

**СИЛНИНГ ОҒИР ВА СУРУНКАЛИ ШАКЛЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН
БЕМОРЛАРГА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИНГ АҲАМИЯТИ****Н. Т. Маматова**

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: паллиатив тиббий ёрдам, силнинг оғир ва сурункали шакллари, беморлар, шкала.**Ключевые слова:** паллиативная помощь, тяжелые и хронические формы туберкулеза, больные, шкала.**Key words:** palliative care, severe and chronic forms of tuberculosis, patients, scale.

Паллиатив тиббий ёрдам-бу ҳаётга хавф солувчи касаллик билан боғлиқ муаммоларга дучор бўлган беморлар ва уларнинг oilаларини ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган ёндашувдир. Ишнинг мақсади силнинг оғир ва сурункали шакллари билан касалланган беморларнинг паллиатив тиббий ёрдам кўрсатилишига бўлган эҳтиёжни аниқлаш бўлди. Ушбу тадқиқотда 43 нафар аҳволи оғир ёки ўрта оғир бўлган сил билан касалланган беморлар иштирок этдилар. Беморларда ҳавотир ва тушкунликнинг даражасини аниқлашга ёрдам берувчи HADS шкаласидан, узоқ кузатувда бўлган беморларда коморбидлик даражаси аниқлаш учун Чарлсон шкаласидан, сурункали оғриқни баҳолаш учун эса визуал аналог шкаласидан (Visual Analog Scale - VAS) фойдаландик. Хулоса қилиб айтганда, силнинг оғир ва сурункали шакллари билан касалланган беморларни даволаш тиббий ва психологик тадбирларни ўз ичига олган паллиатив ёрдамни талаб этади.

**ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ И
ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА****Н. Т. Маматова**

Самарканд Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Паллиативная помощь - это подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и их семей с опасными для жизни проблемами, связанными с болезнями. Целью исследования было определение необходимости паллиативной помощи пациентам с тяжелыми и хроническими формами туберкулеза. В этом исследовании приняли участие 43 пациента с тяжелым или умеренным туберкулезом. Мы использовали шкалу HADS, чтобы помочь определить уровень тревоги и депрессии у пациентов, шкалу Чарлсона, чтобы определить уровень сопутствующей патологии у пациентов с длительным периодом наблюдения, и визуально-аналоговую шкалу (VAS) для оценки хронической боли. Таким образом, лечение пациентов с тяжелыми и хроническими формами туберкулеза требует паллиативной помощи, включающая медицинские и психологические вмешательства.

**THE IMPORTANCE OF PALLIATIVE MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH SEVERE AND
CHRONIC FORMS OF TUBERCULOSIS****N. T. Mamatova**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Palliative care is an approach aimed at improving the quality of life of patients and their families with life-threatening disease-related problems. The aim of the study was to determine the need for palliative care in patients with severe and chronic forms of tuberculosis. This study involved 43 patients with severe or moderate tuberculosis. We used the HADS scale to help determine the level of anxiety and depression in patients, the Charlson scale to determine the level of comorbidity in patients with long-term follow-up, and the Visual Analog Scale (VAS) to assess chronic pain. In summary, treatment of patients with severe and chronic forms of tuberculosis requires palliative care, including medical and psychological interventions.

Долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) тавсифига кўра, паллиатив тиббий ёрдам-бу ҳаётга хавф солувчи касаллик билан боғлиқ муаммоларга дучор бўлган беморлар (катталар ва болалар) ва уларнинг oilаларини ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган ёндашувдир. У эрта ташхис қўйиш, оғриқни тўғри баҳолаш ва даволаш орқали беморларнинг азобланишини енгиллаштиради ва бартараф қилади, шунингдек жисмоний, рухий ёки психосоциал муаммоларни хал қилиб беради [2]. Кўп дориларга чидамли сил (MDR-TB) ва кенг дориларга чидамли сил (XDR-TB) шакллари билан касалланган беморларнинг фтизиатрияда паллиатив ёрдам кўрсатиш декларациясини шакллантиришига асос бўлди. 2010 йилнинг декабр ойида силни назорат қилиш бўйича халқаро мутахассисларнинг йиғилишида сил билан касалланган беморларга паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш деклара-

цияси қабул қилинди. Унда “MDR-TB/XDR-TB шакллари билан касалланган беморлар назоратли химиотерапия даволаш курсини икки маротаба тўлиқ олишига қармай самарасиз натижа кузатилганда паллиатив тиббий ёрдам ўтказилиши керак” деб белгиланган [5]. Кейинчалик бу постулат “ёки даволанишдан икки маротаба воз кечишда” билан тўлдирилди. Бедаквилин ва деламаид каби янги дори воситаларининг пайдо бўлиши, шунингдек “END TB” стратегиясининг қабул қилиниши фтизиатрларни бироз чалғитиб, илгари халқаро миқёсда кенг муҳокама қилинаётган тиббий паллиатив ёрдам имкониятларини иккинчи даражага тушуриб қўйди [3,7].

MDR-TB/XDR-TB шакллари билан касалланган беморларнинг кўпайиши, беморларнинг даволанишга етарли даражада амал қилмаслиги, силга қарши дориларнинг чегараланган спектрга эга эканлиги, сил ва ОИВ инфекцияларининг биргаликда кечиши – буларнинг ҳаммаси силнинг даволаб бўлмайдиган шакллари ривожланишига олиб келади [6-9]. Баъзи беморларда ҳаттоки сил жараёнини жаррохлик йўли билан ҳам олиб ташлаш мумкин эмас. Бундай ҳолларда химиотерапия ўтказиш учун силга қарши дориларни тайинлаш нафақат самарасиз бўлиб, балки барча силга қарши дориларга тотал турғунлик ривожланишига сабаб бўлади. Шу муносабат билан 2012 йилда халқаро фтизиатрлар ҳамжамиятида паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш туғрисидаги декларация қабул қилинди. Унда “паллиатив тиббий ёрдам MDR-TB/XDR-TB шакллари билан касалланган беморларга ўтказилиши керак. Беморларни паллиатив тиббий ёрдамга ўтказишда асосий мезон-бу уларга тайинланган даволаш курсининг икки маротаба ҳам ижобий натижа бермаслиги ёки узилиб қўйилган даволаш курслари” деб белгиланди [5].

Мақсади. Силнинг оғир ва сурункали шакллари билан касалланган беморларнинг паллиатив тиббий ёрдам кўрсатилишига бўлган эҳтиёжни аниқлаш.

Материаллар ва текширув усуллари. Ушбу тадқиқотда 2019 йилда Самарқанд вилоят силга қарши курашиш диспансерининг даволаш бўлимларида даволанаётган 43 нафар ахволи оғир ёки ўрта оғир бўлган беморлар иштирок этдилар. Ахволи ўта оғир ва сил менингити кузатилган беморлар билан мулоқот қилиш қийин бўлганлиги учун бундай беморлар тадқиқотда қатнашмадилар. Беморларда ҳавотир ва тушкунликнинг даражасини аниқлашга ёрдам берувчи A.S. Zigmond ва R.P. Snaith томонидан ишлаб чиқилган HADS шкаласидан, узоқ кузатувда бўлган беморларда коморбидлик даражаси аниқлаш учун Чарлсон шкаласидан, сурункали оғриқни баҳолаш учун эса визуал аналог шкаласидан (Visual Analog Scale - VAS) фойдаландик.

Текширув натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Беморларнинг ўртача ёши $42,1 \pm 3,4$ га тенг эди. Силнинг клиник шакллариининг учраши қуйидагича: 27 (62,7%) та беморда фиброз-ковакли сил, 12 (27,9%) та беморда тарқоқ сил (шу жумладан генераллашган шакли ҳам), 4 (9,4%) та беморда эса казеоз зотилжам кузатилди. 9 (20,9%) нафар беморда ОИВ инфекцияси аниқланди. Барча беморларга асосий ва захира қаторидаги дорилар билан химиотерапия ўтказилди. 7 нафар беморга антиретровирусли даволаш ҳам ўтказилди.

29 (67,4%) нафар беморларда етакчи клиник симптом сифатида нафас қисилиши, шунингдек нафас етишмовчилиги белгилари кузатилди. Оғриқ синдроми 15 нафар беморда қайд этилди, 7 (16,3%) нафар бемор эса бу синдром уларда устунлик қилаётганини айтишди. 4 та беморда тўмтоқ оғриқлар, 2 та беморда ёндирувчи оғриқлар, 2 та беморда ўткир оғриқлар, 6 та беморда тешиб ўтувчи ва 1 та беморда босимли оғриқлар кузатилди. 2 та беморда доимий оғриқ, 13 та беморда даврий оғриқлар борлиги аниқланди. Оғриқни қучайтирувчи омиллар сифатида беморлар қуйидагиларни қайд этишди: жисмоний фаоллик (4), тана ҳолатини ўзгартириш (3), чуқур нафас олиш ва йўталиш (9), иситмалаш (1) ва силга қарши дориларни қабул қилиш (2). Оғриқни енгиллаштирадиган омиллар сифатида эса қуйидагиларни қайд этишди: чалқанча ётиш (5), оғриқ қолдирувчи воситаларни қабул қилиш (6) ва йўтални қолдирувчи воситаларни қабул қилиш (8). Икки нафар бемор эса ҳеч бир восита оғриқни енгиллаштираганини айтишди.

Кейинги ўриндаги клиник белги сифатида йўтал (13 (30,2%) та бемор “азоб берувчи

йўтал” деб таъкидлашди), анорексия, ваража, уйқусизлик, ҳолсизлик ҳолатлари кузатилди. Кам ҳолатларда диарея, қабзият ва кўнгил айланиши белгилари кузатилди. Деярли барча беморлар (41 (95,3%) нафар бемор) стационарга ётқизилганларидан сўнг касаллик белгилари енгиллашганини қайд этишди. Аксарият беморларда бир вақтинг ўзида даволанишни талаб қиладиган йўлдош касалликлар мавжуд эди: меъда-ичак касалликлари (18 (41,8%) та бемор), оғир сурункали обструктив ўпка касаллиги (11 (25,6%) та бемор), вирусли гепатит С (16 (37,2%) та бемор), буйрак ва сийдик йўллари касалликлари (9 (20,9%) та бемор), асаб (8 (18,6%) та бемор) ва юрак-қон томир тизими касалликлари (7 (16,2%) та бемор), қандли диабет (3 (6,9%) та бемор), бошқа касалликлар (7 (16,2%) та бемор). Чарлсоннинг коморбидлик индекси ўртача кўрсаткичи 2,7 баллини ташкил этди ва бошқа сурункали касалликларга қараганда юқори эмас эди [1,4]. Сил билан касалланган беморлар бошқа касалликларга чалинган беморларга нисбатан ёш бўлганликлари учун коморбидлик индекси якуний ҳулоса чиқаришга ёрдам беролмади.

Барча беморлар симптоматик дори воситалари тавсия этилишига ва йўлдош касалликларини даволанишига муҳтож эдилар. Охири госпитализация даврида беморлар силга қарши даволанишдан ташқари балғам кўчирувчи воситалар (41 (95,3%) та бемор), гепатопротекторлар (37 (86%) та бемор), протон помпа блокаторлари (34 (79,1%) та бемор), ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари (24 (55,8%) та бемор), қайт қилишга қарши дори воситалари (19 (44,1%)), спазмолитиклар (17 (39,5%)), антигистаминлар (16 (37,2%)), бронходилататорлар ва кенг спектли антибиотиклар (15 (34,8%)), ич кетишига қарши дори воситалар (12 (27,9%)) ва сурги дорилар (11 (27,9%)), гемостатиклар (10 (23,2%)), диуретиклар (10 (20,9%)), глюкокортикоидлар (9 (20,9%)) қабул қилдилар.

Деярли барча беморлар (41 (95,3%)) “Сизга психолог ёрдами керакми?” деган саволга инкор жавобини беришди. Ҳавотир ва тушқунликнинг даражасини аниқлашга ёрдам берувчи HADS шкаласига кўра эса 14 (32,5%) нафар беморда сезиларли ҳавотирланиш ҳолати, 18 (41,8%) нафар беморда тушқунлик ҳолати аниқланди. Тушқунлик шкаласи бўйича ўртача $15 \pm 7,8$ баллини ташкил этди. 28% ҳолларда беморлар ҳам ҳавотирдан, ҳам тушқунликдан азият чекаётганликлари аниқланди. Бир нечта беморлар уларга ғамхўрлик қиладиган қариндошлари йўқлигини таъкидлашди. Шулар билан бир қаторда, беморларга тиббиёт ходимларининг муносабати юқори даражада (ўртача 4,75 балл) эканлиги аниқланди.

Юқорида айтилганлардан кўриниб турибдики, силнинг оғир ва сурункали шакллари билан касалланган беморлар кўп ҳолларда бир нечта мутахассисларнинг ёрдамига муҳтож бўлади. Қуйида клиник мисол келтирамиз:

Бемор К., 43 ёшда, сил касаллиги бўйича II гуруҳ ногирони. Ташхис: Ўнг ўпка юқори ва ўрта бўлагининг фиброз-ковакли сили яллиғланиш босқичи, сил таёкчаси (СТ) +, сурункали плевра эмпиемаси бронхоплеврал оқма билан, изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол, канамицин, протионамид, капреомицин ва левофлоксацин дориларига турғунлик; I-типдаги қандли диабет, оғир кечиши, декомпенсация даври; сурункали вирусли гепатит С; ОИВ-инфекцияси. Чарлсоннинг коморбидлик индекси 7 балл. HADS шкаласи бўйича клиник ҳавотир ва тушқунлик ҳолатлари аниқланди. Бундай ҳолатларда беморни даволашда бир нечта мутахассис, яъни фтизиатр, инфекционист, эндокринолог, кўкрак қафаси жаррохи, психотерапевт кабиларнинг кўмаги талаб этилади.

Хулоса. Силнинг оғир шакллари билан касалланган беморлар уларда мавжуд бўлган йўлдош касалликлари туфайли бир вақтнинг ўзида бир нечта мутахассис, яъни терапевт, инфекционист, кардиолог, эндокринолог, жаррох, невролог ёрдамига муҳтож бўлишади. Шунингдек, бундай беморларда ҳавотир ва тушқунлик ҳолатлари яққол ривожланганлиги учун психотерапевтнинг кўмаги ҳам керак бўлади. Хулоса қилиб айтганда, силнинг оғир ва сурункали шакллари билан касалланган беморларни даволаш тиббий ва психологик тадбирларни ўз ичига олган паллиатив ёрдамни талаб этади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Баймаканова Г.Е. Обострение ХОБЛ: диагностическое и прогностическое значение биологических маркеров: Дисс. ... д-ра мед. наук. М.; 2012. С. 20.
2. Новиков Г.А., Вайсман М. А., Рудой С. В., Подкопаев Д. В. Паллиативная медицинская помощь пациентам с хронической болью// Паллиативная медицина и реабилитация. Научно-практический журнал. 2019. №2. С. 5-12.
3. Паллиативная помощь. Клиническое руководство для организаций, осуществляющих лечебно-профилактическую деятельность в Киргизской Республике. Бишкек. 2012. – Принято экспертным советом по оценке качества клинических руководств протоколов и утверждено Приказом № 3 МЗ КР от 10.01.2013. С. 99.
4. Стяжкина С.Н., Журавлев К.В., Леднева А.В. Роль коморбидной патологии в хирургии. Фундаментальные исследования. 2011; 7:138—40.
5. Bitalabeho F, Dara M, Jaramillo E, Milani B, Raviglione M. Declaration on palliative care and MDR/XDR-TB INT Int J Tuberc Ling Dis, 2012, 16(6):712–713.
6. Dheda K., Migliori G.B. The global rise of extensively drug resistant tuberculosis: is the time to bring back sanatoria now overdue// www.thelancet.com Published online October 26, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)61062-33.
7. HPCA. Guidelines for providing palliative care to patients with tuberculosis. Hospice Palliative Care Association; South Africa, 2011. p.1-141.
8. HPCA. Guidelines for providing palliative care to patients with tuberculosis. Hospice Palliative Care Association; South Africa, 2011. p.1-141nition/en/ Accessed April 2012.
9. Senthilingam M., Pietersen E.Mc., Nerney R., Te Riele J., Sedres P., Wilson R., Dheda K. Lifestyle, attitudes and needs of uncured XDR-TB patients living in the communities of South Africa: a qualitative study. Trop Med Int Health., 2015 Sep;20(9):1155-1161. doi: 10.1111/tmi.12532.