

## **ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ КОМОРБІДНУ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ**

*О.В. Широков, О.Е. Холопченко*

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*(м. Дніпро)*

Проблема організації протитуберкульозної допомоги психічно хворим є досить актуальною, особливо у хворих з розладами психіки. Пацієнти з психічними захворюваннями випереджають за частотою виникнення туберкульозу навіть медичних працівників, що знаходяться в безпосередньому контакті з хворими на туберкульоз, і поступаються лише особам, що знаходяться в пенітенціарних закладах.

Хворі психіатричних стаціонарів з поєднаним туберкульозом становлять 3-6% від загальної кількості. В таких вогнищах туберкульозної інфекції висока інфікованість та реінфікованість на туберкульоз.

Про асоціальності цієї когорти хворих говорить те що, в переважній своїй більшості вони мають низький освітній рівень і не високий рівень інтелекту. Переважна більшість хворих не працює, ніколи не працювала, не має власної сім'ї і ніколи її не створювала. Єдиним засобом існування дуже часто є виплати по інвалідності. Це все обумовлює додаткові складнощі організації лікувального процесу, зокрема несистематичний прийом або повну відмову від прийому лікарських засобів [Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, 2004].

Сучасні погляди на патогенез захворювання ґрунтується на біопсихосоціалній концепції, яка розглядає коморбідну патологію (туберкульоз і психічний розлад) як сукупність взаємообумовлюючих та взаємовпливаючих один на одного факторів біологічної, клінічної, соціальної та психологічної спрямованості, спільна дія яких визначає можливість виникнення, характер перебігу і результат перебігу туберкульозу легенів.

Складність виявлення туберкульозу легенів у психічно хворих пов'язана з порушенням критичної оцінки свого стану, відсутністю

соматичних скарг (у них рідше ніж у психічно здорових діагностується інтоксикаційний та бронхолегеневий синдром, кашель нерідко відсутній, хворі не пред'являють скарги на свій соматичний стан). Що в свою чергу пов'язано не тільки з наявністю продуктивної та негативної симптоматики, але з низьким рівнем інтелекту (слабоумство).

Оільки туберкульоз має безсимптомний перебіг, то хворі потрапляють на лікування в критичному стані за соматичною патологією, це призводить до більш тривалого лікування в стаціонарних умовах, з відповідним ризиком розвитку синдрому «госпіталізму» [Е.Ю. Зубова, 2012]. Тому основним і найменш витратним шляхом виявлення туберкульозних змін є профілактичне обстеження пацієнтів групи ризику (в цю групу потрапляють всі психічно хворі), а саме флюорографічне і рентгенологічне дослідження. Це дослідження дозволяє виявити туберкульозні зміни у 60-88 % хворих, а лабораторні методи можуть бути не інформативні: неможливість пацієнтами зрозуміти, чого від них хочуть, неможливість зібрати мокротіння через сухість слизових оболонок внаслідок прийому антипсихотичних засобів (особливо у осіб з розумовою недостатністю).

Варто враховувати особливість досліджуваного контингенту і при проведенні рентгенологічного дослідження нерідко виникає потреба у фіксації хворого, проведенні психопрофілактичних бесід до і під час обстеження, що збільшує час проведення процедури в 1,5-2 рази. Перед проведенням рентгенологічного огляду психічно хворим доцільно призначати транквілізатори.

Наявність у хворого психічного розладу поєднаного з туберкульозом викликає складні психосоматичні взаємодії, результатом яких є зміна як характеру перебігу туберкульозу, так і психічного розладу: взаємообтяжуючий перебіг обох захворювань, нівелювання психічної симптоматики в періоди прогресування туберкульозу, виникнення або загострення психічної симптоматики в періоди виникнення і прогресування туберкульозу, при погіршенні соматичного стану.

У психічно хворих перебіг туберкульозу відрізняється від хворих без психічних розладів: гострий початок у 1-19% хворих, підгострий початок - у 20-29 % хворих, безсимптомне протікання – у 55-82 % хворих. У 25 відсотків хворих туберкульоз переходить в хронічний перебіг, що в своїй більшості пов'язане з припиненням прийому антипсихотиків та загостренням психічного стану, яке призводить до припинення прийому протитуберкульозних препаратів і збільшення соматичної патології де систематичний прийом терапії є невід'ємною частиною лікування.

Ускладнення туберкульозу діагностуються у 2-16 % хворих, частота появи яких залежить від глибини дезадаптації пацієнтів. У хворих з вираженою дезадаптацією ускладнення перебігу туберкульозу відзначається в 8 разів частіше, ніж у хворих з відносним інтелектуальним збереженням. Зазначимо, що у дементних хворих найбільш частим ускладненням є емпіема плеври і ателектаз, а у пацієнтів без ознак деменції – пневмоторакс.

Завдяки організації цілеспрямованої системи обстеження хворих на туберкульоз, що надходять в психіатричні стаціонари, стає найбільш можлива своєчасна діагностика цього захворювання. При постановці діагнозу психічного захворювання у хворих на туберкульоз слід враховувати іноді виникаючі у них психози в зв'язку з токсичною дією деяких протитуберкульозних препаратів.

Враховуючи вищевказане, для найбільш адекватного і повноцінного лікування пацієнтів із психічною патологією, поєднаної з туберкульозом необхідно проводити за участю групи фахівців: психіатр, фтизіатр, психолог, де кожен спеціаліст зможе надати допомогу за своєю спеціалізацією. Завдяки цьому можна досягти найкращого результату не тільки в процесі лікування в стаціонарних, а й амбулаторних умовах. При виборі протитуберкульозних препаратів варто враховувати, що деякі з них мають психотропний ефект (ізоніазид), а деякі антипсихотики впливають на мікобактерії туберкульозу (галоперидол). Обов'язковими мають бути психосоціальні реабілітаційні заходи, що спрямовані на відновлення наявного когнітивного дефіциту,

навичок самостійного проживання, на подолання явищ госпіталізму, зменшення фруструючих ситуацій, пов'язаних з відривом від звичного соціального середовища, підвищення трудової, соціальної, творчої активності, політичної грамотності [К.Р. Амлаев, О.Д. Баронова, 2011].

У процесі лікування шизофренії у хворих на туберкульоз необхідно досягти найбільш сприятливого результату захворювання, що виражатиметься наступними показниками:

- соціальна активність хворих;
- активне структурування дозвілля в умовах психотуберкульозних відділень;
- творче самовираження, заняття декоративно-прикладною творчістю;
- зацікавленість до своїх громадянських прав;
- мотивація до праці;
- наявність власної сім'ї;
- регулярні відвідування і доброзичливі стосунки з родичами;
- самостійний розпорядок та вірне витрачання грошових коштів;
- наявність повного пакету документів, що забезпечують пенсію за інвалідністю.

Знижує сприятливий результат захворювання сприйняття пацієнтом захворювання як ганебного: самостигматизація, самоприниження (навіщо витрачати на мене час якщо моя хвороба невеличкова, я грішна людина раз у мене така хвороба і не заслуговую жити не витрачайте на мене час тощо).

Подібного стану можливо уникнути сприятливим ставленням персоналу до хворого (віра в успіх, прислухання до його прохань, відсутність ображаючого і принижуючого відношення тощо), створення психотерапевтичних груп. Це вимагає навчання персоналу поводженню з пацієнтами й відповідно проведення занять з молодшим та середнім персоналом [Н.А. Марута, 2013].

З профілактичною метою варто враховувати такі моменти, як:



- гідні умови перебування пацієнтів як у стаціонарах, так і в інтернатах (повноцінний догляд, гігієна, достатнє харчування);
- систематичне дослідження пацієнтів з групи ризику;
- профілактична госпіталізація пацієнтів із залишковими змінами щоб уникнути рецидивів;
- проведення освітніх (психотерапевтичних) бесід як з самим хворим, так і з його родичами.

### АНАЛІЗ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ

*І.Д. Спіріна, С.В. Рокутов, Є.С. Феденко, А.В. Шорніков*

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*(м. Дніпро)*

Проблема вдосконалення надання психіатричної допомоги хворим з органічними психічними розладами в даний час актуальна і продиктована як збільшенням кількості таких пацієнтів, так і складною структурою психопатологічних розладів [Г.Я. Пилягіна, 2016].

Мета дослідження. Вивчити особливості структури психопатологічних розладів у осіб похилого віку для розробки шляхів вдосконалення надання медичної допомоги.

Матеріали і методи. Проведений аналітичний огляд статистичних даних структури захворюваності на органічні психічні розлади серед хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в Комунальному закладі «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради міста Дніпро. В роботі використані методи: статистичний, анамнестичний.

Результати. Слід відмітити, що питома вага органічної патології за період спостереження з 2008 р. по 2016 р. неухильно зростає і в 2008 р. вона становила 22,7%, а в 2016 р. склала 29,4%.