

пиразинамида, линезолида, например: моксифлоксацин, пиразинамид, аминосалициловая кислота, циклосерин/или теризидон, линезолид.

Несмотря на снижение показателей заболеваемости туберкулезом и смертности в Волгоградской области в последние годы, число случаев лекарственно-резистентного туберкулеза легких продолжает нарастать.

В противотуберкулезных учреждениях необходимо в полном объеме осуществлять

современный инфекционный контроль и учитывать роль социальных проблем во фтизиатрии.

В организации лечения туберкулеза особое внимание следует уделять скрупулезному исполнению стандартных режимов химиотерапии и решению проблемы уклонения от лечения.

Необходимо дальнейшее совершенствование противоэпидемических мероприятий среди мигрирующего населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борзенко А. С., Гагарина С. Г., Калуженина А. А. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 3–5.
2. Борзенко А. С., Джура П. И., Гагарина С. Г. и др. Некоторые проблемы множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в Волгоградской области // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации. – СПб., 2012. – С. 184–186.
3. Пунга В. В., Русакова Л. И., Пузанов В. А. и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 10. – С. 6–15.
4. Рекомендации по лечению туберкулеза. Пер. с англ. – ВОЗ, Женева, 2010. – 152 с.
5. Фтизиатрия: национальное руководство / Под ред. М. И. Перельман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 506 с.
6. Шилова М. В. // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 4. – С. 14–21.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А. С. Борзенко, Е. Ю. Зубова, Э. Н. Шмелев, А. А. Калуженина, С. Г. Гагарина

Кафедра фтизиопульмонологии ВолгГМУ

На современном этапе эпидемиологическая ситуация по туберкулезу продолжает оставаться напряженной. При этом худшие показатели наблюдаются среди социально неблагополучных слоев населения. К ним относятся лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, освободившиеся из мест лишения свободы, лица без определенного места жительства, беженцы. Трудности социальной адаптации, стрессогенные факторы, возникающие на этой основе, все более актуально ставят вопрос о зависимости заболевания, клиники, исхода и профилактики легочного туберкулеза от психического состояния заболевшего [4, 5].

Поражая социально неблагополучные слои населения, туберкулез легких становится своеобразным «маркером» социального, материального и культурного уровня жизни, что позволяет выделить социальные «группы риска», наиболее подверженные возникновению туберкулезного процесса. В первую очередь к ним относятся больные, страдающие психическими расстройствами [1].

Причем по частоте возникновения туберкулеза легких пациенты с психическими заболеваниями опережают такие группы риска, как медицинские работники бактериологических лабораторий туберкулезных учреждений, контактные с больными активным туберкулезом органов дыхания, лица из групп диспансерного учета поликлиник общей лечебной сети и противотуберкулезных диспансеров, уступая место лишь «тюремной чахотке».

Регистрируемая в настоящее время заболеваемость туберкулезом легких психически больных в 1,8–5,4 раза выше заболеваемости постоянного населения и колеблется в пределах 148,2–459,7 на 100 тыс. человек. Показатель этот наиболее высок у пациентов из психоневрологических интернатов и находящихся на длительном лечении (более 2 лет) в условиях психиатрического стационара, когда возникновение туберкулеза легких у одного больного приводит к групповым вспышкам туберкулезной инфекции. Именно групповыми вспышками объясняются пикообразные

подъемы показателя заболеваемости туберкулезом легких в отдельные годы, при которых темпы его прироста превышают 160 %, а значение – 2150 на 100 тыс. человек.

Такой же нестабильностью характеризуется показатель смертности от туберкулеза легких психически больных, который закономерно увеличивается при повышении показателя заболеваемости. При этом максимальное значение показателя смертности регистрируется по отношению к показателю заболеваемости со сдвигом в 1 год. Смертность от туберкулеза легких психически больных в 1,4–5,2 раза превышает показатель смертности психически здорового населения, достигая 101 на 100 тыс. человек.

Существенно то, что при сочетании туберкулеза с психическими заболеваниями его эпидемиологическая опасность значительно увеличивается. Низкий уровень санитарно-гигиенических навыков, отсутствие критики, адекватной оценки своего состояния и, как следствие этого, неправильный подход к лечению у психически больных могут привести к быстрому распространению туберкулеза. Этот вопрос приобретает особенно важное значение также в связи с тем, что в настоящее время показания к принудительной госпитализации психически больных ограничены.

Лечение туберкулеза легких у психически больных строится на тех же принципах и соответствует тем же стандартам, что и у психически здоровых пациентов в соответствии с Приказом № 109 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 г. и приказом № 50 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 2004 г. [2, 3]. Объем и режим противотуберкулезной химиотерапии определяются формой, фазой, распространенностью туберкулезного процесса, наличием бактериовыделения, лекарственной устойчивости, а также другими признаками и критериями, которые предусмотрены для психически здоровых пациентов.

Группы лекарственных средств (основные и резервные противотуберкулезные препараты), способы и кратность их введения (внутривенное, внутримышечное, внутривезикулярное), расчет доз не отличаются от таковых у больных туберкулезом без психических расстройств. Однако из-за психического состояния больных (отказ от лечения, негативизм, неадекватное поведение) проведение специфической терапии сопряжено с большими трудностями.

Присоединение туберкулеза легких к психическому заболеванию приводит к изменению установившегося стереотипа лечения и увеличивает объем принимаемых лекарственных средств. Ригидность психических процессов, отсутствие адекватного восприятия болезни, отрицание самого факта наличия туберкулеза легких формирует у психически больных негативное отношение к проводимой противотуберкулезной терапии. У части пациентов усиливаются паранойяльные тенденции, они начинают высказывать бред медицинских экспериментов, медицинских опытов, отравлений, из-за чего каждый четвертый психически больной отказывается от химиотерапии.

Снизить негативную настроенность больных помогает назначение многокомпонентных противотуберкулезных препаратов (ПТП). Комбинированные формы ПТП имеют ряд преимуществ: они гарантируют применение наиболее эффективных комбинаций ПТП, исключают монотерапию и неточности дозировки, это, в свою очередь, уменьшает вероятность формирования лекарственно-устойчивых штаммов МБТ и, что наиболее важно в психиатрической практике, позволяют уменьшить общее число принимаемых на курс лечения таблеток в 2–3 раза, тем самым повышается приверженность больных к лечению. Многокомпонентные противотуберкулезные средства являются препаратами выбора для психически больных.

Дозировка комбинированных препаратов (расчет необходимого количества таблеток) осуществляется по рифампицину или оксифлоксацину в пересчете на массу тела больного. «Недостаток» изониазида, пиразинамида, этамбутола при необходимости компенсируется дополнительным назначением недостающих доз в виде отдельных форм. С успехом используется назначение многокомпонентных препаратов первого ряда в комбинации с резервными химиопрепаратами.

Побочное действие ПТП, диагностирующееся у трети больных, носит преимущественно токсический, токсико-аллергический и аллергический характер (токсический гепатит, аллергический дерматит, диспепсические расстройства, нарушение слуха, зрения, полинейропатия, особенно у больных, злоупотребляющих алкоголем). Усиление эпилептических припадков и обострение психотической симптоматики наблюдаются в единичных случаях, их доля среди всех побочных реакций не превышает 1 %.

У психически больных необходимо тщательно следить за совместимостью противотуберкулезных и психотропных препаратов (в частности недопустимо сочетание цикloserина, препаратов ГИНК и антидепрессантов), а также за функцией печени, поскольку большинство противотуберкулезных и психотропных препаратов оказывают гепатотоксическое действие. При сочетании психического заболевания и туберкулезного процесса ограничено использование цикloserина, коллапсотерапии, некоторых хирургических методов лечения.

Всем психически больным показано применение патогенетической терапии, целью которой является повышение реактивности организма, стимуляция процессов заживления, предупреждение и устранение побочного действия ПТП. Пациентам назначаются кортикостероидные гормоны, тиосульфат натрия, иммуностимуляторы (тималин, тимоптин, тактивин), нестероидные противовоспалительные средства, витамины группы В, Е, гепатопротекторы. В качестве патогенетической терапии выступает и психосоциальная реабилитация больных.

Назначение глюкокортикостероидных гормонов (преднизолон) показано при выраженном интоксикационном синдроме, явлениях бронхообструкции и проводится по схеме: максимальная суточная доза составляет 20 мг, доза еженедельно снижается на 5 мг до полной отмены, длительность приема – 28 дней. У больных, принимающих преднизолон в объеме средних доз, не наблюдается ухудшения психического состояния. Напротив, снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного и бронхолегочного синдромов способствуют снятию эмоционального напряжения у пациентов, стабилизируя их психическое состояние.

Существенное отличие терапии туберкулеза у психически больных от терапии психически здоровых пациентов представляют сроки активного противотуберкулезного лечения, которые превышают таковые у психически здоровых, так как репаративные процессы у больных с психическими расстройствами идут медленно. Эффективность лечения туберкулезного процесса увеличивается к 9–12 месяцу, достигая оптимальных показателей к 1–1,5 годам. Поэтому основной курс активной химиотерапии у психически больных с впервые выявленным туберкулезом легких должен продолжаться с учетом индивидуальных особенностей динамики

туберкулезного процесса. Средняя длительность пребывания на койке психически больных, страдающих туберкулезом легких, составляет 443 дня, при наличии полостей распада – 495 дней.

Особенности противотуберкулезной терапии у психически больных:

– Непрерывное стационарное лечение у большей части пациентов до достижения стойкого клинко-рентгенологического эффекта (как правило, до перевода в III группу ДУ).

– Подконтрольный прием не только психотропных, но и противотуберкулезных препаратов на всех этапах терапии туберкулеза легких: интенсивная фаза, фаза продолжения, противорецидивное лечение.

– Длительность интенсивной фазы противотуберкулезной химиотерапии до перевода больных в III группу ДУ в течение 12–18 месяцев в связи с нестойкостью достигнутого положительного эффекта и частыми обострениями процесса при переводе больного на фазу продолжения химиотерапии сразу после закрытия полостей распада и прекращения бактериовыделения.

– Перевод больного в реабилитационно-диагностическое отделение (аналог санаторного этапа) для проведения фазы продолжения химиотерапии, противорецидивного лечения, поскольку нахождение в психотуберкулезных отделениях больных с затихающей активностью процесса вместе с бактериовыделителями приводит к экзогенному суперинфицированию.

Наличие коморбидной патологии требует коррекции психотропной терапии. Психотропная терапия оказывает разнонаправленное влияние на характер течения туберкулеза легких. Назначение высоких и средних терапевтических доз транквилизаторов и антидепрессантов способствует благоприятному исходу туберкулезного процесса, назначение высоких доз нейролептиков, напротив, вероятность благоприятного исхода снижает.

Назначение психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, среднетерапевтических и высоких доз нейролептиков приводит к развитию иммунодефицита (снижение количества Т-лимфоцитов, угнетение РБТЛ), тканевой гипоксии и вегетативного дисбаланса. У больных, получающих низкие дозы нейролептиков или не получавших их вообще, достоверно чаще отмечается положительная динамика в течении туберкулеза легких (почти у 90 % больных), и в 2 раза реже отрицательная, чем у пациентов,

принимающих нейролептики в средних и высоких дозах.

Прием малых доз нейролептиков увеличивает вероятность благоприятного исхода туберкулеза легких в 3 раза по сравнению с теми, кто принимает их в средних и высоких дозах, а отказ от назначения нейролептиков психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, повышает вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса в 5 раз.

У пациентов, получающих антидепрессанты в средне-терапевтических дозировках, отрицательная динамика отмечается в 3 раза, а хронизация процесса в 2 раза реже, чем у больных, которым антидепрессанты не назначались. Вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса у пациентов, принимающих антидепрессанты в средне-терапевтических дозах, в 4 раза выше, чем у больных, которым тимоаналептическая терапия не проводилась.

Те же закономерности отмечаются при назначении транквилизаторов. У пациентов, получающих высокие дозы транквилизаторов, положительная динамика в течении туберкулеза отмечается 1,5 раза чаще, чем у больных, не получавших транквилизаторы вообще. У пациентов, принимающих транквилизаторы в средних дозах, выявляется самый низкий процент прогрессирования туберкулезного процесса, почти в 3 раза меньше аналогичного показателя у пациентов, их не получавших. Вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса у больных, не получающих транквилизаторы в 2 раза ниже, чем у тех, кто принимает их в малых дозах, в 3 раза – по сравнению с больными, получавшими средние дозы, и в 5 раз ниже, чем у пациентов, которым транквилизаторы назначались в высоких терапевтических дозировках.

Подобные результаты связаны с вегетостабилизирующим действием транквилизаторов и антидепрессантов, которые повышают тонус симпатической нервной системы. Симпатикотония является прогностически благоприятным признаком на всех этапах течения туберкулеза.

Назначение же нейролептиков в высоких и средних терапевтических дозировках приводит к вегетативному дисбалансу с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, что негативно сказывается на течении туберкулеза легких. Повышение тонуса парасимпатической нервной системы снижает

проницаемость гематоэнцефалического барьера, что, в свою очередь, ведет к уменьшению эффективности проводимой психотропной терапии, нарастанию прогрессивности, обострению психического заболевания (в частности шизофрении). В то же время высокие дозы нейролептиков назначаются больным с активной психотической симптоматикой и нестабильным психическим состоянием, которые, по принципу психосоматического параллелизма, оказывают негативное влияние на течение туберкулезного процесса, замыкая порочную спираль.

При лечении пациентов, страдающих психическими расстройствами в сочетании с активным туберкулезом легких, целесообразно использовать монотерапию психотропными средствами, особенно нейролептиками. При необходимости назначения нескольких психотропных препаратов различной направленности действия наиболее рациональным является комбинирование транквилизаторов и антидепрессантов в средне-терапевтических дозировках с нейролептиками в минимальных терапевтических дозах.

Лечение психически больных биологическими методами сочетается с проведением психосоциальных реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление имеющегося когнитивного дефицита, навыков самостоятельного проживания, на преодоление явлений госпитализма, уменьшение фрустрирующих ситуаций, связанных с отрывом от привычной социальной среды, повышение трудовой, социальной, творческой активности, политической грамотности. С позиции биопсихосоциальной концепции психосоциальная реабилитация оказывает патогенетическое действие на динамику туберкулезного процесса.

Патогенетическое влияние социального и психологического факторов на динамику туберкулеза легких необходимо учитывать при организации противотуберкулезной помощи психически больным. Создание психотерапевтического климата в психотуберкулезных отделениях требует проведения комплекса образовательных и психокоррекционных мероприятий с младшим и средним медицинским персоналом, направленных на преодоление стигматизации, явлений эмоционального выгорания, повышение образовательного уровня медработников, освещения вопросов влияния характера межличностных отношений с больными на динамику туберкулеза легких.

Профилактика туберкулеза легких у психически больных предусматривает:

1) удовлетворительные условия содержания пациентов в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах;

2) настороженность у медицинского персонала в отношении туберкулезной инфекции при изменении поведения больных, целенаправленное обследование на наличие туберкулеза легких при нарастании глубины психосоциальной дезадаптации пациентов;

3) ежегодное, с периодичностью 2 раза в год, лучевое (рентгенологическое, флюорографическое) обследование больных, своевременное обращение к фтизиатру и как можно более ранний перевод в психотуберкулезные отделения психиатрического стационара при выявлении активного туберкулеза легких;

4) наблюдение больных из психоневрологических интернатов, находившихся на длительном лечении в условиях психиатрического стационара и лиц БОМЖ с клинически излеченным туберкулезом легких по III группе ДУ, в реабилитационно-диагностическом отделении с проведением противорецидивного лечения в течение 3 лет, до снятия с фтизиатрического учета;

5) госпитализация больных с большими остаточными изменениями и высоким риском рецидива туберкулезного процесса в периоды обострения психического заболевания в реабилитационно-диагностическое отделение, проведение противорецидивных курсов химиотерапии в осенне-весенний период,

обеспечение пожизненного наблюдения врачом-фтизиатром.

Проблема лечения туберкулеза при его сочетании с психическими заболеваниями в условиях современной эпидемиологической обстановки приобретает особенно важное значение.

Принципы химиотерапии туберкулеза у психически больных соответствуют тем же стандартам, что и у психически здоровых пациентов, однако из-за нарушения психического состояния проведение химиотерапии сопряжено с большими трудностями и требует строгого контроля за приемом как противотуберкулезных препаратов, так и психотропных средств.

Наличие коморбидной патологии с учетом разнонаправленного влияния психотропных средств на характер течения туберкулеза требует коррекции психотропной терапии. Целесообразно использование монотерапии психотропными препаратами, особенно при необходимости использования нейролептиков. В случае одновременного назначения нескольких препаратов разнонаправленного действия более рациональной является комбинация транквилизаторов и антидепрессантов в средних дозах с нейролептиками в минимальных дозах.

Реабилитация больных туберкулезом при психических заболеваниях должна предусматривать также проведение необходимых реабилитационных мероприятий и создание благоприятного для лечения психотерапевтического климата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубова, Е. Ю. Дезадаптация и реабилитация психически больных, страдающих туберкулезом легких: дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2008. – 44 с.
2. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
3. Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. № 1224н.
4. Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия. – М., 2010. – 520 с.
5. Фтизиатрия. Национальное руководство / Под ред. М. И. Перельмана. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 506 с.

ОСОБЕННОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

А. С. Борзенко, А. А. Калуженина, С. Г. Гагарина

Кафедра фтизиопульмонологии ВолГМУ

Туберкулезный менингит является одним из наиболее трудно диагностируемых

заболеваний. Своевременное выявление его (в срок до 10 дней) наблюдается лишь у 25–30 %