

*На правах рукописи*



**Миночкин Дмитрий Александрович**

**Клинико-социальные аспекты тревожно-депрессивных расстройств у больных  
туберкулезом легких**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2025

Работа выполнена в государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Березанцев Андрей Юрьевич**

**Официальные оппоненты:**

**Артемьева Марина Станиславовна** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», кафедра психиатрии и медицинской психологии медицинского института, и.о. заведующий кафедрой

**Шмилович Андрей Аркадьевич** – доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и медицинской психологии института нейронаук и нейротехнологий, заведующий кафедрой

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «18» февраля 2026 г. в «10.00» на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119435, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д.2, строение 1

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

 **Толмачева Виолетта Александровна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Туберкулез (ТБ) является одной из 10 ведущих причин смерти во всем мире и одной из главных причин смертности среди инфекционных заболеваний, опережая инфекцию, вызываемую вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Несмотря на то, что основные эпидемиологические показатели по ТБ за последние 11 лет имели тенденцию к снижению на 1-2% в год, в мире ежегодно регистрируется около 10 млн новых случаев заболевания Тб легких (Иванова С.С. и др, 2017; Ульрихс Т., 2018; Kessler R.C. et al., 2015). Россия, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (2021 г.), вышла из числа 30 стран с высоким бременем первично выявленного ТБ, но по-прежнему остается в списке стран с высоким уровнем ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ-МЛУ) (Рогов Е.И., 1999). Ряд специалистов считает, что скрытую форму туберкулёза имеет до 80% россиян [34]. Только 46% зарегистрированных больных ТБ проходят успешное лечение (Джуманиязова Г.М., Бекчанова Б.Б., 2020). Хроническое течение патологии и длительное лечение могут привести к психоэмоциональным и другим психическим расстройствам больных ТБ (World Health Organization, 2021, 2022), создавая дополнительные трудности в лечении данного контингента пациентов. Тревожность и депрессия могут представлять собой риск невыполнения окончательной стратегии борьбы с основной патологией, быть причиной плохой приверженности к лечению и низкой эффективности терапии, что в свою очередь является причиной инвалидности, плохого качества жизни, неэффективности лечения ТБ и смерти пациента (Шубина А.Т. и др., 2021). ВОЗ рекомендует повышать качество программ и услуг по борьбе с ТБ с помощью подхода, ориентированного на пациента, который осуществляется целостно, когда услуги предоставляются не только в отношении не только физических аспектов, но и аспектов психического здоровья (Grigoryan Z. et al., 2021). Однако практика лечения в медицинских учреждениях по-прежнему фрагментарна. Случаи ТБ не лечатся должным образом, и психическому здоровью в программе по борьбе с ТБ не уделяется должного внимания (Agarwal N., Sarthi P., 2020). В связи с этим противотуберкулезные службы являются важной программой первичной медико-санитарной помощи. Таким образом, объединение лечения ТБ и психиатрической помощи может снизить затраты, улучшить качество терапии и жизни пациентов и, в конечном итоге, снизить вероятность развития осложнений.

Отсюда очевидна актуальность исследований, позволяющих изучить распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с ТБ легких в активной фазе заболевания в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля; определить особенности психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных с легочными формами ТБ с учетом их гендерных, социально-психологических характеристик и показателей

качества жизни; изучить взаимосвязь психических расстройств тревожно-депрессивного спектра с клиническими характеристиками инфекционного процесса. Эти направления являются важными при планировании терапевтического воздействия на группу пациентов с ТБ и ТДР с целью улучшения качества их терапии и приверженности терапии.

### **Степень разработанности темы исследования**

Исследования А.А. Геле, М. Сагбакке, Ф. Абебе, Г.А. Бьюне (2010), Г. Фагундес, Н. Перес-Фрейко и др. (2016), С. Voru, Т. Shimels, А. Vilal (2017), Ф.Х. Гебрюлд, М.М. Кифле и др. (2018) показывают, что существует множество взаимодействующих факторов, влияющих на приверженность лечению больных ТБ.

На сегодняшний день существует достаточно большое количество исследований психологических особенностей больных ТБ взрослых (Е.В. Захарова (2003), Н.В. Багишева, Т.Ю. Удалова, А.В. Мордык (2016), Н.В. Золотова, В.В. Стрельцов, Г.В. Баранова, Н.Ю. Харитоновна, А.А. Ахтямова, Т.Р. Багдасарян (2018) и др.). Значительно в меньшей степени изучены психические расстройства при легочных формах ТБ, причем основное внимание уделено отдельным нозологическим единицам, таким как шизофрения, и органическим расстройствам, имеющим уже установленный характер. В то время как исследования, посвященные изучению впервые возникающих психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с легочными формами ТБ в активной фазе заболевания в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля, вовсе единичны и не носят систематизированного характера.

Таким образом, имеющиеся публикации не позволяют получить целостное представление о возникающих у больных с легочными формами ТБ тревожно-депрессивных психических расстройствах. В результате поиска аналогов и прототипов по данной теме не найдено.

### **Цель и задачи исследования**

**Цель исследования.** Выявление распространенности симптомов тревожно-депрессивного спектра среди пациентов фтизиатрического **стационара** терапевтического профиля, страдающих ТБ легких, а также изучение **клинико-психопатологических** характеристик аффективных расстройств у данного контингента больных и установление их **взаимосвязей** с **социально-психологическими** характеристиками, показателями социального функционирования и качества жизни.

#### **Задачи исследования:**

1. Выявить распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с ТБ легких в активной фазе заболевания в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля.

2. Определить специфику клинико-психопатологических характеристик расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с легочными формами туберкулеза с учетом длительности их пребывания в стационаре.

3. Изучить соотношение клинико-психопатологических характеристик с показателями социальной адаптации и качества жизни у пациентов с ТБ легких и ТДР.

4. Установить комплексные взаимосвязи клинико-психопатологических и социально-психологических характеристик у пациентов с ТБ легких и обозначить основные направления оказания психиатрической помощи данной категории пациентов.

### **Научная новизна**

Научная новизна полученных результатов заключается в том, что впервые на основе детального клинико-психопатологического анализа состояния коморбидности ТБ и ТДР: выявлен уровень тяжести ТДР у пациентов с разной формой ТБ; выделены уровни тяжести ТДР у пациентов с разным сроком пребывания в стационаре; изучены социально-психологические характеристики пациентов с ТБ и ТДР в сравнении с изолированным ТДР; определены ведущие факторы формирования ТДР у пациентов с ТБ.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Систематика тревожно-депрессивных психических расстройств и их тесной взаимосвязи с параметрами астении, вегетативных изменений и качества жизни пациентов с ТБ с учетом изученных клинико-социальных характеристик позволит оптимизировать организацию психиатрической помощи данному контингенту больных.

Практическая значимость работы заключается в том, что фактические материалы, теоретические положения, выводы диссертационного исследования могут быть использованы в практике работы клинико-психиатрических служб для комплексной психотерапии пациентов с ТБ, а также врачами терапевтического профиля для предотвращения развития ТДР во время длительного пребывания в условиях стационара. Полученные данные позволят значительно оптимизировать психотерапевтическую помощь пациентам с ТБ.

### **Методология и методы исследования**

В рамках исследования проведено клинико-психопатологическое обследование пациентов для выявления распространенности расстройств тревожно-депрессивного спектра среди пациентов фтизиатрического стационара терапевтического профиля, страдающих ТБ легких, а также изучение клинико-психопатологических характеристик аффективных расстройств у данного контингента больных и установление их взаимосвязей с социально-психологическими характеристиками, показателями социального функционирования и качества жизни.

База данных пациентов сформирована с помощью программы «Microsoft Office Excel 2016», расчеты проведены с использованием описательной статистики с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Для оценки вероятности между показателями в выборках с нормальным (гауссовским) распределением определяли t-критерий Стьюдента, в случае негауссовского распределения – U-критерий Манна-Уитни. Разница считалась достоверной по  $p < 0,05$ . Для исследования взаимосвязи между исследуемыми психопатологическими, клиническими, социально-демографическими характеристиками у пациентов анализируемой группы проведен корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для выявления скрытых факторов, управляющих наблюдаемыми переменными, использовали факторный анализ. Кластерный анализ анализируемой группы проводили методом k-средних. Цифровые результаты представлены в виде таблиц и рисунков.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра выявлена более чем у 1/3 пациентов с ТБ легких. Распространенность тревоги, депрессии и ТДР выше у пациентов женского пола и более молодого возраста.

2. Среди пациентов с ТБ и ТДР выявлены средние показатели тяжести тревоги и депрессии при высоком уровне тяжести астении, наличии жалоб на психосоматическое состояние в виде истощения и ревматических жалоб. Отмечена высокая интенсивность жалоб, пониженный уровень социально ориентированного и социального функционирования, более высокий уровень признаков вегетативных изменений и более низкий уровень качества жизни в сопоставлении с группой сравнения.

3. Все выявленные клинико-психопатологические особенности у пациентов с ТБ и ТДР были в большей степени выражены при более длительном пребывании пациентов в стационаре. Среди пациентов с более коротким пребыванием в стационаре выявлен менее высокий показатель астенического расстройства. При более длительном пребывании в стационаре отмечают более низкие показатели качества жизни в сфере физического, социального и психологического благополучия, в сфере самовосприятия и микросоциальной поддержки. Также отмечается рост признаков вегетативных изменений при более длительном пребывании пациентов с ТБ в стационаре.

4. На особенности проявлений ТДР у пациентов с ТБ в большей степени оказывает влияние низкая микросоциальная поддержка, которая в совокупности с самим заболеванием оказывает влияние на уровень депрессии и астении, что влияет на уровень социально-ориентированного и социального функционирования, уровень давления психосоматических жалоб и признаки вегетативных изменений. Существует высокая факторная связь уровня ТДР,

пола, возраста, семейного статуса, истощения, физического и психического благополучия, социального статуса, образования, самовосприятия.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечиваются достаточным и репрезентативным объемом выборок обследованных пациентов, количеством проведенных исследований, достаточным числом выполненных методик оценки результатов психодиагностики с подтверждением доказательными методами статистической обработки данных. Для объективного суждения о степени вероятности результатов исследования применялись статистические методы анализа полученных результатов, рекомендованные для медико-биологических исследований.

Основные результаты работы доложены и обсуждены на: 7-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения». 31.10.2022; 8-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения». 30.10.2023; Психиатрия и аддиктология в XXI веке: «новые задачи и пути решения» 22-23.09.2022.

Диссертация была апробирована и одобрена на заседании Ученого совета ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. Н. А. Алексеева департамента здравоохранения города Москвы» 15/08/2024 по специальности психиатрия - наркология, что подтверждено протоколом № 08/24 от 15.08.2024 г.

### **Личный вклад автора**

Автор лично участвовал в выполнении всех этапов исследования – от формулирования рабочей гипотезы и выстраивания дизайна исследования до сбора клинического материала, математической обработки полученных материалов и оформления результатов в виде научных публикаций, текста диссертационной работы и автореферата.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертационная работа соответствует паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология по пунктам 10. Психология лечебного процесса, особенности взаимоотношений врача и пациента, факторы, влияющие на приверженность к терапии. Психотерапевтическая среда различных типов (кризисная, лечебная, реконструктивная, реадaptационная, абилитационная); 13. Эпидемиология психических и наркологических заболеваний: выявление их распространенности, факторов риска и коморбидности; 14. Разработка новых форм организации психиатрической и наркологической помощи, профилактики, психотерапии и медико-социальной реабилитации».

## Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 8 работ, в том числе 3 научные статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК при Минобрнауки России; 1 статья в издании, индексируемом в международной базе данных Scopus; 2 иные статьи; 2 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

## Структура и объем диссертации

Структура и объем диссертации определяется логикой изложения проблемы и отражает последовательность решения поставленных задач. Диссертация состоит из введения, пяти глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 189 источников. Текст диссертационного исследования изложен на 201 странице. Работа проиллюстрирована 65 рисунками и 50 таблицами.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Клинический материал и методы исследования

Для достижения цели и выполнения поставленных задач на первом этапе исследования с соблюдением принципов биоэтики было проведено скрининговое тестирование 500 пациентов, проходящих стационарное лечение в федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (далее – ФГБНУ ЦНИИ туберкулеза) (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Дизайн исследования

Задачей **первого этапа** была оценка уровня тревоги и депрессии по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) среди пациентов с ТБ, проходящих стационарное лечение, в том числе отсутствие/наличие тревоги, депрессии, ТДР в зависимости от клинической формы ТБ, пола и возраста пациентов анализируемой выборки.

На **втором этапе** выполнено тестирование 145 пациентов с выявленной тревогой, депрессией, ТДР. Проведена диагностическая классификация тревожных и депрессивных расстройств у пациентов анализируемых групп в соответствии с диагнозом по Международной классификации 10-го пересмотра (МКБ-10). 85 пациентов с ТДР, проходящих стационарное лечение с диагнозом «туберкулез», были разделены на две подгруппы в зависимости от срока пребывания в стационаре: *подгруппа 1А* (44 пациента) – срок пребывания в стационаре не превышал 2 месяцев; *подгруппа 1Б* (41 пациент) – срок пребывания в стационаре был более 2 месяцев. В качестве группы сравнения учитывали данные 60 пациентов (с выявленным ТДР, без ТБ легких в анамнезе) с помощью ранее отобранных методик.

На **третьем этапе** исследования был проведен анализ связей (корреляционный, кластерный, факторный) психопатологических, клинических, социально-демографических характеристик пациентов совокупной выборки ( $n=145$ ) и пациентов с ТБ ( $n=85$ ).

Все этапы исследования были проведены с обеспечением прав и свобод пациентов, предусмотренных Хельсинкской декларацией (Declaration of Helsinki от 1964 г., с изменениями и дополнениями от 2013 г.), согласно принципам Конвенции Совета Европы по защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины (1997 г.), соответствующим положениям ВОЗ и законам Российской Федерации.

Пациенты привлекались после разъяснения цели и задач исследования, а также основных методов обследования. После получения исчерпывающих ответов на все вопросы и ознакомления с текстом информированного согласия пациенты подписывали информированное согласие на включение в исследование.

*Критериями включения* пациентов совокупной выборки ( $n=500$ ) в исследование являлись: возраст от 18 лет; наличие в первичной медицинской документации сведений о верифицированном диагнозе «туберкулез легких»; отсутствие клинически значимой сопутствующей патологии сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и других систем; подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

*Критерии исключения* из исследования: возраст до 18 лет; пациенты с тяжелыми декомпенсированными болезнями; злоупотребление алкоголем и/или наркотическими препаратами; отсутствие информированного согласия об участии в исследовании.

На начальном этапе осуществлялся набор пациентов методом сплошной выборки и их оценка в соответствии с критериями включения и исключения, проводилось клиническое

обследование для выявления психопатологической структуры заболевания и изучение социально-демографических характеристик пациентов.

Все пациенты с выявленной тревогой, депрессией, ТДР были разделены на 2 группы: *основную группу* ( $n=85$ ) – пациенты с ТБ легких в активной фазе заболевания, получающих лечение в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля; *группу сравнения* ( $n=60$ ) – пациенты без ТБ, направленные на консультацию психиатра в связи с жалобами на тревогу и депрессию. Основная группа была разделена на 2 подгруппы: *подгруппу 1А* ( $n=44$ ) – пациенты со сроком пребывания в стационаре менее 2 месяцев; *подгруппу 1Б* ( $n=41$ ) – пациенты со сроком пребывания в стационаре более 2 месяцев.

На *первом этапе* исследования во время скрининга с целью выявления ТДР у пациентов с ТБ использовали госпитальную шкалу HADS для оценки тревожности и/или депрессии.

На *втором этапе* исследования применяли ряд отобранных ранее психодиагностических методик: «Шкалу Гамильтона для оценки депрессии» (Hamilton Depression Rating Scale – HADS); «Шкалу Гамильтона для оценки тревоги» (Hamilton anxiety rating scale, HARS); «Шкалу астенического состояния» (Л.Д. Малкова, в адаптации Т.Г. Чертовой); «Гиссенский опросник психосоматических жалоб» (Giesener Beschwerdebogen – GBB) (Е. Блюхер, Дж. Снер, в адаптации В.А. Абабкова, С.М. Бабина, Г.Л. Исуриной); «Шкалу социально ориентированного и социального функционирования» (Personal and Social Performance Scale – PSP); «Опросник качества жизни ВОЗ» (World Health Organization's Quality of Life-BREF – WHOQOL-BREF); «Опросник для выявления признаков вегетативных изменений» (А.М. Вейн, 1998).

### **Результаты исследования**

**1-й этап исследования – скрининг.** У большей доли пациентов с ТБ была выявлена инфильтративная форма ТБ (47,0%), которая чаще регистрировалась среди пациентов женского пола (у 53,3%). В меньшей доле случаев была выявлена фиброзно-кавернозная форма ТБ (11,6%), которая так же чаще регистрировалась среди пациентов женского пола (у 11,7%). На третьем месте по встречаемости регистрировали диссеминированную и очаговую формы ТБ (по 10,4%), которые чаще выявлялись у пациентов мужского пола. Доля остальных форм не превышала 10% случаев.

На следующем этапе был проведен скрининг уровня тревоги и депрессии у 500 пациентов с ТБ легких, с учетом клинической формы заболевания и их демографических характеристик (возраста и пола). В результате сплошного скринингового исследования 500 взрослых пациентов фтизиатрического стационара с ТБ легких (274 женщины, 226 мужчин) были выявлены клинические симптомы тревоги и/или депрессии различной степени выраженности по шкале HADS больше чем у 1/33 опрошенных (42,4%), т.е. 212 наблюдений. Наиболее высокие

показатели симптомов тревоги и депрессии были характерны для пациентов с инфильтративной формой ТБ, а также для лиц женского пола и молодого возраста.

**2-й этап исследования – сравнительный анализ.** Во время следующего этапа исследования было обследовано 145 пациентов с ТДР (основная группа (85) – пациенты, с клиническими признаками признаков тревоги и депрессии из скрининга, группа сравнения (60) – пациенты из ПНД). У пациентов с ТБ в большей степени выражено смешанное тревожное и депрессивное расстройство, тогда как в группе сравнения – генерализованное тревожное расстройство. В основной группе выявлен более высокий показатель уровня тяжести проявления тревоги и депрессии –  $10,2 \pm 5,4$  балла (легкий уровень) при максимальных 20 баллах и минимальных 4 баллах, чем в группе сравнения, где анализируемый показатель составил  $7,1 \pm 3,8$  балла (легкий уровень) при максимальных 19 баллах и минимальных 3 баллах ( $p < 0,001$ ). У большинства пациентов обеих групп наблюдалось сочетание тревоги и депрессии легкой степени тяжести. В тяжелой степени проявления тревога и депрессия отмечается у 12 (14,1%) пациентов, у 34 (40%) пациентов выявлены тревога и депрессия средней степени тяжести, у остальных 38 (44,7%) пациентов наблюдается легкое тревожное и депрессивное расстройство. В группе сравнения полученные данные психодиагностики в меньшей степени показали наличие более тяжелых форм проявления тревоги и депрессии. В основной группе выявлены достоверно более высокие показатели выраженности ТДР, что подтверждается структурой нозологических диагнозов. Так, в основной группе значительную часть составили пациенты с диагнозами депрессивных эпизодов различной степени тяжести (F32), а также генерализованного тревожного ТДР (F41.1) и смешанного ТДР (F41.2) – 45,9%, тогда как в группе сравнения наибольший удельный вес занимали генерализованное тревожное расстройство (F41.1) и расстройства адаптации (F43) – 40%.

Все 100% пациентов с ТБ предъявляли жалобы, характерные для астенического синдрома, с преобладанием типов астенического состояния от слабой до крайней степени тяжести. В основной группе выявлен более высокий показатель астенического расстройства, который был на уровне  $75,02 \pm 21,8$  балла (умеренная астения) при максимальных 120 баллах и минимальных 52 баллах, чем в группе сравнения, где уровень астении составил  $44,25 \pm 6,5$  балла (отсутствие астенического расстройства) при максимальных 59 баллах и минимальных 35 баллах ( $p < 0,001$ ). Таким образом, в основной группе выявлен более высокий показатель астении с вероятной его связью с основным заболеванием (ТБ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что астенический симптомокомплекс является облигатной составляющей у контингента пациентов с ТБ легких и коморбидными ТДР, проходящих длительное лечение в условиях фтизиатрического стационара и принимающих широкий спектр лекарственных препаратов, обладающих в том числе нейротоксическим действием. В основной группе выявлен более высокий показатель

интенсивности жалоб на истощение с вероятной его связью с основным заболеванием (ТБ). В остальном структура и выраженность жалоб в группах исследования варьировала с меньшей интенсивностью.

При психических расстройствах вегетососудистая дисфункция проявляется в первую очередь через эмоционально-личностные нарушения. В основной группе был выявлен менее высокий показатель наличия признаков вегетативных изменений, который был на уровне  $19,4 \pm 4,2$  балла (показатель наличия признаков вегетативных изменений) при максимальных 27 баллах (повышенный показатель) и минимальных 12 баллах (показатель нормы), чем в группе сравнения, где показатель по анализируемой шкале составил  $14,9 \pm 3,5$  балла (показатель нормы) при максимальных 25 баллах (показатель наличия признаков вегетативных изменений) и минимальных 10 баллах (низкий показатель) ( $p < 0,001$ ). При этом среди большинства пациентов группы исследования (61,1%) было отмечено преобладание астеновегетативного синдрома, который характеризуется повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, истощением организма, непереносимостью громких звуков, метеочувствительностью.

Расстройство адаптации проявляется чрезмерной болевой реакцией на любое событие. Тогда как среди пациентов группы сравнения (58,3%) в большей степени был выявлен синдром психических нарушений, который проявляется пониженным настроением, впечатлительностью, сентиментальностью, слезливостью, заторможенностью, ипохондрией, снижением двигательной активности. У больных наблюдается неконтролируемая тревога вне зависимости от конкретного жизненного события. Психодиагностика социально ориентированного и социального функционирования показала, что в основной группе пациентов в наибольшей степени наблюдаются затруднения в отношениях с близкими и прочих социальных отношениях (значительное нарушение), а также в сфере самообслуживания (слабое); тогда как в группе сравнения чаще отмечается значительное влияние в виде тревожного и агрессивного поведения при заметном проявлении затруднения в отношениях с близкими и прочих социальных отношениях. При сравнении средних показателей по шкалам «Опросника качества жизни ВОЗ» среди пациентов анализируемых групп выявлены статистически значимые отличия в показателях всех шкал, что отражает особенности всех шкал качества жизни у пациентов с туберкулезом. В группе пациентов с ТБ отмечаются более низкие показатели качества жизни в сферах физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки и социального благополучия. В процессе психодиагностики основная группа пациентов (коморбидность ТБ и ТДР) была разделена в зависимости от срока пребывания в стационаре на две подгруппы: *подгруппу 1А* (44 пациента) – срок пребывания в стационаре не превышал 2 месяцев; *подгруппу 1Б* (41 пациент) – срок пребывания в стационаре был более 2 месяцев.

Группа пациентов с более длительным пребыванием в стационаре ( $n=41$ ) по большинству шкал имела худшие показатели по сравнению с пациентами с длительностью госпитализации менее 2 месяцев ( $n=44$ ). Так, у них отмечались более тяжелые показатели депрессивных расстройств ( $p=0,03$ ), достоверно более выраженные показатели астении и более высокая интенсивность соматических недомоганий по желудочным жалобам и шкале истощения, а также близкие к достоверным более выраженные показатели вегетативных изменений. Пациенты с длительным пребыванием в стационаре также показали более выраженный спектр нарушений социального функционирования и сниженные показатели качества жизни. С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена был проведен анализ существующих вероятных связей между психопатологическими, клиническими, социально-демографическими характеристиками у пациентов с ТБ. По итогам корреляционного анализа была построена плеяда умеренных и тесных связей между анализируемыми показателями у пациентов с ТБ. На особенности проявлений ТДР у пациентов с ТБ в большей степени оказывает влияние низкая микросоциальная поддержка, которая в совокупности с самим заболеванием оказывает влияние на уровень депрессии и астении, которые в свою очередь влияют на уровень социально ориентированного и социального функционирования, уровень давления психосоматических жалоб и признаки вегетативных изменений. Кроме того, несмотря на их слабость, корреляционные связи выявлены между полом (женский пол), семейным положением и такими показателями, как уровень тревожно-депрессивного и астенического расстройства, психосоматических жалоб по шкале «Истощение», давления психосоматических жалоб, социально ориентированного и социального функционирования, признаками вегетативных изменений; между социальным статусом и ревматическими психосоматическими жалобами; между установленным диагнозом и сердечными психосоматическими жалобами.

**3-й этап исследования – кластерный и факторный анализ.** У пациентов с ТБ и ТДР удалось выделить 2 кластера тесно связанных между собой переменных, причем оба кластера носят смешанный характер и включают в себя как клинические, так и социально-психологические факторы. Так, первый кластер (в который вошли преимущественно социально и индивидуально ориентированные показатели, и частично клинические факторы) представлен переменными социального благополучия, самовосприятия, физического и психологического благополучия, вегетативных изменений и интенсивности соматических жалоб, а также переменными истощения, тревоги и депрессии. Второй кластер (включает преимущественно клинические факторы, а также социально-демографические) включает такие переменные, как диагноз по МКБ-10 (преобладающие диагнозы), ревматические жалобы, тип ТБ, уровень ТДР, желудочные жалобы, сердечные жалобы, семейное положение, социальные условия, образование, срок пребывания в стационаре, социальный статус, район проживания, пол.

Проинтерпретировать полученные результаты можно следующим образом. У пациентов с коморбидностью ТБ и ТДР происходит «инфильтрация» индивидуально-психологических, социально-демографических и клинических факторов, которые обнаруживают между собой тесный аффинитет. При этом субъективные показатели социального и физического благополучия в большей степени были связаны с клиническими проявлениями ТДР, а объективные социально-демографические показатели в большей степени обнаружили аффинитет с клиническими проявлениями туберкулезного процесса. Причем на основании полученных данных в большей степени максимально схожими являются переменные второго кластера, в свою очередь связанные с переменными первого кластера. Астеническое состояние, социально ориентированное и социальное функционирование, микросоциальная поддержка и возраст являются переменными, связанными с обоими кластерами. Следует отметить высокую факторную связь уровня ТДР, пола, возраста, семейного статуса, истощения, физического и психического благополучия, социального статуса, образования, самовосприятия. Можно утверждать, что у пациентов группы сравнения в отличие от пациентов с ТБ более слабый аффинитет индивидуально, социально ориентированных и клинических факторов, которые хотя и оказывают обоюдное влияние друг на друга, но в значительно меньшей степени. Так, значимые различия между факторами в выделенных кластерах определяются только по уровню ТДР, показателям истощения и социально ориентированного и социального функционирования. Следует отметить высокую факторную нагрузку уровня ТДР, депрессии, тревоги, астении. Для уточнения универсальных механизмов взаимодействия между индивидуально, социально ориентированными, а также клиническими факторами был проведен кластерный анализ всей совокупной выборки исследования ( $n=145$ ). Целью проведенного кластерного анализа является объединение наблюдений в кластеры таким образом, чтобы в один кластер попали максимально схожие объекты (пациенты), каждому из которых соответствует определенный уровень комплекса симптомов, обладающих максимально тесными взаимосвязями. Наблюдения, попавшие в один кластер, характеризуются одинаковой вероятностью выявления определенного уровня ТДР, астенического состояния, психосоматических жалоб, социального ориентирования и функционирования, качества жизни и вегетативных изменений. При этом объекты различных классов максимально отличаются друг от друга. Поскольку различные измерения используют абсолютно различные типы шкал, данные были стандартизованы таким образом, чтобы каждая переменная имела среднее 0 и стандартное отклонение 1. После стандартизации переменных выяснялось, формируют ли пациенты естественные кластеры, которые могут быть осмыслены с помощью иерархической классификации методом полной связи и евклидово расстояния. Наиболее важным результатом, получаемым в результате древовидной кластеризации, является иерархическое дерево (Рисунок 2). Исходя из визуального представления результатов, можно

сделать предположение, что пациенты анализируемой выборки образуют 3 естественных кластера. Данное предположение проверяли, разбив исходные данные методом k-средних на 3 кластера и выявив значимость различия между полученными группами. Метод k-средних – это метод кластерного анализа, целью которого является разделение  $m$  наблюдений на  $k$  кластеров, при этом каждое наблюдение относится к тому кластеру, к центру (центроиду) которого оно ближе всего.

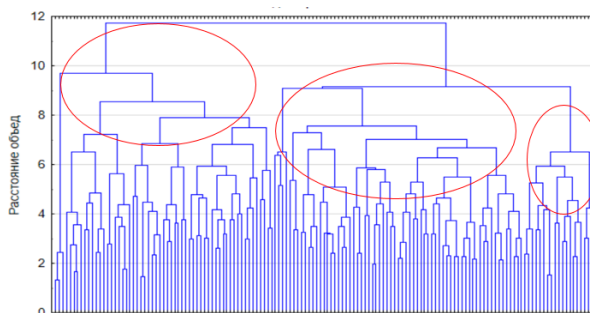


Рисунок 2 – Дендрограмма распределения пациентов анализируемой выборки

Между кластерами выявлены статистически достоверные отличия по показателям возраста (пациенты первого и второго кластеров были моложе пациентов второго кластера,  $p < 0,001$ ), а также семейного положения (в первом кластере преобладали женатые/замужние пациенты, во втором кластере – холостые/незамужние пациенты,  $p < 0,001$ ). Статистически значимые отличия между кластерами по показателям условий проживания, уровня образования и социального статуса на момент исследования не выявлены. Далее рассмотрим результаты оценки долевого соотношения пациентов с ТБ в анализируемых кластерах. Согласно полученным результатам, первый кластер составили пациенты с ТБ (100%), второй – пациенты без выявленного на момент исследования ТБ (группа сравнения) (96,6%) и пациенты с ТБ (3,4%), в третий кластер были отнесены 84,6% пациентов с ТБ и 15,3% пациентов группы сравнения. Таким образом, в первый кластер были включены пациенты группы исследования с ТБ, во второй кластер – пациенты группы сравнения (с ТДР), третий кластер включал пациентов с ТБ и частично пациентов группы сравнения с ТДР (смешанная группа).

Первый кластер (пациенты с ТБ) и третий кластер (пациенты с ТБ и малая доля пациентов с ТДР) статистически значимо отличались по полу и социальному статусу (преобладали замужние неработающие женщины) от кластера, включающего пациентов с ТДР (преобладали незамужние работающие женщины). При этом выявлено более тяжелое проявление ТДР у пациентов первого кластера. Кроме того, первый кластер (пациенты с ТБ) статистически значимо отличались от двух других кластеров по более тяжелому проявлению астенического состояния, повышенному уровню истощения, интенсивности субъективных недомоганий, более низкому уровню выраженности социально ориентированного и социального функционирования,

более низким показателям качества жизни в сферах физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки и социального благополучия, а также более высокому показателю наличия признаков вегетативных изменений.

Динамику психического и психосоматического статуса пациентов с ТБ легких (так же, как и с любой другой соматической патологией) целесообразно рассматривать в контексте концепции внутренней картины болезни (ВКБ). Для оценки ВКБ в данном исследовании использовалось клиническое интервью, направленное на уточнение особенностей восприятия болезни пациентом на различных ее этапах. В качестве основы клинического интервью были использованы краткий опросник А.И. Сердюка, 1994 и опросник «тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), 2005, сокращенный и адаптированный вариант. Интервью направлено на установление ряда субъективных параметров: отношения к болезни на различных этапах заболевания, лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, работе (учебе), окружающим, одиночеству, будущему.

Анализ последовательности развития туберкулезного процесса и ТДР позволил выявить, что у большинства больных ТДР возникли после установления диагноза «туберкулез» (примерно у 60% пациентов). Вместе с тем из этих пациентов почти все при тщательном расспросе сообщили, что отмечали у себя ранее подобные симптомы, которые не носили постоянного и выраженного характера, однако значительно утяжелились после диагностики соматического заболевания. Психогенные стрессовые факторы, предшествовавшие возникновению невротических тревожных расстройств, можно условно разделить на 4 группы: производственные, семейные, семейно-производственные (смешанные), нозогенные (связанные с установлением диагноза «туберкулез»). На этапе диагностики, собственно, нозогенный фактор, как ведущий в формировании ТДР, встречался у незначительного числа больных и обычно сочетался с иными социально-стрессовыми воздействиями, наиболее патогенными из которых являлись семейно-бытовые конфликты, особенно в сочетании с проблемами, связанными с трудовой занятостью. Однако по мере прогрессирования туберкулезного процесса, выявляющейся резистентности к терапии, затягивания сроков лечения, появления необходимости госпитализации во фтизиатрический стационар (что сопровождалось снижением или утратой трудоспособности, нарастанием иных социальных негативных аспектов) собственно нозогенный фактор начинал играть доминирующую роль в прогрессировании и хронизации расстройств аффективного спектра.

При затягивании сроков лечения туберкулезного процесса имело место не просто утяжеление симптоматики ТДР и присоединение новых симптомов, но и качественные изменения структуры ВКБ (это касается всей основной группы изученных пациентов). На смену на смену импульсивно-кататимным реакциям на диагноз хронического инфекционного

заболевания приходило более дифференцированное и осмысленное отношение к болезни и ее последствиям. Отмечалось присоединение и усиление соматовегетативных симптомов ТДР. В клинической картине попеременно доминировали то психические, то соматические симптомы тревоги и депрессии. Среди психических проявлений преобладали затруднения мышления, сопровождавшиеся функциональным снижением внимания и памяти, бессонница (в первую очередь затруднения засыпания). При этом ощущение внутреннего напряжения, раздражительность и тревожные опасения становились практически постоянными спутниками больного. Тревога не редуцировалась при нормализации обстановки (при разрешении стрессовых ситуаций), и постепенно нарастающая клиническая симптоматика начинала существенно влиять на социальную адаптацию больных, а в наиболее тяжелых случаях наблюдались выраженные элементы ипохондрической фиксации на болезни.

Таким образом, наиболее характерным клиническим проявлением ТДР и его взаимодействием с личностью пациентов на этом этапе заболевания было структурирование ВКБ на ее последующих этапах с появлением устойчивых внутренних взаимосвязей между ее отдельными компонентами (сенсорными, когнитивными, аффективными и поведенческими). Происходила своего рода кристаллизация до этого разрозненных элементов заболевания в сознании больного в единую внутреннюю картину. Это касалось и соматического заболевания, и невротических нарушений, при этом эти два расстройства продолжали обнаруживать тесный аффиinitет. Данная модель ВКБ была более характерна для пациентов с легко выраженными ТДР (около 50%). У остальных пациентов (преимущественно с ТДР тяжелой и средней степени) ВКБ претерпевала дальнейшую трансформацию. Пациенты отмечали появление у себя повышенной раздражительности, утомляемости, навязчивых мыслей о собственной неполноценности, жаловались на ухудшение памяти, прерывистый, не приносящий отдыха сон. ВКБ характеризовалась ригидностью, пессимистической окраской и чаще гипернозогностической оценкой своего соматического расстройства. Для клинической картины в этой группе больных было характерно формирование устойчивых личностно-поведенческих паттернов, связанных с болезнью, и амальгамирование аффективной патологии и личностных характеристик на более поздних этапах заболевания. Общие признаки клинической картины (ангедония, снижение интереса к повседневной деятельности, идеи малоценности, постоянная фиксация на своем соматическом состоянии, депрессивно-самоограничительный стиль поведения и пр.) свидетельствовали о тенденции к трансформации тревожно-депрессивных нарушений в патохарактерологические изменения.

У пациентов с длительно протекающим туберкулезным процессом наблюдалась характерная трансформация ВКБ от разрыва и искажения сложившихся привычных психологических связей и установок как острой реакции личности на диагностику

туберкулезного процесса (*этап дезинтеграции*) к постепенному упорядочиванию и структурированию ВКБ с осмыслением новых реальностей в условиях тяжелого заболевания (*этап кристаллизации*), а при длительном течении и утяжелении ТДР происходило срастание пессимистично окрашенных (неадекватно-негативных) представлений о тяжести и прогнозе своего соматического расстройства с другими депрессивно-тревожными когнициями и их трансформация в устойчивые патологические поведенческие паттерны (*этап амальгамирования*). Необходимо пояснить, что первые два этапа динамики ВКБ (дезинтеграции и кристаллизации) могут наблюдаться и у пациентов с тяжелой соматической патологией без сопутствующих аффективных нарушений, однако при возникновении расстройств аффективного спектра происходит патологизация психологических составляющих ВКБ (эмоциональной, когнитивной и мотивационной), что в наиболее наглядной форме проявляется на этапе амальгамирования, когда формируется ригидный патологический симптомокомплекс болезненных аффективных, когнитивно-фобических переживаний и поведенческих стереотипов. Можно утверждать, что третий этап (этап амальгамирования с формированием патохарактерологических личностных характеристик) формируется практически всегда у пациентов с угрожающими жизни соматическими заболеваниями и сопутствующими, длительно протекающими аффективными расстройствами.

У пациентов с ТБ и ТДР удалось выделить два кластера тесно связанных между собой переменных, причем оба кластера носят смешанный характер и включают в себя как клинические, так и социально-психологические факторы. В первый кластер вошли преимущественно социально и индивидуально ориентированные показатели, а также частично клинические факторы. Второй кластер включает преимущественно клинические факторы, а также социально-демографические. У пациентов с коморбидностью ТБ и ТДР происходит «инфильтрация» индивидуально-психологических, социально-демографических и клинических факторов, которые обнаруживают между собой тесный аффинитет. При этом субъективные показатели социального и физического благополучия в большей степени были связаны с клиническими проявлениями ТДР, а объективные социально-демографические показатели в большей степени обнаружили аффинитет с клиническими проявлениями туберкулезного процесса.

В группе сравнения кластерный анализ показал более значительную автономность изученных индивидуально и социально ориентированных параметров, а также клинических факторов по сравнению с основной клинической группой. Так, первый кластер составили преимущественно индивидуально-ориентированные переменные, второй кластер – преимущественно социально-психологические переменные, третий кластер – преимущественно клинические переменные. Можно утверждать, что у пациентов группы сравнения в отличие от

пациентов с ТБ более слабый аффинитет индивидуально, социально ориентированных и клинических факторов, которые хотя и оказывают обоюдное влияние друг на друга, но в значительно меньшей степени. Так, значимые различия между факторами в выделенных кластерах определяются только по уровню ТДР, показателям истощения и социально ориентированного и социального функционирования.

Кластерный анализ всей выборки пациентов ( $n=145$ ) позволил получить результаты, дополняющие и в значительной степени подтверждающие результаты анализа двух выборок (основной группы и группы сравнения). Практически все пациенты в ТБ сконцентрировались в первом и третьем кластерах и отличались наиболее тяжелыми клиническими проявлениями и нарушениями социального функционирования (два пациента с ТБ, попавшие во второй кластер, определяются на уровне статистической погрешности). Так, первый кластер составили в 100% пациенты с ТБ с наиболее тяжелыми проявлениями ТДР с резко выраженной астенией, высоким уровнем психосоматических жалоб по шкале истощения, выраженными признаками вегетативных изменений. Несмотря на хорошие формальные показатели социальной адаптации (семейной, бытовой), они характеризуются крайне низким уровнем социально ориентированного и социального функционирования и показателями качества жизни.

Следующая по тяжести клинических проявлений группа (третий кластер) занимает во многом промежуточное положение между двумя другими кластерами. Так, подавляющее большинство составляют пациенты с ТБ (84,6%), их характеризует средний уровень тяжести ТДР, сравнительно невысокий уровень астении и средний уровень психосоматических жалоб по шкале истощения, умеренные показатели вегетативных нарушений. При относительной сохранности объективных показателей социально-бытовой адаптации у них отмечаются несколько лучшие по сравнению с первым кластером параметры социально ориентированного и социального функционирования и приближающиеся к ним низкие показатели качества жизни.

Группу с наименее выраженными клиническими проявлениями (второй кластер) составили пациенты с ТДР без ТБ (96,6%). При менее благополучных объективных показателях социально-бытовой адаптации по сравнению с предыдущими группами (первым и третьим кластерами) у них отмечались умеренно выраженные проявления ТДР при умеренном уровне астении и среднем уровне психосоматических жалоб по шкале истощения, а также субклинические показатели вегетативных нарушений. У пациентов отмечались хорошие показатели социально ориентированного и социального функционирования и удовлетворительные показатели качества жизни.

## **ВЫВОДЫ**

1. В результате сплошного скринингового исследования 500 взрослых пациентов фтизиатрического стационара с ТБ легких (274 женщины и 226 мужчин) были выявлены

клинические симптомы тревоги и/или депрессии различной степени выраженности по шкале HADS практически у половины опрошенных (42,4%). Наиболее высокие показатели симптомов тревоги и депрессии были характерны для пациентов с инфильтративной формой патологии, а также для лиц женского пола и молодого возраста.

2.1. В группе пациентов с ТБ легких и ТДР преобладали женщины (82,4%), в группе сравнения – доля лиц женского пола составила 56,7%. Для пациентов основной клинической группы (ТБ и ТДР) были характерны более положительные показатели семейной адаптации (63,5% состояли в браке, против 30,0% в группе сравнения), а также лучшие показатели социально-бытовой адаптации и более высокий уровень образования. В то же время в основной группе у значительной части пациентов отсутствовала трудовая занятость, что в первую очередь может быть связано с туберкулезным процессом, и отмечалось преобладание лиц, проживающих в городе.

2.2. В основной группе выявлены достоверно более высокие показатели выраженности ТДР, что подтверждается структурой нозологических диагнозов. Так, в основной группе значительную часть составили пациенты с диагнозами депрессивных эпизодов различной степени тяжести (F 32), а также генерализованного тревожного (F 41.1) и смешанного ТДР (F 41.2) – 45,9%, тогда как в группе сравнения наибольший удельный вес занимали генерализованное тревожное расстройство (F 41.1) и расстройства адаптации (F 43) – 40%.

2.3. В основной группе выявлен более высокий показатель астенического расстройства ( $75,02 \pm 21,8$  балла – умеренная астения), чем в группе сравнения, где уровень астении составил  $44,25 \pm 6,5$  балла (отсутствие астенического расстройства) ( $p < 0,001$ ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что астенический симптомокомплекс является облигатной составляющей у контингента пациентов с ТБ легких и коморбидными ТДР, проходящих длительное лечение в условиях фтизиатрического стационара, и принимающих широкий спектр лекарственных препаратов, обладающих в том числе нейротоксическим действием.

2.4. Получены статистически значимые различия в выраженности вегетативных изменений. Если в группе сравнения показатели вегетативных изменений в среднем имели подпороговые значения, то в основной клинической группе в среднем они значительно превышали пороговые показатели, что позволяет говорить о наличии у большинства пациентов с ТБ вегетативных дисфункций, аффилированных с комплексом аффективных, астенических и поведенческих нарушений.

2.5. У пациентов основной группы нарушения социального функционирования были более выражены и варьировались от небольших затруднений в одной или нескольких областях до значительных затруднений в двух или более областях (суммарно 85,9%), тогда как для группы сравнения был характерен достоверно более легкий регистр нарушений – от хорошего уровня

функционирования до заметных, но не достигающих значительного уровня затруднений (суммарно 68,2%). По показателям качества жизни пациенты с ТБ показали достоверно более низкие параметры по сравнению с лицами группы сравнения практически по всем параметрам (в наибольшей степени это касается таких показателей, как самовосприятие и микросоциальная поддержка, физическое и психологическое благополучие). Менее достоверные различия получены по параметру социального благополучия.

2.6. Группа пациентов с более длительным пребыванием в стационаре (41 человек) по большинству показателей имела худшие показатели по сравнению с пациентами с пребыванием в госпитале менее двух месяцев (44 человек). Так, у них отмечались более тяжелые проявления депрессивных расстройств ( $p = 0,03$ ), достоверно более выраженные признаки астении, более высокая интенсивность соматических недомоганий по желудочным жалобам и шкале истощения, а также показатели вегетативных изменений, близкие к достоверным. Пациенты с длительным пребыванием в стационаре также показали более выраженный спектр нарушений социального функционирования и сниженные показатели качества жизни.

3.1. У пациентов с ТБ и ТДР удалось выделить два кластера тесно связанных между собой переменных, причем оба кластера имеют «смешанный» характер и включают как клинические, так и социально-психологические факторы. Так, в первый кластер вошли преимущественно социально и индивидуально ориентированные показатели, а также частично клинические факторы. Второй кластер включает преимущественно клинические факторы, а также социально-демографические. Таким образом, у пациентов с коморбидностью ТБ и ТДР происходит «инфильтрация» индивидуально-психологических, социально-демографических и клинических факторов, которые обнаруживают тесный аффинитет между собой. При этом субъективные показатели социального и физического благополучия в большей степени были связаны с клиническими проявлениями ТДР, а объективные социально-демографические показатели в большей степени обнаружили аффинитет с клиническими проявлениями туберкулезного процесса.

3.2. В группе сравнения кластерный анализ показал более значительную автономность изученных индивидуально и социально ориентированных параметров, а также клинических факторов по сравнению с основной клинической группой. Так первый кластер составили преимущественно индивидуально ориентированные переменные. Второй кластер составили преимущественно социально-психологические переменные. Третий кластер составили преимущественно клинические переменные. Можно утверждать, что у пациентов контрольной группы по сравнению с пациентами с ТБ проявляется менее сильный аффинитет индивидуально, социально ориентированных и клинических факторов, которые, хотя и взаимодействуют между собой, но в значительно меньшей степени. Так, значимые различия между факторами в

выделенных кластерах определяются только на уровне ТДР, показателях истощения и социально ориентированного и социального функционирования.

4.1. Кластерный анализ всей выборки пациентов (145 человек) позволил получить результаты, дополняющие и в значительной степени подтверждающие результаты анализа двух выборок (основной и группы сравнения). Практически все пациенты с ТБ сосредоточены в кластерах один и три, отличающихся наиболее тяжелыми клиническими проявлениями и нарушениями социального функционирования (два пациента с ТБ, вошедшие во второй кластер, определяются на уровне статистической погрешности). Так, кластер 1 составили 100% пациентов с ТБ с наиболее тяжелыми проявлениями ТДР, с резко выраженной астенией, высоким уровнем психосоматических жалоб по шкале истощения, выраженными признаками вегетативных изменений. Несмотря на хорошие формальные показатели социальной адаптации (семейной, бытовой), они характеризуются крайне низким уровнем социально ориентированного и социального функционирования и показателями качества жизни.

4.2. Следующая по тяжести клинических проявлений группа (кластер 3) занимает во многом промежуточное положение между двумя другими кластерами. Так, подавляющее большинство составляют пациенты с ТБ (84,6%), их характеризует средний уровень тяжести ТДР, сравнительно невысокий уровень астении и средний уровень психосоматических жалоб по шкале истощения, умеренные показатели вегетативных нарушений. При относительной сохранности объективных показателей социально-бытовой адаптации у них отмечаются несколько лучшие по сравнению с кластером 1 параметры социально ориентированного и социального функционирования и приближающиеся к ним низкие показатели качества жизни.

4.3. Группу с наименее выраженными клиническими проявлениями (кластер 2) составили пациенты с ТДР без ТБ (96,6%). При менее благоприятных объективных показателях социально-бытовой адаптации по сравнению с предыдущими группами (кластерами 1 и 3), у них отмечались умеренно выраженные проявления ТДР при умеренном уровне астении и среднем уровне психосоматических жалоб по шкале истощения, а также субклинические показатели вегетативных нарушений. У пациентов отмечались хорошие показатели социально ориентированного и социального функционирования и удовлетворительные показатели качества жизни.

5. Оценка параметров качества жизни и социального функционирования, их соотношений с клиническими характеристиками и установление иерархии их взаимосвязей необходимы при проведении комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам с ТБ легких и ТДР, что способствует более дифференцированному подходу к реабилитации и разработке оптимальных терапевтических стратегий. У больных с ТБ и ТДР нарушения социальной адаптации связаны прежде всего с клиническими факторами (остротой, длительностью

основного заболевания). В то же время предпосылками развития ТДР у пациентов с ТБ легких является системное влияние взаимосвязанных клинических и социальных факторов. Так, негативное влияние на динамику ТДР оказывает затягивание сроков стационарного лечения. Тесная взаимосвязь клинических и социально-психологических факторов в генезе ТДР у пациентов с ТБ легких требует оказания им комплексной психиатрической помощи преимущественно во внебольничных условиях. Помимо психофармакотерапии, необходимы психотерапевтические интервенции с элементами когнитивно-поведенческой и экзистенциальной терапии, что способствует укреплению комплаенса, предотвращению социального дрейфа и дальнейшему ухудшению параметров социального функционирования и качества жизни.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Необходимо проведение скрининга на наличие и тяжесть проявления ТДР у пациентов с ТБ для выявления лиц, которым требуется дальнейшая психосоциальная оценка и поддержка в противотуберкулезном стационаре, что будет способствовать повышению приверженности пациентов длительной терапии.

2. Меры по уменьшению психологического стресса у пациентов с ТБ должны включать более комплексный подход к уходу, который включает психологическое лечение, поддержку семьи, социальную поддержку и т.п.

3. Оценка и лечение психических расстройств у больных ТБ, которые значительно превышают таковые в общей популяции, могут повысить приверженность лечению и уменьшить рецидивы. Это может улучшить прогноз и качество жизни пациентов с ТБ.

4. Актуальными являются дополнительные исследования для понимания биологических факторов, которые могут влиять на ТДР у больных ТБ с учетом возраста и пола.

5. Основные барьеры на пути интеграции служб охраны психического здоровья в программы лечения ТБ, такие как отсутствие эффективных и недорогих моделей, ограниченные возможности и непризнание психического здоровья как проблемы, становятся все более преодолимыми, но интеграция противотуберкулезной и психиатрической помощи на всех этапах лечения должна поддерживаться в рамках целей ликвидации ТБ. Ведь борьба с психическими расстройствами у людей, больных ТБ, и наоборот, может усилить воздействие программ борьбы с ТБ и улучшения психического здоровья.

6. Интеграция лечения ТБ и лечения психических заболеваний может снизить затраты, повысить качество ухода и жизни пациентов и в конечном итоге спасти жизни. В связи с этим следует дополнительно рассматривать вопрос о том, могут ли соответствующие психофармакологические и психотерапевтические вмешательства улучшить психическое состояние больных ТБ.

**СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Оценка тревожно-депрессивного статуса у пациентов с различными формами туберкулеза легких / А.Ю. Березанцев, Н.Л. Карпина, **Д.А. Миночкин**, А.В. Масыкин // **Медицинский алфавит**. – 2022. – № 21. – С. 37–42.
2. Психические расстройства у больных с туберкулезом легких: современный взгляд на проблему (аналитический обзор) / А.Ю. Березанцев, **Д.А. Миночкин**, Н.Л. Карпина, А.В. Масыкин // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18. – № 1. – С. 31-39.
3. **Миночкин, Д.А.** Психофизические особенности тревожно-депрессивных расстройств у больных с легочными формами туберкулеза в активной фазе заболевания с учетом их социально-демографических характеристик / Д.А. Миночкин // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18. – № 12. – С. 22-30.
4. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с туберкулезом легких: клинико-психопатологические и психосоматические аспекты / А.Ю. Березанцев, **Д.А. Миночкин**, Н.Л. Карпина, И.Ф. Тимербулатов // **Психиатрия, психотерапия и клиническая психология**. – 2023. – Т. 14. – № 4. – С. 389-399. [Scopus]
5. **Миночкин, Д.А.** Клинико-психопатологические характеристики пациентов с туберкулезом легких и тревожно-депрессивными расстройствами, проходящих лечение в условиях фтизиатрического стационара / Д.А. Миночкин, А.Ю. Березанцев // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии**. – 2023. – № 12. – С. 991-999.
6. **Миночкин, Д.А.** Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с туберкулезом легких / Д.А. Миночкин // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения: Сборник материалов 7-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Под ред. проф. Г.П. Костюка. – Москва, 2023. – С. 282-287.
7. Березанцев, А.Ю. Клинико-социальные характеристики пациентов с туберкулезом легких и тревожно – депрессивными расстройствами / А.Ю. Березанцев, **Д.А. Миночкин** // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии**. – 2024. – № 8. – С. 962-972.
8. **Миночкин, Д.А.** Клинико – психологические особенности тревожно – депрессивных расстройств у больных туберкулезом легких / Д.А. Миночкин // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения. Сборник материалов 8-й Всероссийской научно – практической конференции. – Москва, 2024. – С. 413-421.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

ВКБ – Внутренняя картина болезни

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

МКБ – Международная классификация болезней

ТБ – Туберкулез

ТБ-МЛУ – Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

ТДР – Тревожно-депрессивное расстройство

ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза» – Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»

GBB – Giesener Beschwerdeboogen (Гиссенский опросник психосоматических жалоб)

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Госпитальная шкала тревоги и депрессии)

PSP – Personal and Social Performance Scale (Опросник социально ориентированного и социального функционирования)

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life (Опросник качества жизни)