременной выписки) и потенциальной степени

эпидемической опасности конкретного больного для родственников и окружающих.

В ходе исследования были апробированы 2 схемы медико-социальных и психологических характеристик: у впервые выявленных больных и пациентов с хроническим течением туберкулеза. Окончательный вариант исследования медико-социального и психологического статуса пациентов туберкулезного стационара был определен в 2005 году, после чего он (с незначительными изменениями) используется по настоящее время. Следует отметить, что методика исследования и мониторинга медико-социального и психологического статуса больных не была шаблонной, а определялась совместно лечащим врачом и медицинским психологом в течение первой недели пребывания больного в стационаре. Основывалась она на клинических характеристиках, результатах первичного углубленного психологического исследования и данных анкетирования больного и его родственников. Нами было предложено отражать данные комплексного медико-психологического исследования отдельным фрагментом в первичном эпикризе, после обоснования клинического диагноза. При этом мероприятия по психосоматической диагностике и контролю социального статуса становились столь же обязательными к исполнению, как назначения лекарственных препаратов и лечебно-диагностических процедур. Как отмечалось ранее, объем, содержание и периодичность данных мероприятий предопределялись клиническими и социально-психологическими характеристиками больных. Неизменным сохранялось лишь содержание анкет, предназначенных для опроса больных и их родственников.

Набор используемых психологических методик определялся индивидуально для каждого пациента медицинским психологом, однако свое экспертное заключение специалист формулировал по согласованной схеме. В частности, в заключении психолога обязательно отражалось:

- наличие у больного острых проблем, требующих немедленной коррекции;

- наличие и значимость (оценка по 5-бальной шкале) факторов риска по развитию негативного отношения больного к лечению и преждевременного его завершения;

- рекомендации по тактике поведения медицинского персонала с больным, целесообразности и особенностям проведения дисциплинарных и прочих мероприятий;

- степень внушаемости пациента и возможность его вовлечения в неформальные группы нарушителей больничного режима (как правило, из числа хронических больных).

Схема мониторинга психо-социального статуса больных с впервые выявленным туберкулезом и хроническим течением заболевания представлена на рисунке 3.

Сопоставление методик мониторинга и коррекционных мероприятий у впервые выявленных больных и лиц с хроническим течением заболевания показывает, что для контингентов ВВБ внедрен более «интенсивный» вариант проведения мероприятий. Именно после установления диагноза «туберкулез» и первичной госпитализации в стационар больной испытывает максимальное психо-эмоциональное потрясение, именно в это время ему максимально требуется квалифицированная помощь для решения возникших психологических и социальных проблем. При отсутствии данной помощи значительно возрастает риск фрустрации основных проблем, вероятность неэффективности лечения основного заболевания, досрочного прекращения лечения и перехода заболевания в хроническую форму. Решающая роль при назначении комплекса психодиагностических и психокоррекционных мероприятий принадлежит психологу, а лечащий врач своим авторитетом способствует повышению эффективности данных мероприятий.

О качестве проводимых психодиагностических мероприятий свидетельствует тот факт, что в 2009 году у всех впервые выявленных больных, преждевременно прекративших лечение в стационаре, при первичном психологическом исследовании риск преждевременной выписки оценивался как высокий или очень высокий (оценка степени риска – 4 и 5). В 2005 году данный контингент лиц был выявлен при поступлении в 72,3%, а в 2000 году

# Лечебно-психологический консилиум

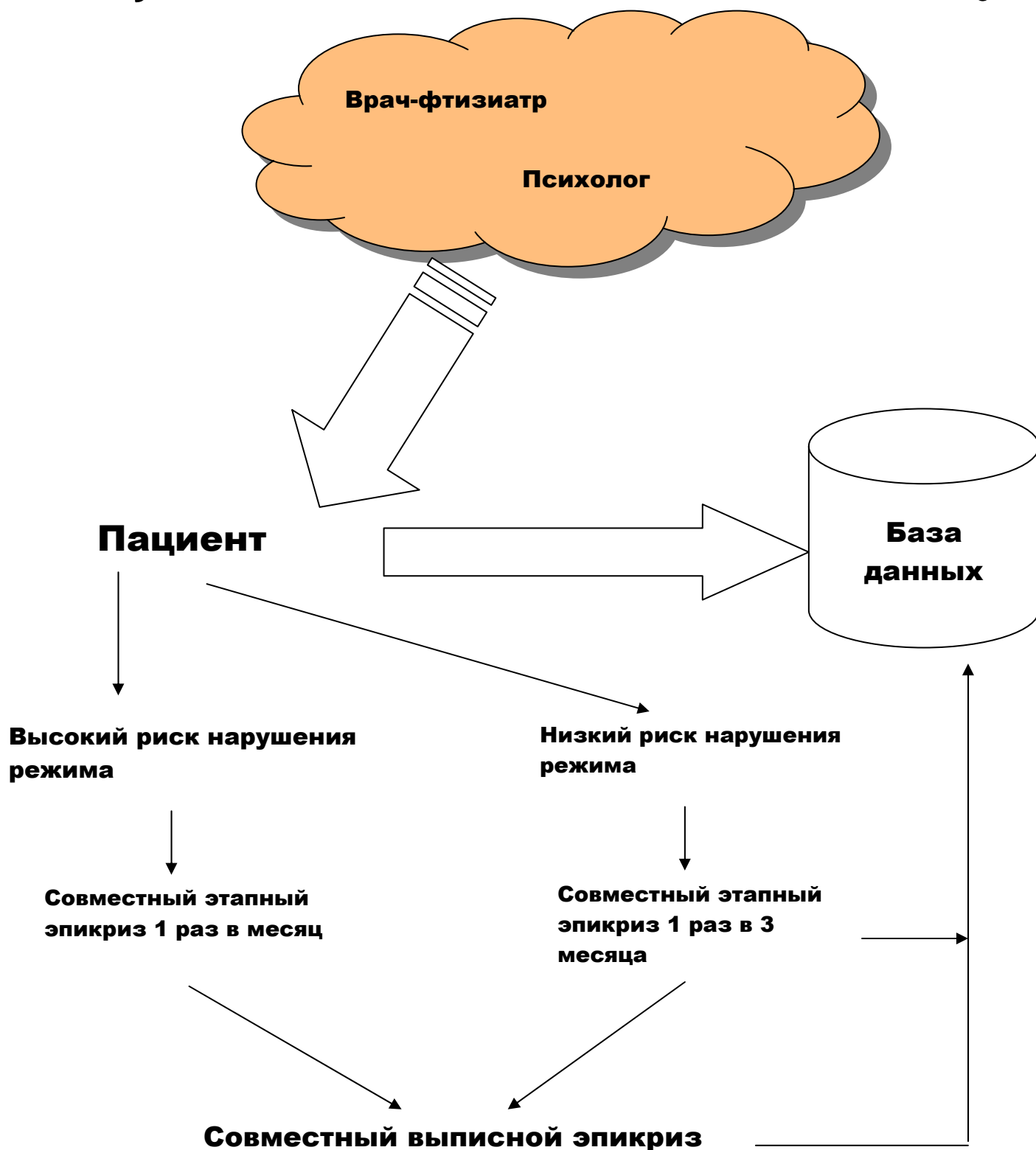


Рисунок 3. Методика мониторинга психо-социального статуса и коррекционных мероприятий у больных с впервые выявленным и хроническим течением заболевания туберкулезом.

подобная оценка еще не проводилась. Внедренная система психодиагностики и мониторинга психо-социальных характеристик больных туберкулезом позволяет прогнозировать вероятность развития негативных последствий их длительного пребывания в стационаре, заранее провести профилактические (в первую очередь – противоэпидемические) мероприятия. Это справедливо как для впервые выявленных больных, так и для лиц с хроническим течением заболевания. Более того, для больных с хроническим течением туберкулеза осуществление мониторинга психо-социальных характеристик является несколько более простой задачей в связи с наличием стабильных (и нередко неразрешимых) проблем медико-биологического, психо-эмоционального, бытового и социального характера.

### **ВЫВОДЫ**

1. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Кабардино-Балкария традиционно характеризуется низкими официальными показателями заболеваемости, болезненности и смертности, что, в определенной мере, связано с относительной стабильностью социально-экономической ситуации, отсутствием интенсивных миграционных процессов и гуманитарных конфликтов.
2. Недостаточная эффективность активного выявления туберкулеза учреждениями общей лечебной сети (лишь каждый третий больной выявляется при профилактических осмотрах) является причиной наличия объемного латентного резервуара туберкулезной инфекции, а также тяжелой клинической структуры впервые выявленного туберкулеза (до 70% больных туберкулезом органов дыхания выявляются с деструкцией легочной ткани).
3. После значительного сокращения (на 18,7% за период 2003-2005 гг.) численности контингентов ПТД за счет передачи лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями для наблюдения в ОЛС, численность и структура контингентов противотуберкулезных учреждений остаются стабильными, что предоставляет возможность участковым фтизиатрам

проводить дополнительные мероприятия по медико-социальной реабилитации больных активными формами туберкулеза.

4. Заболевание туберкулезом является мощным социальным и психологическим потрясением для больного и его родственников, последствия которого неизбежно снижают уровень и качество жизни, сужают рамки профессиональной деятельности, негативно влияют на семейные отношения. Наиболее выраженными данные негативные последствия оказываются для лиц русскоязычных этносов с высоким уровнем образования (потеря высокооплачиваемой работы по специальности в 100%) и для молодых женщин местных этнических групп (развод и отсутствие перспектив создать семью в 100%).

5. Длительное (более 2-3 месяцев) пребывание в стационаре является одним из главных факторов, предопределяющих негативные психологические и социальные последствия для больного туберкулезом и его семьи. В большинстве случаев (от 61,2% до 73,3%) длительное нахождение больных в стационаре связано не с медицинскими показаниями, а с организационными (отсутствие дневных стационаров и условий для организации контролируемого амбулаторного лечения) и социально-бытовыми факторами.

6. Внедрение мониторинга социального и психологического статуса больных туберкулезом позволяет индивидуально прогнозировать степень риска нарушения ими больничного режима и преждевременного прекращения лечения. Проведение профилактических мероприятий среди данного контингента позволило снизить частоту преждевременного прекращения лечения на 38,5%, что уменьшило вероятность рецидива туберкулезного процесса.

#### **Практические рекомендации:**

1. Медико-социальные и психологические характеристики больных туберкулезом должны учитываться при индивидуальном планировании лечения и реабилитации на стационарном этапе.

2. Для профилактики преждевременного прекращения лечения больными и перехода туберкулеза в хроническое течение необходимо внедрение на стационарном этапе диагностики и мониторинга медико-социальных и психологических характеристик пациентов туберкулезных стационаров.

3. Для нивелирования негативных последствий длительного пребывания больных в туберкулезном стационаре необходимо более широкое внедрение альтернативных методов организации лечения (дневной стационар, контролируемое амбулаторное лечение).

#### **Список работ опубликованных по теме диссертации:**

1. Вечорко В.И. Проблемы внелегочного туберкулеза (К эпидемиологии внелегочного туберкулеза в Кабардино-Балкарской Республике) / Шомахов А.О., Кибишев В.М., Вечорко В.И. // Материалы VII Российского съезда фтизиаторов / Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2003. - №7. – С. 7.
2. Вечорко В.И. Современное состояние организации профилактических флюорографических осмотров населения / Стерликов С.А., Богородская Е.М., Кучерявая, Е.М., Вечорко В.И. // Здоровье населения и среда обитания, 2011. – №3 (216). - С. 33-36.
3. Вечорко В.И. Анализ деятельности противотуберкулезных учреждений в субъектах Российской Федерации / Сон И.М., Пучков К.Г., Вечорко В.И., Антонова Е.Г., Перчаткина Г.В., Гордина А.В. // Социальные аспекты здоровья населения, 2011. - №3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/265/>.
4. Вечорко В.И. Принципы организации социальной реабилитации больных бронхолегочной патологией / Оболенская Т.И., Турчина М.С., Морозов Ю.М., Волобуев О.А., Вечорко В.И. // Клинический журнал Вестник медицинского стоматологического института, 2011. - № 2. – С. 42-43
5. Вечорко В.И. Внелегочный туберкулез в Кабардино-Балкарской Республике // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы региональной фтизиатрии и пульмонологии», посвященной 75-летию противотуберкулезной службы в КБР 13-14 ноября, 2003. – г. Нальчик.: ГУЗ ПТД, 2003.- С. 48-49.