

симальный объем эвакуированной жидкости. Общие показатели, определенные по стандартной методике (лейкоцитарная формула, количество лейкоцитов, удельный вес и уровень белка, содержание глюкозы бактериоскопию клеточного осадка на микобактерии туберкулеза полимеразную цепную реакцию (ПЦР) на микобактерии туберкулеза; наличие атипичных клеток. Однако, когда после проведения всего комплекса вышеперечисленных диагностических исследований не удастся установить этиологию СПВ. Подобная ситуация имеет место у 20–40 % больных с плевральными экссудатами Основным и наиболее информативным методом диагностики ПВ неясной этиологии является VATC с прицельной биопсией пораженных тканей. Более высокая диагностическая эффективность VATC объясняется тем, что многие злокачественные заболевания плевры имеют очаговый характер, а во время торакоскопии биопсия выполняется под визуальным контролем. При выполнении VATC производится полная эвакуация выпота, ревизия плевральной полости, разъединение спаечного процесса, препятствующего расправлению легкого.

За период 2019–2022 гг. в туберкулезном хирургическом торакальном отделении выполнено 60 VATC и биопсией плевры. У всех пациентов установлен морфологический диагноз. Туберкулез плевры выявлен у 18 (30 %) пациентов, метастатическое поражение плевры 24 (40 %) пациента, диффузная мезотелиома плевры 6 (10 %) пациентов, неспецифический плеврит 12 (20 %) пациентов.

Выводы

1. Использование VATC показало ее надежность и высокую эффективность по сравнению с рутинными методами обследования и лечения.

2. Почти в 1/3 из этих случаев СПВ является злокачественным. Поэтому применение VATC в диагностике ПВ позволяет сократить сроки верификации диагноза и улучшить результаты лечения пациентов с плевральными выпотами в стационарах пульмонологического и фтизиатрического профилей

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов, В. А. Плевриты / В. А. Соколов. Екатеринбург: Баско, 1998. 186 с.
2. Эндоскопическая торакальная хирургия / А. М. Шулуто [и др.]. М.: Медицина, 2006. 392 с.
3. Шемелев, А. А. Видеоторакокопия в комплексной диагностике и лечении экссудативных плевритов неясной этиологии: дис. ... канд. мед. наук / А. А. Шемелев. СПб., 2007. 126 с.

УДК 616.2-002.5-08-039.75:159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

Бондаренко В. Н.¹, Буйневич И. В.¹, Шилова О. В.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез — инфекционное хроническое заболевание, которое часто сопровождает пациента в течение всей его жизни. Это оказывает большое влияние на личностно-психологический портрет человека. В настоящее время все большего внимания заслуживает изучение психологического статуса пациентов, которые имеют хронические заболевания. Само заболевание связано с боязнью

последствий и страхом неблагоприятного исхода. Это приводит к длительному перенапряжению внутренних сил организма, что сопровождается акцентуацией определенных психологических особенностей личности [3].

Каждый пациент является, прежде всего, личностью, которая имеет свое собственное представление о медицине, о самом себе, о своей болезни и о степени ее серьезности. Болезненные ощущения, плохое самочувствие, чувство необычного состояния всего организма заставляют пациента концентрировать все внимание на собственных ощущениях, негативных переживаниях. Страдающие люди по-разному воспринимают свою болезнь: часто держатся выше болезни, борются с ней, не обращают на нее внимания, либо вытесняют ее, бегут из болезни, бравируют ею, считают ее позором, полностью покоряются болезни, становятся ее рабом и слугой, боятся болезни, любят болезнь, привыкают, ищут в ней преимущества, трагически переживают, бравируют, диссимулируют, окрашивают болезнь все свое мировоззрение и т. д. В любом случае болезнь изменяет личность пациента [4].

До сих пор фтизиатры уделяют крайне мало внимания изучению восприятия человеком своего заболевания, тогда как очевидна связь психических и соматических процессов, влияние негативных психических состояний на течение вегетативных процессов организма, и этим вопросам следует уделять более пристальное внимание. Очевидно, что правильное методическое исследование больного с изучением его восприятия своей болезни облегчает понимание его внутреннего состояния, а знание психологических особенностей его внутренней картины болезни поможет врачам спрогнозировать результат лечения и выздоровления, повысить приверженность пациента к лечению [5].

Таким образом, исследование психологических особенностей пациентов с туберкулезом является весьма актуальным.

Цель

Оценить свойства личностей пациентов с туберкулезом, исследовать уровень влияния болезни на сферы жизни и показатели качества жизни пациентов, изучить типы их отношения к болезни.

Материал и методы исследования

В ходе работы было опрошено 60 пациентов с туберкулезом легких, находящихся на паллиативном лечении в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице. Из них мужчин — 51 (85 %) человек, женщин — 9 (15 %) человек, средний возраст — $50,1 \pm 12,8$ лет. Средняя продолжительность течения туберкулеза составила $6,7 \pm 2,8$ лет.

Проведена оценка: свойств личности пациентов и уровня влияния болезни на сферы жизни пациентов с туберкулезом по опроснику Сердюка [2], типы отношения к болезни по методике «ЛОБИ» [2], показатели качества жизни пациентов с туберкулезом по методике «NAIF» [1].

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании преобладающего эмоционального фона, определяющего тип личности в настоящее время, установлено, что у 38 (63 %) пациентов сформировался ипохондрический тип личности, у 12 (20 %) человек — депрессивный тип, 4 (7 %) человека находились в состоянии истерии, а 6 (10 %) человек наступила декомпенсация психологических резервов с формированием психастенического типа. Таким образом, у всех пациентов сформировались патологические типы реакции на заболевание, которые объединяются в астено-невротический тип. Это формирует пассивный тип личности, пациенты замкнуты, медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных отношениях, отмечается фиксирование пациентов на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье, тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса. Такие характерологи-

ческие особенности затрудняют контакты пациентов в сфере общения, приводят к дополнительным стрессовым и конфликтным ситуациям. Пациентов с неизлечимым туберкулезом отличают дефекты в адаптивной системе: общая плохая приспособляемость, недостаточная устойчивость структуры личности со снижением способности противодействия, импульсивности, тенденции трансформировать психическую напряженность в соматические симптомы как средство снятия психической напряженности.

Были изучены уровни влияния заболевания на сферы жизни пациентов. Результаты приведены на рисунке 1.

Из рисунка видно, что ограничение ощущения силы и энергии ощущают 100 % испытуемых пациентов туберкулезом, ограничение удовольствий — 60 %, ухудшение отношения к пациенту со стороны окружающих отметило 20 %, ограничение личного времени из-за туберкулеза — 43 %, формирование чувства ущербности — 93 %, ограничение общения — 97 %, материальный ущерб — 83 %.

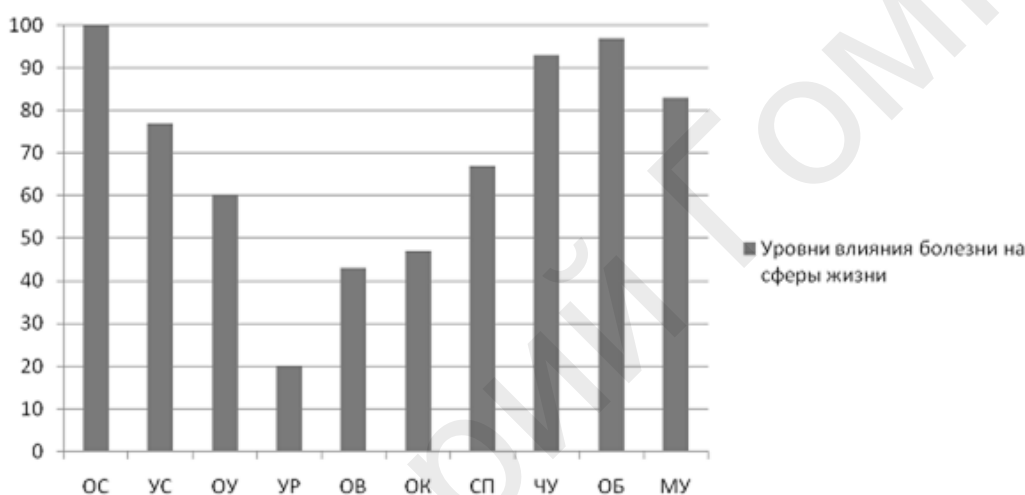


Рисунок 1 — Уровни влияния болезни на сферы жизни

Примечание. **ОС** — ограничение ощущения силы и энергии; **УС** — ухудшение отношения к больному в семье; **ОУ** — ограничение удовольствий; **УР** — ухудшение отношения к пациенту со стороны окружающих; **ОВ** — ограничение свободного времени; **ОК** — ограничение карьеры; **СП** — снижение физической привлекательности; **ЧУ** — формирование чувства ущербности; **ОБ** — ограничение общения; **МУ** — материальный ущерб.

Восприятие пациентами своей болезни, точнее преобладающий тип восприятия оказывает непосредственное влияние на процесс выздоровления. Были изучены типы отношения пациентов к заболеванию. Данные приведены на рисунке 2:

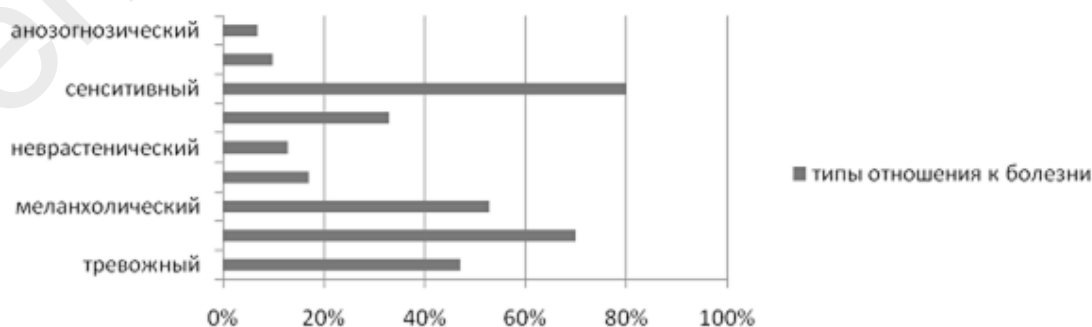


Рисунок 2 — Типы отношения к болезни

Выявлены следующие типы отношения к болезни у больных туберкулезом: «Ипохондрический» — 70 % испытуемых, «Меланхолический» — 53 %, «Тревожный» — 47 %, «Сенситивный» — 80 %. У пациентов с туберкулезом гармоничный тип отношения к болезни не был выявлен ни у одного человека. Большое место в психологической картине при туберкулезе занимает ипохондрические нарушения – фиксирование пациентов на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье, тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса.

Выводы

У пациентов с туберкулезом легких, находящихся на паллиативном лечении, сформировался деструктивный астено-невротический тип личности и отношения к своему заболеванию, что препятствует успешности взаимодействия врача и пациента.

В лечение пациентов целесообразно включать психологическое сопровождение и психотерапевтическую помощь.

Знание индивидуальных психологических характеристик пациентов можно использовать для прогноза уровня приверженности лечению туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астафьева, Н. Г. Разработка и внедрение русской версии опросника «Dermatology specific quality of life (DSQL)» для исследования качества жизни больных атопическим дерматитом / Н. Г. Астафьева, В. В. Власов, А. А. Мартынов // Аллергология. 2000. № 3. С. 44–46.
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: метод. рекомендации для интернов и врачей / сост. Д. М. Менделевич, К. К. Яхин. Казань, 1978. 23 с.
3. Личко, А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, И. Я. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1980. № 8. С. 1195–1198.
4. Ломаченков, В. Д. Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом легких, и их социальная адаптация / В. Д. Ломаченков, Г. Я. Кошелева // Проблемы туберкулеза. 1997. № 3. С. 9–11.
5. Лурия, А. Р. О применении психологических тестов в клинической практике / А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник, Ю. Ф. Поляков // Невропатология и психиатрия. 1974, Вып. 12. С. 182–183.

УДК 616.24-002.5-073-08

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИКОБАКТЕРИОЗОВ ЛЕГКИХ

**Бондаренко В. Н.¹, Демидова Е. В.²,
Матюкевич О. В.², Золотухина Т. В.²**

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Микобактериоз легких (МЛ) — инфекционное заболевание, этиологическим агентом которого являются нетуберкулезные микобактерии (НТМ). В настоящее время в Республике Беларусь отмечается рост выявления МЛ [1].

Диагностика МЛ представляет определенные трудности, так как выделение НТМ из патологического материала не всегда является основанием для постановки диагноза МЛ. В диагностике МЛ используют критерии Американского торакального общества (ATS, 2007): «признак заболевания, например, затемнение легочного поля, причину которого не удалось установить при тщательном клиническом и лабораторном исследовании, в сочетании с неоднократным выделением большого числа НТМ одного и того же штамма при отсутствии других возбудителей» [2]. «Золотым стандартом» диагностики МЛ является бактериологическое исследование [1, 3].