

КЛИНИКО–ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У
СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кошкина А.С., Семенова В.Р., Чугаев Ю.П., Дьячков И.А.

ФГБУ «УНИИФ» Минздрава РФ, г. Екатеринбург

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии УГМУ

Автор, ответственный за переписку

Дьячков Илья Андреевич, врач-ординатор ФГБУ «УНИИФ» Минздрава
России

620039, г. Екатеринбург, 22 партсъезда, 50

ФГБУ Уральский научно-исследовательский институт
фтизиопульмонологии,

Тел.моб. +7 950 200 52 53

E-mail: ilia.dya4koff@yandex.ru

Резюме. В данной статье показано как улучшить результаты лечения туберкулеза в младшей и подростковой возрастных группах, применяя методы психологической коррекции. Мы исследовали влияние качества межличностного взаимодействия пациента с родителями, медперсоналом и другими пациентами на качество их лечения противотуберкулезными препаратами. Были выделены 3 группы пациентов в зависимости от их психологической реакции на заболевание. У 60 % опрошенных отмечены проблемы с межличностными отношениями, поэтому им сложно адаптироваться в социуме. В связи с этим у медперсонала могут возникнуть проблемы с установлением контакта с больными туберкулезом. Поскольку большинство подростков расположены идти на контакт с внешним миром, но не умеют этого делать, при нахождении персоналом нужного подхода к такому ребёнку, лечение будет продвигаться намного успешнее.

Ключевые слова. Туберкулотоксин, межличностные отношения, психотерапия, туберкулез.

CLINICAL–EPIDEMIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES
OF INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS IN OLDER CHILDREN
AND ADOLESCENTS

Koshkina A., Semenova V., Chugaev U., Dyachkov I.

Ural Research Institute for Phthisiopulmonology Ministry of Public health of
Russian Federation

Department of phthisiology and pulmonology Ural State Medical University

Summary. This article shows how to improve the results of treatment of tuberculosis in the young and adolescent age groups, using the methods of psychological correction. We investigated the influence of the quality of interpersonal interaction of the patient with parents, medical staff and other patients on the quality of their treatment with anti-TB drugs. 60% of respondents noted problems with interpersonal relationships, so it is difficult to adapt in society. In this regard, the medical staff can be problems with establishing contact with patients with tuberculosis. Since most teenagers are to make contact with the outside world, but do not know how to do, when finding staff right approach to such a child, the treatment will be far more successful.

Keywords. Tuberculosis, interpersonal relations, psychotherapy, tuberculosis.

Введение. В условиях эпидемической вспышки туберкулёзной инфекции особое значение имеет изучение особенностей туберкулеза у наиболее уязвимых по заболеванию контингентов, к которым относятся лица в препубертатном и пубертатном периодах. Особенности возраста, характеризующиеся мощной гормональной перестройкой организма, интенсивным ростом и развитием, широким общением со сверстниками, недостаточным развитием санитарной культуры, переоценки своей персоны среди окружающих, способствуют частым тесным и продолжительным контактам с потенциальными источниками туберкулёзной инфекции.

В динамично развивающемся мире наблюдается ускоренное и более раннее физическое и социальное развитие личностей, изменившееся материальное неравенство семей, более совершенные технологии выявления и лечения требуют изучения современных черт как будто хорошо изученного инфильтративного туберкулеза.

Цель исследования: Отметить наиболее значимые события и обстоятельства, сопровождающие возникновение, развитие и исход инфильтративного туберкулеза легких у лиц переходного возраста.

Задачи:

1. Изучение клинико-эпидемиологической позиции и обстоятельства, сопровождающие развитие и течение инфильтративного туберкулеза у 30 детей в возрастах 10-18 лет.

2. Проследить взаимосвязь между материально-бытовыми условиями, заработками членов семьи и случаями заболеваемости туберкулезом среди детей в этих семьях.

3. Оценить своевременность выявления туберкулеза легких диагностическими методами.

4. Выделить основные типы отношения детей к болезни с точки зрения психологического подхода.

В исследовании участвовали 22 девочки (73%) и 8 мальчиков (27%) в возрасте 10-18 лет. Материально – бытовые условия, оцениваемые по среднему заработку на члена семьи, жилищным условиям и семейному положению, распределились следующим образом: хорошие условия имели 4 (14%) ребенка, удовлетворительные 15 (60%) детей, неудовлетворительные 7 (23%) пациентов и один ребенок (3%) проживал в государственном социальном учреждении.

Способы выявления заболевших можно признать вполне удовлетворительными, только шестеро (20%) из числа заболевших выявлены в связи с болезнью, а основная масса выявлена при профилактических осмотрах: - 11 (37 %) при флюорографии органов грудной клетки, остальные

по результатам аллергодиагностики и при обследовании контактных, таким образом 80% пациентов были направлены в диспансер при проведении профилактических мероприятий.

Сроки от момента выявления факта инфицирования до выявления инфильтративного туберкулеза легких составили у 13% детей (4 человека) – 7 лет; у 10 % детей (3 человека) – 8 лет; у 10 % детей – 10 лет, у 10 % детей – 11 лет; у 10 % детей – 14 лет; у 7 % детей (2 человека) – 4 года; у 7 % - 6 лет; у 7 % - 12 лет, у 7 % - 13 лет, у 7 % - 15 лет; у 3 % (1 человек) – 1 год, у 3 % - 5 лет, у 3 % - 9 лет, у 3 % - неизвестно. Таким образом, существенный временной разрыв между моментом инфицирования и развитием инфильтративного процесса в лёгких у 83 % заболевших составил от 1 года до 15 лет, что указывает на вторичный характер туберкулёзной инфекции в период полового развития.

На учёте в противотуберкулезном диспансере по поводу тубконтакта состояли – 9 человек (30 %), по поводу виража туберкулиновых проб – 7 человек (23%), по поводу заболевания – 3 человека (10%), не состояли – 10 человек (37 %). Контролируемую химиопрофилактику получали – 4 человека (13%), неконтролируемую – 12 человек (40%), не получали химиопрофилактику 14 человек (47%), что указывает на недостаточную индивидуальную профилактическую работу с контингентами, угрожающими по туберкулёзу: контролируемая химиопрофилактика проведена только четверым (13 %).

Всем детям в роддоме была проведена вакцинация БЦЖ. У 21 человека (70 %) поствакцинальный знак есть, из них у 9 человек поставвакцинальный знак составляет 2 – 4 мм, у 11 человек – 6-8 мм, у 1 ребенка – 12 мм, у 9 человек (30 %) – поставвакцинальный знак отсутствует. Подобное обстоятельство достаточно типично, так как от момента вакцинации до заболевания прошел достаточный срок, а размер кожного знака мог измениться с возрастом. Таким образом, на исследованном контингенте

установить связь/отсутствие связи с процессом вакцинации БЦЖ не представилось возможным.

По данным анамнеза 29 (97%) пациентов росли здоровыми, и только 1 (3%) ребенок был отнесен к категории часто болеющих детей. Вторичные половые признаки сформировались у 22 (73%) детей, 7 (24%) детей пребывали в процессе развития и только у одной (3%) пациентки они отсутствовали. Выше изложенное позволяет провести параллель о зависимости риска развития туберкулеза вторичного генеза у детей с гормональной перестройкой, связанной с функцией половых желез.

Физическое и психофизическое состояние всех 30 детей соответствовало возрасту. Изучены клинические проявления туберкулеза в условиях стационара специализированного фтизиатрического отделения: не было жалоб у 14 человек (46%); предъявляли жалобы 16 человек (53%); снижение массы тела отмечалось у 26 человек (86%); бледность кожи и параорбитальный цианоз у 15 человек (50%); слабость, утомляемость у 8 человек (26%); снижение аппетита у 9 человек (30%); субфебрильная температура у 7 человек (23%); повышенная потливость у 1 человека (3%); кашель у 10 человек (33%), выделение мокроты у 1 человека (3%), боли в грудной клетке у 1 человека (3%), жесткое дыхание у 3 человек (10%), из чего следует, что системная воспалительная реакция присутствовала у большинства заболевших, но следует делать поправку на психологию лиц в периоде полового созревания: они переоценивают свой статус и далеко не всегда говорят правду, а такой объективный показатель как снижения массы тела, заболевшие просто не учитывают. Другие объективные свидетельства, что общая воспалительная реакция все-таки имеет место, полученные при лабораторных исследованиях:

ОАК:

Показатели	Цифровые значения	Количество пациентов
Анемия	НВ до 105-110 г/л (36%);	11 человек
Лейкоцитоз	до $12 \cdot 10^9$ (3%);	1 человек
Повышение СОЭ	до 20-25 мм/ч (66%);	20 человек
Лимфоцитоз	до 50 (73%);	22 человека
Нейтропения	25-30 (63%);	19 человек
Эозинофилия	до 16-18 (46%);	14 человек
Моноцитоз	до 15 (13%);	4 человека

ОАМ:

Показатели	Цифровые значения	Количество пациентов
Гематурия	до 15 (10%);	3 человека
Лейкоцитурия	до 25-30 (16%);	5 человек
Эпителиальные клетки	до 20-25 (33%);	10 человек
Слизь	+ ++ (33%);	10 человек
Соли	в большом количестве (37%)	11 человек
Бактерии	+ ++ (33%);	10 человек

Биохимический анализ крови:

Показатели	Цифровые показатели	Количество пациент
АЛТ/АСТ	до 1256/619 (10%);	3 человек
Билирубин	до 25 (3%)	25 человек

Таким образом, изучение клинических проявлений у детей с достаточно серьезной формой туберкулёзной инфекции, не выявило какой-либо специфической картины: отдельные, иногда сочетающиеся между собой отклонения в показателях крови и мочи, скудный респираторный синдром, выявленный только у троих (9%) в виде кашля с мокротой, болей в грудной клетке, жесткое дыхание, не позволяют серьезно говорить о возможной диагностике процесса без применения специальных принятых во фтизиатрии технологий.

У всех заболевших была определена туберкулиновая чувствительность пробой Манту с 2 ТЕ:

Выраженность реакции	Вираз	При поступлении
Слабовыраженная реакция (до 5 мм)	8 человек (27%)	не отмечалась
Умеренная реакция (5-9 мм)	9 человек (30%)	2 человека (6%)
Выраженная реакция (10-15 мм)	4 человека (13%)	15 человек (50%)
Гиперэргическая реакция (более 15 мм)	9 человек (30%)	12 человек (40%)

Бактериологические исследования, направленные на индикацию МБТ, дали положительные результаты только у 4 (13%) пациентов, у остальных 26

(87%) МБТ выявлено не было. Таким образом, ключевую роль в диагностическом процессе отводят лучевым технологиям. Изученный нами массив пациентов исследовали при использовании рентгенографии в двух проекциях, линейной томографии и компьютерной томографии органов грудной клетки. Естественно, наиболее информативной явилась технология КТ, позволяющая визуализировать минимальные изменения в легочной ткани линейными размерами менее 1 мм. Инфильтративным считались согласно клинической классификации, процессы, размером более 1 см. Среди исследованных больных поражения 1-2 легочных сегментов отмечены у 22 (66%) пациентов, у 6 (18%) процесс имел лобарную протяженность и у 2 (61%) протекал периссиссуритом. При КТ исследовании с высокой разрешающей способностью у 16 (48%) выявлена деструкция легочной ткани с образованием мелких одиночных полостей распада размером около 1 см. Двое больных (6%) имели полости размером 2,5 – 4,0 см. В 18 (48%) случаях отмечены единичные бронхогенные отсева. Важно отметить, что при использовании только рентгенографии или линейной томографии полости распада выявились только у троих (9%). Вышеизложенное позволяет рекомендовать исключение из практики обычной рентгенографии в сочетании с линейной томографией, дающие существенной меньше информации о процессе, а суммарно более высокую дозу облучения, чем КТ.

Лечение пациентов проводилось согласно утвержденным в России протоколам чаще по I и III режимам химиотерапии с использованием рифампицина, пиразинамида, изониазида, этамбутола, амикацина и других противотуберкулезных препаратов в сочетании с патогенетической и симптоматической терапией.

В результате проведенной терапии у 27 (91%) детей произошла существенная динамика: рассосались отсева, если они были, инфильтраты фрагментировало на очаги, а на их месте сформировались либо зоны пневмосклероза, либо мелкие туберкуломы – 3 пациента (9%). С позиций фтизиатрического подхода – эти варианты излечения наиболее желаемы. Три

(9%) пациента, у двоих из которых сформировались каверны, направлены на хирургическое лечение, одному – проведена коллапсотерапия.

Понимая ущербность подхода к пациенту только как владельцу больного органа, к данному случае лёгких, были изучены психологические особенности детей с рассматриваемой непростой клинической формой туберкулёза. Циркулирующий в крови туберкулотоксин, определяющий в конечном итоге интоксикационный синдром или системную воспалительную реакцию, оказывает влияние и на высшую нервную деятельность. Одним из проявлений интоксикации является тип отношения ребенка – подростка к болезни товарищам по несчастью и медицинскому персоналу. Чаще всего у больных преобладают такие типы отношения к болезни как, эргопатический (56%), анозогнозический (48%) и сенситивный (40%). [Катериночкина А., Чалый С., студенты 4 курса специальности «клиническая психология» УГМУ].

Эргопатический тип (стенический). «Уход от болезни в работу». Для этого типа характерно одержимое отношение к работе, избирательное отношение к лечению и обследованию, которое обусловлено стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, сохранить возможность продолжения активной обычной привычной жизни.

Анозогнозический тип (эйфорический). Характеризуется отбрасыванием мысли о болезни, вплоть ее до отрицания. Отмечается повышенное настроение, легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций. Пациент рассматривает симптомы заболевания как случайные колебания самочувствия. В связи с этим характерны отказы от лечения, желание «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само пройдет».

При сенситивном типе отмечаются озабоченность неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Пациент опасается, что окружающие станут считать его неполноценным, относятся с опаской и будут распускать сплетни о природе

заболевания и даже избегать с ним общения. Возможны колебания настроения, связанные с межличностными контактами.

В ходе исследования, в ходе исследования были получены данные о том, что среди подростков, больных туберкулезом, у 40% опрошенных проблемы с межличностными взаимодействиями отсутствуют. У 60 % опрошенных отмечены проблемы с межличностными отношениями, поэтому им сложно адаптироваться в социуме. В связи с этим у медперсонала могут возникнуть проблемы с установлением контакта с больными туберкулезом. Поскольку большинство подростков расположены идти на контакт с внешним миром, но не умеют этого делать, при нахождении персоналом нужного подхода к такому ребёнку, лечение будет продвигаться намного успешнее.

Продолжительное лечение туберкулеза несколькими препаратами, которые сами обладают токсичным влиянием прямо или опосредованно, воздействие туберкулотоксина на созревающую, но еще недостаточно адаптированную к внешним условиям ЦНС лиц в периоде гормональной перестройки, приводят к существенному затруднению больных подростков к межличностным отношениям друг с другом и медицинским персоналом. В результате – ухудшается эффективность лечения. Вышеназванные нежелательные реакции со стороны высшей нервной деятельности должны учитываться медперсоналом, наиболее тесно общающимся с больными (сестры, воспитатели). Необходимо психологическое сопровождение лечения, для чего в детских фтизиатрических стационарах должен быть штатный психолог, умеющий вербально (словами) направить мысли и поведение пациента в нужное русло. В необходимых случаях – применить такие методики как физкультура, закаливание, отвлекающие игры, соответствующие пособия. В крайних случаях – рекомендовать лечащему врачу интенсифицировать и/или повысить эффективность детоксикационных мероприятий или назначения лекарственных средств избирательного на ЦНС влияния (мягкие седативные растительного происхождения). Рекомендовать изъятие из быта больных детей раздражителей, усиливающих негативные

реакции (фильмы агрессивной направленности), вводя более «добрую» информацию.

Выявленные психологические отклонения, существующие при инфильтративном туберкулезе легких, необходимо диагностировать и корректировать и психотерапевтически, и медикаментозно и созданием спокойной нераздражающей и лишенной зла атмосферы.

Выводы:

1. Инфильтративным туберкулезом легких заболевают преимущественно давно инфицированные МБТ дети в периоде полового созревания.

2. При сложившейся системе организации противотуберкулезной работы с детьми 80% заболевших выявляются активно, и только 20% по обращению по поводу болезни.

3. Диагностические мероприятия должны обязательно включать компьютерную томографию органов грудной клетки и отходить от прежде принятых рентгенографии и линейной томографии.

4. Неудовлетворительно проводится химиопрофилактика среди угрожаемых по туберкулезу старших детей и подростков: реальная ХП реализуется в 13% случаев.

5. Инфильтративным туберкулезом редко заболевают лица из хороших материально-бытовых условий (14%).

6. Лечение больных инфильтративным туберкулезом детей требует психологического сопровождения.

Литература

1. Фирсова В.А. Туберкулез у подростков, Москва, 2010, 224 с.

2. Овсянкина Е.С., Панова Л.В. Лечение туберкулеза у детей и подростков: история, настоящее и перспективы // Туберкулез и болезни лёгких. - 2013. - №9. - С.3-9.

3. Овсянкина Е.С., Панова Л.В., Фирсова В.А., Губкина М.Ф., Кобулашвили М.Г. Структура клинических форм и особенности течения туберкулеза с деструкцией легочной ткани у детей старшего возраста и подростков // Туберкулез и болезни лёгких. – 2012. - №1. - С.10-13.

4. Клинико-иммунологические особенности у детей с выражением туберкулиновых проб в зависимости от установленного контакта с бактериовыделителями // Туберкулез и болезни легких. -2010.-№1.-С.25-30.