

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

АННА МИХАЙЛОВНА КУКЛИНА, врач-психиатр Набережночелнинского психоневрологического диспансера Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ, Россия, Республика Татарстан, Набережные Челны, пр. Мира, 14, тел. (8552)588-438, 8-960-076-87-43, e-mail: dr.kuklina@mail.ru

Реферат. Проведен анализ распространенности туберкулеза среди психически больных и оказание противотуберкулезной помощи этой группе пациентов. Средний возраст заболевания туберкулезом составляет старше 30 лет, чаще пациенты с шизофренией. Психически больные не предъявляют соматических жалоб. Выявлено, что психически больные редко посещают фтизиатра, сдают назначенные анализы.

Ключевые слова: туберкулез, шизофрения, фтизиатр, психически больные.

ORGANIZATION OF ANTITUBERCULOUS TREATMENT FOR THE MENTAL PATIENTS

ANNA M. KUKLINA, psychiatrist, the Naberezhnye Chelny Psychoneurological Dispensary of the Republican Clinical Mental Health Center named after V.M. Bekhterev of the Ministry of Healthcare of the Republic of Tatarstan. (423812), Russia, Republic of Tatarstan, Naberezhnye Chelny, World, 14, tel. (8552)588-438, 8-960-076-87-43, e-mail: dr.kuklina@mail.ru

Abstract. There has been made an analysis of tuberculosis prevalence rate among the mental patients and antituberculous treatment of this group of patients. The average age of patients suffering from tuberculosis is over 30 years, more often these are patients suffering from schizo-affective psychosis. Mental patients have no somatic complaints. It is revealed that mental patients visit a physician and undergo prescribed medical tests less frequently.

Key words: tuberculosis, schizophrenia, mental patients.

В настоящее время туберкулез является одной из актуальных проблем здравоохранения в мире и в Российской Федерации. Серьезной проблемой, влияющей на общую ситуацию, продолжает оставаться туберкулез в группах повышенного риска [4]. Начиная с 90-х годов XX в. в России произошло ухудшение эпидемической ситуации. Основной причиной смерти среди инфекционных заболеваний сегодня, как и в начале XX в., является туберкулез [1].

По данным Н.В. Эйсмонт [6], туберкулез легких у больных психическими заболеваниями нередко протекает при отсутствии жалоб и выраженных клинических проявлений в 60,2% случаев. Основными медико-социальными факторами, определяющими клиническое течение туберкулеза легких у больных психическими заболеваниями, являются: мужской пол, проживание в сельской местности, низкий образовательный уровень, отсутствие семейных связей, высокая степень социальной дезадаптации, связанная с длительным пребыванием в закрытых стационарных учреждениях, низкая трудовая занятость, наличие признаков стойкой утраты трудоспособности в 88,5% случаев вследствие психического заболевания.

Низкий процент обнаружения микобактерий туберкулеза в мокроте пациентов с психическими расстройствами объясняется трудностью взятия материала для бактериологического исследования у психически больных, а также, возможно, сухостью слизистых оболочек дыхательных путей и снижением кашлевого рефлекса, явившихся следствием приема нейролептиков [2]. Как известно, в клинике туберкулеза выделяют симптомокомплекс, который разделяется на синдром интоксикации (повышение температуры тела, озноб, потливость, учащение сердцебиения, слабость, повышенная утомляемость, ухудшение аппетита, похудание) и бронхолегочные симптомы (кашель, выделение мокроты, боль в груди, одышка) [3].

На основании приказа Минздрава России от 21.03.2003 № 109 [5] разделяют следующие группы учета:

- нулевая группа (0). Наблюдают лиц с неуточненной активностью туберкулезного процесса и нуждающихся в дифференциальной диагностике с целью установления диагноза туберкулеза любой локализации;
- первая группа (I). Наблюдение больных активными формами туберкулеза любой локализации;
- вторая группа (II). Выделяют группу больных с активными формами туберкулеза любой локализации с хроническим течением заболевания;
- третья группа (III). Учитывают лиц, излеченных от туберкулеза любых локализаций, с большими и малыми остаточными изменениями или без остаточных изменений;
- четвертая группа (IV). Группа лиц, находящихся в контакте с источниками туберкулезной инфекции.

Опасность распространения туберкулеза также значительно увеличивается при его сочетании с психическими заболеваниями, что связано с низким уровнем санитарно-гигиенической культуры психически больных, отсутствием критики к своему состоянию и, как следствие, неправильным отношением к лечению [2].

Целью настоящего исследования является проведение анализа распространенности туберкулеза среди психически больных, выявление и оказание противотуберкулезной помощи этой группе пациентов в городе Набережные Челны.

Была проанализирована общая заболеваемость и распространенность туберкулезом в городе Набережные Челны РТ за последние 3 года (с 2008 по 2010 г.). Также для исследования брался один территориальный участок, на котором наблюдались пациенты с туберкулезом легких с 2008 по 2010 г. Все больные туберкулезом рассматривались по следующим критериям:

медико-социальная характеристика, причины обращения к фтизиатру, качество обследования пациентов, частота их посещений, регулярность и эффективность лечения данного заболевания. Также проводился анализ данного участка по наблюдению психически больных, страдающих туберкулезом.

На основании данных Горкомстата, в табл. 1 показана общая численность населения города Набережные Челны Республики Татарстан.

Таблица 1

Показатель численности населения

Численность населения	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	506,121	507,768	510,301
Взрослые	410,64	413,617	415,766
Дети	75,407	94,151	340,335

По данным отчетов деятельности противотуберкулезной службы, в течение последних 3 лет в городе Набережные Челны (табл. 2) наблюдается стабилизация эпидемиологических показателей по туберкулезу. В 2010 г. отмечается снижение заболеваемости на 8%, что составляет 37,2 на 100 тыс. населения по сравнению с 2009 г., когда заболеваемость составляла 40,2 на 100 тыс. населения, и 2008 г., когда заболеваемость составляла 46,0. Туберкулез органов дыхания составляет на 2010 г. 89% от общей заболеваемости. Что касается показателей болезненности, то на 2010 г. приходится 78% на 100 тыс. населения; в отличие от 2009 г. наблюдается снижение болезненности на 16%.

Среди общего количества больных туберкулезом с 2008 по 2010 г. количество пациентов с психическими расстройствами, наблюдающиеся у фтизиатра, составляет 46 (7,9%) больных. В 2008 г. заболеваемость в противотуберкулезном диспансере среди психически больных составляла 3 (1,28%) случая, в 2009 г. выявлено 5 (2,45%) пациентов и в 2010 г. — 3 (1,58%) пациента.

Средний возрастной показатель заболеваемости туберкулезом среди пациентов с психическим расстройством составляет от 30 до 40 лет (44%), в

отличие от соматических больных, у которых пик заболеваемости туберкулезом приходится на 20—30 лет (53,7%). Среди психически больных основную группу (рис. 1) составляют пациенты, страдающие шизофренией (57,9%); затем с органическим поражением головного мозга (39,5%), из них с сосудистой деменцией 2 пациента, 1 пациент оказался с биполярным аффективным расстройством.

Также наблюдалось, что среди 46 психически больных, болеющих туберкулезом, 88% проживали с родственниками и имели группу инвалидности (29 пациентов, 63,04%). Из 46 психически больных, страдающих туберкулезом, 15 пациентов имели судимость (39,47%) и именно в местах лишения свободы заболели туберкулезом, причем 3 пациента в настоящее время повторно судимы.

Для анализа обслуживания пациентов с туберкулезом в противотуберкулезном диспансере (ПТД) города Набережные Челны, на основании приказа №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ», были просмотрены 38 амбулаторных карт среди психически больных с туберкулезом легких, которые наблюдались у фтизиатра в амбулаторной фтизиатрической службе за период с 2008 по 2010 г.

Проанализировав все амбулаторные карты с 2008 по 2010 г. (рис. 2), обнаруживается, что основной причиной первичной обращаемости к фтизиатру является направление от терапевта после прохождения ФЛГ. Психически больные посетили фтизиатра после прохождения ФЛГ, причем 21 пациент неоднократно приглашался на первичный осмотр. Все психически больные в отличие от соматических пациентов (93,3%) во время приема у фтизиатра самостоятельно жалоб не предъявляли.

Пациенты с психическими расстройствами нерегулярно посещали фтизиатра (рис. 3), только после многократных приглашений на прием или посещений врача на дому. При этом проведение стандартных анализов, назначенных врачом-фтизиатром (рентгенография грудной клетки, реакция Манту, ОАК), психически больные игнорировали, сдавали нерегулярно, после неоднократных вызовов, либо не сдавали вообще. Это

Таблица 2

Эпидемиологические показатели

Показатель	2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.
Заболеваемость	233	46,0	204	40,2	189	37,2
Болезненность	392	77,4	401	79,0	396	78,0

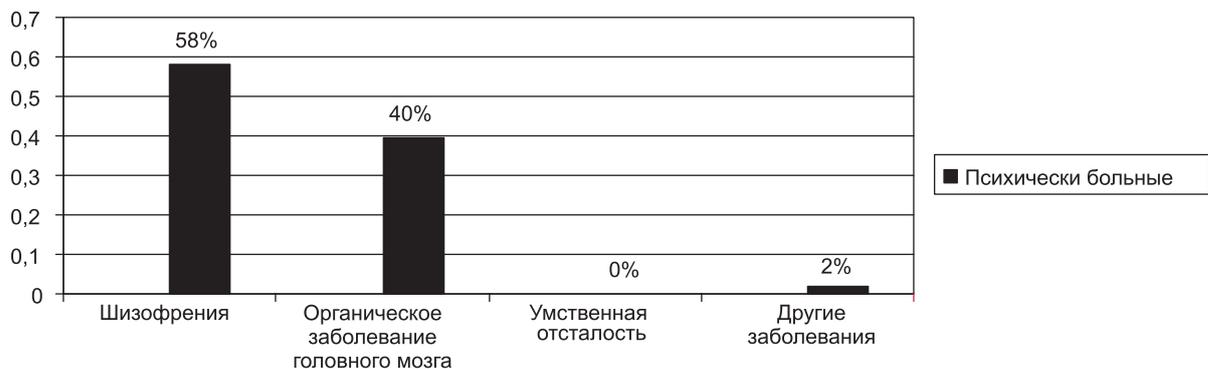


Рис. 1. Нозологические формы психически больных

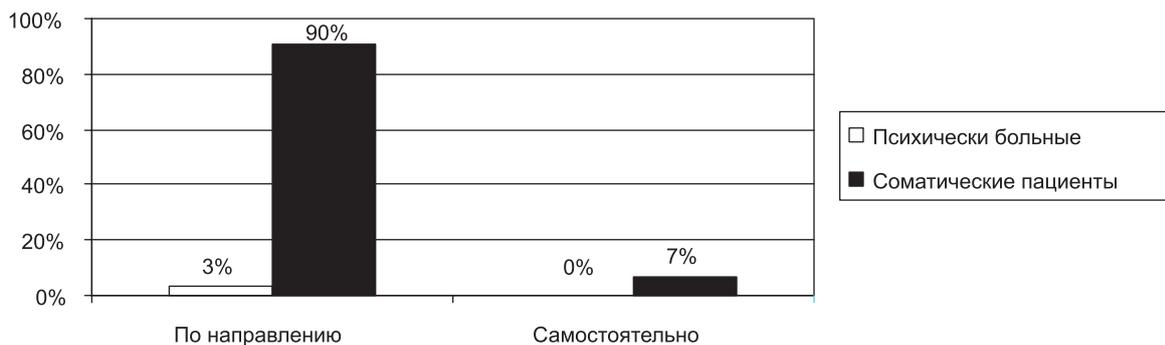


Рис. 2. Анализ причин первичной обращаемости к фтизиатру

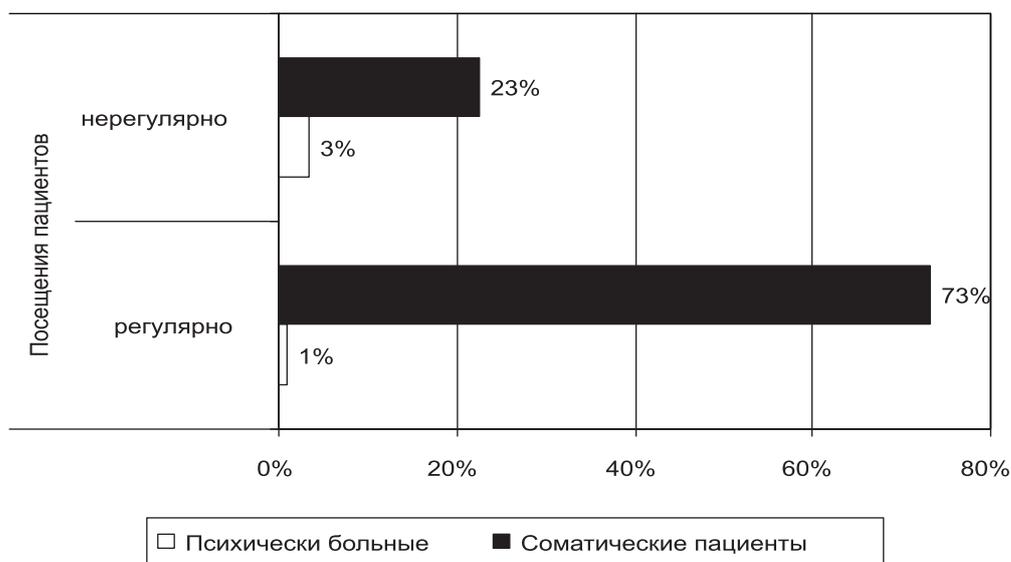


Рис. 3. Сравнительный анализ посещений фтизиатра

значительно отличается от больных, не имеющих психического расстройства, которые были заинтересованы в своем лечении и выздоровлении.

Среди всех психически больных на Д1-наблюдении находилось 7 пациентов; Д2 — 2 пациента; на Д3(R+) — 23 больных. Остальные 9 пациентов с психическими заболеваниями находились на «К»-наблюдении. Эти данные показывают эффективность проведенного лечения, но с учетом отсутствия самостоятельных посещений и отказа от регулярного лечения эти показатели могут значительно измениться.

За трехлетний период смертность от туберкулеза среди всех больных туберкулезом составила 5 (4,5%) случаев, причем пик смертности приходился на 2009 г. (4 пациента).

С учетом полученных данных можно сделать следующие **выводы**:

1. Выявлено, что в группу риска среди психически больных входят мужчины, средний возраст которых старше 30 лет, с утратой трудоспособности, наблюдающиеся у психиатра по поводу шизофрении, имеющие вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики) и судимость.

2. Установлено, что пациенты с психическими заболеваниями ввиду наличия эмоционально-волевого дефекта, маскирования соматической патологии пси-

хическим заболеванием и приемом антипсихотической терапии самостоятельно не высказывают жалоб соматического характера, что негативно сказывается на качестве продолжительности жизни душевнобольных и ухудшает течение и прогноз основного заболевания. Поэтому необходимо более тщательно и регулярно проводить соматическое обследование, скрининг-контроль. При подозрении на туберкулез немедленно направлять на консультацию к фтизиатру.

3. Показано, что психически больные, даже находящиеся на динамическом наблюдении по поводу туберкулеза, не уделяют внимания своему соматическому состоянию, не проходят регулярные лабораторно-инструментальные исследования. Лечение данной группы больных является несистематическим в связи с отсутствием критического отношения к своему состоянию. Это всегда нужно учитывать как фтизиатру, так и психиатрам при выявлении данного заболевания. Необходимо проводить беседы не только с пациентом, но и с его родственниками.

Из всего этого вытекает, что контингенту психически больных нужно уделять больше внимания со стороны врачей разного профиля, не забывая об их особенностях по сравнению с другими соматическими пациентами, оказывать своевременно и качественно медицинскую соматическую помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баронова, О.Д. Особенности выявления, клинического течения и эффективность лечения туберкулеза легких у больных психическими заболеваниями, проживающих в психоневрологических интернатах: дис. ... канд. мед. наук / О.Д. Баронова. — М., 2009. — С.155.
Baronova, O.D. Osobennosti vyjavlenija, klinicheskogo techenija i jeffektivnost' lechenija tuberkuleza legkih u bol'nyh psichicheskimi zabojevanijami, prozhivajuwih v psihonevrologicheskijh internatah: dissertacija kandidata medicinskih nauk / O.D. Baronova. — M., 2009. — S.155.
2. Корнилова, З.Х. Клиника, диагностика и лечение впервые выявленного туберкулеза легких, сочетанного с психическими заболеваниями / З.Х. Корнилова, Н.Р. Гюнашян, Н.С. Софронова // Туберкулез в России, 2007: материалы VIII Рос. съезда фтизиатров. — М.: ООО «Идея», 2007. — С.405.
Kornilova, Z.H. Klinika, diagnostika i lechenie vpervye vyjavlennogo tuberkuleza legkih, sochetannogo s psichicheskimi zabojevanijami / Z.H. Kornilova, N.R. Gjunashjan, N.S. Sofronova // Tuberkulez v Rossii, 2007: materialy VIII Rossijskogo s'ezda ftiziatrov. — M.: ООО «Ideja», 2007. — S.405.
3. Мед.справочник. Американская медицинская клиника: туберкулез. — СПб., 2011. — С.335.
Med.spravochnik: Amerikanskaja medicinskaja klinika: tuberkulez. — SPb., 2011. — S.335.
4. Нечаева, О.Б. Туберкулез в психоневрологических интернатах Свердловской области / О.Б. Нечаева, В.А. Аренский, Н.В. Эйсмонт // Пробл. туберкулеза. — 1998. — № 3. — С.19—20.
Nechaeva, O.B. Tuberkulez v psihonevrologicheskijh internatah Sverdlovskoj oblasti / O.B. Nechaeva, V.A. Arenskij, N.V. Jejsmont // Probl. tuberkulyoza. — 1998. — № 3. — S.19—20.
5. Приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». Прил. 7. Инструкция по организации диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных мероприятий.
Prikaz Minzdrava Rossii ot 21.03.2003 № 109 «O sovershenstvovanii protivotuberkuleznych meroprijatij v Rossijskoj Federacii». Pril. 7. Instrukcija po organizacii dispansernogo nabljudenija i ucheta kontingentov protivotuberkuleznych meroprijatij.
6. Эйсмонт, Н.В. Организация комплексных противотуберкулезных мероприятий в стационарных учреждениях длительного пребывания: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Эйсмонт. — М., 2002. — С.3—13.
Jejsmont, N.V. Organizacija kompleksnyh protivotuberkuleznych meroprijatij v stacionarnyx uchrezhdenijax dlitel'nogo prebывания: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / N.V. Ejjsmont. — M., 2002. — S.3—13.

© Протасов А.Д., Рыжов А.А., Жестков А.В., Костинов М.П., 2012

УДК 616.24-085.37

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ, ГЕМОФИЛЬНОЙ ТИПА В ИНФЕКЦИЙ И ГРИППА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

АНДРЕЙ ДМИТРИЕВИЧ ПРОТАСОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, Самара, тел. 8-927-744-41-26, e-mail: crosss82@mail.ru

АЛЕКСЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ РЫЖОВ, канд. мед. наук, лаборатория вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва, e-mail: vaccine@bk.ru

АЛЕКСАНДР ВИКТОРОВИЧ ЖЕСТКОВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, Самара, тел. (846) 260-33-61, e-mail: zhestkovav@yandex.ru

МИХАИЛ ПЕТРОВИЧ КОСТИНОВ, заслуженный деятель науки РФ, докт. мед. наук, профессор, зав. лабораторией вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва, e-mail: vaccine@bk.ru

Реферат. Статья посвящена анализу клинического эффекта сочетанного применения вакцин против пневмококковой, гемофильной типа В инфекций и гриппа у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сравнении с невакцинированными пациентами. I гр. — 48 пациентов с ХОБЛ, одновременно вакцинированных против пневмококковой, гемофильной типа В инфекций и гриппа [средний возраст — (61,46±1,17) лет]. II гр. — 80 невакцинированных пациентов с ХОБЛ [средний возраст (54,65±0,6) лет]. После вакцинации у больных ХОБЛ частота обострений заболевания снизилась в 3,7 раза, а проведенных курсов антимикробной химиотерапии — в 4,3 раза.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, хроническая обструктивная болезнь легких.

THE INFLUENCE OF COMPLEX VACCINATION AGAINST PNEUMOCOCCUS, HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B INFECTIONS AND INFLUENZA IN THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

ANDREY D. PROTASOV, MD, PhD, Department of Microbiology, Immunology and Allergy, Samara State Medical University, Samara, tel: 8-927-744-41-26, e-mail: crosss82@mail.ru

ALEXEY A. RYZHOV, MD, PhD, Laboratory of vaccination and immunotherapy of allergic diseases, Research Institute of Vaccines and Serums behalf I.I. Mechnikov, Moscow, e-mail: vaccine@bk.ru

ALEXANDER V. ZHESTKOV, MD, PhD, Professor, Head of the chair of Microbiology, Immunology and Allergy, Samara State Medical University, Samara, tel: (846) 260-33-61, e-mail: zhestkovav@yandex.ru

MIKHAIL P. KOSTINOV, MD, PhD, Professor, Head of the Laboratory of vaccination and immunotherapy of allergic diseases, Research Institute of Vaccines and Serums behalf I.I. Mechnikov, Moscow, e-mail: vaccine@bk.ru

Abstract. This article analyzes the clinical effect of combined use of vaccines against Pneumococcal, Haemophilus influenzae type B infections and influenza in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) compared with unvaccinated patients. I group — 48 patients with COPD, simultaneously vaccinated against Pneumococcal,