

ненной перспективы (субъективной оценки будущего) происходит, если пациент активно проявляет эмоции возмущения, уверен в наличии выхода из ситуации или активно переживает злость, возлагает вину на себя и других (продуктивный и непродуктивный эмоциональный копинг соответственно), но не пытается снять напряжение, передав ответственность за разрешение трудностей другим лицам (относительно-продуктивный эмоциональный копинг). В условиях относительного здоровья субъективно более благополучная жизненная перспектива строится, если человек сознательно отказывается от преодоления трудностей из-за невозможности интеллектуального их понимания (непродуктивный когнитивный копинг) и вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении (продуктивный поведенческий копинг).

Литература

1. Абульханова-Славская, К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. — М.: Мысль, 1991. — 299 с.
2. Вассерман, Л. И. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. — 2011. — № 40. — С. 129—135.
3. Вассерман, Л. И. Семантический дифференциал времени: экспертная психодиагностическая система в медицинской психологии / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, К. Р. Червинская. — СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. — 44 с.
4. Крюкова, Т. Д. Опросник способов совладания / Т. Д. Крюкова, Е. В. Куфтяк // Психологическая диагностика. — 2005. — № 5. — С. 57—76.
5. Набиуллина, Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом. Учебное пособие / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. — Казань: Казанская государственная медицинская академия, 2003. — 99 с.

ТУБЕРКУЛЕЗ. ОТ КОНТРОЛЯ К УПРАВЛЕНИЮ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ

УДК 616-002.5(470.54)

А.А. Голубкова¹, С.Н. Скорняков², О.В. Репина²

- 1 *Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*
- 2 *Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Туберкулезная инфекция в настоящее время остается крайне актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости населения, инвалидности и смертности от этого заболевания. В статье представлены основные тенденции эпидемиологических показателей по туберкулезу на территории Свердловской области в 2008—2016 гг. Установлено, что на изучаемой территории сложилась неблагоприятная ситуация по туберкулезу: несмотря на то, что ключевые показатели ежегодно снижаются, в сравнении с общероссийскими они остаются на достаточно высоком уровне. Также определены основные направления противотуберкулезной работы для осуществления контроля и оптимизации управления эпидемическим процессом в современных условиях.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемический процесс, управление.

TUBERCULOSIS. FROM CONTROL TO THE MANAGEMENT OF THE EPIDEMIC PROCESS

A.A. Golubkova¹, S.N. Skorniyakov², O.V. Repina²

- 1 *Ural state medical University, Yekaterinburg, Russian Federation*
- 2 *National Medical Research Center for Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Yekaterinburg, Russian Federation*

Tuberculosis infection currently remains an extremely topical medical and social problem, due to the high incidence of the population, disability and death from this disease. The article presents the main trends of epidemiological indicators for tuberculosis in the Sverdlovsk Region from 2008-2016. It has been established that there is an unfavorable TB situation in the study area, despite the fact that the key indicators are decreasing each year, in comparison with the all-Russian ones they remain at a rather high level. The main directions of anti-tuberculosis work are also identified for monitoring and optimizing the management of the epidemic process in modern conditions.

Keywords: tuberculosis, epidemic process, management.

Введение

Туберкулез на протяжении многих десятилетий остается актуальной проблемой здравоохранения [1; 2]. В последние годы ситуация стала еще более острой в связи с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, которая повлияла на тяжесть клинических проявлений и исходы болезни у лиц с *mixt*-инфекцией (ВИЧ и туберкулез) [3]. Повсеместное распространение туберкулеза, высокий уровень заболеваемости, трудности осуществления эффективных мер борьбы и профилактики определяют социально-экономическую значимость этого заболевания. В Свердловской области в течение ряда лет показатели заболеваемости и распространенности выше, чем в целом по Российской Федерации. В 2016 г. по пораженности туберкулезом Свердловская область среди 85 субъектов Российской Федерации находилась на 74-м месте и на 6-м (последнем) среди субъектов Уральского федерального округа [4]. Несмотря на положительные тенденции в динамике по ряду показателей, эпидемическая ситуация по туберкулезу в Свердловской области до настоящего времени остается неоднозначной.

Цель исследования

Оценить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Свердловской области в период с 2003-го по 2016 год и определить ключевые направления для управления эпидемическим процессом.

Материалы и методы

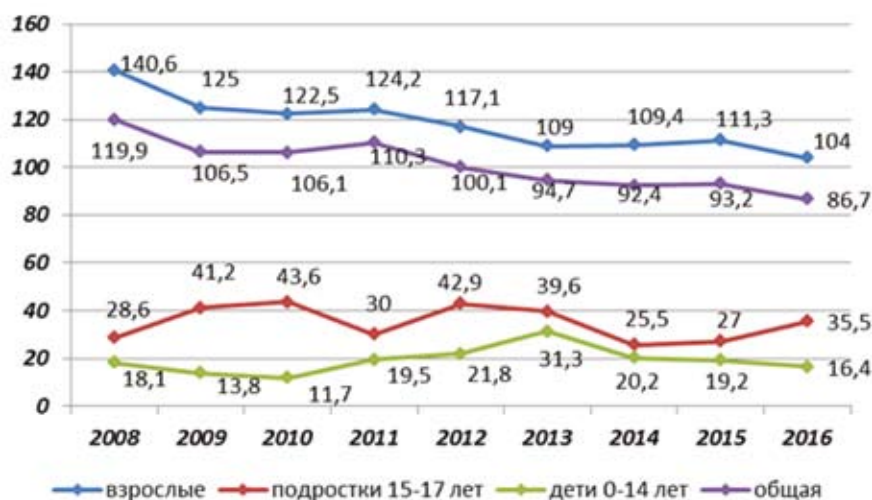
Работа выполнена на кафедре эпидемиологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России и в Национальном медицинском исследовательском центре фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний г. Екатеринбурга. Для изучения проявлений эпидемического процесса туберкулезной инфекции использованы данные государственной статистической отчетности: форма № 033 «Сведения о больных туберкулезом», форма № 008 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом». В работе использован эпидемиологический метод с применением статистических приемов. Для анализа полученных данных использовали наиболее распространенные статистические приемы: определение средней арифметической (M), стандартной ошибки показателя (m). Достоверность различий рассчитывали по t -критерию Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Заболеваемость туберкулезом в Свердловской области в силу особых социально-экономических условий регистрируется на высоком уровне, при среднемноголетнем показателе впервые выявленных случаев туберкулеза $100,5 \pm 1,50/0000$. Нельзя не отметить, что заболеваемость туберкулезом среди жителей области в последние 10 лет постоянно снижалась со среднегодовым темпом 4%, и в 2016 г. она соответствовала $86,7 \pm 1,40/0000$ против $119,9 \pm 1,70/0000$ в 2008 г. ($t > 2$), хотя общий ее уровень превышал общероссийский. Среди взрослых динамика показателей заболеваемости за анализируемый период дублировала таковую по заболеваемости туберкулезом всего населения. Более нестабильной была ситуация по заболеваемости туберкулезом среди подростков 15–17 лет. С 2014-го по 2016 год показатели заболеваемости в этой возрастной группе выросли с $25,5 \pm 4,7$ о/0000 до $35,5 \pm 5,6$ о/0000 соответственно, при среднемноголетнем ее уровне $34,9 \pm 5,1$ о/0000. Наиболее высокий уровень заболеваемости у подростков был зарегистрирован в 2010 г. и составил $43,6 \pm 6,2$ о/0000, превысив среднемноголетний уровень практически на 20%. Заболеваемость туберкулезом детей до 14-летнего возраста также проявляла неблагоприятную тенденцию к росту. На протяжении 2011–2015 гг. у детей имело место превышение среднемноголетнего показателя ($19,1 \pm 1,70/0000$), и только лишь в 2016 г. заболеваемость детей до 14 лет снизилась до уровня $16,4 \pm 1,50/0000$ (рис.).

В структуре впервые выявленных больных туберкулезом преобладали взрослые, доля которых в отдельные годы составляла от 93,5 до 97,1%. Среди взрослых на заболеваемость лиц в возрасте 25–44 года приходилось до 63,4% от впервые выявленных случаев туберкулеза. Несмотря на значительную долю взрослых этой возрастной категории частота и динамика выявления больных в подгруппах имели некоторые различия. Так, например, в возрастной группе 25–34 года заболеваемость за анализируемый период снижалась со среднегодовым темпом 5,0%, и в результате в 2016 г. она составила $156,6 \pm 4,6$ о/0000, тогда как в группе 35–44 года регистрировали стабильно высокий уровень заболеваемости (от $179,5 \pm 5,60/0000$ в 2008 г. до $181,2 \pm 5,30/0000$ в 2016 г.). Подростки в возрасте 15–17 лет в структуре заболеваемости туберкулезом населения занимали около 1%, с колебаниями в отдельные годы от $0,7 \pm 0,1\%$ до $1,2 \pm 0,2\%$, тогда как доля детей до 14-летнего возраста в общей структуре впервые выяв-

ленных больных туберкулезом составляла до 3,1%. При распределении по возрастным группам среди детей до 14 лет в 2008 г. наибольшая доля приходилась на детей с 7— до 14-летнего возраста (47,4%), тогда как в 2016 г. 45,2% составляли дети до 4-х лет.



Заболеваемость туберкулезом Свердловской области в 2008—2016 гг. (о/0000)

При анализе заболеваемости туберкулезом по гендерно-возрастной принадлежности установлено: среди впервые выявленных заболевших преобладали лица мужского пола, доля которых соответствовала 70%. Среднемноголетняя заболеваемость туберкулезом среди них превышала заболеваемость женщин почти в 3 раза и составляла $154,5 \pm 2,80/0000$ против $56,0 \pm 1,50/0000$ у женщин. С 2008-го по 2016 год заболеваемость как у мужчин, так и у женщин снижалась примерно с одинаковым темпом, соответственно на 29,8% и 23,0%.

У мужчин старше 18 лет максимальный среднемноголетний уровень впервые выявленных случаев туберкулеза приходился на возрастную группу 25—34 года, составляя $280,9 \pm 8,80/0000$, немного ниже была заболеваемость в возрастной группе 35—44 года — $263,6 \pm 9,50/0000$. Среди впервые выявленных больных туберкулезом женщин также преобладали эти же возрастные группы, но с более низкими значениями показателя заболеваемости — $121,8 \pm 5,80/0000$ и $82,4 \pm 5,10/0000$ соответственно.

Среди подростков 15—17 лет преобладали девушки, их доля среди впервые выявленных больных составляла в среднем 53% с колебаниями в отдельные годы от $40 \pm 7,2\%$ до $67 \pm 8,7\%$. Среднемноголетний показатель выявления больных туберкулезом среди них составлял $39,3 \pm 8,10/0000$, тогда как среди мужчин этого возраста он был несколько ниже — $34,6 \pm 7,4$ о/0000 ($t > 2$, $p > 0,05$).

В группе детей до 14-летнего возраста среднемноголетняя заболеваемость туберкулезом девочек незначительно (17%) превышала заболеваемость мальчиков — $20,3 \pm 2,40/0000$, против $17,4 \pm 2,20/0000$; при этом наибольшее количество впервые выявленных больных приходилось на возрастную группу от 4 до 6 лет — $26,8 \pm 7,50/0000$ среди девочек и $20,3 \pm 6,40/0000$ среди мальчиков.

В структуре впервые выявленного туберкулеза на территории Свердловской области приоритетное место принадлежит туберкулезу органов дыхания (ТОД), его доля составила в 2016 г. 98%, соответственно доля внелегочного туберкулеза была не более 2,0%. В структуре внелегочных форм ведущее место ($33,8 \pm 5,5\%$) занимал туберкулез периферических лимфатических узлов, который диагностировали преимущественно у детей; суставной туберкулез и туберкулез мочеполовой системы практически в равных долях ($25,7 \pm 5,1\%$ и $20,3 \pm 4,7\%$) регистрировали во всех возрастных группах.

Одним из важнейших и наиболее достоверных показателей, характеризующих тяжесть эпидемической ситуации по туберкулезу, является смертность от этого заболевания [5]. Установлено, что показатель смертности к 2016 г. за 9 лет наблюдения снизился до $10,0 \pm 0,50/0000$ против $16,6 \pm 0,60/0000$ в 2008 г., однако по-прежнему он был выше общероссийского, хотя и на 43% проявлял умеренную тенденцию к снижению — со среднегодовым темпом 6,1%.

Заболеваемость туберкулезом органов дыхания с распадом легочной ткани является важным показателем, свидетельствующим в значительной степени о несвоевременном выявлении данного инфекционного заболевания [5]. Доля деструктивного туберкулеза среди впервые выявленных больных в Свердловской области, начиная с 2008 г., постоянно увеличилась, и в 2016 г. она составляла $36,0 \pm 0,9\%$

против $34,0 \pm 0,8\%$ в 2008 г. ($t < 2$). Аналогичная ситуация сложилась и среди пациентов, состоявших на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах. Доля деструктивных форм туберкулеза среди пациентов этой группы увеличилась с $28,5 \pm 0,4\%$ до $30,8 \pm 0,5\%$ соответственно ($t > 2$, $p < 0,05$). Что касается больных фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ), то отмечается уменьшение доли больных с ФКТ как среди впервые выявленных, так и среди пациентов, состоявших на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах с $1,0 \pm 0,2\%$ до $0,3 \pm 0,1\%$ ($t > 2$, $p < 0,05$) и с $33,6 \pm 0,8\%$ до $29,2 \pm 0,9\%$ ($t > 2$, $p < 0,05$) соответственно.

Знаковым показателем в характеристике эпидемической ситуации на изучаемой территории являются данные по бактериовыделению у больных ТОД. По нашим данным, доля впервые выявленного туберкулеза с бактериовыделением и доля туберкулеза с бактериовыделением среди пациентов, состоявших на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах, за последние годы постоянно увеличивалась со среднегодовым темпом прироста $1,8\%$ и $0,8\%$ соответственно. Установлена прямая сильная корреляционная связь между количеством больных с бактериовыделением и заболеваемостью населения туберкулезом ($r = +0,97$, $p < 0,001$).

Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) одновременно к изониазиду и рифампицину имеет наибольшее клиническое значение. В структуре лекарственной устойчивости среди впервые выявленных больных с ТОД с бактериовыделением к 2016 г. она увеличилась в 4,7 раза до $30,0 \pm 1,2\%$ против $6,4 \pm 0,6\%$ в 2008 г. Аналогичная ситуация складывалась и среди пациентов, ранее состоявших на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах. За период наблюдения доля ТОД с МЛУ увеличилась в 3,7 раза и составила в 2016 г. $52,7 \pm 0,9\%$.

Учитывая тот факт, что туберкулез — это хроническая инфекция и что для характеристики ситуации имеют значение кумулятивные показатели или превалентность, был проведен анализ материалов и по распространенности инфекции, которые зависели от влияния как медицинских, так и немедицинских факторов. К числу медицинских факторов можно было отнести, во-первых, число впервые выявленных больных, особенно с бактериовыделением и распадом легочной ткани, частоту рецидивов туберкулезного процесса, во-вторых, оценку эффективности лечения, определяемую тактикой его осуществления противотуберкулезным диспансером, в компетенции которого находится перевод больного из активных групп учета в неактивные. Значительное влияние на уровень распространенности туберкулеза среди населения может оказать миграция больных данным заболеванием, являющаяся немедицинским фактором [5]. В процессе анализа было установлено что показатель распространенности туберкулеза в Свердловской области в 2016 г. составил $194,9 \pm 2,20/0000$ и превысил общероссийский в 1,6 раза ($121,30/0000$), и это несмотря на то, что в период с 2008-го по 2016 год происходило ежегодное снижение распространенности инфекции со среднегодовым темпом снижения в $3,6\%$ ($261,6 \pm 2,40/0000$ до $194,9 \pm 2,20/0000$).

Выводы

1. Ситуация по заболеваемости туберкулезом в Свердловской области остается нестабильной. Несмотря на имеющую место тенденцию к снижению количества впервые выявленных больных и увеличение числа лиц, снятых с учета по выздоровлению, показатели инцидентности, превалентности и смертности от туберкулеза в Свердловской области превышают общероссийские.

2. Наиболее неблагоприятную тенденцию в эпидемическом процессе определяют: увеличение впервые выявленных больных туберкулезом в возрастной группе с 25 до 44 лет, высокая доля (до 98%) туберкулеза органов дыхания, в том числе с распадом легочной ткани ($36,0 \pm 0,9\%$), как среди впервые выявленных, так и среди состоявших на диспансерном учете, и увеличение микобактерий с МЛУ.

3. Для управления эпидемической ситуацией по туберкулезу необходимо изменить подходы к выявлению, диагностике и лечению больных туберкулезом, в том числе с МЛУ и сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Обеспечить взаимодействие учреждений противотуберкулезной службы, Роспотребнадзора и первичной медико-социальной помощи, в том числе при работе в очагах, в семьях и медицинских организациях.

Литература

1. Михайлова, Л. А. Мониторинг реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом, на основе Приказа Минздравсоцразвития России № 61 от 05.06.2010 г. / Л. А. Михайлова, Е. И. Скачкова, И. М. Сон // Туберкулез в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации. — М.: ООО «Издательство

«Триада», 2011. — С. 184—190.

2. Нечаева, О. Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации / О. Б. Нечаева // Зам. главного врача. — 2015. — № 7 (110). — С. 17—22.

3. Нечаева, О. Б. Ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в России / О. Б. Нечаева // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 6. — С. 9—15.

4. Подгаева, В. А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и деятельность противотуберкулезной службы на Урале в 2016 году / В. А. Подгаева, Н. В. Канавина // Сб. науч. трудов под ред. д.м.н. С. Н. Скорнякова. — Екатеринбург, 2016. — 411 с.

5. Подгаева, В. А. Тенденции эпидемиологического процесса по туберкулезу и результатов деятельности противотуберкулезной службы на Урале в 2014 г. / В. А. Подгаева, С. Н. Скорняков // Фтизиатрия и пульмонология. — 2015. — № 2 (10). — С. 181—200.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

УДК 616-089:159.9

О.В. Демидова, М.С. Цирамуа

Омский государственный медицинский университет Российской Федерации, колледж, г. Омск

В данной статье раскрыты вопросы современного комплексного подхода к средствам психологической помощи при подготовке пациентов к плановым оперативным вмешательствам. При правильном проведении психологической подготовки снижаются уровень тревожности, послеоперационная боль, частота послеоперационных осложнений и повышается эффективность лечения. Психологическая готовность к операции заметно повышает естественные силы организма, что увеличивает шансы на то, что хирургическое вмешательство окажется благополучным.

Ключевые слова: средства психологической подготовки, оперативное вмешательство, психотерапия.

PSYCHOLOGICAL PREPARATION OF PATIENTS FOR PLANNED SURGICAL INTERVENTIONS

O. V. Demidova, M. S. Tsiramua

Omsk state medical university, Omsk, Russian Federation

This article describes the issues of modern integrated approach to psychological support in the preparation of patients for elective surgery. In this psychological preparation reduces the level of anxiety, postoperative pain, postoperative complications and increases the effectiveness of treatment. Psychological readiness for surgery markedly increases the natural forces of the body, which increases the chances that surgery will be successful.

Keywords: psychological preparation, surgical intervention, psychotherapy.

В последнее время все больше внимания уделяется исследованию показателей эмоционального состояния и содержания переживаний больных, находящихся в условиях хирургической клиники (Николаева В.В., 1998; Попогребский А.Б., 1998; Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Гудкова Р.Г., 2010; Замотаев Ю.Н., 2002). Многие хирургические заболевания воспринимаются людьми как лишение самостоятельного ухода за собой, так и угроза для жизни, поэтому требуют к себе особого внимания.

За несколько веков до нашей эры существенных успехов в предоперационной подготовке пациентов достигли врачи в Древнем Египте, Индии, Вавилоне, Риме. Римский философ-платоник второй половины II века Цельс (30—38 г. до н. э.) дал стройное изложение медицинских знаний того времени, определив пять классических методов предоперационной подготовки, которые актуальны в настоящее время. На востоке Ибн-Сина (Авиценна) (980—1037) был выдающимся диагностом и оставил после себя разносторонние труды по естествознанию, философии, медицине, физиологии, а также о подготовке больного к операции.

Работы академика И. П. Павлова показали громадное значение центральной нервной системы в течение патологических процессов. Его ученики еще более углубили наше представление о роли нервной системы при патологических процессах.

Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием внутренняя кар-