

Шереметьева И.И.<sup>1</sup>, Плотников А.В.<sup>2</sup>

## Подходы к организации психиатрической помощи больным туберкулезом легких в Алтайском крае

1 - ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС, Барнаул; 2 - КГБУЗ Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К., Барнаул

Sheremeteva I.I., Plotnikov A.V.

### Approaches to mental health care to TB patients in the Altai region

#### Резюме

После 20 лет снижения эпидемиологических показателей, отражающих распространение туберкулеза, в 90-е годы XX века в России произошло ухудшение эпидемической ситуации. Важной проблемой является лечение больных с сочетанием туберкулеза легких и психического заболевания. Такие больные, как правило, уклоняются от лечения туберкулеза, нарушают режим противотуберкулезных учреждений. Вопросы же комплексной терапии сочетанной патологии до сих пор до конца не разработаны, являются предметом исследований. Исследование проводится на базе фтизиатрического подразделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Ю.К. (г. Барнаул). Цель работы: поиск наиболее оптимальных подходов к организации психиатрической помощи больным туберкулезом легких. Методы исследования: клинический, патопсихологический, клинко-статистический, клинко-эпидемиологический, статистический.

**Ключевые слова:** организация медицинской помощи, туберкулез, психические расстройства, сочетание

#### Summary

After 20 years of decline epidemiological indicators, reflecting the spread of tuberculosis in the 90 years of the 20th century, there was a deterioration of the epidemiological situation in Russia. An important issue is the treatment of patients with a combination of pulmonary tuberculosis and mental illness. These patients tend to shy away from treatment, violate the TB facilities. The integrated treatment of comorbidity are still not fully developed, the subject of research. Research is conducted on the basis of the TB division of the Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital name Erdman (Barnaul). The work purpose: to find the best approaches of psychiatric care for patients with pulmonary tuberculosis. Research methods: clinical method, pathopsycological method, epidemiological method and statistical method.

**Key words:** health care setting, tuberculosis, mental disorders, combination

#### Введение

При одновременном заболевании туберкулезом и психическими заболеваниями, а это в последние годы наблюдается все чаще, отмечается взаимное утяжеление их течения: с одной стороны, возникают хронические распространенные формы туберкулеза, с другой – наблюдается более тяжелое течение психического заболевания [8].

Как известно, в патогенезе туберкулеза может играть роль как эндогенная реинфекция, так и экзогенная инфекция и суперинфекция. Развитию туберкулеза в результате эндогенной реинфекции на фоне старых туберкулезных изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлах способствуют различные сопутствующие заболевания, среди которых видное место занимает психическая патология.

Несомненно, очень важной проблемой является лечение больных с сочетанной патологией. Такие больные, как правило, уклоняются от лечения туберкулеза, нарушают режим противотуберкулезных учреждений. Вопросы же комплексной терапии сочетанной патологии до сих пор до конца не разработаны, являются предметом исследований. Таким образом, сочетание психических заболеваний представляет из себя весьма серьезную проблему, как организационную, так и терапевтическую и эпидемиологическую [8].

После 20 лет снижения эпидемиологических показателей, отражающих распространение туберкулеза, в 90-е годы XX века в России произошло ухудшение эпидемической ситуации [1,2].

Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован среди бездомных (в 40-60 раз выше уровня по-

стоянного населения) и мигрантов (в 30 раз выше), приезжающих, как правило, из регионов, где сосредоточен большой резервуар туберкулезной инфекции [1]. Серьезной проблемой, влияющей на общую ситуацию, продолжает оставаться туберкулез в местах лишения свободы. Показатель заболеваемости туберкулезом подследственных и заключенных, по данным Министерства юстиции Российской Федерации, в 2004 году был в 20 раз выше, чем среди всего населения России (1614,0 на 100 тыс.) [1,2]. Российскими и зарубежными учеными широко обсуждаются эпидемиологические проблемы туберкулеза среди социально уязвимых групп риска, в том числе лиц, находящихся в учреждениях пенитенциарной системы. Однако в научной литературе недостаточно освещен вопрос распространения туберкулеза среди больных с психическими расстройствами, количество которых, к сожалению, увеличивается.

Показатели заболеваемости как психическими заболеваниями, так туберкулезом легких в Алтайском крае значительно выше, чем в целом по России. В 2014 году заболеваемость туберкулезом легких в Алтайском крае составила 106 на 100000, что в полтора раза выше, чем в целом по России (63 на 100000). В Алтайском крае в 2014 году на диспансерном наблюдении находились, а также получали консультативную психиатрическую помощь, в общей сложности 114069 человек, или 4568,7 на 100000, что в 1,7 выше, чем по России (2698,9 на 100000). Заболеваемость психическими заболеваниями в Алтайском крае в 2014 году составила 1224,2 на 100000, что в три раза выше, чем по России (358,3 на 100000).

Связь между психическими нарушениями и различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями человека известна с давних пор. Ученые различных стран на протяжении многих лет отмечают значительно большую заболеваемость психических больных туберкулезом и их высокую смертность от этой болезни, которая в 5-12 раз превышает смертность от этой болезни психически здорового населения [6,9].

Также весьма актуальной проблемой является алкоголизм среди больных туберкулезом легких. Туберкулез легких все более сосредотачивается среди больных, страдающих психическими заболеваниями и алкоголизмом [4]. По данным Рудого Н. М., Чубанова Т. Ч. и Джохадзе В. А., психическими заболеваниями и алкоголизмом страдают 52,5% больных активным туберкулезом легких (1 и 2 ГДУ). Из них алкоголизмом 27,8%, другими психическими заболеваниями 24,7% [6]. При туберкулезе легких у больных, страдающих одновременно алкоголизмом и психическим заболеванием последнее, как правило, первично. Течение неблагоприятное, эффективность терапии низка [7]. По данным Имамова А.Х., при сочетании наблюдается атипичная картина алкоголизма: быстрее падает толерантность, возникают амнезии, чаще наблюдается психопатизация больных [3]. У больных с сочетанием выраженные нарушения иммунологического статуса, клеточный иммунодефицит [1].

Ордуец В. С. и соавторы [12] отмечают, что присоединение туберкулеза к психическому заболеванию

значительно утяжеляет клинические проявления психической патологии и снижает эффективность лечения обоих заболеваний. Также авторы указывают на высокую частоту нейротоксического эффекта на прием изониазида у больных с судорожным синдромом, последствиями травм головы, выраженным галлюцинозом, поэтому считают нецелесообразным применение изониазида у данной категории больных. В выводах утверждается, что необходимо обучать персонал психиатрических больниц и психоневрологических интернатов выявлять туберкулез легких (основной метод – регулярные флюорографические обследования, два раза в год). Подчеркивается, что организация длительного комплексного лечения туберкулеза и психического заболевания позволяет добиться высоких результатов. Наконец, авторы описывают «усредненный портрет» больного психическим заболеванием, сочетанным с туберкулезом: мужчина, старше 30 лет, проживающий в сельской местности, инвалид I или II группы по психическому заболеванию, курящий, туберкулез выявлен при профилактическом осмотре в инфильтративной форме. Авторы обращают внимание на то, что современные тенденции здравоохранения РФ ведут к увеличению объема амбулаторной помощи при одновременном сокращении стационарной. Очевидно, что это предполагает высокую сознательность, социальную зрелость больного. Поэтому данные тенденции никак не должны распространяться на лиц, страдающих психическими заболеваниями в сочетании с туберкулезом легких. Авторы утверждают, что лечение данного контингента больных более эффективно в стационаре, чем в амбулаторных условиях, причем среднюю длительность непрерывного пребывания в стационаре лиц с коморбидной патологией целесообразно продлить до трех лет, поскольку частые выписки таких больных ведут к хронизации, увеличению бактериовыделения и т. д. Выписку следует проводить только по достижению стойкого абацилирования и закрытия полостей распада, необходимы новые нормативные акты, регламентирующие выписку больных с сочетанной патологией.

Зубова Е. Ю. [13] указывает на то, что течение туберкулеза легких больше зависит не от психиатрического диагноза, а от уровня дезадаптации. У глубоко дезадаптированных отмечается высокая эффективность лечения, что связано с непрерывной противотуберкулезной терапией в условиях стационара. Адаптивные способности увеличивают риск прогрессирования туберкулеза легких за счет неэффективности амбулаторного лечения. Потребностью современного периода, таким образом, является создание специализированных закрытых стационаров, разработка нормативных актов, юридических закрепляющих госпитализацию психически больных до достижения клинического излечения туберкулеза легких.

Стационарная специализированная медицинская помощь психически больным, страдающим туберкулезом легких в Алтайском крае оказывается на базе фтизиатрического подразделения Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени

Таблица 1. Общая структура психических заболеваний в АКПБ №3 за 1999 год

Нозология	Абс.	%
Шизофрения	69	52,27%
Органические заболевания головного мозга	24	18,18%
Олигофрения	29	21,96%
Алкогольные психозы	5	3,79%
Алкоголизм	7	5,30%
Эпилепсия	0	0
Депрессии	1	0,76%
Наркомания	1	0,76%
Другие	0	0
Итого	132	

Таблица 2. Общая структура психических заболеваний в АКПБ №3 за 2009 год

Нозология	Абс.	%
Шизофрения	47	30,92%
ОЗГМ	46	30,26%
Олигофрения	31	20,39%
Алкогольные психозы	10	6,58%
Алкоголизм	23	15,13%
Эпилепсия	4	1,32%
Депрессии	4	2,63%
Наркомания	1	2,63%
Другие	1	0,66%
Итого	152	

Эрдмана Юрия Карловича». В подразделении получают лечение больные, страдающие двумя социально-значимыми и социально опасными заболеваниями, по направлениям районных психиатров и фтизиатров, психиатрических больниц и противотуберкулезных диспансеров со всей территории Алтайского края. Подразделение располагает тремя психотуберкулезными отделениями, рассчитанными, в общей сложности, на 130 коек, клинико-диагностической лабораторией, рентген-кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом, кабинетом функциональной диагностики. В марте 2015 года было открыто наркологическое туберкулезное отделение (мужское) на 20 коек для лечения больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя.

Амбулаторная медицинская помощь данному контингенту больных оказывается путем тесного взаимодействия участковых психиатров и фтизиатров. В частности, согласно САНПИН, все больные, состоящие на диспансерном учете у психиатра, два раза в год направляются на флюорографическое обследование.

## Материалы и методы

Исследование проводилось на базе фтизиатрического подразделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Ю.К. (г. Барнаул) начиная с ноября 2009 года. Данное подразделение с 1998 г. полностью перепрофилирована для лечения больных с сочетанием туберкулеза легких и психических заболеваний. Подразделение является единственным учреждением в Алтайском крае, оказывающим помощь данному

контингенту больных, поэтому полученные в ходе исследования данные отражают эпидемиологическую картину по Алтайскому краю.

С целью определения общей структуры психической патологии у больных туберкулезом легких, проходивших лечение в условиях фтизиатрического подразделения, была обработана медицинская документация: архивные истории болезни 132 больных, пролеченных в 1999 году и 152, пролеченных в 2009 году. Исследование носило сплошной характер. При изучении медицинской документации учитывались содержащиеся в ней диагностические формулировки по рубрикации МКБ-10, а также диагностические заключения, соответствующие принятой в нашей стране классификации (Снежневский А.В., 1983; Коркина М.В. с соавт., 2004). Последующий анализ проводился с учетом диагностических заключений по перечню нозологических форм отечественной классификации.

## Результаты и обсуждение

В ходе исследования медицинской документации, прежде всего изучалась структура психических заболеваний в Алтайской краевой психиатрической больнице №3.

По половому признаку больные распределились следующим образом: в 1999 году 78,79% мужчин и 21,21% женщин, в 2009 году – 77,63% мужчин и 22,37% женщин. Таким образом, значимых различий между 1999 и 2009 годом по данному параметру нет.

Распределив пролеченных в 1999 и в 2009 годах больных по возрастным группам, мы установили, что в

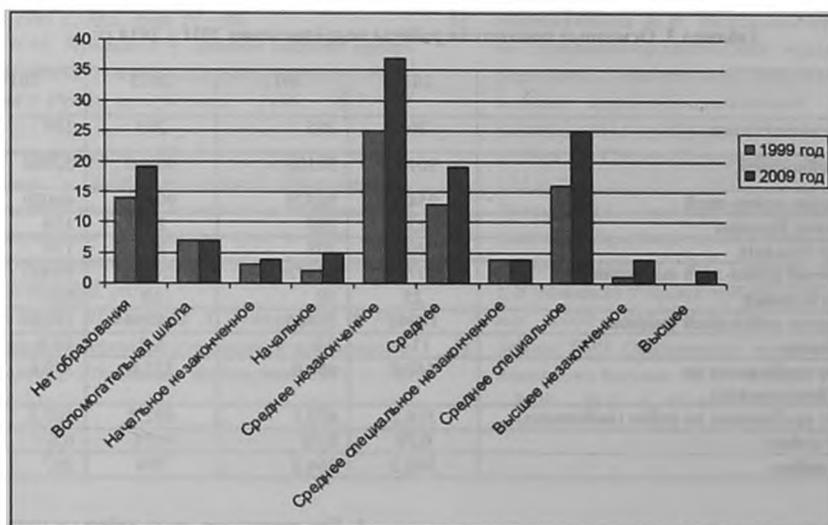


Рисунок 1. Уровень образования больных, пролеченных в 1999 году и 2009 году.

2009 году по сравнению с 1999 годом уменьшился удельный вес больных 25 – 55 лет (77,27% и 67,76% соответственно), возрос удельный вес больных старше 55 лет (17,42% и 30,26% соответственно).

В 2009 году по сравнению с 1999 годом уменьшился удельный вес больных, проживавших в городе (33,55% и 40,91% соответственно), увеличился удельный вес сельских жителей (25,00% и 19,70% соответственно), уменьшился удельный вес жителей психоневрологических интернатов (28,29% и 35,61% соответственно), увеличился удельный вес лиц без определенного места жительства (13,16% и 3,79% соответственно). Стоит также отметить, что среди городских жителей в 2009 по сравнению с 1999 годом уменьшился удельный вес органических заболеваний головного мозга (34,78% и 50,00% соответственно), среди лиц без определенного места жительства – увеличился (15,22% и 0% соответственно). В селе и психоневрологических интернатах остался практически неизменным.

В 1999 году 81,06% больных являлись инвалидами второй группы по психическому заболеванию, 10,61% – не имели группы инвалидности. В 2009 году 55,26% больных являлись инвалидами по психическому заболеванию, 29,61% не имели группы инвалидности. Данные, на наш взгляд, тревожные показатели, могут быть объяснены не только возросшим количеством социально дезадаптированных лиц, лиц без определенного места жительства, но и тем, что оформить больную группу инвалидности стало сложнее. Похожую картину мы наблюдаем и среди больных органическими заболеваниями головного мозга. В 1999 году 58,33% имели вторую группу инвалидности по психическому заболеванию, 33,33% не имели группы инвалидности, в 2009 году – 32,61% и 52,17% соответственно.

Анализ уровня образования пролеченных в 1999 и в 2009 году (рисунок №1) показал, что большая часть боль-

ных имела среднее и среднее специальное образование, довольно много больных, не имевших образования вообще, и крайне мало лиц с высшим образованием. Похожая картина была получена и при оценке уровня образования пролеченных больных с органическими заболеваниями головного мозга.

В 1999 году удельный вес первичных по психическому заболеванию больных составил 12,88%, в 2009 году – 12,50%. Первичных по туберкулезу легких в 1999 году было пролечено 30,30%, в 2009 году – 20,39%. Таким образом, можно судить о том, что заболеваемость психическими заболеваниями у обследуемого контингента больных осталась практически неизменной, заболеваемость туберкулезом легких снизилась. Совершенно иную картину мы наблюдаем у больных органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с туберкулезом легких. Среди них было пролечено 12,50% первичных по психическому заболеванию в 1999 году, 39,13% в 2009 году. Первичных по туберкулезу легких в 1999 году было пролечено 20,83% больных, в 2009 – 26,09% больных. Данные показатели свидетельствуют о том, что на фоне общей стабильности заболеваемости психическими заболеваниями, заболеваемость органическими заболеваниями головного мозга у больных туберкулезом значительно возросла. Кроме того, можно говорить о том, что на фоне общего снижения заболеваемости туберкулезом легких, она возросла у больных органическими заболеваниями головного мозга.

Анализируя динамику развития сочетанного заболевания, можно сделать вывод о том, что туберкулез легких чаще стал предшествовать развитию психического заболевания (8,33% в 1999 году, 16,45% в 2009), чаще признаки психического заболевания и туберкулеза легких стали проявляться примерно в один период времени (0,76% и 10,53% соответственно).

Таблица 3. Основные показатели работы подразделения 2011 – 2014 гг.

	2011	2012	2013	2014
Число сметных койк	265	265	265	155
План койко-дней	90100	90100	90100	52700
Выполнено койко-дней	95466	96525	90049	46029
Поступило больных	224	200	158	104
Выбыло больных	209	208	220	139
Количество койко-дней выписанных	50746	82473	120451	84442
Умерло больных	25	19	13	13
Количество койко-дней умерших	14942	15744	14758	17530
Летальность	11,9	9,1	5,9	10,2
Среднее пребывание на койке (фактическое)	440,9	464,0	322,6	359,6
Среднее пребывание на койке (выбывших)	314,2	472,1	492,2	607,5
Оборот койки	0,78	0,78	0,74	0,6
Работа койки	360,2	364,2	330	297

## Выводы

1. Неблагополучная социальная ситуация, в которой находится большая часть больных, очевидно, создает определенные трудности не только для выявления патологии, но и для реабилитации после курса лечения в стационаре, высока частота повторных госпитализаций. Часто пациенты, выписанные после успешно завершённой интенсивной фазы противотуберкулезной терапии, не принимают противотуберкулезные препараты, и вскоре поступают с ухудшением состояния. Поэтому для данного контингента больных социальная поддержка является столь же, если не более, важной, чем медицинские мероприятия.

2. За последние три года отмечается планомерное уменьшение поступления больных, уменьшение числа пролеченных больных, снижение среднего фактического пребывания больных на койке, снижение оборота койки. Данные цифры говорят либо о снижении заболеваемости туберкулезом легких среди психически больных в Алтайском крае, либо об ухудшении выявления данной патологии.

3. Как показывает опыт работы в условиях фтизиатрического подразделения, а также анализ литературы, течение туберкулеза легких больше зависит не от психического диагноза, а от уровня дезадаптации. У глубоко дезадаптированных отмечается высокая эффективность лечения, что связано с непрерывной противотуберкулезной терапией в условиях стационара. Адаптивные способности увеличивают риск прогрессирования туберкулеза легких за счет неэффективности амбулаторного лечения.■

*Шереметьева И.И., заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС, профессор, д.м.н., ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава, Россия, Барнаул; Плотников А.В., к.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе КГБУЗ Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К., Россия, Барнаул; Автор, ответственный за переписку - Шереметьева И.И., E-mail: sheremeteva-ira@mail.ru*

## Литература:

1. Амлаев К. Р., Баронова О. Д. Особенности эпидемиологии и клинического течения туберкулеза у лиц с психическими заболеваниями. // <http://www.zor-da.ru/muz/> (сайт МУЗ «Городской центр медицинской профилактики» г. Ставрополя).
2. Аналитический обзор по туберкулезу в РФ за 2004 г.: характеристики эпидемического процесса и противотуберкулезной службы. – Минздравсоцразвития России, ЦНИИОМЗ Росздрава России, 2006. – С.6.
3. Имамов А. Х. «Особенности патогенеза и клиники алкоголизма, возникающего на фоне туберкулеза легких». «Журнал неврологии и психиатрии», 1987, №3, стр 422-424.
4. Илмерман К. Л., Панкратова Л. Э. Особенности характера и динамики нервно-психических нарушений у больных с впервые выявленным туберкулезом легких в условиях интенсивной химиотерапии. // «Журнал невропатологии и психиатрии», 1988, №6, стр. 109-113
5. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга. – М.: Медицина, 1998. – 144 с.
6. Рудой Н. М., Чубанов Т. Ч., Джохадзе В. А. Распределение, клинические проявления, течение и исходы туберкулеза легких у больных психическими заболеваниями и алкоголизмом. // Проблемы туберкулеза 1989 г., №1, стр. 61-63.
7. Рудой Н. М., Чубанов Т. Ч., Джохадзе В. А. Туберкулез легких у больных с психическими заболеваниями, наркоманией и токсикоманией. // Проблемы туберкулеза

- кулеза, 1991 г., №11, стр. 37 – 40.
8. Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч. Лечение больных туберкулезом легких, страдающих психическими заболеваниями // Пробл. туберкулеза. – 1996. – № 2. – С. 17-19.
  9. Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. - Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края в 2010 году // Алтайский краевой медицинский информационный центр. - Барнаул, 2011.
  10. Фишер Ю. Я., Шейнман В. Л., Гуторова В. А. Профилактика туберкулеза у пациентов психиатрических больниц. //Проблемы туберкулеза 1991 г., №1 стр. 18-22.
  11. Шереметьева И.И. Особенности диагностики экзогенно-органических психических расстройств // Материалы Всероссийской Юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». – Санкт-Петербург, 2007. – С. 120-121
  12. Ордонец, В.С. Особенности выявления, клиники и лечения туберкулеза легких у больных с психическими заболеваниями / В.С. Ордонец, О.Д. Баронова, Т.И. Новикова // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 3. – С. 34-38.
  13. Зубова, Е.Ю. Особенности течения туберкулеза у психически больных / Е.Ю. Зубова // Рос. мед. журн. – 2009. – № 1. – С. 47-49.