

Аскарова Р.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

✓ Резюме

В Хорезмской области условиях пандемии Covid-19 психоэмоциональные расстройства при туберкулезе представляют одну из наиболее распространенных форм психической патологии. Психоэмоциональные расстройства с большой частотой выявляются у лиц, страдающих туберкулезом легких. Также создаются дополнительные трудности в лечении больных туберкулезом. Таким образом, проблема сочетания психических заболеваний, в частности, органических заболеваний головного мозга и туберкулеза легких весьма актуальна.

Ключевые слова: туберкулез, *Mycobacterium tuberculosis*, психоэмоциональные расстройства, Covid-19

COVID-19 ПАНДЕМИЯСИ ШАРОИТИДА СИЛ КАСАЛЛИГИДА
ПСИХОЭМОЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАР

Аскарова Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиаллари

✓ Резюме

Хоразм вилоятида Covid-19 пандемияси шароитида сил касаллигида психоэмоционал бузилишлар рухий патологиянинг энг кенг тарқалган шакллари билан бириктирилади. Ўшангчидан билан оғирган одамларда юқори частотали психоэмоционал бузилишлар аниқланади. Шунингдек, сил касаллиги билан оғирган беморларни даволашда қўшимча қийинчиликлар юзага келади. Шундай қилиб, рухий патологияни, хусусан мия ва ўпка туберкулезининг органик касалликларини бирга кечиши муаммоси жуда дорзарб.

Калит сўзлар: туберкулез, *Mycobacterium tuberculosis*, психоэмоционал бузилишлар, Covid19

PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN TUBERCULOSIS IN THE CONTEXT OF THE
COVID-19 PANDEMIC

Askarova R.I.,

Urgench branch Tashkent medical academy

✓ Resume

Exogenous-organic brain disorders belong to most common forms of mental pathology. They frequently occur in persons with lung tuberculosis lung TB and complicate the treatment of their physical disease. Thus a dual treatment problem – specifically, a combination of organic brain disorder with a lung TB – happens to be important for clinical practice. However, there are not so many publications on this issue in available literature.

Keywords: tuberculosis, chemotherapy, *Mycobacterium tuberculosis*, Psychoemotional disorders, Covid-19

Актуальность

Эпидемиология COVID-19 и туберкулеза это вызов здравоохранению страны. Борьба с пандемией коронавируса COVID-19 потеснила внимание к другим инфекциям. Туберкулез

самая опасная коварная инфекция в мире. Инфекционный убийца номер один, так охарактеризовал это заболевание ВОЗ. Официально ВОЗ объявила туберкулез самой

опасной инфекцией на планете. Ситуация именуется не иначе как «эпидемией». По данным исследователей, носителями «палочки Коха» сегодня являются от 25 до 33% жителей Земли инфицированы туберкулезом. Психический заболевания и туберкулез включены в перечень социально-значимых заболеваний. Несвоевременная диагностика туберкулеза у населения способствует массивному выделению микобактерий туберкулеза в окружающую среду, что, в свою очередь, увеличивает риск инфицирования, в том числе лекарственно-устойчивыми формами [1]. Несмотря на снижение показателей заболеваемости туберкулезом и смертности в Хорезмской области в последние годы, число случаев лекарственно-резистентного туберкулеза легких продолжает нарастать. [1]. 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. 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, освобожденные из мест лишения свободы, лица без определенного места жительства, беженцы [6]. 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 [2,3]. 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 [5]. 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» [4].

Цель исследования: изучения проблемы сочетания психических заболеваний, в частности, органических заболеваний головного мозга и туберкулеза легких.

Материал и методы

Исследование проводится на базе Хорезмского областного противотуберкулезного диспансера начиная с ноября 2010-по 2020 года. Данная больница полностью перепрофилирована для лечения больных с сочетанием туберкулеза легких и психических заболеваний. Больница является единственным учреждением оказывающим помощь данному контингенту больных, поэтому полученные в ходе исследования данные отражают эпидемиологическую картину по Хорезмской области. В соответствии с целью и задачами работы нами было клинически обследовано и наблюдалось 20 больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, сочетанными с туберкулезом легких. Диагностика экзогенно-органических заболеваний головного мозга основывалась на комплексной оценке этиологических факторов.

Результат и обсуждения

Среди обследованных 20 больных было 18 мужчин (91,43%) и 2 женщин (8,57%). В возрастной группе моложе 25 лет 2 больных (1,90%), от 25 до 50 12 больных (51,43%), старше 55 лет – 8 больных (46,67%). При исследовании больных активно выявлялись и учитывались все отмеченные в анамнезе патогенные факторы, согласно которым мы традиционно разделили экзогенно-органические заболевания на несколько групп по их происхождению генезу: травматический, интоксикационный, инфекционный, радиационный. Сведения говорят о том, что среди обследованных пациентов преобладают травматические и интоксикационные патогенные факторы, которые привели к развитию психического заболевания. У большинства больных генез экзогенно-органического заболевания головного мозга был сложным. Органические заболевания головного мозга, были весьма разнообразны. Наиболее распространенные из них – травмы головы (72,38%), отравления суррогатами

алкоголя (48,57%) и наркоз (18,10%). Для оценки среднего количества патогенных факторов, приходящихся на одного больного, мы воспользовались коэффициентом патогенного воздействия [3]. В нашем случае он составляет 1,78 (187:105). Следует добавить, что 5(47,62%) больных в течение многих лет злоупотребляли алкоголем, 1 (3,81%) в анамнезе злоупотребляли наркотиками, и все страдали различными формами туберкулеза легких. В некоторых случаях мы имели дело с коморбидной психической патологией. Среди обследованных больных 16 (15,24%) страдали алкоголизмом, 1 (0,95%) – наркоманией и 2(3,81%) поступили в стационар с клиникой алкогольного психоза. 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 [4]. 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 [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 [5]. Группы лекарственных средств основные и резервные противотуберкулезные препараты, способы и кратность их введения внутривенное, внутримышечное, внутриплевральное, 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 [5]. 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 [6]. 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 [6]. Снизить негативную настроенность больных помогает назначение многокомпонентных противотуберкулезных препаратов Комбинированные формы имеют ряд преимуществ: они гарантируют применение наиболее эффективных комбинаций, 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 %. Лечение и профилактика туберкулеза у психически больных. 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. 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 преднизолона показано при выраженном интоксикационном синдроме, явлениях бронхообструкции и проводится по схеме: максимальная суточная доза составляет 20 мг, доза ежедневно 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 10–12 месяцев, при наличии полостей распада – 15 месяцев. Особенности противотуберкулезной терапии у психически больных: 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, 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 среднетерапевтических 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. Особенности химиотерапии и диагностики туберкулезного менингита. Профилактика туберкулеза легких у психически больных

предусматривает: удовлетворительные условия содержания пациентов в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах. Настороженность у медицинского персонала в отношении туберкулезной инфекции при изменении поведения больных, целенаправленное обследование на наличие туберкулеза легких при нарастании глубины психосоциальной дезадаптации пациентов. 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. 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. 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.

Заключения

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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ключкова Л.В., Лозовская М.Э., Васильева Е. Б., Захарова О. П. Течение и исходы туберкулезного менингита у детей на современном этапе // Туб. и болезни легких. - 2015. - № 7. - С. 68-69.
2. Маслова О.В., Киселевич О. К., Власова Е. Е. и др. Первичный туберкулез у детей раннего возраста из семейного контакта // Туб. и болезни легких. - 2014. - № 8. - С. 67-68.
3. Покровский В. И., Литвинов В. И., Ловачева О. В., Лазарева О. Л. Туберкулезный менингит. - /М., 2005. - 244 с.
4. Зубова, Е. Ю. Дезадаптация и реабилитация психически больных, страдающих туберкулезом легких: Туберкулез и болезни лёгких, Том 95, № 1. //Журнал, Волгоград, 2008. – 44с
5. Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия. – /М., 2010. – 520 с.
6. Фтизиатрия. Национальное руководство / Под ред. М. И. Перельмана. – /М., ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 506 с.

Поступила 09.04. 2021