

## СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ И НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ

Джурабаева М.Х., Анварова Е.В., Рахманов Ш.А.

## КЎП ДОРИ ВОСИТАЛАРГА ЧИДАМЛИ ЎПКА СИЛ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ХАТТИ-ХАРАКАТЛАРНИ ВА ДАВОЛАШГА ПАСТ ИНТИЛИШНИ ЎРГАНИШ

Джурабаева М.Х., Анварова Е.В., Рахманов Ш.А.

## STUDYING THE STRATEGIES OF BEHAVIOR IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS WITH MULTIPLE DOSING STABILITY AND LOW AGREEMENT TO TREATMENT

Djurabaeva M.Kh., Anvarova E.V., Rakhmanov Sh.A.

Ташкентская медицинская академия

**Мақсад:** кўп дори воситаларга чидамли ўпка сил касаллигига (ўпка MDR/TB) чалинган беморларда эмоционал, мотивацион ва когнитив таркибий қисмларни ўрганиш. **Материал ва усуллар:** ўпка MDR/TB касаллигига чалинган 32 нафар бемор кузатилган. Ушбу беморларда силга қарши заҳира воситалар билан стандарт химиотерапия ўтказилган. Эмпирик тадқиқотда 72 нафар бемор кузатилган бўлиб (улардан 42 аёл ва 30 нафар эркак), улар 3 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳга (назорат гуруҳи) соматик касалликлари мавжуд бўлмаган 40 нафар бемор кирган; 2-гуруҳ янги қўйилган ўпка MDR/TB ташхиси билан 18 нафар бемордан иборат эди; 3-гуруҳга ўпка MDR/TB ташхисли қайта даволанган 14 нафар бемор кирган. **Натижа:** тадқиқот натижаларига кўра, кўп дори воситаларга чидамли ўпка сил касаллигига чалинган беморларда ижобий бўлмаган ҳиссий муносабат намоён бўлади ва агрессив мулоқот стратегияси рўй беради. Шу билан бирга, босқичма-босқич даволаш дастури ва қайта тестдан ўтказилгач, узоқ муддатли даволанишга роя қилишни ва мувофиқлигини оширади. **Хулоса:** қўлланган босқичма-босқич даволаш дастури ижтимоий мослашувда қийинчиликларга дуч келган ўпка MDR/TB касаллигига чалинган беморларда юқори самаралидир.

**Калит сўзлар:** сил касаллиги, психосоматик бузилиш, босқичма-босқич даволаш дастури.

**Objective:** To study the emotional, motivational, and cognitive components of the relationship to the disease in patients with pulmonary tuberculosis with multidrug resistance (MDR / TB of the lungs). **Material and Methods:** 32 patients with multidrug-resistant pulmonary tuberculosis who received a standard chemotherapy regimen with backup anti-TB drugs were supervised. The object of empirical research is 72 people (42 women and 30 men), who were divided into 3 groups: Group 1 (control) - 40 people without somatic diseases, Group 2 - 18 newly diagnosed patients with MDR / TB lungs, 3rd group - 14 re-treated patients with MDR / TB of the lungs. **Results:** as the observations showed, patients with drug-resistant pulmonary tuberculosis tend to exhibit non-positive emotional reactions, resorting to aggressive communication strategies, while after a step-by-step retesting program, an increase in compliance and long-term treatment was observed. **Conclusions:** according to the results of the study, a step-by-step program of work with patients with MDR / TB of the lungs who have difficulties in social adaptation has been developed.

**Key words:** tuberculosis, psychosomatic disorders, step therapy program.

Одним из самых распространенных заболеваний в мире является туберкулез, который как тяжелое соматическое заболевание сопровождается определенными нервно-психическими нарушениями. Длительность лечения туберкулеза, сопряженное с отрывом от дома и семьи, явления интоксикации, а также глубокие переживания пациента по поводу своего здоровья становятся причиной психологической травмы [2,9,10].

Замечено затруднение контакта больных в общении, приводящее к нарушению адаптивных систем психики. В перечне факторов, триггирующих нетерпимое поведение больных туберкулезом лёгких, важную роль играют понимание и представление пациентов о причинах и значении болезни, их убеждения, мотивация и отношение к терапии, иногда связанных с прежним негативным опытом лечения, страхами неблагоприятного исхода и, конечно, стигматизация [1,3].

Не вызывает сомнений тот факт, что фтизиатрическим больным необходима психотерапевтическая помощь и психологическое сопровождение лечебного процесса [6,8], которые, однако, не оказываются в должном объеме [4,5,7].

### Цель исследования

Изучение эмоционального, мотивационного, когнитивного компонентов отношения к болезни у больных с множественным лекарственно устойчивым туберкулезом (МЛУ/ТБ) легких. Выявление скрытых защитных механизмов и стратегий поведения, а также изучение психоэмоциональной сферы у пациентов с МЛУ/ТБ легких до назначения противотуберкулезной терапии и через 3-4 месяца на фоне проведения интенсивного лечения в условиях стационара.

### Материал и методы

Под наблюдением находились 32 пациента с МЛУ/ТБ, получавших стандартный режим хими-

отерапии резервными противотуберкулезными препаратами на базе терапевтического отделения №2 Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии РУз в 2017-2018 гг.

Объектом эмпирического исследования стали 72 человека (42 женщины и 30 мужчин) в возрасте 25-55 лет, которые были разделены на 3 группы. 1-я группа – 40 человек без соматических заболеваний на момент исследования, 2-я группа – 18 больных с впервые выявленным МЛУ/ТБ лёгких, 3-я группа – 14 пациентов с МЛУ/ТБ лёгких, получавших повторное лечение.

В работе были использованы 8-цветовой вопросник Люшера и методика диагностики типа отношения к болезни (ЛОБИ). Помимо этого, пациентов просили ответить на дополнительный вопрос: «Как Вы представляете себе заболевание туберкулез?»

Статистическую обработку результатов обследований проводили с помощью программы MS Excel и компьютерного программного обеспечения статистического анализа данных SPSS. Использовались общепринятые методы параметрической статистики: проверка выборочной совокупности ( $n=72$ ) на нормальность проводилась по критерию Колмогорова – Смирнова, кроме того, применяли непараметрический критерий сравнения данных Манна – Уитни, корреляционный анализ осуществлен с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

### Результаты и обсуждение

На первом этапе обработки полученных данных с помощью методики ЛОБИ при проверке выборочной совокупности ( $n=72$ ) нормальность по критерию Колмогорова – Смирнова не выявлена. На втором этапе определялись различия между группами испытуемых и их значимость (вероятность статистической ошибки по отношению к генеральной совокупности). Так как выборочная совокупность не соответствует закону нормальности, то для дальнейшего анализа был использован непараметрический критерий сравнения данных Манна – Уитни.

При анализе ответов на дополнительный вопрос «Как Вы себе представляете заболевание туберкулез?» было установлено, установлено, что 21 (52,5%) пациент 1-й группы имел представление о путях передачи и исходах заболевания. Во 2-й и 3-й таких опрошенных было соответственно 16 (88,9%) и 13 (92,8%). Низкая осведомленность о туберкулезе больных 1-й группы, может быть, связана с отрицанием возможности заболевания.

При сравнении группы 1-й и 2-й групп, для которого использовали тест Люшера и ЛОБИ, во 2-й группе была обнаружена большая выраженность таких стратегий, как конфронтация, бегство от болезни, поиск социальной поддержки ( $p<0,05$ ).

Кроме того, при диагностике конфронтации в общении у больных выявлено большое значение избегания: 10 (55,6%) первично выявленные больные склонны чаще уходить от решения проблемы, чем достигать соглашения с партнером путем переговоров и дипломатии (2 – 11,1%) или дать адекватный отпор обидчику (6 – 33,3%).

В целом это создает «правильную» картину реагирования для данной группы лиц, которые только что столкнулись с серьёзным диагнозом слабо излечимого заболевания.

При сравнении 1-й и 3-й группы было установлено, что в 3-й группе наиболее выраженными являются неврастенический, эгоцентрический и дисфорический типы реагирования на болезнь при относительно низком миролюбии, а также не столь выраженными, чем у здоровых респондентов, стратегии принятия ответственности и конструктивной переоценки. Кроме того, менее выраженными по сравнению с 1-й группой являются тревожный, ипохондрический типы отношения к болезни ( $p<0,05$ ).

Это говорит о том, что лица с повторно леченым туберкулезом лёгких склонны проявлять эмоциональные реакции не позитивного характера (дисфория), прибегать к агрессивной стратегии общения. Обычно лечащие врачи и младший медицинский персонал относят таких пациентов к разряду «сложных», не только потому, что хроническое заболевание обычно полирезистентно к медикаментозному лечению, но и вследствие их высокой эмоциональной лабильности, агрессивным вспышкам по незначительному поводу, склонности нарушать режим. Возможно, это является не только компенсацией потерянных в связи с болезнью ценностей за счет требования повышенного внимания к своей личности, но и за счет хронической интоксикации организма.

При сравнении пациентов 2-й и 3-й групп достоверной разницы не выявлено. Так, у больных обеих групп преобладало выраженное функционирование тех же копинг-стратегий: конфронтации, дистанцирования, бегства и поиска социальной поддержки. Доминирующая стратегия избегания в общении среди больных 2-й группы также сохранила свои позиции. Наиболее выраженными у больных 2-й и 3-й групп являются неврастенический, тревожный, эргопатический, эгоцентрический и дисфорический типы отношения к болезни. Наблюдалось преобладание двух и даже более типов одновременно, что говорит о недостаточной сформированности конкретного отношения к болезни и лечению.

Кроме того, больные 2-й группы отличаются от пациентов 3-й группы высокими шкалами тревожного типа отношения к болезни. Следует отметить, что одного конкретного типа не наблюдается, имеют место смешанное, изменяющееся во времени и зависящее от конкретной ситуации отношение к болезни.

Интересно, что при хронизации заболевания шкалы эргопатии и сенситивности резко снижаются. Возможно, это связано с тем, что именно в таких сферах как общение и работа больной с социально опасным заболеванием становится наиболее уязвимым. Единственным источником компенсации ценностей становится требование повышенного внимания к своей личности, что значительно осложняет отношения с медицинским персоналом.

Таким образом, создается порочный круг, когда различные позиции врача и пациента приводят к непониманию пациента, что в свою очередь влечет еще более тяжкие медицинские последствия для больного, закономерно отражающиеся на исходе за-

болевания (невысокая приверженность к лечению) и его личности.

Дисфорический тип отношения к болезни имеет прямую корреляционную связь с агрессивной стратегией общения ( $U = 0,810$  при  $p < 0,01$ ) и обратную – со стратегией поиска социальной поддержки ( $U = -0,538$  при  $p < 0,05$ ). Это означает, что в периоды мрачно-озлобленного настроения пациенты пренебрегают социальным окружением, склонны к агрессивным вспышкам и обвинениям окружающих в собственном болезненном состоянии.

Неврастенический тип отношения к болезни обратно взаимосвязан с копингом принятия ответственности ( $U = -0,568$  при  $p < 0,05$ ), имеет прямые корреляции со стратегией избегания ( $U = 0,477$  при  $p < 0,05$ ) и поиском социальной поддержки ( $U = 0,609$  при  $p < 0,05$ ). Такие взаимосвязи свидетельствуют о том, что соматически и психически ослабленные пациенты не признают своей роли в решении проблемы, не считают себя способными к самопомощи и склонны перекладывать ответственность на кого-либо из своего ближайшего окружения.

Из полученных корреляционных связей следует, что, воздействуя на привычные для пациента стратегии (дистанцирование, бегство-избегание), заменяя их более адаптивными стратегиями (поиск социальной поддержки, принятие ответственности), можно позитивно изменить его отношение к болезни, к перспективам ее лечения, предупредить явления недопонимания, а значит, добиться большей эффективности в борьбе за выздоровление.

#### Заключение

При математической обработке полученных данных на уровне значимости  $p < 0,05$  доказано, что пациенты с повторно леченым туберкулёзом лёгких используют более конструктивные стратегии поведения, чем впервые выявленные больные, которые склонны прибегать к реакциям неадаптивного характера.

По результатам проведенного исследования разработана ступенчатая программа работы с больными МЛУ туберкулёзом лёгких, испытывающими затруднения в социальной адаптации:

1-я ступень – информирование о перспективах лечения, способов профилактики заболевания. Начало ведения дневника настроения;

2-я ступень – определение трудностей, с которыми пациенты столкнулись при установлении диагноза, их отношения к болезни.

3-я ступень – обучение эффективному взаимодействию в коллективе, обучение навыкам эмпатии, развитие умения адекватно выражать негативные эмоции;

4-я ступень – определение возможностей личностного развития;

5-я ступень – итоги после коррекции по данным дневника.

Рестигирование после 3-4-х месяцев лечения в стационаре показало, что важным результатом является то, что медицинский персонал, работающий с больными туберкулёзом лёгких, отметил поло-

жительные изменения в поведении пациентов, их готовности к проявлению доброжелательности и, самое важное, готовности к сотрудничеству при борьбе с заболеванием, т.е. повышение комплаентности и приверженности к длительному лечению МЛУ/ТБ легких.

#### Литература

1. Брюханова Н.С. Психическая травматичность туберкулеза // Социальные аспекты проблемы детского туберкулеза // Материалы Российской научно-практической конференции. – Омск, 2011. – С. 70-74.
2. Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни // Пробл. туб. – 1999. – №2. – С. 27-31.
3. Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Пробл. туб. – 1991. – №10. – С.41-43.
4. Долгих Н.О. Состояние ситуационно-личностного реагирования у впервые выявленного больного туберкулеза и их специфическое лечение с использованием психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 23 с.
5. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2016. – 25 с.
6. Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л. Депрессия. Диагностика и методы лечения. – СПб: Наука и техника, 2009. – 320 с.
7. Мясичев В.Н. О соотношении соматического и психического в заболеваниях человека // Неврозы и соматические расстройства: Сб. ст. – Л., 1966. – С. 3-19.
8. ЛОБИ – личностный вопросник. – СПб: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2013.
9. Люшер М. Тест-Цвет как инструмент психодиагностики. – М., 1949.
10. Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Золотова Н.В. и др. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического лечения. – М., 2016. – 12 с.

#### СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ И НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ

Джурбаева М.Х., Анварова Е.В., Рахманов Ш.А.

**Цель:** изучение эмоционального, мотивационного, когнитивного компонентов отношения к болезни у больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ/ТБ легких). **Материал и методы:** под наблюдением были 32 пациента с туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью, получавших стандартный режим химиотерапии резервными противотуберкулезными препаратами. **Объект эмпирического исследования – 72 человека (42 женщины и 30 мужчин), которые были разделены на 3 группы: 1-я группа (контроль) – 40 человек, не имеющих соматических заболеваний, 2-я группа – 18 впервые выявленных больных с МЛУ/ТБ лёгких, 3-я группа – 14 повторно леченных больные с МЛУ/ТБ лёгких. Результаты:** как показали наблюдения, пациенты с лекарственно устойчивым туберкулёзом лёгких склонны проявлять эмоциональные реакции непозитив-

---

ного характера, прибегать к агрессивной стратегии общения, в то время как после проведения ступенчатой программы ретестирования наблюдалось повышение комплаентности и приверженности к длительному лечению. **Выводы:** по результатам проведенного исследо-

вания разработана ступенчатая программа работы с больными МЛУ/ТБ лёгких, испытывающими затруднения в социальной адаптации.

**Ключевые слова:** туберкулез, психосоматические расстройства, ступенчатая программа терапии.

