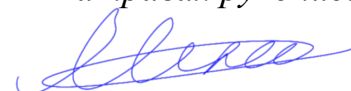


ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ «ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1
ИМ. Н.А. АЛЕКСЕЕВА ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ»

На правах рукописи



Миночкин Дмитрий Александрович

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

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
доктор медицинских наук, профессор
Березанцев Андрей Юрьевич

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ К ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	15
1.1. Эпидемиологические и патогенетические аспекты туберкулеза легких	15
1.2. Современное состояние проблемы психических расстройств тревожно-депрессивного спектра.....	18
1.3. Связь тревожно-депрессивных расстройств с туберкулезом легких.....	22
1.4. Основные направления психиатрической помощи при тревожно-депрессивных расстройствах у больных туберкулезом легких	34
1.5. Выводы	40
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	43
2.1. Дизайн и этапы исследования	43
2.2. Общая характеристика обследованных пациентов	45
2.3. Характеристика методов исследования	46
2.3.1. Психодиагностические методики исследования	46
2.3.2. Статистические методы исследования	50
ГЛАВА 3. УРОВЕНЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	53
3.1. Социально-демографическая характеристика пациентов с туберкулезом легких.....	53
3.2. Уровни тревожно-депрессивного расстройства у больных с туберкулезом легких, проходящих лечение в условиях стационара	58
3.3. Выводы	65
ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	66

4.1. Социально-демографическая характеристика пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами	66
4.2. Сравнительная характеристика пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при туберкулезе и без установленного диагноза «туберкулез» ...	76
4.3. Сравнительная характеристика пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при туберкулезе в зависимости от длительности пребывания в условиях стационара	100
4.4. Выводы	115
ГЛАВА 5. АНАЛИЗ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ИЗУЧЕННЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ....	118
5.1. Анализ связей психопатологических, клинических, социально-демографических характеристик у пациентов с туберкулезом легких	118
5.2. Кластерный анализ характеристик у пациентов совокупной выборки исследования.....	130
5.2.1. Клиническое наблюдение 1	149
5.2.2. Клиническое наблюдение 2.....	152
5.2.3. Клиническое наблюдение 3.....	154
5.3. Некоторые клинико-психологические характеристики пациентов с туберкулезом легких и тревожно-депрессивными расстройствами и оказание им специализированной психиатрической помощи	158
5.4. Выводы	164
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	168
ВЫВОДЫ	171
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	176
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	178
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	180

ВВЕДЕНИЕ

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). Коморбидные факторы риска ТБ включают диабет, курение, недоедание и хронические заболевания легких, число которых неуклонно растет в течение последнего десятилетия в развивающихся странах. Значительное совпадение смертельных инфекций, таких как ТБ, ВИЧ, малярия с тяжелыми вирусными инфекциями с ТБ, приводит к двойному бремени болезней в развивающихся странах.

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 [12, 21, 61, 77]. 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) [49].

Ряд специалистов считает, что скрытую форму туберкулёза имеет до 80% россиян [34]. Только 46% зарегистрированных больных ТБ проходят успешное лечение. Невылеченное заболевание и длительное пребывание в стационаре мешают жизни физически, психосоциально, а также экономически [16].

Поскольку распространенность ТБ легких и связанных с ним сопутствующих заболеваний высока в развивающихся странах, эта взаимосвязь может создать значительную нагрузку на инфраструктуру здравоохранения.

Хроническое течение патологии и длительное лечение могут привести к психоэмоциональным и другим психическим расстройствам больных Тб [181,

184, 185, 186], 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 [57].

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 [68]. 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 [74].

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 пациентов 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 тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) с целью улучшения качества их терапии и приверженности к 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.Boru, T.Shimels, A. Bilal (2017), Ф. Х.Гебрюлд, М. М. Кифле и др. (2018) показывают, что существует множество взаимодействующих факторов, влияющих на приверженность лечению больных ТБ [63, 67, 95].

На сегодняшний день существует достаточно большое количество исследований психологических особенностей взрослых больных ТБ (Захарова Е. В. (2003), Багишева Н. В., Удалова Т. Ю., Мордык А. В. (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 ТДР 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.

Реализация поставленной цели предполагает решение следующих конкретных задач исследования:

- выявить распространенность симптомов расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с ТБ легких в активной фазе заболевания в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля.
- определить специфику клинико-психопатологических характеристик расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с легочными формами ТБ, с учетом длительности их пребывания в стационаре.
- изучить соотношение клинико-психопатологических характеристик с показателями социальной адаптации и качества жизни у пациентов с ТБ легких и ТДР.
- 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). В исследовании используются методы вариационной статистики. 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.

Личный вклад автора

Автор лично сформулировал рабочую гипотезу о взаимосвязи клинико-психопатологических социально-психологических характеристик у больных туберкулезом легких и научно обосновал задачи исследования, предполагающие выявление распространенности симптомов расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с туберкулезом легких в активной фазе заболевания в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля, а также определение специфики клинико-психопатологических характеристик аффективных расстройств у данного контингента больных, с учетом длительности их пребывания в стационаре, анализ соотношения клинико-психопатологических

характеристик с показателями социальной адаптации и качества жизни, установление комплексных взаимосвязей клинико-психопатологических, и социально-психологических характеристик у пациентов с туберкулезом легких и определение основных направлений оказания психиатрической помощи данной категории пациентов.

Миночкин Д.А. провел анализ состояния проблемы тревожно-депрессивных расстройств у больных туберкулезом легких на основе зарубежной и отечественной научной литературы, обосновал актуальность изучения данной проблематики на современном этапе. Автор лично организовал сбор научного материала на базе фтизиатрического стационара. На первом этапе исследования было проведено скрининговое обследование 500 пациентов с туберкулезом легких, которое подтвердило актуальность изучения тревожно-депрессивных расстройств у данного контингента больных. На втором (основном) этапе было проведено углубленное исследование 85 пациентов с туберкулезом легких, находящихся на лечении в условиях фтизиатрического стационара (основная группа), а также 60 пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами без туберкулеза легких (группа сравнения) на базе психоневрологического диспансера. Далее, на основе созданной по результатам исследования статистической базы данных автором осуществлен последовательный, поэтапный математический анализ полученных результатов. На первом этапе была проведена оценка уровня тревоги и депрессии по шкале HADS среди пациентов с туберкулезом, в зависимости от клинической формы туберкулеза, пола и возраста. На втором этапе сначала автором был проведен сравнительный анализ клинических показателей у пациентов с туберкулезом легких по сравнению с пациентами без туберкулеза, а также у пациентов с туберкулезом с различной длительностью пребывания в условиях фтизиатрического стационара. Затем с помощью математических методов кластерного и факторного анализа были уточнены взаимосвязи между клинико-социальными факторами, способствующими формированию тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с туберкулезом легких. Научные результаты, полученные на различных

этапах исследования, полностью согласуются между собой и дополняют друг друга, что подтверждает правильность научной гипотезы, дизайна и методов исследования. На основе полученных данных и статистической обработки результатов исследования автором написаны статьи, сформирован текст диссертации и автореферата.

В общей сложности автором лично проведено 500 исследований по шкале HADS, 145 клинических осмотров пациентов, 145 исследований по шкале Гамильтона для оценки тревоги и депрессии (HDRS), шкале астенического состояния (Л.Д. Малкова, в адаптации Т.Г. Чертовой), Гиссенскому опроснику психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB) (Е. Блюхер, Дж. Снер в адаптации В.А. Абабкова, С.М. Бабина, Г.Л. Исуриной), опроснику для выявления вегетативных изменений (Вейн А. М., 1998), опроснику социально ориентированного и социального функционирования (PSP), опросник WHOQOL-BREF.

Таким образом, 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, оформления текста диссертационной работы и автореферата.

Положения, выносимые на защиту

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.

Среди пациентов с ТБ и ТДР выявлены средние показатели тревоги и депрессии при высоком уровне астении, жалобы на психосоматическое состояние в виде истощения и ревматических жалоб, отмечена высокая интенсивность жалоб, пониженное социально ориентированное и социальное функционирование,

более высокий уровень признаков вегетативных изменений и более низкий уровень качества жизни в сопоставлении с группой сравнения.

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 отмечаются 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.

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. 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).

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.

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.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ К ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Эпидемиологические и патогенетические аспекты туберкулеза легких

Туберкулез представляет собой хроническое инфекционное мультисистемное заболевание, старейшая пандемия которого среди людей остается ведущей причиной смерти среди инфекционных заболеваний, несмотря на широкое использование во всем мире живой аттенуированной вакцины и ряда других эффективных антибиотиков, вызывается *Mycobacterium tuberculosis*, идентифицированной как патоген Робертом Кохом в 1882 г [137]. *M.tuberculosis* переносится воздушно-капельными частицами диаметром 1–5 микрон, называемыми каплевидными ядрами. В целом риск заражения среди бытовых контактов больных ТБ составляет около 30% [177]. Основными респираторными симптомами ТБ являются продолжительный кашель и отхаркивание мокроты, сопровождающиеся кровохарканьем, болью в груди, одышкой или другими симптомами, а его системные симптомы в основном включают субфебрилитет, ночную потливость, утомляемость, потерю аппетита, истощение [40].

Несмотря на то, что ТБ поддается профилактике, лечению и излечению, до декабря 2020 г., когда его обогнал SARS-CoV-2, туберкулез был причиной наибольшего числа смертей от инфекционных заболеваний в мировом масштабе, причем 95% смертей от этого заболевания по-прежнему приходится на страны с низким уровнем жизни [109]. Так, например, в 2014 г., около 9,6 млн .человек (5,4 млн. мужчин, 3,2 млн. женщин и 1,0 млн. детей) заболели ТБ и 1,5 млн. человек (890 тыс. мужчин, 480 тыс. женщин и 140 тыс. детей) умерли от ТБ [184].

Согласно отчету ВОЗ, около 10 млн. человек ежегодно заражаются ТБ, 484 тыс. из которых имеют лекарственно-устойчивый туберкулез (78% имеют ТБ-

МЛУ), и ежегодно от ТБ умирает 1,5 млн. человек [12]. (ВОЗ) определяет ТБ-МЛУ как туберкулез, устойчивый к двум препаратам первого ряда: изониазиду и рифампицину. Лишь половина пациентов, участвующих в национальных программах по борьбе с ТБ-МЛУ во всем мире, успешно излечивается [185]. Более того, четверть населения мира инфицирована латентно, что обеспечивает большой резервуар для будущих случаев активного ТБ, в основном в слаборазвитых странах из-за бедности, отсутствия здоровой среды обитания и надлежащего медицинского обслуживания [185]. Это говорит о низком уровне эффективности борьбы с ТБ. В условиях высокого бремени ТБ пик заболеваемости приходится на ранний взрослый возраст, поражая наиболее экономически продуктивные возрастные группы.

По оценкам, большинство случаев ТБ приходится на Азию и Африку (58 и 27% соответственно), при этом самая высокая заболеваемость отмечается в Индии (2,0–2,4 млн случаев ТБ) и Китае (0,9–1,1 млн случаев ТБ), что вместе составляет 38% от общего числа впервые выявленных больных ТБ [181].

В 2021 г. Индонезия занимала третье место в мире по распространенности ТБ после Индии и Китая [12]. Заболеваемость ТБ резко варьируется: от менее 10 случаев на 100 тыс. населения в развитых странах, таких как Япония, США, страны Западной Европы и Австралии, до показателей, превышающих 1000 случаев на 100 тыс. населения в Южной Африке [185].

Заболеваемость ТБ в мире медленно снижалась с 1997 по 2001 г., увеличившись в 2001 г. (из-за роста числа случаев среди ВИЧ-инфицированных в Африке). Впоследствии, начиная с 2002 г., наблюдались средние темпы снижения – на 1,3% в год, достигнув 2,2% в период с 2010 по 2011 г. [184]. В период с 2000 по 2018 г. благодаря усилиям по ликвидации ТБ во всем мире было спасено 58 млн жизней. В некоторых регионах, таких как Юго-Восточная Азия, Африка и Восточное Средиземноморье, необходимы дальнейшие улучшения диагностического потенциала и системы эпиднадзора.

В Российской Федерации после 20 лет снижения эпидемиологических показателей, отражающих распространение ТБ, в 90-е годы XX века произошло

ухудшение эпидемической ситуации [28]. Понадобилось время для ее урегулирования, и в последние годы Россия демонстрирует один из самых впечатляющих темпов снижения заболеваемости и смертности от ТБ в мире, что является фактом, признанным ВОЗ [12, 55]. Снижение показателей заболеваемости ТБ и смертности от ТБ происходит на фоне повышения охвата населения профилактическими осмотрами на ТБ, широкого внедрения современных методов диагностики ТБ, разработки и внедрения современных клинических рекомендаций (протоколов лечения), учитывающих международный опыт, и, как следствие, снижение доли запущенных форм ТБ среди впервые выявленных больных ТБ [28].

Несмотря на это, российскими и зарубежными учеными широко обсуждаются эпидемиологические проблемы ТБ среди социально уязвимых групп риска. В докладе ВОЗ за 2020 г. ТБ описывается как «болезнь бедности, экономических трудностей, уязвимости и маргинализации» [184]. Это связано с тем, что наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован среди бездомных (в 40–60 раз выше уровня постоянного населения) и мигрантов (в 30 раз выше), приезжающих, как правило, из регионов, где сосредоточен большой резервуар туберкулезной инфекции [67].

Наряду с физическими симптомами легочного ТБ и внелегочного ТБ пациенты обычно сталкиваются с различными социальными, психологическими и экономическими проблемами, причем большее количество проблем наблюдается при лекарственно-устойчивом ТБ [149]. Приобретенная лекарственная устойчивость является результатом неправильного лечения, плохого качества лекарств и неадекватного приема лекарств, а первичная лекарственная устойчивость возникает в результате воздействия лекарственно-устойчивых противотуберкулезных препаратов.

Наивысший приоритет должен быть отдан ранней диагностике, быстрой изоляции и быстрому предоставлению эффективного лечения пациенту-источнику. Распространение пандемии ТБ демонстрирует неравенство в оказании медицинской помощи во всем мире. В целом, прогноз исхода зависит от

множества факторов: факторов хозяина (генетическая изменчивость, сопутствующие заболевания, коинфекция ВИЧ, приверженность лечению, доступность медицинской помощи) и факторов возбудителя (вирулентность возбудителя, резистентность к лекарственным препаратам) и места заражения. Основными факторами благоприятного исхода являются раннее распознавание, чувствительность к лекарственным препаратам и соответствующее лечение [40].

Без лечения смертность у пациентов с положительным посевом мокроты (ВИЧ-отрицательным) оценивается в 70%, в отличие от пациентов с отрицательным посевом мокроты, для которых она оценивается в 20% [133]. Лекарственно-устойчивый туберкулез вызывает более высокую смертность, чем лекарственно-чувствительный туберкулез. В связи с этим крайне необходимы улучшенные средства диагностики и лечения, а также эффективный эпиднадзор за уязвимыми группами населения.

1.2. Современное состояние проблемы психических расстройств тревожно-депрессивного спектра

Еще одной проблемой в мировом масштабе является распространенность психических расстройств, включая депрессию, тревогу и соматоформные расстройства [82]. Психическое расстройство характеризуется клинически значимым нарушением когнитивных функций, эмоциональной регуляции или поведения человека. Обычно это связано с дистрессом или нарушением в важных областях функционирования. В последние годы бремя психических расстройств продолжает расти со значительным воздействием на здоровье и основными социальными, правозащитными и экономическими последствиями во всех странах, связанными с увеличением функциональной инвалидности и смертности [183]. Депрессия составляет 4,4% от общего количества лет жизни с поправкой на инвалидность во всем мире. По оценкам ВОЗ, более 350 млн человек страдают депрессией и почти 1 млн. человек ежегодно совершают самоубийство [81].

Данные эпидемиологического исследования также показали, что пожизненный риск депрессии среди населения в целом составляет 7,2%, а у женщин и мужчин соответственно 4,4% [107]. Большое депрессивное расстройство связано с количеством лет, прожитых с инвалидностью, затрагивая примерно от 5 до 6% людей во всем мире каждый год и от 11 до 15% людей в течение всей жизни [120]. Результаты различных исследований показали, что примерно 800 тыс. человек ежегодно умирают в результате самоубийства, и более 50% всех людей, которые умирают в результате самоубийства, страдают большим депрессивным расстройством [158]. Высокое бремя большого депрессивного расстройства частично связано с тем, что многие люди не получают эффективной помощи [177].

В описании депрессии ВОЗ отмечается, что «многие люди, страдающие депрессией, также страдают от тревоги». Последние данные свидетельствуют о генетическом и нейробиологическом сходстве между депрессивными и тревожными расстройствами [59]. Тревога может быть нормальной реакцией на стресс, но при диагностике тревожного расстройства страх или беспокойство является непропорциональным ситуации и мешает способности ориентироваться в повседневной жизни. Коморбидная депрессия и тревога являются широко распространенными состояниями. Считается, что низкий уровень серотонина играет роль в обоих случаях, наряду с другими химическими веществами мозга, такими как дофамин и адреналин [48]. Тревога и депрессия могут возникать последовательно (одна в ответ на другую) или они могут возникать одновременно. Когда тревога и проблемы с настроением одновременно достигают порога клинической диагностики, специфические диагнозы считаются коморбидными состояниями [59]. Гипотеза сетевого взгляда на психопатологию заключается в том, что коморбидность возникает из-за взаимодействия симптомов, характерных для обоих расстройств, при этом перекрывающиеся симптомы действуют как так называемые мосты, направляя активацию симптомов между кластерами симптомов каждого расстройства.

По мере того как мир борется с пандемией COVID-19, тревога, страх и ограничения, которые она порождает, снова выдвинули на первый план психическое здоровье. В 2019 г. 1 из каждых 8 человек, или 970 млн человек во всем мире, страдал психическим расстройством, причем наиболее распространенными были тревожные и депрессивные расстройства [36]. В 2020 г. число людей, живущих с тревожными и депрессивными расстройствами, значительно выросло из-за пандемии COVID-19. Первоначальные оценки показывают рост тревожности и больших депрессивных расстройств на 26 и 28% соответственно всего за один год [182]. Пандемия COVID-19 влияет на психическое здоровье таких глобальных сообществ, как Китай, Испания, Италия, Иран, США, Турция, Непал и Дания. В этих странах отмечается нарастание симптомов тревоги и депрессии. Пандемия COVID-19 также повлияла на психическое здоровье населения Америки, Азии и Европы (Польша и Пакистан имеют самые высокие показатели тревожности и депрессии) [148].

Как тревожные, так и депрессивные расстройства более распространены среди женщин. Соотношение женщин и мужчин в репродуктивном возрасте составляет примерно 2:1 [77]. С точки зрения тревожных расстройств коморбидность депрессии в течение жизни оценивается в диапазоне от 20 до 70% для пациентов с социальным тревожным расстройством, 50% – для пациентов с паническим расстройством, 48% – для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством и 43% – для пациентов с генерализованным тревожным расстройством [101].

Тревожные и депрессивные расстройства умеренно наследственные (примерно 40%), и данные свидетельствуют о общем генетическом риске интернализирующих расстройств [112]. Среди интернализирующих расстройств самый высокий уровень общего генетического риска наблюдается между большим депрессивным расстройством и генерализованным тревожным расстройством.

Хотя существуют эффективные варианты профилактики и лечения, большинство людей с проблемами психического здоровья, проживающих в

странах с низким или средним уровнем дохода, не диагностируются или лечатся неправильно [99]. Многие люди также сталкиваются со стигмой, дискриминацией и нарушениями прав человека.

Правильная диагностика и лечение пациентов с тревогой, депрессией или и тем и другим являются сложным аспектом медицинской практики в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association – APA) стремилась прояснить диагностические категории и процедуры диагностики тревожности для врачей первичной медико-санитарной помощи и опубликовала алгоритм тревожности в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» 4-го издания (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition – DSM-IV), версии для первичной медико-санитарной помощи [127]. Соматические проявления тревоги усложняют клиническую картину пациентов с тревожными расстройствами; тревога может проявляться такими способами, как желудочно-кишечные симптомы, головные боли, хронические боли, боли в груди, одышка и головокружение. Таким образом, одна из первых задач при постановке правильного диагноза у пациента с тревогой — исключение распространенных заболеваний, которые могут вызывать тревогу, например гипертиреоз, суправентрикулярные аритмии, употребление большого количества кофеина, злоупотребление наркотиками, неправильное использование отпускаемых по рецепту лекарств. Пациенты часто предъявляют соматические жалобы, а не классические психиатрические симптомы. Кроме того, у этой популяции пациентов наблюдается значительное совпадение между тревогой и депрессией. Сопутствующая тревога и депрессия часто более устойчивы к фармакологическому лечению, а у пациентов с сопутствующими расстройствами медицинский прогноз хуже, чем у пациентов с одним из расстройств [40].

Важно подчеркнуть, что наличие сопутствующих тревожных симптомов и расстройств имеет значение в отношении лечения. При всех психических расстройствах наличие выраженных симптомов тревоги, как правило,

предсказывает худшие исходы, и это хорошо продемонстрировано в случае депрессии.

1.3. Связь тревожно-депрессивных расстройств с туберкулезом легких

Растет признание того, что физическое и психическое здоровье взаимосвязаны. Психологический дистресс – это общий термин, определяемый как психологическое состояние эмоционального дистресса, характеризующееся депрессией и тревогой [157]. Это основной фактор общего бремени болезней во всем мире, и его коморбидность с другими заболеваниями является обычным явлением.

Хорошо известно, что распространенность депрессии высока среди людей с хроническими заболеваниями. Депрессия и тревожность связаны у таких пациентов с плохой приверженностью терапии, что может привести к нерегулярному лечению, увеличить риск неэффективности лечения и лекарственной устойчивости и, следовательно, повысить заболеваемость и смертность среди населения [116].

Синдромия ТБ, депрессии и тревоги являются глобальной проблемой, оказывающей значительное влияние на здоровье человека. Это основные сопутствующие заболевания у пациентов с ТБ [178]. Исследования показали, что величина психологического дистресса у больных ТБ высока по сравнению с амбулаторными больными (исключая больных ТБ) и населением в целом. Более того, ТБ и ТДР имеют общие факторы риска, включая бедность, наркоманию и бездомность. Вместе с тем микробиологическому разрешению заболевания уделяется большое внимание в рамках борьбы с ТБ, а его взаимосвязь с ТДР либо недооценивается, либо почти никогда не рассматривается. Однако в последние годы увеличилось количество эпидемиологических исследований связи между ТБ и ТДР [43].

Хотя большинство исследований не предоставляют конкретной информации или биологических механизмов, которые могли бы объяснить связь между ТБ и ТДР, важно отметить, что распространенность депрессии среди больных ТБ колеблется от 1,71 до 87,5% [80, 93], тревоги – от 7,14% до 74% [156]. Другие исследования показали, что распространенность тревоги и депрессии у больных ТБ в разных странах и регионах составляет 40,67–72,88% и 9,93–61% соответственно [143]. Разница может быть связана с неодинаковым дизайном исследований, инструментом сбора данных, размером выборки и разницей в участниках и населении страны. Тем не менее эти результаты показывают, что связь между ТБ и ТДР более надежна, чем между ТДР и другими заболеваниями, и составляет от 25 до 33% [168]. А. Sweetland и соавт. [90] сообщили о показателях, которые варьировались от 11,3 до 80,2%, со средневзвешенной распространенностью 48,9%. А. Rachi и соавт. [146] в обзоре 50 исследований сообщают о частоте депрессии и тревоги 46–72%. В. Duko и соавт. [100] рассмотрели объединенные данные 25 исследований в восьми странах (4903 человека из Бразилии, Камеруна, Китая, Эфиопии, Индии, Нигерии, Пакистана, Турции) и обнаружили, что депрессия составила 45,2% и была выше у женщин (51,5%) и лиц с ТБ-МЛУ (52,3%). Согласно исследованию L. Singh [157], у 44% больных ТБ легких была обнаружена депрессия, у 38% – тревога. Более высокая частота депрессии и тревоги наблюдалась у лиц с более длительной продолжительностью заболевания ($p < 0,02$) и у лиц с более тяжелым течением заболевания ($p < 0,02$).

Несмотря на то что существует несколько типов тревожных расстройств, наиболее значимым для ТБ является генерализованное тревожное расстройство, которое было признано реакцией на диагностику и лечение ТБ. Симптомы могут включать усталость, трудности с концентрацией внимания или сном, беспокойство или ощущение нервозности. Наряду с этим исторически известно, что ТБ заразен и опасен для жизни, поэтому социальная приемлемость пациентов с ТБ может быть сильно подорвана в обществе. Как следствие, они могут чувствовать себя изолированными от социальных взаимодействий из-за явного

или скрытого поведения или идей как своих, так и остального общества [96]. Таким образом, можно ожидать, что больные ТБ могут в некоторой степени испытывать симптомы социальной тревожности.

В обзорах, проведенных Van Rensburg и соавт., показано, что симптомы, связанные с тревогой, варьируются от 2% (по оценкам исследования, проведенного в Индии) до 30–40% (38,3% — по оценкам исследования, проведенного в Анголе, 38,4% – в Бразилии, 41,5% – в Эфиопии), достигая 47%, по оценкам исследования, проведенного в Пакистане [162]. Р. Vega и соавт. [145] в исследовании с участием 75 человек с ТБ-МЛУ в Перу выявили, что 6 (8,7%) пациентов имели тревогу в начале и во время лечения, 4 пациента нуждались в психиатрической помощи. I.F. Walker и соавт. [92] сообщили, что из 135 человек с ТБ-МЛУ в двух городских клиниках в Непале тревожность выявлена у 15,6%, в то время как общий показатель тревожности среди непальцев составил 3,6%. Лица, имеющие побочные эффекты от лечения, отметили более высокий уровень тревоги. В статье приведены результаты анализа анкет на основе «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) у пациентов с новой коронавирусной инфекцией и ТБ легких. Установлено, что пациенты с этими острыми инфекционными заболеваниями значительно чаще подвержены депрессивному расстройству, чем лица в среднем по популяции [7].

Эпидемиологические данные подтверждают связь между депрессией, тревогой и ТБ, но точные причинно-следственные связи между ТБ и психическими заболеваниями неясны. В литературе выявлено несколько важных факторов, влияющих на взаимосвязь между ТБ и различными аспектами психического заболевания. Растет интерес к вопросу, может ли психическое здоровье повышать риск ТБ. Растущий объем данных указывает на то, что хронические стрессоры и плохое психическое здоровье напрямую влияют на иммунную систему человека, включая восприимчивость к инфекции. Как эти пути действуют при наличии ТБ, неизвестно, хотя возможны различные механизмы; например, подавление клеточного иммунитета из-за плохого психического здоровья может способствовать реактивации латентной

туберкулезной инфекции или прогрессированию заболевания от субклинического до клинического [166].

Психические заболевания широко распространены среди больных ТБ, и наоборот, плохое психическое здоровье связано с меньшим обращением за лечением и соблюдением режима лечения и, следовательно, с более высокой заболеваемостью, смертностью, передачей и лекарственной устойчивостью [141].

В нескольких исследованиях систематически изучались лонгитюдные аспекты между симптомами психического заболевания и прогрессированием ТБ, когда этапы диагностики и начала лечения ТБ представляют значительный риск развития психических заболеваний. При диагностировании тревоги распространены такие симптомы [151], связанные со страхом смерти, серьезными заболеваниями и ограниченными знаниями о заболевании ТБ, как депрессивные чувства, чувства беспокойства и смущения, а также стыда [135]. Диагноз «туберкулез» может вызвать у пациента шок, тревогу и стыд с высоким уровнем психологического дистресса. На этом этапе психологические проблемы становятся более серьезными, а семейные, общественные и социальные проблемы более заметны во время и после этапа лечения [149]. Одно исследование показало, что пациенты с ТБ с повышенным уровнем психологического дистресса чаще умирают во время лечения, чем пациенты с более низким уровнем психологического дистресса [147]. По данным Е.В. Суховой и В.М. Сухова [54], в начале заболевания депрессия у больных отсутствует, она развивается с различной степенью выраженности по мере прогрессирования заболевания. Первоначальный эмоциональный шок наряду с отсутствием санитарного просвещения и эмоциональной поддержки во время диагностики и начала лечения делает этот период критическим для эмоционального и образовательного вмешательства. В течение периода от пяти месяцев до года лечения происходят достоверные изменения в количестве больных и выраженности депрессии. Авторы отмечают, что перед выходом на инвалидность целесообразна консультация психиатра или медицинского психолога. Кроме того, при ТБ-МЛУ выше риск психических заболеваний. У пациентов с ТБ-МЛУ высока вероятность

развития депрессии на протяжении всего периода болезни. Одно исследование показало, что психические, социальные и физические проблемы, обусловленные ТБ-МЛУ, ассоциируются с ухудшением показателей качества жизни, связанных со здоровьем, по мере прогрессирования заболевания [55, 102]. Обзор исследований по ТБ-МЛУ показал, что пациенты с ТБ-МЛУ сталкиваются с рядом психологических проблем, включая эмоции безнадежности и страха, которые усугубляются осознанием того, что лечение ТБ-МЛУ является последним вариантом [94, 149].

Эти психологические проблемы часто остаются недиагностированными и нелечеными, с неблагоприятными последствиями для прогноза ТБ легких, поскольку было установлено, что психиатрическая коморбидность приводит к несоблюдению режима противотуберкулезной терапии [146].

Чтобы эффективно принять меры предосторожности против возникновения депрессии и тревожности у больных ТБ, необходимо изучить сопутствующие факторы риска. Предыдущие исследования, проведенные в разных странах мира, выявили, что ВИЧ-инфекция, плохая социальная поддержка и воспринимаемая стигма, а также алкоголизм подтверждаются как потенциальные факторы риска депрессии. Выявляются и другие социальные характеристики, такие как пол, возраст и уровень образования. ТБ и ТДР действуют синергетически через социальные, поведенческие и биологические механизмы, увеличивая бремя болезни. Пол является особенно ярко выраженным фактором: на диагностических и лечебных этапах лечения ТБ у женщин постоянно отмечались значительно более низкие результаты психического здоровья, включая общее психическое здоровье [102], тревогу [99], депрессию [82], психологический дистресс [188] и качество жизни, связанное с психическим здоровьем. Мужчины менее склонны придерживаться режима лечения [131]. Исследование, проведенное в Перу, показало, что молодые мужчины испытывают выраженную потребность в эмоциональной поддержке и заботе со стороны своей семьи, скорее всего, со стороны матерей и сестер. Было показано, что поддержка семьи играет важную роль в распространении депрессии среди больных ТБ [111]. Е.В. Суховой и

В.М. Суховым выявлено, что у женщин депрессия разной степени выраженности наблюдается в первые четыре месяца после выявления ТБ, затем все они адаптируются к болезни. У мужчин по мере течения ТБ увеличивается распространенность депрессии, а также нарастает степень депрессии. Целесообразны регулярные консультации психиатра [54].

С помощью шкалы HADS и «Опросника здоровья пациента», состоящего из девяти пунктов (Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9), у 17,73 и 18,13% из 1252 пациентов с ЛТБ (ТБ или ТБ-МЛУ?) соответственно были выявлены выраженные симптомы депрессии, а по шкале HADS у 18,37% отмечались выраженные симптомы тревоги. Приблизительно у 70% пациентов с вероятной депрессией также были выраженные симптомы тревоги, и наоборот: у 69,6% пациентов с симптомами тревоги также была диагностирована вероятная депрессия в исследуемой популяции. Одышка и ТБ были в значительной степени связаны с депрессивными симптомами. Другие факторы, связанные с депрессивными симптомами, включали возраст, развод, индекс массы тела (ИМТ) вне пределов нормы и низкий доход. Пациенты с более низким доходом, симптомами одышки или сочетанием ≥ 3 клинических симптомов имели повышенный риск симптомов тревоги, в то время как пациенты со случайным или частым употреблением алкоголя имели сниженный риск симптомов тревоги [71]. В исследовании А.В. Мордык и соавт. [51] у больных с впервые выявленным ТБ наличие депрессии не зависело от возраста. А.М. Лукина в своем исследовании отметила, что пациенты с ТБ характеризуются ригидностью психических процессов, депрессивным состоянием, социальной дезадаптацией, избеганием контактов, агрессивным поведением, скрытностью и чрезмерной фиксацией на своих физических функциях [28]. При рассмотрении структуры личностных черт Г.В. Баранова и соавт. [4] сделали вывод, что мышление у пациентов с ТБ легких характеризуется конкретностью и ригидностью, меньшей оперативностью. Долженствование в отношении других людей обуславливает неадекватно высокие ожидания соответствия их поступков собственным представлениям, повышенную требовательность к окружающим.

Сам по себе диагноз «туберкулез» может стать для человека психологической травмой, порождающей разнообразные психические симптомы. Важным аспектом ТБ является его способность оставаться латентным в организме хозяина в течение длительного периода времени, который колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет. Человек с латентным ТБ выглядит здоровым, но при реактивации возбудителя из-за благоприятных условий выживания, таких как ослабление иммунной системы, у него могут проявиться симптомы. Пациенты, перенесшие рецидив ТБ после латентного периода, застигнуты врасплох и испытывают внезапные изменения в жизни и связанные с этим последствия [51].

Туберкулез при длительном лечении может быть причиной психического заболевания. Возможные экологические и генетические факторы побочных реакций, ассоциированных с приемом противотуберкулезных препаратов, всегда вызывали озабоченность (при назначении терапии?) [71]. С побочными эффектами в виде психических реакций были связаны несколько противотуберкулезных препаратов: циклосерин (CS), изониазид (INH), этионамид, ципрофлоксацин, этамбутол, рифампицин (RMP) и фторхинолоны. Хотя данных рандомизированных контролируемых исследований недостаточно для проведения метаанализа психических побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, недавние обзоры А.М. Doherty и соавт. [69] и А. Rachi и соавт. [146] предоставили подробные резюме доказательств, основанных на многочисленных тематических исследованиях и других обзорах. Хотя у большинства противотуберкулезных средств психические побочные эффекты отмечаются относительно редко, в многочисленных отчетах описаны тяжелые психические побочные эффекты и повышенный риск самоубийства среди лиц, получающих изониазид. Более того, ТБ может поражать центральную нервную систему, вызывая неврологические симптомы [90]. Циклосерин считается противотуберкулезным средством с самыми высокими психическими побочными эффектами (до 50%) [69], однако метаанализ Т.Т. Hwang и соавт.,

оценивающий безопасность циклосерина при лечении ТБ-МЛУ, показал значительно более низкий показатель — 5,7% [154].

Кроме того, могут быть взаимодействия между некоторыми противотуберкулезными препаратами и психиатрическими препаратами [146]. Хотя количество тематических исследований в литературе ограничено, установлено, что два противотуберкулезных препарата, изониазид и линезолид, обладают слабыми свойствами ингибитора моноаминоксидазы и могут вызывать синдром 5-НТ (накопление избыточного уровня серотонина может повлечь симптомы от легкого возбуждения до высокой лихорадки, судорог и потери сознания) в сочетании с селективными ингибиторами рецепторов 5-НТ, триптановыми обезболивающими или лекарствами от головной боли и травяной добавкой зверобоя. В связи с этим селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, наиболее часто используемый класс антидепрессантов, могут быть относительно противопоказаны в сочетании с этими двумя препаратами и требуют наблюдения [98]. И наоборот, некоторые антипсихотические препараты, включая фенотиазин и тиоридазин, могут оказывать благотворное влияние. Данные нескольких исследований на животных, *in vitro* и небольших клинических испытаний позволяют предположить, что эти препараты не только могут повышать антибактериальную активность, но и обладают противотуберкулезными свойствами, поэтому использовались экспериментально для лечения ТБ [162].

Известно, что ТБ является социальным заболеванием, которое включает в себя глубокие эмоциональные переживания, отчуждение от членов семьи и изоляцию. Кроме того, ТБ считается стигматизирующим заболеванием [189]. Стигматизация — социальный элемент здоровья и жизненно важный фактор, препятствующий лечению многих психических заболеваний. Некоторые исследования показали ее влияние на лечение ТБ, в основном в развивающихся странах [132]. Стигма в отношении психических заболеваний и ТБ создает значительные препятствия для профилактики и лечения ТБ. Это включает совокупность стигматизирующих эффектов коморбидности между ТБ,

психическими расстройствами и стигматизированными заболеваниями, такими как ВИЧ [78]. Стигматизация и дискриминация приводят к низкому обращению за медицинской помощью, запоздалой диагностике и неадекватному соблюдению режима лечения; существует повышенный риск лекарственной устойчивости. Больные ТБ сообщают, что сталкиваются с социальной стигмой и изоляцией от семьи и друзей, а также страдают от депрессии и беспокойства из-за своего заболевания [116]. Таким образом, социальная стигма может быть связана с депрессией и тревогой у больных ТБ.

Что касается влияния заболевания на эмоциональное благополучие, в нескольких исследованиях подчеркивается влияние диагноза «туберкулез» на психическое здоровье. Взаимосвязь между ТБ и психическим здоровьем очень сложна, при этом коморбидность ТБ и депрессии называется синдемической из-за задействованного двунаправленного синергизма [73]. Период после постановки диагноза в значительной степени связан с субсиндромальной депрессией и короткими депрессивными эпизодами. Эта эмоциональная нагрузка может быть вызвана скорее ролевым ограничением и повышенным психическим расстройством, чем физическими симптомами [79]. При оценке исходно-психологического статуса у больных с впервые выявленным ТБ легких депрессивные состояния различной степени тяжести обнаружены у 47,05% больных, умеренное состояние тревожности – у 74,51% больных, умеренно выраженная личностная тревожность – у 35,29%. Отмечены ассоциации уровня тревожности и депрессии со степенью бактериовыделения и длительностью интенсивной фазы терапии [27]. Социальная стигматизация и изоляция могут закреплять такие чувства. Диагноз «туберкулез» связан с потерей самооценки, страхом быть отвергнутым и заразить близких [178].

Психологический дистресс, по-видимому, усугубляется такими факторами, как чрезмерное употребление алкоголя, принадлежность к женскому полу, наличие предыдущих эпизодов ТБ и повышенная заболеваемость [147]. Эти эффекты усиливаются при ТБ-МЛУ. Лечение ТБ-МЛУ затруднено. Оно включает использование токсических схем и подвергает людей с ТБ-МЛУ воздействию

психосоциальных стрессоров, которые, в свою очередь, предрасполагают их к развитию психических расстройств [133]. Люди с ТБ-МЛУ должны проходить лечение в течение не менее девяти месяцев и могут страдать от многих побочных эффектов. Они также подвержены психосоциальным стрессорам, таким как стигматизация, дискриминация и финансовые трудности, которые, как сообщается, приводят к депрессии и тревоге [149]. Исследование, оценивающее качество жизни больных ТБ-МЛУ, показало, что они страдали от серьезных физиологических, финансовых и психологических проблем, которые сохранялись после завершения лечения и приводили к адаптации к выживанию, ухудшению общего состояния здоровья, потере свободы воли, а также отсутствию социального участия [152].

Чтобы изучить распространенность тревожных и депрессивных симптомов среди больных ТБ, а также выяснить, является ли лекарственная устойчивость ковариантной депрессивной и тревожной симптоматикой, К. Liu и соавт. [139] включили в исследование в общей сложности 167 пациентов с ТБ легких. Результаты показали, что пациенты с ТБ-МЛУ имели проблемы тревоги. Множественный линейный регрессионный анализ показал, что на самооценку приходится 33,5 и 38% вариаций тревоги и депрессии соответственно. Это показывает, что среди больных ТБ самооценка является фактором, который может в наибольшей степени объяснить симптомы депрессии и тревоги у пациентов. Стоит отметить, что плохая социальная поддержка была значимо связана только с депрессией, а множественная лекарственная устойчивость — только с тревогой. Это может указывать на то, что отсутствие (плохой) социальной поддержки может привести к усилению симптома депрессии, а множественная лекарственная устойчивость, скорее всего, связана с симптомом тревоги.

Пациенты с более низким уровнем образования чаще страдают от депрессивных симптомов и психологических расстройств [160]. Вместе с тем более высокий уровень образования ассоциируется с более высоким качеством жизни, связанным с психическим здоровьем [125].

Пациенты из более низкого социально-экономического положения менее склонны придерживаться лечения, чаще страдают депрессией [111] и психологическим дистрессом [160]. Коинфекция ВИЧ/ТБ связана с депрессивными симптомами [140], в то время как курение табака также связано с депрессией у больных ТБ. Повторное лечение, прекращение лечения и наличие ТБ в анамнезе могут сделать депрессивные симптомы более вероятными. Туберкулез распространен в условиях бедности, и игнорирование психических заболеваний у этих групп населения неэтично и неразумно с учетом потенциальной негативной синергии и влияния на результаты лечения [138].

Еще одним биологическим механизмом, связанным с депрессией и тревогой, является активация различных нейроэндокринных регуляторов. Воспалительная реакция играет важную роль в патогенезе как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний [179]. Провоспалительные цитокины, такие как интерферон- γ и фактор некроза опухоли α , могут влиять на развитие депрессивного расстройства, регулируя возбудимость нейронов, синаптическую передачу, синаптическую пластичность и выживаемость нейронов. Эти механизмы обуславливают воспаление головного мозга, которое вызывает депрессию посредством различных патофизиологических процессов, таких как нарушение моноаминергической нейротрансмиссии, окислительное повреждение и повреждение нейронов гиппокампа [130].

Провоспалительные цитокины, высвобождаемые во время иммунного ответа против *M. tuberculosis*, опосредуют аномальную выработку нескольких гормонов и модифицируют ответ центральной нервной системы, активируя гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, симпатическую нервную систему [163] и вазопрессинергическую систему [119]. Эти изменения нарушают нейроэндокринную активность, функцию нейромедиаторов, нейросхемы и иммунный ответ против *M. tuberculosis*. Существование правдоподобных иммунных механизмов подтверждает причинно-следственную связь с доказательствами того, что психосоциальные стрессоры связаны с иммунными биомаркерами, имеющими отношение к ТБ [72].

К психическим заболеваниям, включая депрессию, могут привести различные иммунологические изменения, которые способны повышать восприимчивость к ТБ [73], однако ключевые нейроэндокринные и иммунологические пути неизвестны. Кроме того, психическое здоровье может быть одним из факторов, влияющих на риск прогрессирования латентной туберкулезной инфекции в активную форму заболевания. Понимание путей, связывающих психическое здоровье и иммунный ответ на ТБ, может помочь в разработке ориентированных на хозяина подходов, например предотвращении реактивации латентной туберкулезной инфекции.

Общие психические расстройства являются ключевыми механизмами в поведении приверженности лечению. Психические расстройства увеличивают факторы риска прогрессирования заболевания ТБ, часто усугубляемые дополнительными состояниями, такими как диабет и ВИЧ-инфекция [94]. Кроме того, люди, коинфицированные ТБ и ВИЧ, имеют гораздо более высокий риск общих психических расстройств [86]. Люди, страдающие депрессией, чаще используют негативные методы преодоления, в частности злоупотребление алкоголем и наркотиками, что может усугубить бедность, недоедание и иммуносупрессию. Около трети людей с депрессией борются с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами, что связано с реактивацией ТБ, задержками в обращении за противотуберкулезным лечением, плохим соблюдением режима лечения, реинфекцией, лекарственной устойчивостью [175]. Депрессия также может влиять на пищевое поведение, например на пропуск приемов пищи и/или чрезмерное потребление продуктов с низкой питательной ценностью [176]. Из-за этих комбинированных факторов риска люди с депрессией с большей вероятностью будут иметь более поздние стадии заболевания после постановки диагноза, оставаться заразными в течение более длительных периодов времени и, следовательно, усиливать риск передачи ТБ в сообществе. Начав лечение, люди с ТБ и депрессией с меньшей вероятностью будут принимать лекарства и/или завершать лечение, что увеличивает риск лекарственной устойчивости, неэффективности лечения и смерти [105].

Итак, появляется доказательная база, свидетельствующая о том, что депрессия и тревожность являются важными сопутствующими заболеваниями при ТБ с двунаправленным эффектом, когда одно расстройство является фактором риска для другого и требуется комплексное лечение с учетом всех рисков их коморбидности.

1.4. Основные направления психиатрической помощи при тревожно-депрессивных расстройствах у больных туберкулезом легких

Существует множество проблем, связанных с синдромом «ТБ – депрессия – тревожность». Во-первых, депрессия часто остается нераспознанной или недиагностированной. Поскольку системное воспаление вызывает симптомы «болезненного поведения», некоторые симптомы ТБ могут напоминать депрессию (например, плохой аппетит, утомляемость, бессонница, раздражительность, потеря интереса к физическому и социальному окружению), что может привести к ошибочному диагнозу сопутствующей патологии [39]. Отдельные лица и сообщества с многоуровневой социальной и экономической уязвимостью находятся в центре этих синергетических эпидемий или синдемий, которые имеют взаимодействующие эффекты, усиливающие бремя болезней в затронутых ими группах населения [52].

Наличие психологического дистресса напрямую влияет на несоблюдение режима лечения больными ТБ. Метаанализ показал, что у пациентов с депрессией риск несоблюдения режима лечения может быть в три раза выше, чем у пациентов без депрессии. Что еще более важно, предыдущие исследования показали, что приверженность лечению значительно улучшается у больных ТБ, которые прошли несколько психологических сеансов [26]. Однако несоблюдение режима лечения может привести к неблагоприятным исходам лечения, таким как лекарственная устойчивость, неэффективность лечения и даже смерть. Это также способствует увеличению экономического бремени, увеличению

продолжительности пребывания в больнице и времени лечения, увеличению заболеваемости, смертности и распространению среди населения [65]. Кроме того, психологический стресс может также влиять на систему иммунного ответа человека, что может привести к низкой устойчивости к инфекции и плохому качеству жизни [20]. Психологический дистресс угрожает прогрессу, достигнутому в глобальных программах борьбы с ТБ, и влечет за собой огромные расходы на системы здравоохранения [27]. Однако раннее выявление и соответствующие психологические вмешательства могут облегчить психологический дистресс и его негативные последствия у больных ТБ [43].

В связи с вышесказанным людям с диагностированными у них ранее психическими заболеваниями или расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, которые во многих случаях подвержены повышенному риску заражения ТБ, а также людям, живущим с ТБ и нуждающимся в поддержке, чтобы вести благополучную жизнь, нужны варианты комплексной психологической поддержки [44]. Хотя многие программы лечения ТБ включают психосоциальную поддержку в свои протоколы лечения, основное внимание, как правило, уделяется социально-экономическим проблемам и реактивным стрессам, обусловленным заболеванием и/или лечением. Этой стратегии, вероятно, будет достаточно для лиц, сталкивающихся с многочисленными проблемами, связанными с бедностью и приверженностью лечению, но для лиц с клинически значимой депрессией может потребоваться более интенсивное психологическое вмешательство [144].

Специалисты признают важность совокупной оценки пациент-зависимых факторов в процессе комплексного лечения и обосновывают необходимость внедрения в лечебную практику психологического сопровождения противотуберкулезной терапии [26, 161]. Во многих странах скрининг и лечение психологических проблем у лиц с диагнозом «туберкулез» также ограничены. Кроме того, национальные программы по борьбе с ТБ в основном определяют лечение ТБ с точки зрения биомедицины, уделяя особое внимание клиническим результатам. Одной из причин подобной ситуации является отсутствие

разработанных подходов к оказанию психологической помощи больным ТБ легких и ее конкретных моделей. Тогда как недавний систематический обзор, проведенный ВОЗ, показал, что программы, включающие образовательную, психологическую и/или материальную поддержку, были связаны с лучшими результатами лечения ТБ и теперь могут считаться передовой практикой [65]. Тем не менее пациенты могут не считать свое лечение успешным, если они отмечают влияние на течение заболевания и эпизода лечения таких событий, как разрыв социальных связей, потеря работы, социальная изоляция и потеря идентичности [174]. Больные ТБ с депрессивными симптомами чаще имеют негативные исходы лечения ТБ, чем пациенты без таких симптомов [40].

В Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза на 2015–2035 гг. рекомендуется объединить лечение ТБ и психическое здоровье [181]. Предоставление высококачественной психиатрической помощи и обеспечение приверженности лечению ТБ требуют серьезного взаимодействия с пациентами, поэтому использование этого контакта для оказания комплексной помощи может оказаться эффективным [169]. Чтобы ликвидировать ТБ к 2030 г., Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза призывает к комплексному, ориентированному на пациента лечению и профилактике. Не существует общепринятого унифицированного определения личностно-ориентированной помощи (person centred care – РСС). Этот термин часто используется взаимозаменяемо с родственными понятиями, такими как «участие пациента», «расширение возможностей пациента» и «ориентированность на пациента» [180]. Несмотря на концептуальную конгруэнтность с точки зрения таких аспектов, как целостный взгляд на переживание болезни пациента, благоприятный совместный терапевтический союз между лицом, осуществляющим уход, и получателем помощи [89], а также такими ценностями, как сопереживание и уважение [155], личностно-ориентированная помощь, имеет важные отличия. Подходы, включающие уход, ориентированный на пациента, сосредоточены на взаимодействии с точки зрения посещений и контактных эпизодов, управлении болезнью, коморбидности в виде множественных заболеваний. Вместе с тем

личностно-ориентированная помощь подчеркивает взаимосвязь во времени, эпизоды болезни в перспективе всей жизни, взаимосвязанный характер систем организма, болезней и заболеваемости, системы кодирования, учитывающие проблемы пользователей услуг, а также оценку болезни и опыт болезни людей [159]. Ориентированность на человека в уходе направлена на то, чтобы понять субъективный опыт человека и интерпретацию болезни путем рассмотрения психосоциальных аспектов наряду с биомедицинской симптоматикой, придерживаться центральной роли совместного принятия решений и паритета и приоритета отношений в уходе и лечении [136].

Кроме того, тот факт, что психические заболевания являются факторами риска ТБ, позволяет предположить, что борьба с плохим психическим здоровьем и его основными факторами может снизить заболеваемость ТБ. Несколько исследований, посвященных мерам по охране психического здоровья, показывают, что приверженность лечению ТБ снижает симптомы психических заболеваний. Исследования показывают, что психологические вмешательства для соблюдения режима лечения могут привести к лучшему контролю депрессии, помочь в лечении ТБ и сократить потери для последующего наблюдения. Раннее выявление психических расстройств необходимо для соблюдения режима лечения, минимизации стигматизации и предотвращения рецидивов. Области психического здоровья при оценке качества жизни, связанного со здоровьем, значительно улучшились после начальных фаз лечения ТБ [125]. Было показано, что риск развития депрессии снижается в течение курса лечения ТБ [115], а приверженность лечению улучшает симптомы депрессии у пациентов, страдающих ТБ-МЛУ.

Некоторые исследования были направлены на разработку моделей ухода, ориентированных на пациента. В числе таких моделей – южноафриканская программа обучения социальных работников для поддержки людей, страдающих ТБ-МЛУ [170]. «Врачи без границ» (Médecins sans frontières – MSF) разработали и внедрили в Северной Уганде программу лечения ТБ-МЛУ на дому, которая оказалась приемлемой для пациентов, семей, общин и медицинских работников

[113]. В исследовании, проведенном в Эфиопии, изучалась степень, в которой стратегия краткосрочного лечения под непосредственным наблюдением (Directly Observed Treatment, Short-course – DOTS) ориентирована на пациента, и было продемонстрировано, что она не обеспечивает такой помощи [108]. S.C. Baral и соавт. [165] стремились изучить проблемы, с которыми сталкиваются люди, получающие лечение от ТБ-МЛУ в Непале, и разработать совместно с пациентами и их семьями вмешательство, ориентированное на человека. В исследовании подчеркивается, что традиционное лечение ТБ-МЛУ создает для людей финансовую и социальную нагрузку, в том числе увеличение расходов на доступ к медицинской помощи и возникновение проблем, связанных с удалением из социальных сетей, стигматизацией, одиночеством и побочными эффектами лекарств.

Наличие физических побочных эффектов от лекарств для лечения ТБ-МЛУ было связано как с депрессией, так и с тревогой. Все пациенты с положительными результатами скрининга на какое-либо психическое расстройство также сообщали о побочных эффектах. Это говорит о том, что наличие побочных эффектов может быть важным фактором для создания программ по лечению ТБ-МЛУ. Было разработано вмешательство, сочетающее психосоциальное консультирование и дополнительную финансовую поддержку, которое положительно повлияло на результаты лечения.

Дальнейшие исследования в Непале были направлены на разработку и тестирование пакета психосоциальной поддержки, который должен быть интегрирован в стандартную помощь больным ТБ-МЛУ [95]. Совместная разработка вмешательства помогла укрепить способности, возможности и мотивацию заинтересованных сторон, что привело к более устойчивой психологической поддержке на протяжении всего лечения, особенно для пациентов с ограниченной социальной поддержкой и столкнувшихся со стигмой.

В Индии психотерапия во время лечения привела к улучшению приверженности, лечения и результатов излечения; групповая психологическая поддержка больных ТБ-МЛУ в Перу улучшила результаты лечения, а в Эфиопии

«туберкулезные клубы» снизили стигму и улучшили результаты лечения среди пациентов, образовательные и психологические вмешательства улучшили приверженность лечению [164]. А.С. Sweetland и соавт. в свете связи между психическим здоровьем и ТБ призвали к политике для их интеграции «в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также существенно сократить глобальные пробелы в лечении психических расстройств в условиях ограниченных ресурсов» [171]. J.T. Galea и соавт. [106] полагают, что показатели депрессии и тревожности среди больных ТБ способствуют использованию переключения задач на навыках использования (смысл?), основанных на фактических данных инструментов и стратегий как для диагностики, так и для лечения.

Модели совместной помощи в первичном медико-санитарном звене представляют собой прагматичную и рентабельную стратегию включения психического здоровья в общую медицинскую помощь в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и могут использоваться в качестве модели для включения лечения депрессии в программы борьбы с ТБ. Такие модели улучшили контроль над медицинскими заболеваниями, в частности сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца, а также улучшили симптомы депрессии, приверженность лечению, удовлетворенность уходом, функциональное состояние и общее качество жизни [85]. Лечение депрессии также связано с более сильным подавлением вирусов, снижением уровня кортизола и лучшей приверженностью лечению, что приводит к более высоким показателям общей выживаемости [84]. Совместная помощь включает в себя больше, чем просто совместное размещение специалиста по психическому здоровью в учреждении первичной медико-санитарной помощи; она определяется как командное, многокомпонентное вмешательство, направленное на изменение структуры оказания помощи путем систематического улучшения координации помощи пациентам за счет организационной поддержки, принятия решений медперсоналом на основе фактических данных и систем клинической информации, а также вовлечения

пациентов в их лечение через поддержку самоуправления и связи с общественными ресурсами [128].

Несмотря на то что эти разработки являются многообещающими, практически нет эмпирических данных о моделях ориентированной на человека помощи для программ лекарственно-чувствительного ТБ, а также о влиянии или эффективности ориентированной на человека помощи в улучшении индивидуальных, клинических и программных результатов. Личностно-ориентированная помощь очень важна для лечения и ухода за больными ТБ, заболеванием с длительной и разрушительной социальной историей, диагноз которого вызывает глубокую стигматизацию, маргинализацию и вред самооощущению и личности [121], особенно в сочетании с психическими расстройствами [91]. Вмешательства, ориентированные на человека, вносят значительный вклад в улучшение психологического благополучия, поведенческих симптомов и приверженности лечению при терапии деменции [124], демонстрируют многообещающие эффекты при оказании других видов клинической помощи [103].

Тем не менее эффективность ориентированных на человека подходов к лечению ТБ еще предстоит систематически и тщательно исследовать. Остается определить, какие принципы и параметры личностно-ориентированной помощи могли бы улучшить результаты лечения ТБ. Инструменты краткого психиатрического скрининга являются ключевым элементом управления психическим здоровьем [10], но они должны быть адаптированы для использования в различных социокультурных и языковых условиях и все еще нуждаются в калибровке для использования среди больных ТБ, принимая во внимание большое совпадение симптомов.

1.5. Выводы

ВОЗ считает ТБ одной из 10 основных причин смерти во всем мире и основной причиной смерти от одного инфекционного агента. Раннее выявление

случаев ТБ, особенно в условиях ограниченных ресурсов и в маргинализированных группах, по-прежнему является проблемой: по оценкам, около 3 млн человек остаются невыявленными или неуведомленными и не получающими лечения. В числе основных препятствий в лечении ТБ — несоблюдение больными схемы лечения, приводящее к длительной передаче заболевания и формированию резистентности к противотуберкулезным препаратам.

Растущее число выявленных форм с множественной лекарственной устойчивостью — одна из самых пугающих проблем, требующих твердой и всеобъемлющей приверженности в плане выделения средств, продвижения исследований и внедрения новых инструментов и протоколов на местах.

Тревожные расстройства обычно характеризуются иррациональным и чрезмерным страхом наряду с хронически повышенным уровнем тревоги. При некоторых расстройствах, таких как специфические фобии, посттравматическое стрессовое расстройство или социальное тревожное расстройство, триггер неадекватного страха и тревоги может быть четким и достаточно определенным, при других расстройствах, таких как паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство, может быть неспецифическим или неопределенным. Депрессия обычно характеризуется потерей интереса к повседневной деятельности, чувством безнадежности, отсутствием энергии и концентрации, а также чувством некомпетентности. Депрессия и тревога имеют общие клинические признаки.

Проблемы психического здоровья и ТБ неразрывно связаны. Связь между этими состояниями носит синдемический характер: частота одного увеличивает вероятность развития другого с кластерами биологического, социального и психологического взаимодействия. Пациенты с ТДР являются носителями других факторов риска ТБ, в том числе курения, плохого питания и сопутствующих заболеваний, например диабета и ВИЧ-инфекции. Кроме того, люди, живущие с ТБ и ТДР, с меньшей вероятностью обратятся за медицинской помощью и могут быть менее способны соблюдать режим лечения, что приводит к

неблагоприятным результатам лечения, включая заболеваемость, лекарственную устойчивость, продолжающуюся передачу заболевания и смертность.

Принимая во внимание низкий уровень грамотности и другие культурные барьеры, новые стратегии лечения должны включать психообразование и когнитивно-поведенческую терапию для достижения результатов лечения. В последнее время в развивающихся странах были проведены рандомизированные контролируемые испытания психологического лечения депрессии с обнадеживающими результатами. Компетентное психологическое сопровождение и правильно подобранная терапия будут способствовать снижению степени тревожности у больных, психического и соматического дискомфорта [42].

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн и этапы исследования

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

Дизайн исследования включал два этапа (Рисунок 2.1). Задачей первого этапа была оценка уровня тревоги и депрессии по шкале HADS среди пациентов с ТБ, проходящих стационарное лечение, включая оценку наличия или отсутствия тревоги, депрессии, ТДР в зависимости от клинической формы ТБ, пола и возраста пациентов анализируемой выборки. На втором этапе было проведено тестирование 145 пациентов с выявленными тревогой, депрессией, ТДР. Проведена диагностическая классификация тревожных и депрессивных расстройств у пациентов анализируемых групп в соответствии с диагнозом по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Из 145 пациентов 85 имели ТДР и проходили стационарное лечение по поводу ТБ. Они были разделены на две подгруппы в зависимости от срока пребывания в стационаре: подгруппа 1А (44 пациента, срок пребывания до 2 месяцев) и подгруппа 1Б (41 пациент, срок пребывания более 2 месяцев). В качестве группы сравнения использовали данные 60 пациентов с ТДР, не имевших ТБ легких в анамнезе. Оценку обеих групп проводили с помощью ранее отобранных методик. Кроме того, был проведен анализ связей (корреляционный, кластерный и факторный анализы) психопатологических, клинических, социально-демографических характеристик пациентов совокупной выборки ($n = 145$) и пациентов с ТБ ($n = 85$).

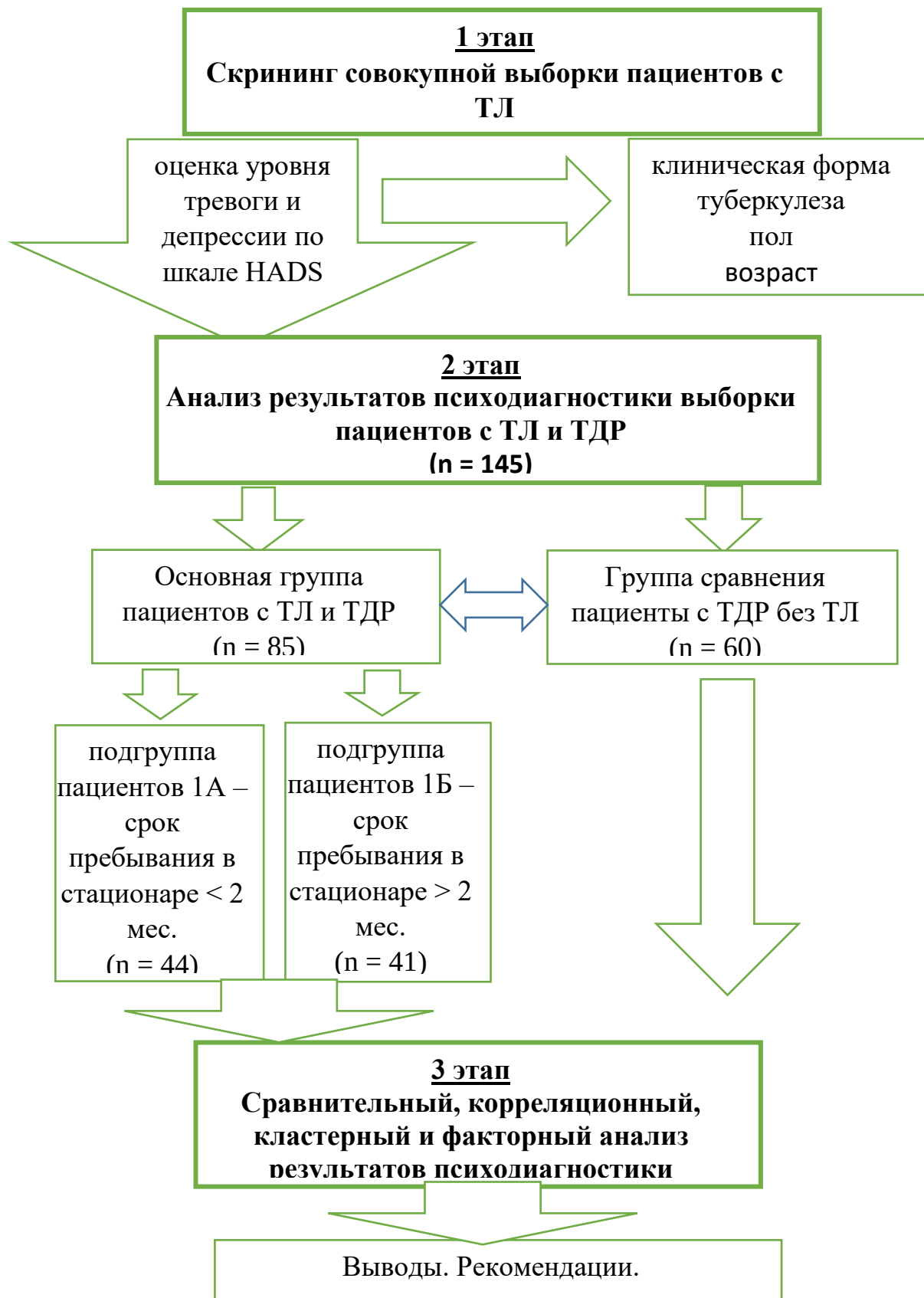


Рисунок 2.1 – Дизайн исследования

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.

2.2. Общая характеристика обследованных пациентов

Критериями включения пациентов совокупной выборки ($n = 500$) в исследование являлись:

- возраст 18 лет и старше;
- 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 на участие 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 изучения социально-демографических характеристик пациентов. Для этого использовался метод структурированного интервью с применением специально разработанной карты обследования пациентов с ТБ.

Все пациенты анализируемой группы были разделены на две группы:

- *основную группу* – 85 пациентов с ТБ легких в активной фазе заболевания, получающих лечение в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля;
- *группу сравнения* – 60 пациентов без ТБ, направленных к психиатру на консультацию в связи с жалобами на тревогу и депрессию.

Основная группа пациентов была разделена на подгруппы:

- *подгруппа 1А* – пациенты со сроком пребывания в стационаре менее 2 месяцев ($n = 44$);
- *подгруппа 1Б* – пациенты со сроком пребывания в стационаре более 2 месяцев ($n = 41$).

2.3. Характеристика методов исследования

2.3.1. Психодиагностические методики исследования

На *первом этапе исследования* во время скрининга с целью выявления ТДР у пациентов с ТБ использовали *шкалу HADS*. Рейтинговая шкала HADS используется для выявления и оценки тяжести тревоги и/или депрессивного состояния пациента во время структурированного интервью. Первоначально методика была разработана A.S. Zigmond и R.P. Snaithe в 1983 г. для измерения в условиях общей медицинской практики изменений интенсивности тревожной и/или депрессивной симптоматики во время лечения антидепрессантами. Шкала состоит из 14 показателей, каждый из которых определяется рядом симптомов и оценивается по 5-балльной шкале от 0 (отсутствует) до 4 (тяжелый). Содержащиеся в шкале пункты основаны, с одной стороны, на часто наблюдаемых симптомах, а с другой стороны, на симптомах, наблюдаемых реже, но указывающих на определенную клиническую форму тревоги и/или депрессии [9]. С помощью шкалы были выявлены уровни ТДР среди пациентов

анализируемой выборки и изучаемых групп. Каждая группа симптомов сопровождается подробным описанием.

На *втором этапе исследования* использовали ряд отобранных ранее психодиагностических методик.

«*Шкала Гамильтона для оценки тревоги*» (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS/HAM-A) позволяет количественно оценивать выраженность тревожного синдрома. Она состоит из 14 показателей, каждый из которых определяется рядом симптомов и оценивается по 5-балльной шкале от 0 (отсутствует) до 4 (тяжелый).

«*Шкала Гамильтона для оценки депрессии*» (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS) включает 17 вопросов, которые позволяют рассчитать показатель степени тяжести депрессии. Вопросы шкалы касаются состояния пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Нормативные данные имеют следующие градации: от 0 до 6 баллов – норма, от 7 до 16 баллов – легкое депрессивное расстройство, от 17 до 24 баллов – депрессивное расстройство средней степени тяжести, более 24 баллов – депрессивное расстройство тяжелой степени.

«*Шкала астенического состояния*» (Л.Д. Малкова, в адаптации Т.Г. Чертовой) [49]. Методика предназначена для экспресс-диагностики астенического состояния (астения определяется как усталость, ощущаемая на физическом уровне). Тест-опросник состоит из 30 утверждений, на которые необходимо ответить по 4-балльной шкале. Общая оценка астении проводится по шкале от 30–50 баллов (отсутствие астении) до 101–120 баллов (выраженная астения).

«*Гиссенский опросник психосоматических жалоб*» (Giesener Beschwerdebogen – GBB) (E. Blüher, G. Sner, адаптация В.А. Абабкова, С.М. Бабина, Г.Л. Исуриной) [1], предложенный авторами в 1967 г., имеет целью выявить субъективные физические жалобы. Опросник включает 57 предлагаемых жалоб, отражающих общее самочувствие, автономные расстройства, дисфункцию работы внутренних органов. Интенсивность каждой жалобы оценивается по 5-балльной шкале. Кроме того, анкета позволяет определить факторы развития

имеющихся жалоб с точки зрения опрашиваемого. Используя факторный анализ, авторы анкеты выделили 4 основные и 1 дополнительную шкалы.

Первая шкала, которая называется «Истощение», отражает неспецифический фактор истощения и характеризует общую утомляемость. Вторая шкала – «Желудочные жалобы» – указывает на наличие желудочных расстройств, вызванных нервными недомоганиями. Третья шкала – «Ревматический характер» – характеризует аллергические или спастические страдания опрашиваемого. Четвертая шкала – «Сердечные жалобы» – выявляет субъективные жалобы в области сердечно-сосудистой системы. Пятая шкала – «Интенсивность жалоб», или «Давление», – представляет собой интегральную оценку всех четырех предыдущих шкал и отражает степень интенсивности имеющихся жалоб. Оценка получают путем добавления баллов по каждому пункту, который входит в вышеперечисленные шкалы. Факторная структура, позволяющая рассчитывать субшкалы, включая нормы для каждой субшкалы, имеет преимущество перед показателями, дающими только один общий балл. Сильная инвариантность измерений может быть в значительной степени подтверждена в отношении пола, возраста и их комбинации. Факторы легче интерпретируются и подчеркивают конкретные области жалоб. При наличии норм и подтвержденной факторной структуры субшкалы могут использоваться самостоятельно.

«Опросник социально ориентированного и социального функционирования» (Personal and Social Performance Scale – PSP) [15] рассматривает четыре области социальной и индивидуальной деятельности (социально полезная деятельность, включая работу и учебу; личные и социальные отношения; уход за собой; тревожное и агрессивное поведение). В таблице с уровнями баллов устанавливается соответствующее десятичное число (например, 21–30) в соответствии с наблюдаемыми показателями и в десятичном диапазоне присваивается единица для определения окончательного балла (например, в диапазоне 21–30 показатели соответствуют баллу 24). Конечным результатом является однократное измерение от нуля до 100% функционирования. Базовые

диапазоны баллов и соответствующие уровни функционирования, описанные разработчиками, включают от 1 до 30 баллов (плохое функционирование, требующее интенсивной поддержки или контроля), 31–70 баллов (выраженная инвалидность различной степени), 71–90 баллов (легкие трудности) и 91–100 баллов (более чем адекватное функционирование).

В последние годы инструменты качества жизни были признаны очень важными при оценке медицинской помощи. Это широкомасштабная концепция, на которую сложным образом влияют физическое здоровье человека, психологическое состояние, уровень независимости, социальные отношения и его отношение к важным особенностям окружающей среды. Существует множество общих инструментов для измерения качества жизни. ВОЗ разработала *«Опросник качества жизни»* (World Health Organization Quality of Life – WHOQOL), который отражает многие субъективные аспекты этого вопроса. Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника WHOQOL-BREF [45], применимого в клинических исследованиях, где необходимы краткие измерения, а также в эпидемиологических исследованиях, где качество жизни может быть одной из нескольких переменных результата. WHOQOL-BREF оценивает качество жизни в контексте культуры человека, систем ценностей, личных целей, стандартов и проблем. Анкета для самоотчета содержит 26 пунктов и охватывает 4 области качества жизни: физическое здоровье (7 вопросов), психологическое здоровье (6 вопросов), социальные отношения (3 вопроса) и окружающая среда (8 вопросов). Два других показателя измеряют общее качество жизни и общее состояние здоровья.

Элементы оцениваются по 5-балльной шкале Лайкерта (от низкой оценки 1 до высокой оценки 5) для определения исходной оценки элемента. Затем рассчитывается средний балл (от 4 до 20) для каждого домена. Затем этот средний балл домена умножается на 4, чтобы преобразовать балл домена в масштабированный балл, где более высокий балл указывает на более высокое качество жизни.

Наличие нарушений вегетативной нервной системы определяли с помощью «Опросника для выявления вегетативных изменений» (Вейн А.М., 1998) [14], заполняемого самими пациентами. Опросник содержит одиннадцать вопросов, на которые обследуемые давали ответы «да» или «нет». В случае положительного ответа каждый вопрос имел определенное количество баллов. При этом общая сумма баллов у здоровых лиц не должна превышать 15. Превышение свидетельствует о наличии вегетативной дисфункции.

2.3.2. Статистические методы исследования

Для объективного суждения о степени вероятности результатов исследования применены статистические методы анализа полученных результатов, рекомендованные для медико-биологических исследований. 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).

Расчет необходимой для исследования величины выборок проведен по формуле (1):

$$N = \frac{4\sigma^2(z_{\alpha} + z_{\beta})^2}{D^2}, \quad (1),$$

где N – общий размер выборки,

σ – предполагаемое стандартное отклонение для групп,

z_{α} и z_{β} – параметры величины z для ожидаемых уровней значимости и мощности соответственно,

D – ожидаемая величина эффекта.

Вероятность ошибки первого рода принята на уровне 5%; вероятность ошибки второго рода принята на уровне 20%, что определяет запланированный уровень мощности исследования на уровне 80%. Для обеспечения условий, чтобы величина погрешности первого рода не превышала 5%, а мощность составляла

80%, исследуемые группы, где будет изучаться динамика показателей при указанном размере эффекта, должны включать не менее 60 единиц наблюдения.

Во время первого этапа статистической обработки оценивался характер переменных (качественные и количественные), а также проводилась проверка гипотезы о нормальности распределения признаков в выборочных совокупностях по методу Шапиро–Уилка. Для количественных показателей проведен расчет средних значений с оценкой их вариабельности (среднее арифметическое ($\bar{X}$), стандартное отклонение (SD)), определение статистической значимости результатов с расчетом средней погрешности средних величин (m) и определением 95% доверительных интервалов. Анализ частотных характеристик качественных параметров (социально-демографических и других) проводили с расчетом абсолютного числа наблюдений в исследуемых группах и распределением характеристик в процентах.

Для оценки различий между показателями в выборках с нормальным (гауссовским) распределением использовали t -критерий Стьюдента, а в случае негауссовского распределения – U -критерий Манна–Уитни. Разница считалась достоверной при $p < 0,05$.

Для исследования взаимосвязи между исследуемыми психопатологическими, клиническими, социально-демографическими характеристиками у пациентов анализировался корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для выявления скрытых факторов, управляющих наблюдаемыми переменными, использовался факторный анализ.

Кластерный анализ выборки проводился методом k -средних. Целью данного анализа было разбиение пациентов на классы для объединения наблюдений в кластеры таким образом, чтобы в один кластер попали максимально схожие объекты (пациенты), каждому из которых соответствует определенный уровень комплекса симптомов. 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. Поскольку разные измерения используют абсолютно различные типы шкал, данные были стандартизованы таким образом, чтобы каждая переменная имела среднее 0 и стандартное отклонение 1.

После стандартизации переменных определялось, формируют ли пациенты «естественные» кластеры, которые могут быть осмыслены с помощью иерархической классификации методом полной связи и евклидова расстояния. Цифровые результаты представлены в виде таблиц и рисунков.

ГЛАВА 3. УРОВЕНЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

3.1. Социально-демографическая характеристика пациентов с туберкулезом легких

Распределение обследованных пациентов с ТБ по возрастным категориям (Таблица 3.1) проводилось согласно классификации периодов жизни человека, принятой ВОЗ.

Таблица 3.1 – Распределение обследованных пациентов с ТБ (n = 500) по возрасту и полу

Возраст	Мужской пол		Женский пол		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Молодой (до 44 лет)	144	45,4	173	54,6	317	63,4
Средний (45-59 лет)	56	45,5	67	54,5	123	24,6
Пожилой (60-74 года)	26	43,3	34	56,7	60	12,0
Всего	226	45,2	274	54,8	500	100,0
среднее					40,61	
отклонение					13,75	
максимум					72	
минимум					18	
медиана					39	

В исследовании приняли участие пациенты в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст – $40,61 \pm 13,75$ года, медиана (Me) 39). Выборку составили 226 (45,2%) пациентов мужского пола и 274 (54,8%) пациента женского пола (соотношение 1:1,2). Преобладали (63,4%) пациенты молодого трудоспособного возраста.

Согласно анализу полученных социально-демографических данных, большинство (81,2%) пациентов с ТБ на момент исследования проживали в

городе (Рисунок 3.1), 62% пациентов состояли в браке (Рисунок 3.2), 70,4% пациентов не работали (Рисунок 3.3), 60,2% пациентов имели среднее специальное образование (Рисунок 3.4).

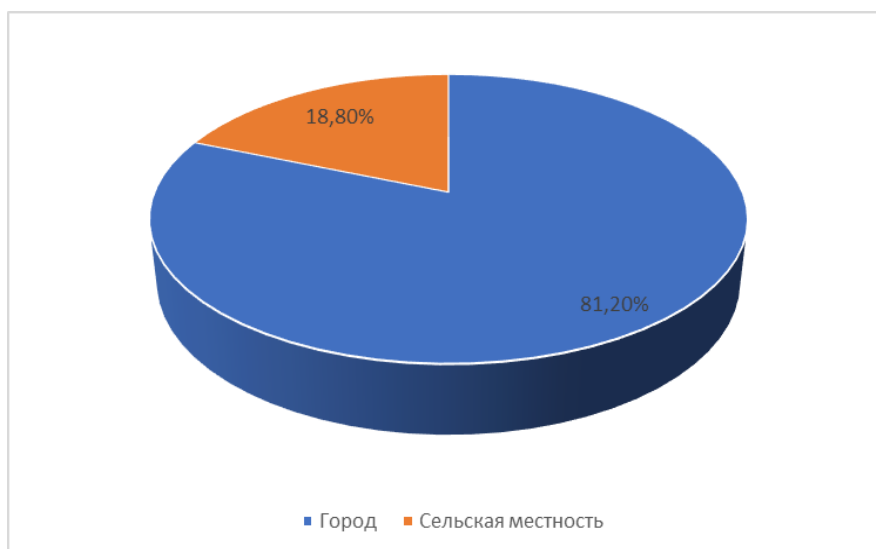


Рисунок 3.1 – Район проживания пациентов с туберкулезом

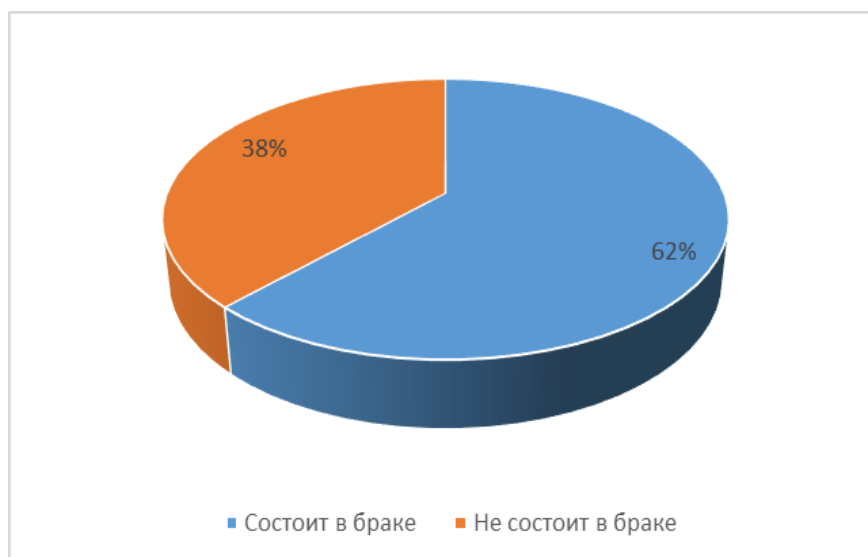


Рисунок 3.2 – Семейное положение пациентов с туберкулезом

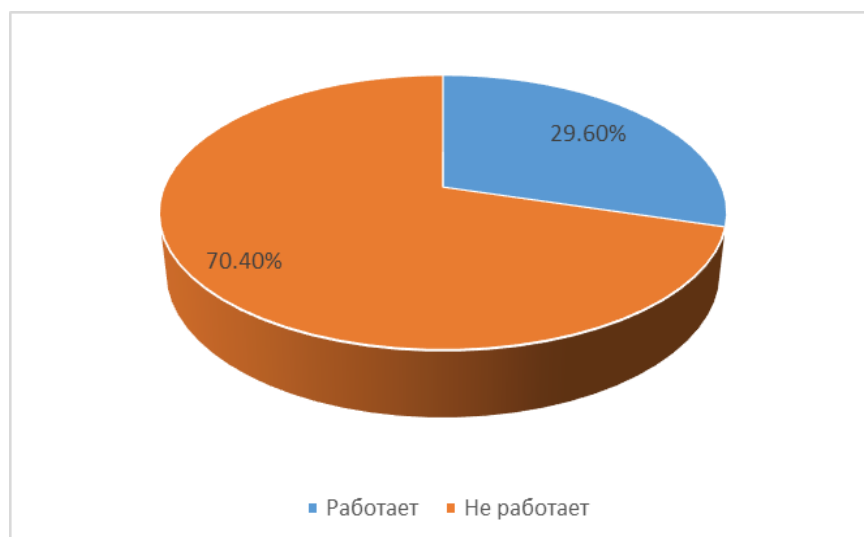


Рисунок 3.3 – Социальный статус пациентов с туберкулезом

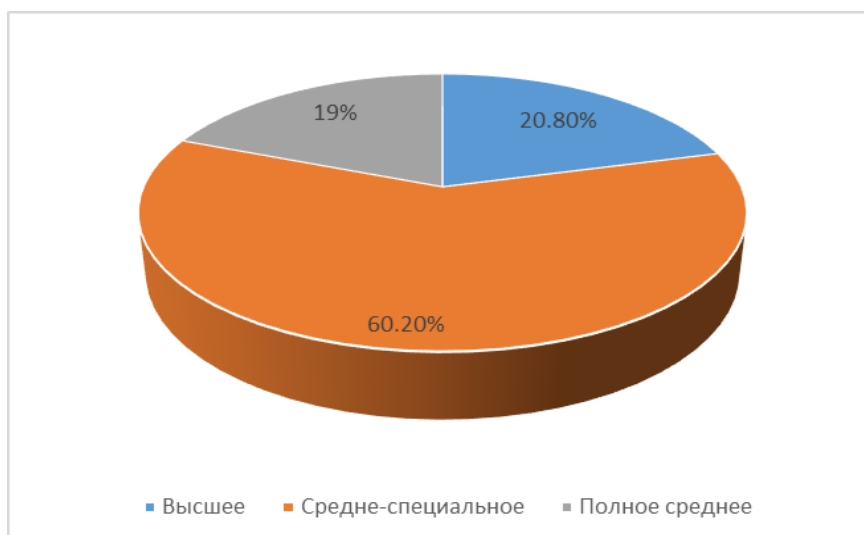


Рисунок 3.4 – Образование пациентов с туберкулезом

Демографические характеристики пациентов, проходящих стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза», представлены в Таблице 3.2. Анализируемая выборка пациентов в большинстве своем была представлена лицами женского пола в возрасте 40–50 лет, состоящими в браке, не работающими, имеющими среднее -специальное образование, проживающими в условиях города.

Таким образом, выборка состояла из 274 пациентов женского и 226 пациентов мужского пола (соотношение 1,2:1) в возрасте от 18 до 72 лет. Средний возраст составил $40,61 \pm 13,75$ лет (Таблица 3.2).

Таким образом, выборка состояла из 274 пациентов женского и 226 пациентов мужского пола (соотношение 1,2:1) в возрасте от 18 до 72 лет. Средний возраст составил $40,61 \pm 13,75$ лет (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Демографические характеристики пациентов, проходящих стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза»

Характеристика	Количество	%
Возраст (среднее значение)	40,61±13,75	
Пол		
Мужской	226	45,2
Женский	274	54,8
Семейное положение		
Состоит в браке	310	62,0
Не состоит в браке	190	38,0
Образование		
Высшее	104	20,8
Средне-специальное	301	60,2
Полное среднее	95	19,0
Социальный статус		
Работает	148	29,6
Не работает	352	70,4
Район проживания		
Город	406	81,2
Сельская местность	94	18,8

Соотношение пациентов, проходящих стационарное лечение согласно клинической форме ТБ, представлено в Таблице 3.3.

Таблица 3.3 – Соотношение пациентов, проходящих стационарное лечение, согласно клинической форме туберкулеза

Клиническая форма ТБ	Пол				Общее количество	
	Мужской		Женский			
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Инфильтративная	89	39,4	146	53,3	235	47
Диссеминированная	24	10,6	28	10,2	52	10,4
Кавернозная	5	2,2	4	1,5	9	1,8
Очаговая	27	11,9	25	9,1	52	10,4
Фиброзно-кавернозная	26	11,5	32	11,7	58	11,6
Цирротическая	23	10,2	18	6,6	41	8,2
Туберкулезный плеврит	3	1,3	1	0,4	4	0,8
Туберкулема	23	10,2	18	6,6	41	8,2
Казеозная пневмония	6	2,7	2	0,7	8	1,6
Всего	226	100,0	274	100,0	500	100

Согласно полученным данным, у большинства пациентов с ТБ была выявлена инфильтративная форма ТБ (47,0%, из них у 53,3% женщин и 39,4% мужчин), которая чаще регистрировалась среди пациентов женского пола. В меньшей доле случаев была выявлена фиброзно-кавернозная форма ТБ (11,6%, из них у 11,7% женщин и 11,5% мужчин), которая также чаще регистрировалась среди пациентов женского пола. На третьем месте по встречаемости были диссеминированная и очаговая формы ТБ (по 10,4%), которые чаще встречались у пациентов мужского пола. Таким образом, диссеминированную форму регистрировали у 10,2% женщин и 10,6% мужчин, а очаговую – у 11,9% пациентов мужского и у 9,1% пациентов женского пола соответственно (Рисунок 3.5). Доля остальных форм не превышала 10% случаев.

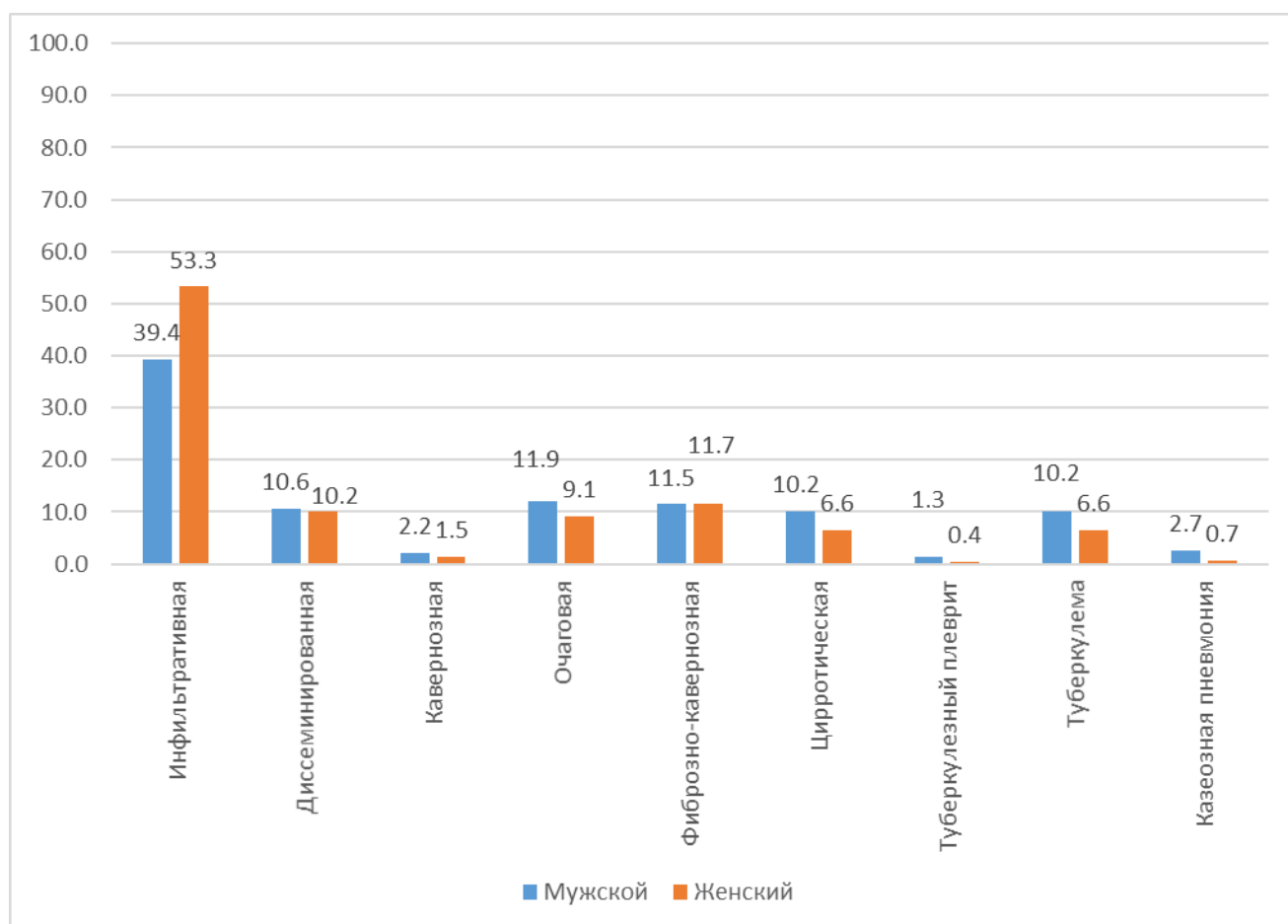


Рисунок 3.5 – Форма туберкулеза у пациентов мужского и женского пола

3.2. Уровни тревожно-депрессивного расстройства у больных с туберкулезом легких, проходящих лечение в условиях стационара

На следующем этапе был проведен скрининг уровня тревоги и депрессии у 500 пациентов с ТБ легких, проходящих стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза», с учетом клинической формы заболевания и их демографических характеристик (возраста и пола).

Рассматривая соотношение показателей по шкале HADS среди пациентов, проходящих стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза», были выявлены различные уровни выраженности тревоги и депрессии (Таблица 3.4, Рисунок 3.6).

Таблица 3.4 – Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS среди пациентов, проходящих стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза»

Шкала						
	Отсутствие достоверно выраженных симптомов (0_7 баллов)		Субклинически выраженная тревога или депрессия (8_10 баллов)		Клинически выраженная тревога или депрессия (11 и более баллов)	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%
Тревога	288	57,6	127	25,4	85	17
Депрессия	320	64	137	27,4	43	8,6

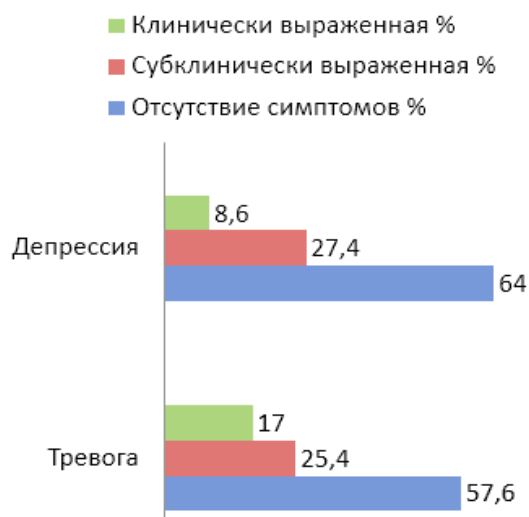


Рисунок 3.6 – Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS среди пациентов, проходящих стационарное лечение

Уровни ТДР по шкале HADS среди пациентов, проходящих стационарное лечение, представлены в Таблице 3.5 и на Рисунке 3.7.

Таблица 3.5 – Уровни тревожно-депрессивного расстройства по шкале HADS среди пациентов, проходящих стационарное лечение

Шкала	Отсутствие достоверно выраженных симптомов		Субклиническая тревога субклиническая депрессия		Субклиническая тревога клиническая депрессия		Клиническая тревога субклиническая депрессия		Клиническая тревога клиническая депрессия	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
ТДР	258	51,6	42	8,4	22	4,4	63	12,6	18	3,6

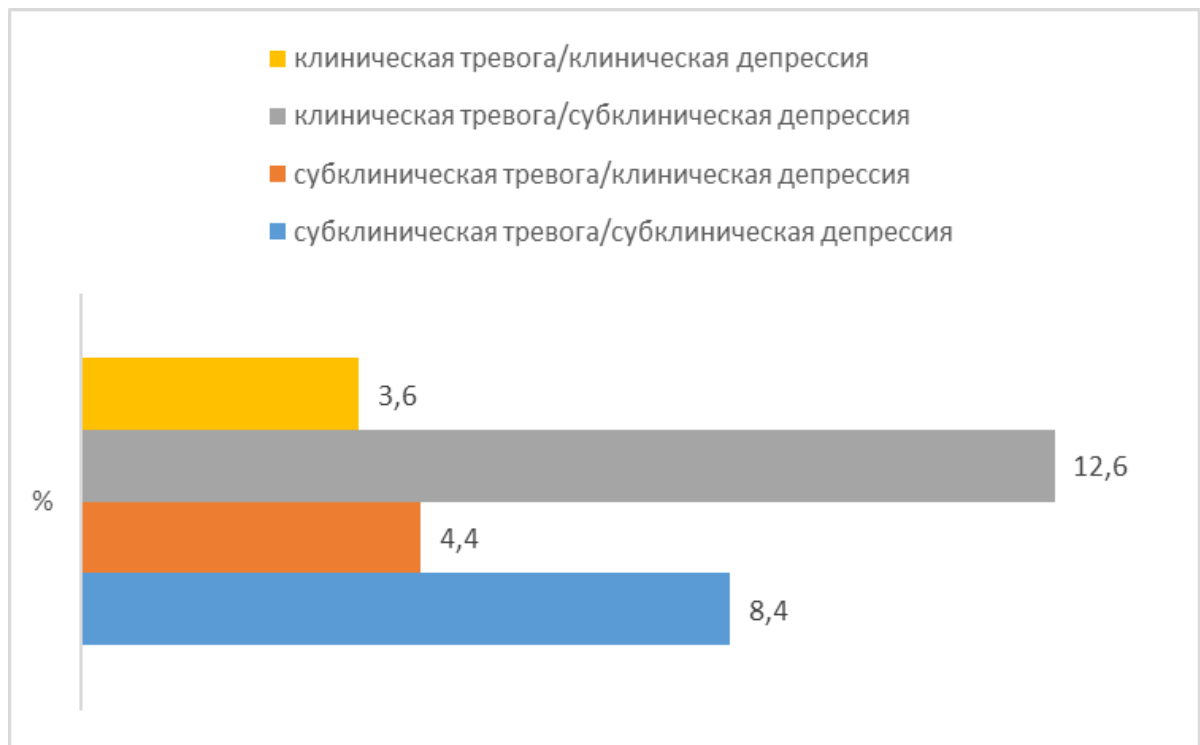


Рисунок 3.7 – Уровни ТДР по шкале HADS среди пациентов, проходящих стационарное лечение

Нормальные значения по обоим субшкалам HADS имели 258 пациентов (51,6% опрошенных); остальные 242 пациента (49,4%) имели признаки тревоги и депрессии. При этом из 242 пациентов, 127 (25,4%) имели субклинически выраженную тревогу либо депрессию, тогда как у 85 (17%) и 43 (8,6%) пациентов выявлены клинически выраженная тревога или депрессия соответственно.

Из всей выборки 212 пациентов имели субклинические и клинические признаки тревоги (42,4%). Средний возраст составил $34,46 \pm 12,02$ лет. Среди них мужчин было 87 (41,04%) среднего возраста $34,59 \pm 12,78$ лет; из них 48 были женаты, 29 работали, 48 имели средне-специальное образование, 13 – высшее.

Женщин было 125 (58,96%) в возрасте $34,37 \pm 11,46$ лет. Среди них 73 были замужем, 33 работали, 21 имели высшее образование, 24 – среднее, 80 – средне-специальное.

180 пациентов имели субклинические и клинические признаки депрессии (36%). Средний возраст составил $35,81 \pm 12,19$ лет. Среди них мужчин было 67

(37,2%) среднего возраста $37,73 \pm 13,67$ лет; из них 34 были в браке, 16 работали, 9 имели среднее образование, 38 – средне-специальное, 20 – высшее.

Женщин было 113 (62,78%) в возрасте $34,67 \pm 11,06$ лет. Среди них 71 была замужем, 28 работали, 26 имели среднее образование, 67 – средне-специальное, 20 – высшее.

В дальнейшем анализ распространенности клинических форм ТБ проведен в двух группах: первую группу составили пациенты с нормальными показателями по шкалам тревоги (288 пациентов) или депрессии (320 пациентов); вторую группу составили пациенты с субклиническими/клиническими показателями по шкалам тревоги/депрессии (212 и 180 пациентов соответственно).

Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием или наличием тревоги в зависимости от клинической формы ТБ представлены в Таблице 3.6.

Таблица 3.6 – Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием или наличием тревоги в зависимости от клинической формы ТБ

Клиническая форма	Отсутствие тревоги (n=288)		Наличие тревоги (n=212)		p
	Кол-во	%	Кол-во	%	
Инфильтративная	132	45,8	103	48,6	0,465
Диссеминированная	27	9,4	25	11,8	
Кавернозная	4	1,4	5	2,4	
Очаговая	26	9,0	26	12,3	
Фиброзно-кавернозная	39	13,5	19	9,0	
Цирротическая	22	7,6	19	9,0	
Туберкулезный плеврит	3	1,0	1	0,5	
Туберкулема	30	10,4	11	5,2	
Казеозная пневмония	5	1,7	3	1,4	

Так, среди пациентов с нормальными показателями по шкале тревоги и с выявленной субклинически/клинически выраженной тревогой у наибольшей доли лиц выявлена инфильтративная клиническая форма ТБ – 45,8 и 48,6%

соответственно. Статистически значимых отличий между группами не выявлено ($p = 0,465$).

Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием/наличием депрессии в зависимости от клинической формы ТБ представлены в Таблице 3.7.

Таблица 3.7 – Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием/наличием депрессии в зависимости от клинической формы туберкулеза

Клиническая форма	Отсутствие депрессии (n=320)		Наличие депрессии (n=180)		p
	Кол-во	%	Кол-во	%	
Инфильтративная	148	46,3	77	42,8	0,466
Диссеминированная	31	9,7	18	10,0	
Кавернозная	4	1,3	3	1,7	
Очаговая	28	8,8	21	11,7	
Фиброзно-кавернозная	38	11,9	17	9,4	
Цирротическая	29	9,1	12	6,7	
Туберкулезный плеврит	4	1,3	0	0,0	
Туберкулема	31	9,7	8	4,4	
Казеозная пневмония	7	2,2	1	0,6	

Среди пациентов с нормальными показателями по шкале депрессии и с выявленной субклинически/клинически выраженной депрессией у наибольшей доли, как и в случае с тревогой, выявлена инфильтративная клиническая форма ТБ – 46,3 и 42,8% соответственно. Статистически значимых отличий между группами не выявлено ($p = 0,465$).

Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием/наличием тревоги в зависимости от пола и возраста представлены в Таблице 3.8 и на Рисунке 3.8.

Таблица 3.8 – Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием/наличием тревоги в зависимости от пола и возраста

Параметры (n = 288)	Отсутствие тревоги						
	Наличие тревоги			%			
(n = 212)	p						
					Кол-во		
Возраст (средний показатель)	45,13± 13,4	±	34,5± 12,7	±	0,66	41,0	0,65
Пол						59,0	

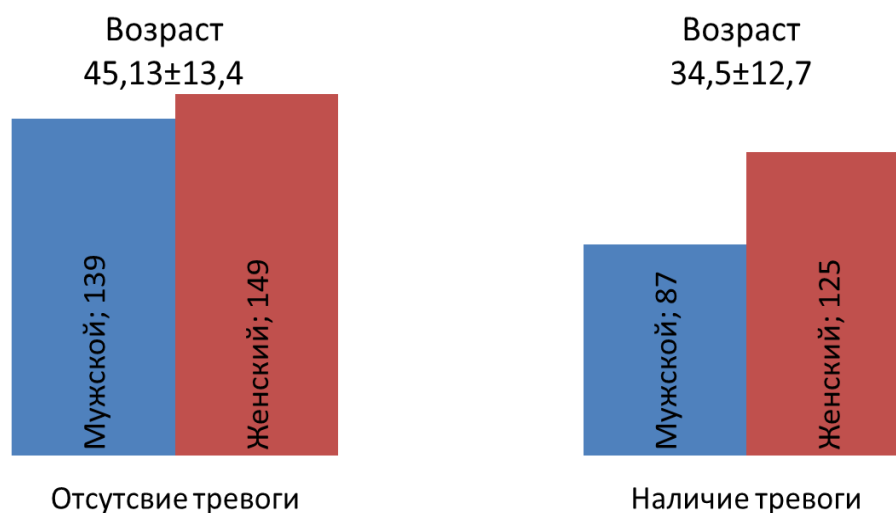


Рисунок 3.8 – Группы пациентов с отсутствием/наличием тревоги в зависимости от пола и возраста

Среди пациентов с нормальными показателями по шкале тревоги и с выявленной субклинически/клинически выраженной тревогой большинство были лицами женского пола (51,7 и 59% соответственно) в возрасте $41,19 \pm 11,56$ года. Статистически значимых отличий между группами в зависимости от пола и возраста не выявлено.

Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием/наличием депрессии в зависимости от пола и возраста представлены в Таблице 3.9 и на Рисунке 3.9.

Таблица 3.9 – Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием/наличием депрессии в зависимости от пола и возраста

Параметры (n = 320)	Отсутствие депрессии				
	Наличие депрессии			%	
(n = 180)	p				
					Кол-во
Возраст (средний показатель)	43,3± ± 12,6	35,9± ± 14,2	0,1	37,2	0,72
Пол				62,8	

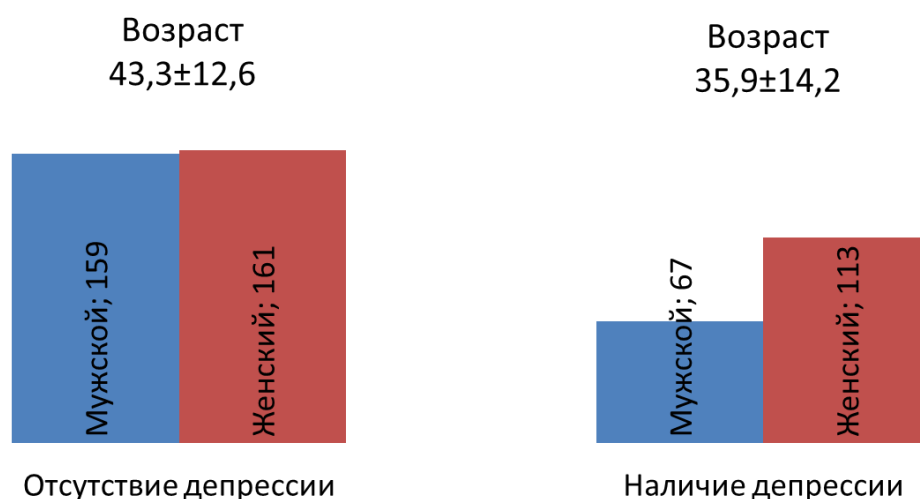


Рисунок 3.9 – Группы пациентов с отсутствием/наличием депрессии в зависимости от пола и возраста

Среди пациентов с нормальными показателями по шкале тревоги и с выявленной субклинически/клинически выраженной депрессией большинством были лица женского пола (50,3 и 62,8% соответственно) в возрасте $41,19 \pm 11,56$ года. Статистически значимые отличия между группами в зависимости от пола и возраста не выявлены.

3.3. Выводы

В результате сплошного скринингового исследования 500 взрослых пациентов с ТБ легких фтизиатрического стационара (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 [30].

ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

4.1. Социально-демографическая характеристика пациентов с тревожно- депрессивными расстройствами

Во время следующего этапа исследования было обследовано 145 пациентов с ТДР. Долевое соотношение пациентов в зависимости от возраста и пола представлено в Таблице 4.1.

Таблица 4.1 – Долевое соотношение пациентов с ТДР ($n = 145$) в зависимости от возраста и пола

Возраст	Мужской пол		Женский пол		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Молодой (до 44 лет)	44	89,8	94	97,9	138	95,2
Средний (45-59 лет)	5	10,2	2	2,1	7	4,8
Пожилой (60-74 года)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Всего	49	100,0	96	100,0	145	100,0
среднее					31,49	
отклонение					6,74	
максимум					51,00	
минимум					18,00	
медиана					32	

Так, в исследовании проводился учет данных пациентов с ТДР в возрасте от 18 до 51 лет (средний возраст $31,49 \pm 6,74$ года, Ме 32). Преобладали пациенты молодого трудоспособного возраста (95,2%), из них 89,8% пациентов мужского пола и 97,9% пациентов женского пола. Всего в группе пациентов с ТДР на момент исследования было включено 33,8% пациентов мужского пола и 66,2% женского пола. Согласно анализу полученных социально-демографических данных, большинство пациентов с ТДР на момент исследования проживали в квартире (81,2%) (Рисунок 4.1), состояли в браке (62%) (Рисунок 4.2), работали

(70,4%) (Рисунок 4.3), имели среднее специальное образование (60,2%) (Рисунок 4.4).



Рисунок 4.1 – Условия проживания пациентов с ТДР

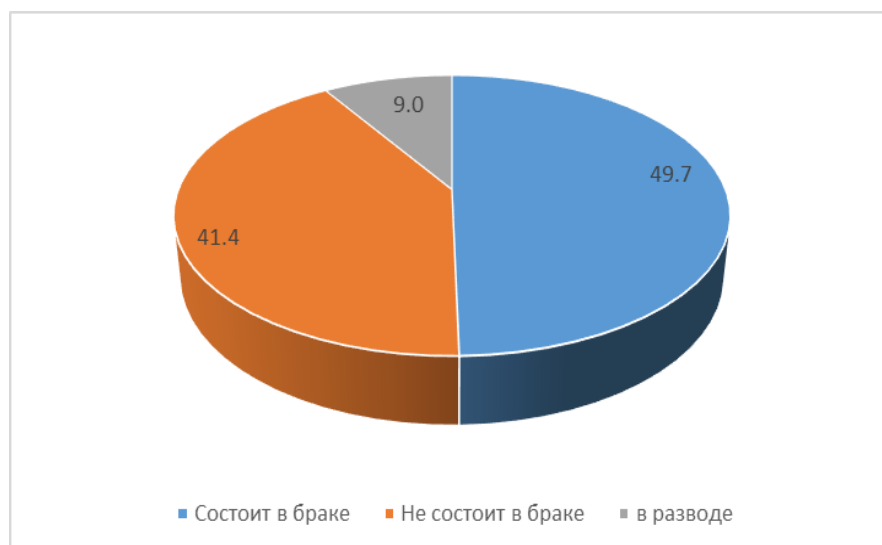


Рисунок 4.2 – Семейное положение пациентов с ТДР

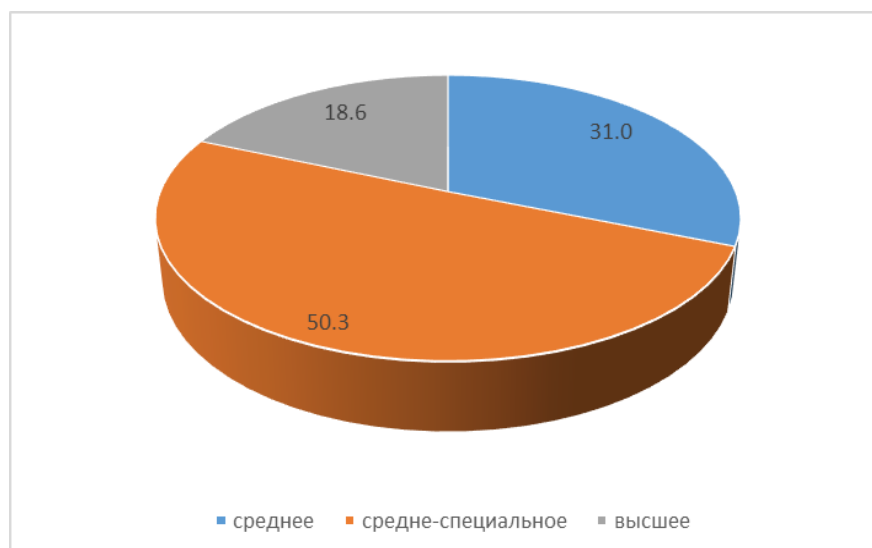


Рисунок 4.3 – Социальный статус пациентов с ТДР

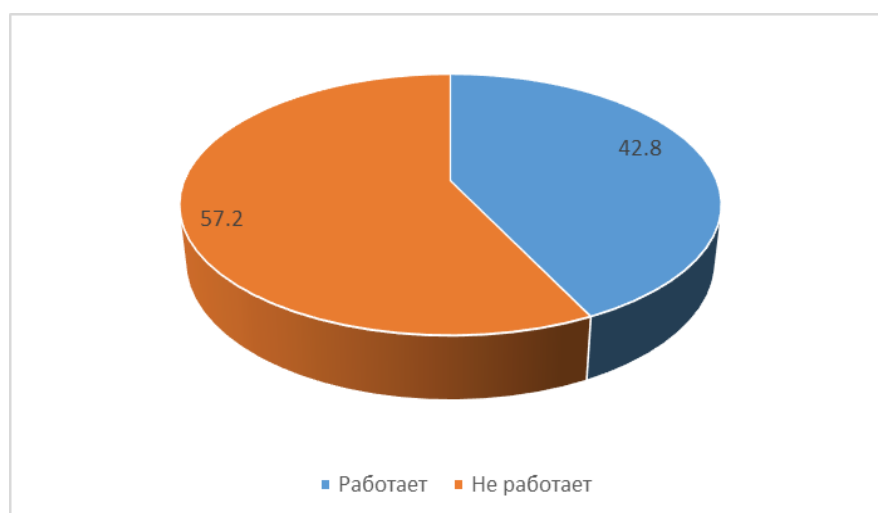


Рисунок 4.4 – Образование пациентов с ТДР

Далее рассмотрим результаты сравнительного анализа социально-демографических показателей в основной группе пациентов (с ТБ и ТДР) и группе сравнения (с ТДР без ТБ). В эту выборку были включены 85 пациентов, которые проходили стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза»; остальные 60 пациентов вошли в группу сравнения (без диагноза «туберкулез»).

Так, в зависимости от пола в группе пациентов с ТБ и ТДР преобладают женщины (82,35% – 70 пациентов). В наименьшей степени в основной группе

пациентов в долеом соотношении встречаются мужчины (15 пациентов – 17,65% от общего количества больных основной группы) (Таблица 4.2, Рисунок 4.5).

Таблица 4.2 – Долевое соотношение у пациентов анализируемых групп с дифференциацией по полу

Основная группа (n= 85)				Группа сравнения (n= 60)			
Женщины (n= 70)		Мужчины (n= 15)		Женщины (n=34)		Мужчины (n=26)	
Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
70	82,35	15	17,65	34	56,67	26	43,33

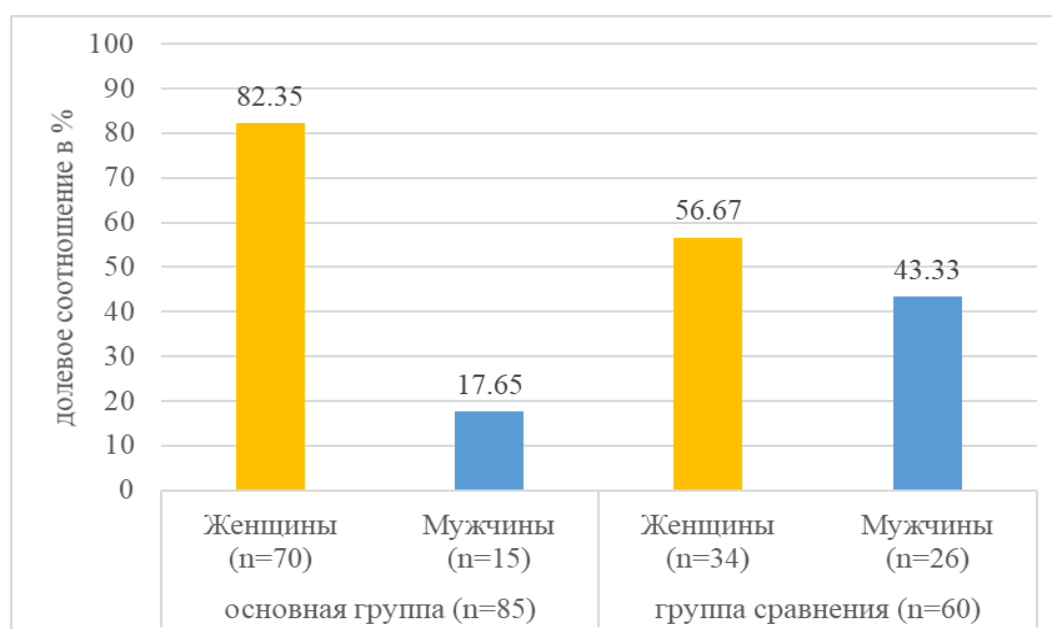


Рисунок 4.5 – Долевое соотношение у пациентов анализируемых групп с дифференциацией по полу

В зависимости от пола в группе сравнения пациентов преобладают женщины (56,67% – 34 пациентки). В наименьшей степени в группе сравнения среди пациентов в долеом соотношении встречаются мужчины (26 пациентов – 43,33% от общего количества пациентов анализируемой группы).

В зависимости от возраста в основной группе пациентов преобладают лица 30–34 лет – 35,29% (n = 30). В группе сравнения также преобладают лица 30–34 лет – 60% (n = 36) пациентов (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Долевое соотношение пациентов с туберкулезом легких с дифференциацией по возрасту

Возраст	Основная группа (n = 85)		Группа сравнения (n = 60)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
18—24	21	24,71	0	0,00
25—29	17	20,00	8	13,33
30—34	30	35,29	36	60,00
35—39	8	9,41	9	15,00
40—44	4	4,71	5	8,33
45—49	4	4,71	1	1,67
50—54	2	2,35	2	3,33
макс	51		51	
мин	18		25	
Средний показатель	30,16± ± 7,65		33,37± ± 4,6	
P	P= 0,0001, P <0,05			

В наименьшей степени основная группа пациентов представлена лицами 50–54 лет – 2,35% ($n = 2$) пациентов, в группе сравнения – лицами 18–24 лет и 45–49 лет – 0 и 1,67% ($n = 1$) пациентов соответственно. Диапазон возрастных показателей среди пациентов анализируемых групп представлен на Рисунке 4.6.

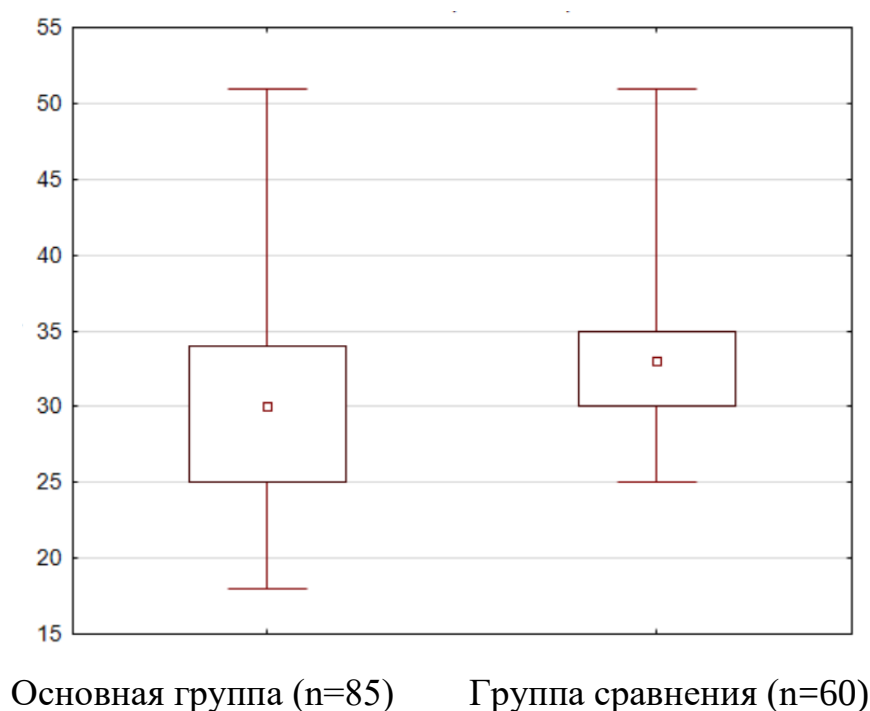


Рисунок 4.6 – Показатели возраста у пациентов анализируемых групп

Так, в основной группе средний возрастной показатель составил $30,16 \pm 7,65$ года (макс. 51; мин. 18), тогда как в группе сравнения средний возрастной показатель статистически достоверно был выше и составил $33,37 \pm 4,6$ года (макс. 51; мин. 25) ($p = 0,000001$, $p < 0,05$). Таким образом, пациенты с коморбидностью ТБ и ТДР (основная группа) были в большей степени моложе пациентов группы сравнения. В зависимости от семейного положения в основной группе пациентов преобладали лица, состоящие в браке – 63,53% ($n = 54$), 24,71% ($n = 21$) пациентов не замужем/холосты, остальные 11,76% ($n = 10$) пациентов состоят в разводе. В отличие от этих показателей, в группе сравнения преобладающая доля пациентов (65,00%, $n = 39$) не замужем/холосты, 30% ($n = 18$) пациентов замужем/женаты, остальные 5% ($n = 3$) пациентов состоят в разводе (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Долевое соотношение пациентов анализируемых групп с дифференциацией по семейному положению

Семейное положение	Основная группа ($n = 85$)		Группа сравнения ($n = 60$)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Замужем/женат	54	63,53	18	30,00
В разводе	10	11,76	3	5,00
Холост/не замужем	21	24,71	39	65,00

Долевое соотношение с дифференциацией по семейному положению среди пациентов анализируемых групп представлен на Рисунке 4.7.

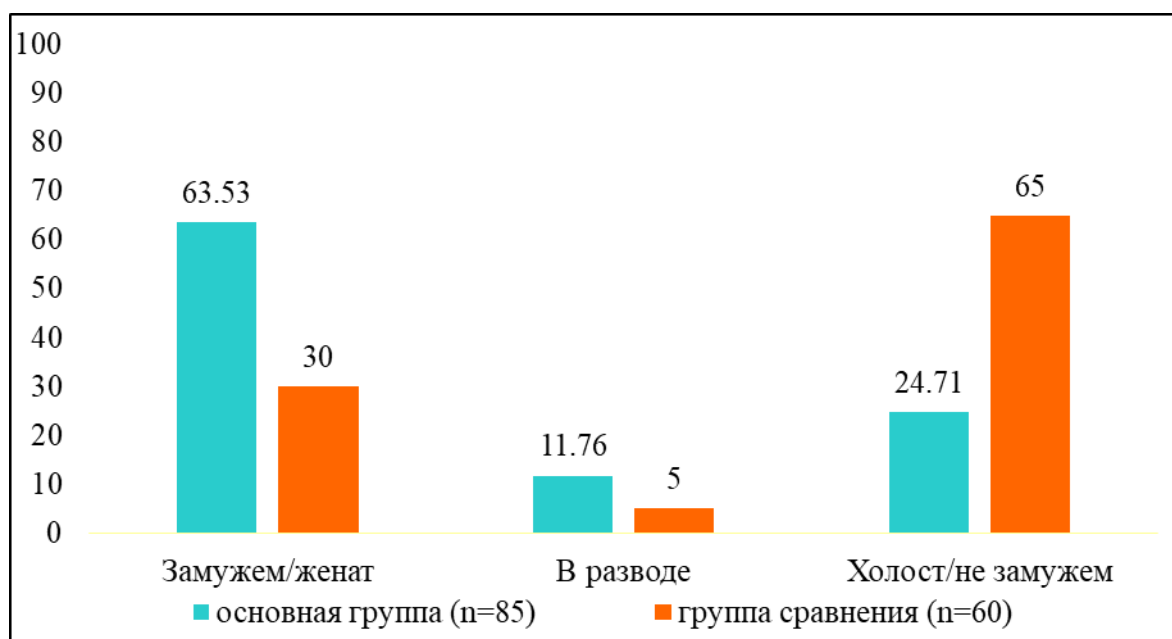


Рисунок 4.7 – Долевое соотношение пациентов анализируемых групп с дифференциацией по семейному положению

В зависимости от условий проживания в основной группе пациентов преобладают лица, проживающие в своей квартире – 57,65% (n=49), свой дом имеют 35,29% (n = 30) пациентов, остальные 7,06% (n = 6) проживают на съемном жилье (Таблица 4.5).

Таблица 4.5 – Долевое соотношение у пациентов анализируемых групп с дифференциацией по условиям проживания

Условия проживания	Основная группа (n= 85)		Группа сравнения (n= 60)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Свой дом	30	35,29	17	28,33
Съемное жилье	6	7,06	9	15,00
Своя квартира	49	57,65	34	56,67

В группе сравнения преобладающая доля пациентов (56,67%, n = 34) также проживают в своей квартире, 35,29% (n = 18) пациентов проживают в своем доме, остальные 15% (n = 9) пациентов проживают на съемном жилье (Рисунок 4.8).

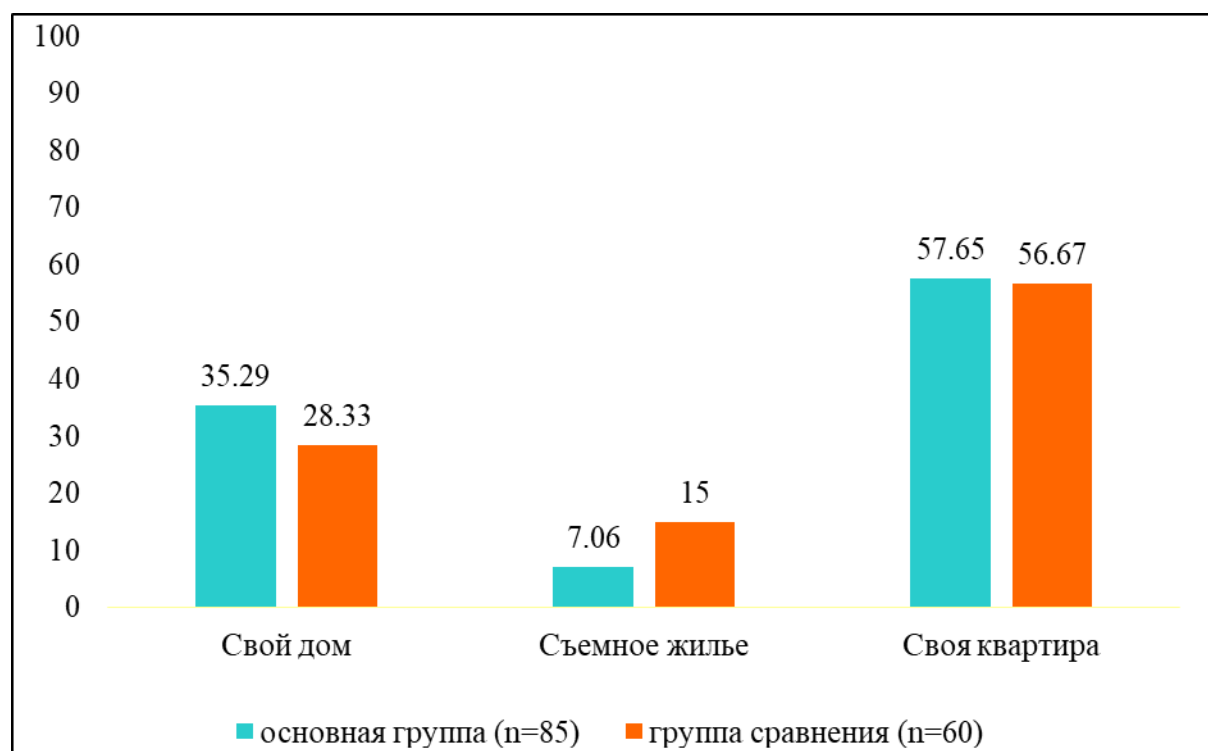


Рисунок 4.8 – Долевое соотношение пациентов анализируемых групп с дифференциацией по условиям проживания

В зависимости от образования в основной группе пациентов преобладают лица с средним специальным образованием – 52,94% ($n = 45$), у 27,06% ($n = 23$) пациентов – полное среднее образование, остальные 20,00% ($n = 17$) пациентов имеют высшее образование (Таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Долевое соотношение у пациентов анализируемых групп с дифференциацией по уровню образования

Образование	Основная группа (n = 85)		Группа сравнения (n = 60)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Полное среднее	23	27,06	22	36,67
Среднее-специальное	45	52,94	28	46,67
Высшее	17	20,00	10	16,67

В группе сравнения преобладающая доля пациентов (46,67%, $n = 28$) имеют среднее специальное образование, 36,67% ($n = 22$) пациентов имеют полное

среднее образование, остальные 16,67% (n = 10) пациентов группы сравнения имеют высшее образование (Рисунок 4.9).

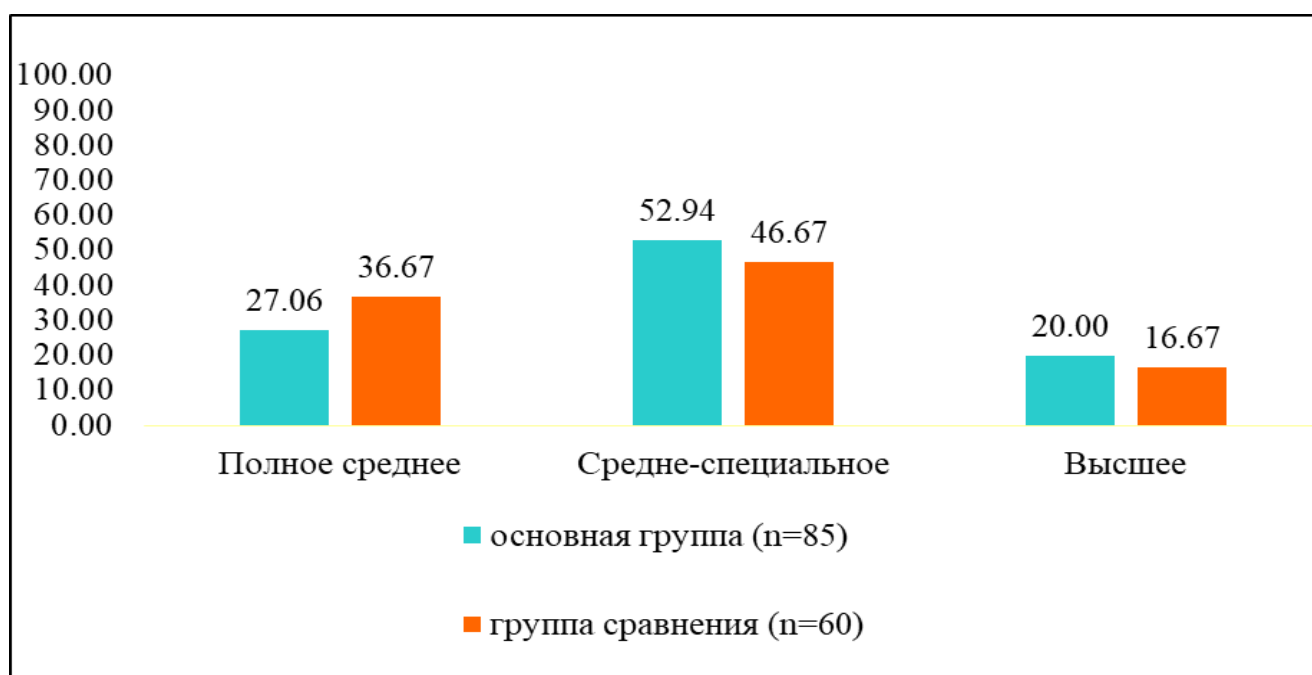


Рисунок 4.9 – Долевое соотношение пациентов анализируемых групп с дифференциацией по уровню образования

Таблица 4.7 – Долевое соотношение у пациентов анализируемых групп с дифференциацией по наличию/отсутствию работы

Социальный статус	Основная группа (n = 85)		Группа сравнения (n = 60)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Работает	24	28,24	38	63,33
Не работает	61	71,76	22	36,67

В меньшей степени в группе сравнения пациенты не работают (36,67%, n=22), тогда как в основной группе меньшая доля пациентов работает – 28,24% (n=24) (Рисунок 4.10).

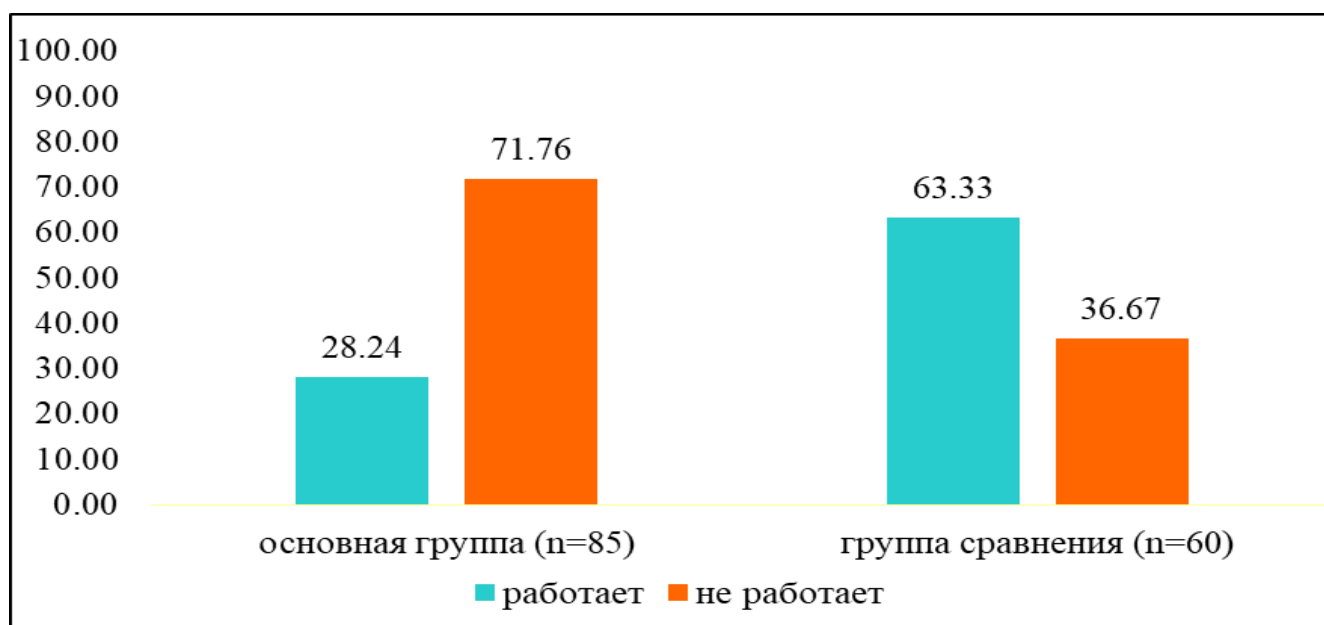


Рисунок 4.10 – Долевое соотношение пациентов анализируемых групп с дифференциацией по наличию/отсутствию работы

В зависимости от района проживания, как в основной группе пациентов, так и в группе сравнения преобладают лица, проживающие в городских условиях – 83,53% ($n = 71$) и 80,00% ($n = 48$) пациентов соответственно (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Долевое соотношение у пациентов анализируемых групп с дифференциацией по району проживания

Район проживания	Основная группа ($n = 85$)		Группа сравнения ($n = 60$)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Город	71	83,53	48	80,00
Сельская местность	14	16,47	12	20,00

В меньшей степени пациенты анализируемых групп сравнения представлены лицами, проживающими в сельской местности – 16,47% ($n = 14$) пациентов в основной группе и 20,00% ($n = 12$) пациентов в группе сравнения (Рисунок 4.11).

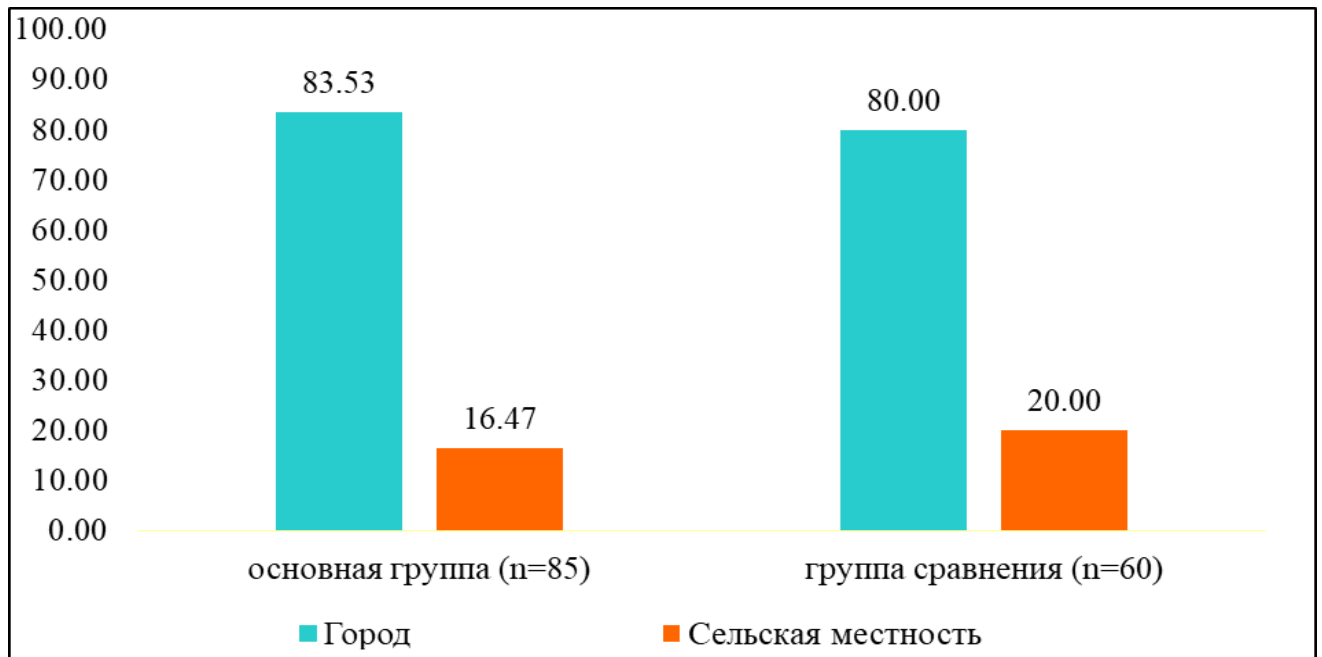


Рисунок 4.11 – Долевое соотношение пациентов анализируемых групп с дифференциацией по району проживания

Таким образом, в группе пациентов с коморбидностью ТБ и ТДР (основная группа) преобладают неработающие замужние женщины в возрасте 30–34 лет, со средним-специальным образованием, проживающие в своей квартире в городских условиях. Тогда как среди пациентов в группе сравнения преобладают работающие незамужние женщины со средним-специальным образованием в возрасте 30–34 лет, проживающие в своей квартире в городских условиях. При этом можно предположить влияние пола и возраста, а также отсутствия социальной активности (работы) на вероятность развития коморбидности ТБ и ТДР.

4.2. Сравнительная характеристика пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при туберкулезе и без установленного диагноза «туберкулез»

Психические расстройства классифицируются по двум основным нозологическим системам, МКБ-10 и DSM-IV-TR, состоящим из разных диагностических критериев. Была проведена диагностическая классификация

тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с ТБ легких в соответствии с диагнозом по МКБ-10. Результаты анализа психодиагностики пациентов в соответствии с диагнозом по МКБ-10 представлены в Таблице 4.9 и на Рисунке 4.12.

Таблица 4.9 – Диагностическая классификация тревожных и депрессивных расстройств у пациентов анализируемых групп в соответствии с диагнозом по МКБ-10

Диагноз по МКБ-10	Основная группа (n = 85)		Группа сравнения (n = 60)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
F06.48	5	5,88	4	6,67
F06.68	5	5,88	4	6,67
F32.00	6	7,06	1	1,67
F32.10	4	4,71	2	3,33
F32.11	5	5,88	1	1,67
F39	4	4,71	3	5,00
F34.0	4	4,71	7	11,67
F34.1	6	7,06	4	6,67
F41.9	9	10,59	1	1,67
F41.1	11	12,94	12	20,0
F41.2	13	15,29	5	8,33
F43.21	3	3,53	2	3,33
F43.22	6	7,06	10	16,67
F45.2	5	5,88	2	3,33
F40.00	0	0,0	1	1,67
Примечание: F06.48 – органическое тревожное расстройство в связи со смешанными заболеваниями, F06.68 – органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи со смешанными заболеваниями, F32.00 – депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов, F32.10 – депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов, F32.11 – депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами, F39 – расстройство настроения (аффективное расстройство), F34.0 – циклотимия, F34.1 – дистимия, F41.9 – тревожное расстройство неуточненное, F41.1 – генерализованное тревожное расстройство, F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство, F43.21 – пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, F43.22 – смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, F45.2 – ипохондрическое расстройство, F40.00 – агорафобия без панического расстройства.				

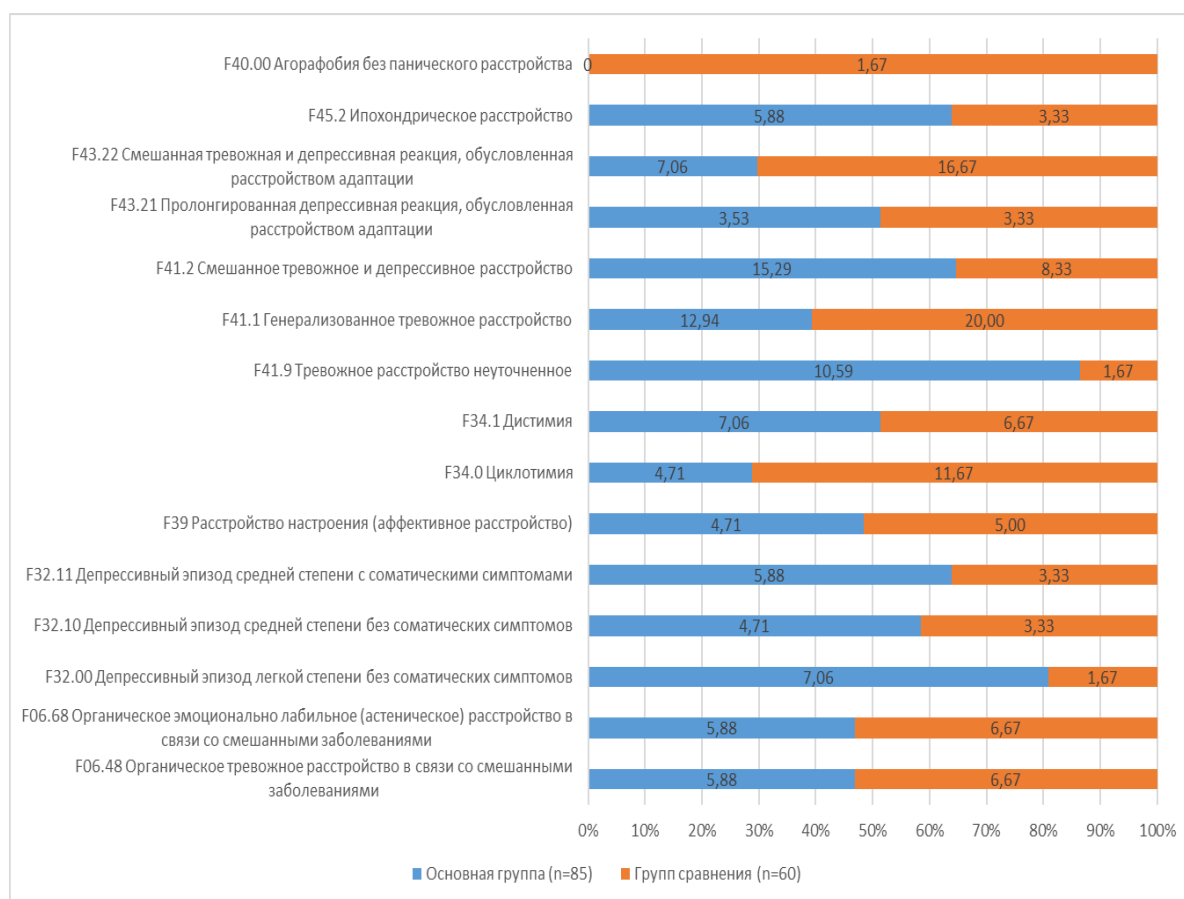


Рисунок 4.12 – Диагностическая классификация тревожных и депрессивных расстройств у пациентов анализируемых групп в соответствии с диагнозом по МКБ-10

У 12,94% ($n = 11$) пациентов с ТБ установлен диагноз F41.1 «генерализованное тревожное расстройство». На третьем месте по частоте регистрации среди пациентов с ТБ был установлен диагноз F41.9 «тревожное расстройство неуточненное» – у 10,59% ($n = 9$). В наименьшей степени в этой группе пациентов зарегистрирована частота диагноза F43.21 «пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» – у 3,53% ($n=3$).

В группе сравнения у наибольшей доли пациентов был установлен диагноз F41.1 «генерализованное тревожное расстройство» – у 20,0% ($n = 12$). На втором месте по частоте регистрации в группе сравнения был установлен диагноз F43.22 «смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» – у 16,67% ($n = 10$). На третьем месте по частоте регистрации в группе сравнения был установлен диагноз F34.0 «циклотимия» – у 11,67% ($n = 7$).

В наименьшей степени в группе сравнения зарегистрирована частота диагноза F41.9 «тревожное расстройство неуточненное» и F32.00 «депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов» – по 1,67% ($n = 1$) пациентов соответственно.

Таким образом, у пациентов с ТБ в большей степени выражено смешанное тревожное и депрессивное расстройство, тогда как в группе сравнения преобладает генерализованное тревожное расстройство.

На следующем этапе был проведен сравнительный анализ данных психодиагностики тревоги и депрессии основной группы (85 пациентов с ТБ легких в активной фазе заболевания в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля) и группы сравнения (60 пациентов без ТБ, направленные на консультацию психиатра) по данным исследования с помощью шкал Гамильтона для оценки тревоги и депрессии.

Результаты психодиагностики тревоги и депрессии по шкале Гамильтона представлены в Таблице 4.10.

Таблица 4.10 – Оценка тревоги и депрессии по шкале Гамильтона

Шкала	Уровень	Группа			
		Основная группа ($n = 85$)		Группа сравнения ($n = 60$)	
		Кол-во	%	Кол-во	%
Тревога	Симптомов нет либо низкий уровень	0	0	0	0
	Средняя степень выраженности	56	65,88	33	55,0
	Высокая степень выраженности	29	34,12	27	45,00
Депрессия	Симптомов нет либо низкий уровень	17	20,00	22	36,67
Депрессия	Симптомов нет либо низкий уровень	17	20,00	22	36,67
	Средняя степень выраженности	42	49,41	31	51,67
	Высокая степень выраженности	26	30,59	7	11,67
Сочетание тревоги и депрессия	Симптомов нет либо низкий уровень	38	44,7	45	75,0
	Средняя степень выраженности	34	40,0	11	18,3
	Высокая степень выраженности	12	14,1	4	6,7

В группе сравнения полученные данные психодиагностики в меньшей степени показали наличие более тяжелых форм проявления тревоги и депрессии: у 4 (6,7%) пациентов выявлены тревога и депрессия тяжелой степени, у 11 (18,3%) – тревога и депрессия средней степени, у остальных 45 (75%) пациентов выявлен легкий уровень проявления тревоги и депрессии.

Анализ ответов по шкалам методики дал более развернутые показатели состояния пациентов анализируемых групп. Так, у 1 (16,5%) пациента в основной группе и у 8 (13,3%) пациентов группы сравнения отмечено наличие депрессивного настроения: печаль, безнадежность, беспомощность, бесполезность, подавленность, унылость, меланхолия, дисфория, слезливость. Депрессивное настроение было вербально подтверждено при прямом вопросе (при утвердительном ответе на вопрос «Вы чувствовали себя подавленным, грустным, безнадежным, беспомощным или бесполезным?»), при этом оценка состояния была снижена.

Невербальные проявления подавленного настроения (например, плач, угрюмая поза, хмурый взгляд) во время интервью получали более высокую оценку. У 4 (4,7%) пациентов в основной группе и у 9 (15,0%) пациентов группы сравнения отмечено снижение интереса к работе и досугу/хобби. Относительно нормальный интерес и вовлеченность, с некоторыми трудностями (например, мысли о усталости, связанные с работой/деятельностью), был оценен менее высоким баллом. Ситуация, когда пациент перестал работать из-за болезни, отсутствие социальной активности или потеря интереса, у него оценивалась выше.

У 3 (3,5%) пациентов в основной группе и у 8 (13,3%) пациентов группы сравнения отмечена потеря сексуального интереса. Соматические симптомы в виде снижения аппетита отмечены у 32 (37,6%) пациентов в основной группе и у 10 (16,7%) пациентов группы сравнения. Меньший процент пациентов замечает снижение аппетита, но продолжают регулярно питаться, тогда как большинство опрошенных пропускают приемы пищи, замечают, что кушают меньше, когда их

никто не уговаривает поесть, или принимают лекарства от проблем с желудком или кишечником.

Повышение аппетита и изменение предпочтений в еде в сторону большего количества углеводов и увеличение фактического потребления продуктов питания среди пациентов не выявлено. Соматические симптомы в виде потери веса из-за тревоги и/или депрессии отмечены у 45 (52,9%) пациентов в основной группе и у 18 (30%) пациентов группы сравнения, тогда как только у 3 (5%) пациентов группы сравнения выявлены симптомы в виде увеличения веса.

Соматические симптомы в виде бессонницы из-за тревоги и/или депрессии отмечены у 16 (52,9%) пациентов в основной группе и у 18 (30%) пациентов группы сравнения. У большинства пациентов отмечена ранняя (начальная) бессонница, некоторые респонденты сообщают о неустойчивом графике сна. Общие соматические симптомы (например, утомляемость/упадок сил, боли, тяжесть, низкая активность, мышечная усталость и т.д.) отмечены у 50 (58,8%) пациентов в основной группе и у 32 (53,3%) пациентов группы сравнения.

Наличие чувства вины выявлено у 11 (12,9%) пациентов в основной группе и у 13 (21,7%) пациентов группы сравнения. Присутствовали заявления о самоупреках в том, что пациенты не успевают сделать что-то дома или на работе из-за текущих тревожных и/или депрессивных симптомов; у некоторых отмечено чувство вины за события, которые произошли давным-давно.

Мысли о том, что жизнь не стоит того, чтобы жить, присутствовали у 5 (5,9%) пациентов в основной группе и у 11 (18,3%) пациентов группы сравнения. Такие пациенты одобряли пассивные мысли о собственной смерти, но без определенного плана действий или намерения действовать. Часть пациентов обеих групп (39 (45,9%) пациентов в основной группе и 19 (31,7%) пациентов группы сравнения) подтверждали, что чувствуют себя более напряженными, раздражительными, склонными к спорам или нетерпеливыми по сравнению с нормой.

У 63 (74,1%) пациентов в основной группе и у 45 (75%) пациентов группы сравнения присутствует тревожность. При этом у 43 (50,6%) пациентов в

основной группе и у 29 (48,3%) пациентов группы сравнения присутствует соматическая тревога. Деперсонализация и дереализация в виде каких-либо раскрытых когнитивных симптомов депрессии, такие как недиссоциативная забывчивость или трудности с концентрацией внимания, выявлена у 8 (9,4%) пациентов в основной группе и у 3 (5%) пациентов группы сравнения.

Параноидальные, obsессивные и компульсивные симптомы (дистресс, связанный с навязчивыми идеями или компульсиями) в анализируемых группах были выявлены у 5 (5,8%) пациентов в основной группе и у 7 (11,7%) пациентов группы сравнения. В целом при сравнении групп с помощью критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые отличия в показателе уровня депрессивного расстройства (Таблица 4.11, Рисунок 4.13).

Таблица 4.11 – Результаты сравнения анализируемых групп с помощью критерия Манна–Уитни по показателю шкалы Гамильтона для оценки тревоги и депрессии, $M \pm m$

Шкала	Основная группа ($n = 85$)	Группа сравнения ($n = 60$)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
Тревога	$11,6 \pm 5,4$	$8,1 \pm 3,7$	0,00001
Депрессия	$9,2 \pm 4,8$	$6,1 \pm 3,7$	0,00001
Тревога и депрессия	$10,2 \pm 5,4$	$7,1 \pm 3,8$	0,00001

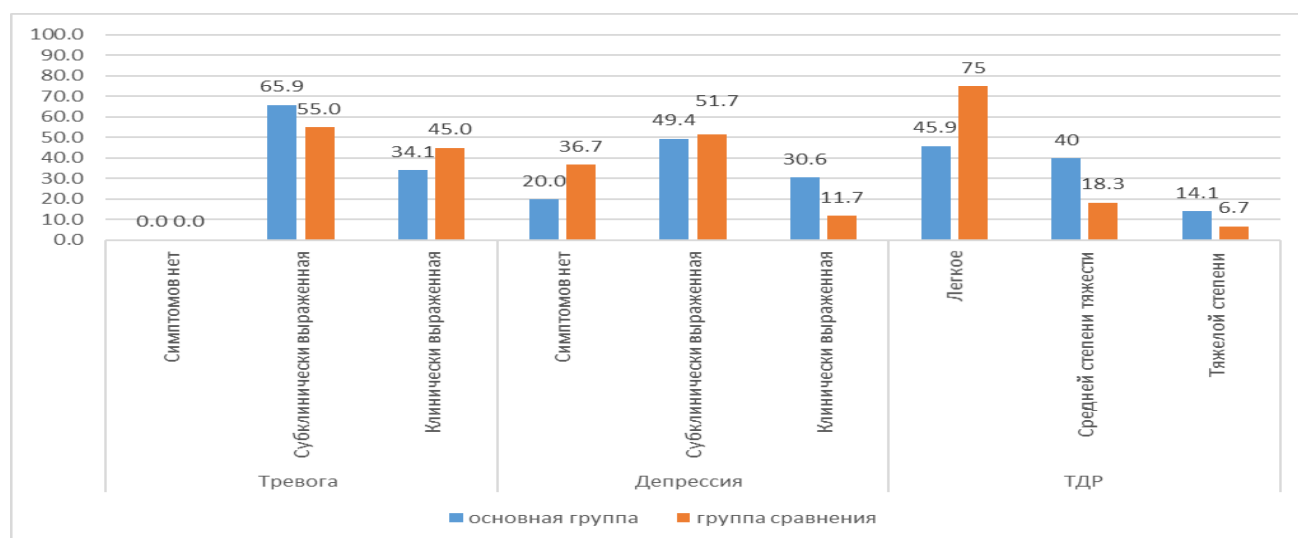


Рисунок 4.13 – Уровни тревоги и депрессии среди пациентов анализируемых групп, %

В основной основной группе выявлен более высокий показатель уровня тяжести проявления тревоги и депрессии – $10,2 \pm 5,4$ балла (легкий уровень) при $\max 20$ и $\min 4$ балла, чем в группе сравнения, где анализируемый показатель составил $7,1 \pm 3,8$ балла (легкий уровень) при $\max 19$ и $\min 3$ балла ($p < 0,001$).

Таким образом, 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 (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%.

На следующем этапе нами проведено исследование связи астении и туберкулезной инфекции. Тяжелые симптомы астении приводят к пагубным социальным и экономическим последствиям и заметному ухудшению качества жизни пациента. Состояние общей инвалидности, связанное с синдромом хронической усталости у пациента с ТБ, требует дополнительного лечения, из чего можно предположить наличие возможной связи симптомов усталости с туберкулезной инфекцией.

Результаты сравнения уровня астении у пациентов основной группы и группы сравнения представлены в Таблице 4.12. Так, согласно полученным данным, в основной группе в выраженной степени ее проявления астения наблюдается у 17 (20%) пациентов, у 16 (18,8%) пациентов выявлена умеренная астения, тогда как у 52 (61,2%) пациентов выявлена слабая астения. В отличие от этого, в группе сравнения у 8 (13,3%) пациентов выявлена слабая астения.

Таблица 4.12 – Результаты психодиагностики основной группы и группы сравнения с помощью Шкалы астенического состояния

Уровень	Группа			
	Основная группа (n=85)		Группа сравнения (n=60)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Отсутствие астении	0	0,0	52	86,7
Слабая астения	52	61,2	8	13,3

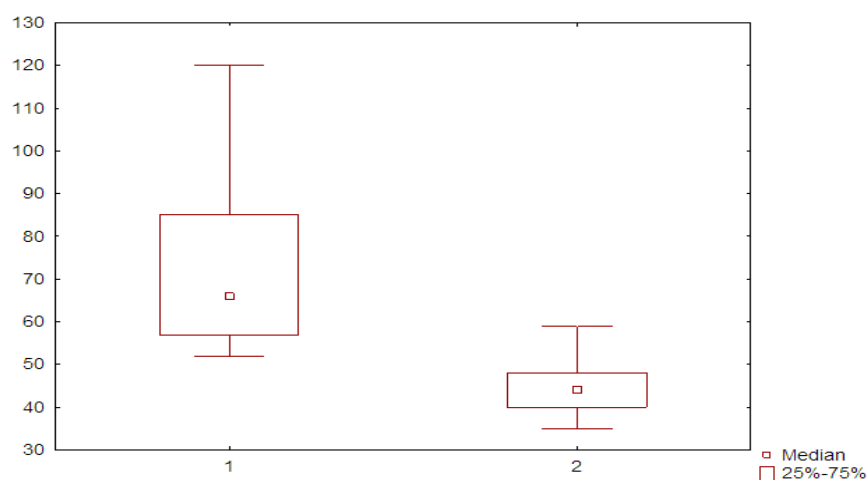
Продолжение Таблицы 4.12

Уровень	Группа			
	Основная группа (n=85)		Группа сравнения (n=60)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Умеренная астения	16	18,8	0	0,0
Выраженная астения	17	20,0	0	0,0

Астенический синдром практически всегда присутствует в спектре психоэмоциональных расстройств и может значительно снизить продуктивность пациентов и качество их жизни. Следует отметить, что в нашем исследовании 100% пациентов с ТБ предъявляли жалобы, характерные для астенического синдрома, с преобладанием типов астенического синдрома от слабой до крайней степени тяжести. В целом при сравнении групп с помощью критерия Манна–Уитни выявлены статистически значимые отличия в показателе уровня астенического синдрома (Таблица 4.13, Рисунок 4.14).

Таблица 4.13 – Результаты сравнения групп с помощью критерия Манна-Уитни по показателю Шкалы астенического состояния, $M \pm m$

Шкала	Основная группа (n = 85)	Группа сравнения (n = 60)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
Астеническое расстройство	75,02 ± 21,8	44,25 ± 6,5	0,00001



Основная группа (n = 85)

Группа сравнения (n = 60)

Рисунок 4.14 – Диапазон результатов по показателю Шкалы астенического состояния

В основной группе выявлен более высокий показатель астенического расстройства, который составил $75,02 \pm 21,8$ балла (умеренная астения) при максимальном значении 120 и минимальном 52 балла, чем в группе сравнения, где уровень астении составил $44,25 \pm 6,5$ балла (отсутствие астенического расстройства) при максимальном 59 и минимальном 35 балла ($p < 0,001$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что астенический симптомокомплекс является обязательной составляющей у контингента пациентов с ТБ легких и сопутствующими ТДР, проходящих длительное лечение в условиях фтизиатрического стационара и принимающих широкий спектр лекарственных препаратов, включая те, которые обладают нейротоксическим действием.

Таким образом, в основной группе выявлен более высокий показатель астении с вероятной его связью с основным заболеванием (ТБ).

Оценка стресса в виде соматических симптомов является ключевой в эпидемиологических исследованиях, поскольку известно, что они снижают качество жизни, связанное со здоровьем, и связаны с более широким использованием медицинских услуг. Независимо от их причин, соматические симптомы указывают на страдание, дистресс и обращение за помощью. Результаты сравнения проявления тех или иных психосоматических жалоб у пациентов основной группы и группы сравнения представлены в Таблице 4.14.

Таблица 4.14 – Частотный анализ результатов Гиссенского опросника психосоматических жалоб у групп исследования и контроля

Шкала	Выраженность	Группа			
		Основная группа (n = 85)		Группа сравнения (n = 60)	
		Кол-во	%	Кол-во	%
Истощение (шкала E)	Высокая	61	71,76	11	18,33
	Низкая	24	28,23	49	81,66
Желудочные жалобы (шкала M)	Высокая	2	2,35	4	6,66
	Низкая	83	97,64	56	93,33
Ревматические жалобы (шкала G)	Высокая	7	8,23	10	16,66
	Низкая	78	91,76	50	83,33
Сердечные жалобы (шкала H)	Высокая	8	9,41	15	25
	Низкая	77	90,58	45	75

Продолжение Таблицы 4.14

Шкала	Выраженность	Группа			
		Основная группа (n = 85)		Группа сравнения (n = 60)	
		Кол-во	%	Кол-во	%
Интенсивность субъективных недомоганий	Низкая	77	90,58	45	75
	Высокая	68	80,0	17	28,3
	Низкая	17	20,0	43	71,66

Согласно полученным данным, частотное распределение психосоматических жалоб достоверно различается по всем шкалам методики. Стоит обратить внимание, что среди пациентов основной группы наиболее часто встречается повышенный уровень недомоганий, связанных с истощением (71,76%). Соответственно, эта шкала опросника наиболее информативна при изучении возможного риска снижения уровня адаптации пациентов с ТБ, проявляющегося через жалобы на соматическое неблагополучие до нозологического уровня.

При сравнении средних показателей по шкалам опросника среди пациентов анализируемых групп с помощью критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые отличия в показателях всех шкал, что отражает большую выраженность всех групп симптомов и общей интенсивности жалоб у пациентов с ТБ (Таблица 4.15, Рисунок 4.15).

Таблица 4.15 – Результаты сравнения групп с помощью критерия Манна–Уитни по показателю Шкал психосоматических жалоб Гиссенского опросника, $M \pm m$

Шкала	Основная группа (n = 85)	Группа сравнения (n = 60)	Различия между группами по U*-критерию (p ≤ 0,05)
Истощение (шкала E)	12,6 ± 4,4	7,9 ± 3,05	0,00001
Желудочные жалобы (шкала M)	0,3 ± 0,8	2,3 ± 1,9	0,00001
Ревматические жалобы (шкала G)	6,2 ± 1,2	3,9 ± 3,05	0,00006
Сердечные жалобы (шкала H)	0,6 ± 1,03	1,9 ± 2,06	0,00517
Интенсивность субъективных недомоганий	19,7 ± 5,1	16,1 ± 5,1	0,00014

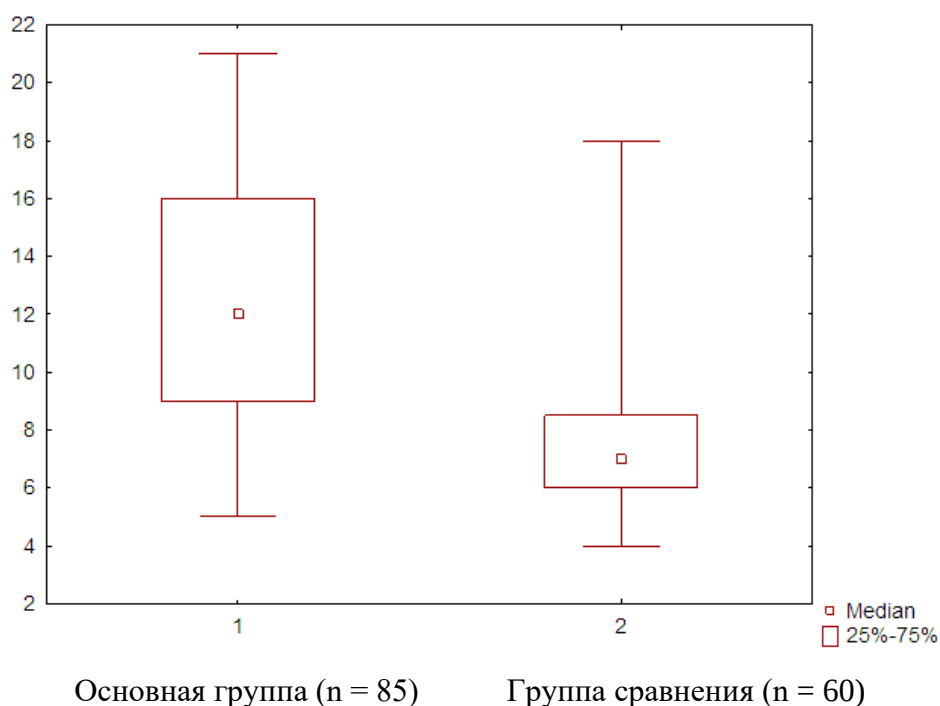


Рисунок 4.15 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб на истощение

Так, в основной группе выявлен более высокий показатель по шкале «Истощение», который был на уровне $12,6 \pm 4,4$ балла при max 21 и min 5 баллах, чем в группе сравнения, где интенсивность жалоб на истощение составила $7,9 \pm 3,05$ балла при max 18 и min 4 баллах ($p < 0,001$) (Рисунок 4.15). У этих пациентов часто беспокоит быстрая истощаемость, вялость, присутствует ощущение слабости и усталости.

В основной группе выявлен менее высокий показатель по шкале «Желудочные жалобы», который был на уровне $0,3 \pm 0,8$ балла при max 4 и min 0 баллов, чем в группе сравнения, где интенсивность желудочных жалоб была выше и составила $2,3 \pm 1,9$ балла при max 5 и min 0 баллов ($p < 0,001$) (Рисунок 4.16).

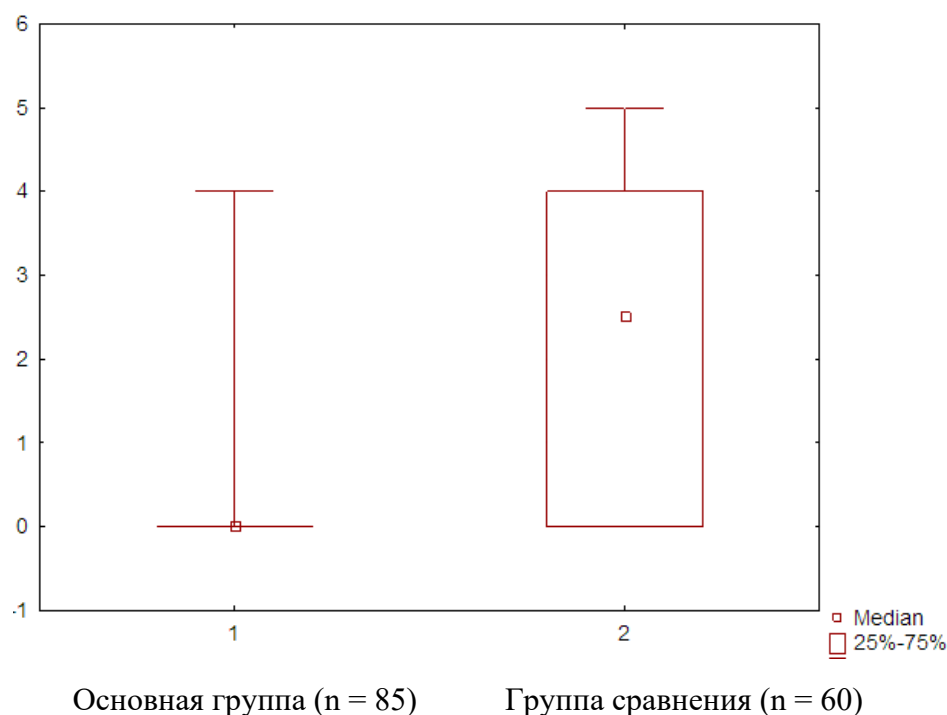


Рисунок 4.16 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб по шкале «Желудочные жалобы»

У этих пациентов присутствует синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий.

В основной группе выявлен более высокий показатель по шкале «Ревматические жалобы», который был на уровне $6,2 \pm 1,2$ балла при max 8 и min 4 баллах, чем в группе сравнения, где интенсивность желудочных жалоб была ниже и составила $3,9 \pm 3,05$ балла при max 8 и min 0 баллов ($p < 0,001$) (Рисунок 4.17). У этих пациентов присутствуют субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер.

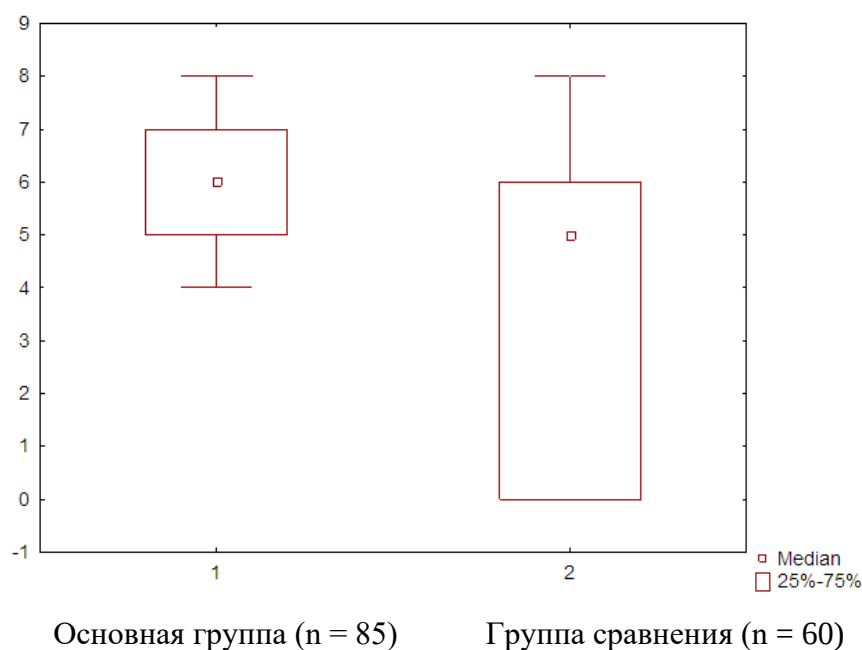


Рисунок 4.17 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб по шкале «Ревматические жалобы»

В основной группе выявлен менее высокий показатель по шкале «Сердечные жалобы», который был на уровне $0,6 \pm 1,03$ балла при max 4 и min 0 баллах, чем в группе сравнения, где интенсивность желудочных жалоб была выше и составила $1,9 \pm 2,06$ балла при max 5 и min 0 баллах ($p < 0,001$) (Рисунок 4.18).



Рисунок 4.18 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб по шкале «Сердечные жалобы»

Эти пациенты локализуют свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере.

Таким образом, 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 варьировались с меньшей интенсивностью.

Интенсивность субъективных недомоганий в группе пациентов с ТБ также была выше, чем в группе сравнения, и составила $19,7 \pm 5,1$ балла при max 30 и min 10 баллах, в сравнении с $16,1 \pm 5,1$ балла при max 29 и min 6 баллах соответственно ($p < 0,001$) (Рисунок 4.19).

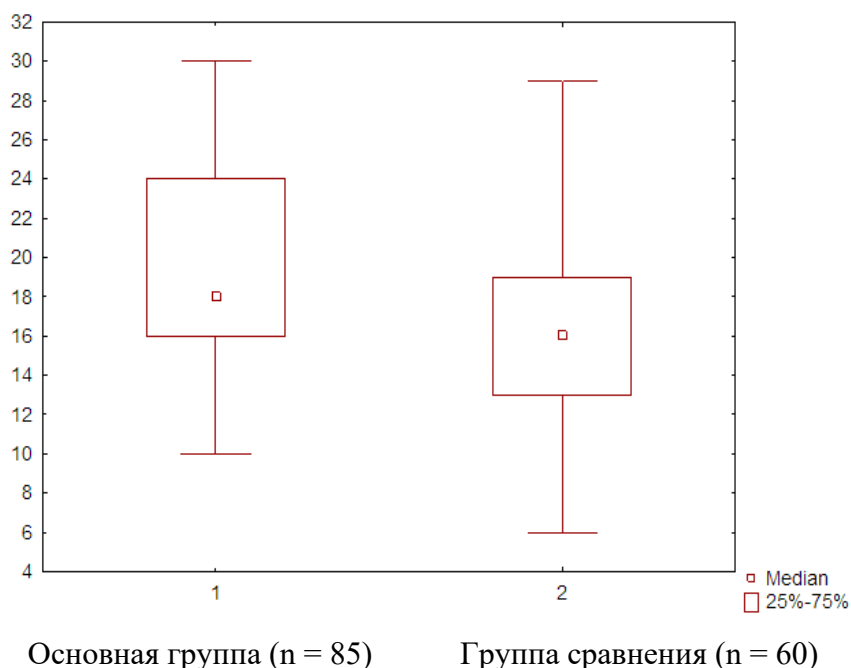


Рисунок 4.19 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб по шкале «Интенсивность субъективных недомоганий»

Проявления симптомов и изменения при психических заболеваниях могут быть малозаметными. Даже небольшие неточности в измерении могут привести к переоценке или недооценке изменений. Социальное функционирование является важным параметром исхода лечения пациентов с ТДР, поскольку дефицит в психосоциальной сфере является основным признаком такого рода патологий.

Таким образом, необходима более точная оценка для определения уровня функционирования пациентов и его изменений в процессе лечения.

Среди пациентов с ТБ достоверно преобладали интенсивные субъективные соматические жалобы (у 80%), преимущественно ассоциированные с явлениями нервно-психического истощения (у 71,8%), тогда как в группе сравнения отмечались соматические жалобы низкой интенсивности, в большей степени связанные с сердечно-сосудистой системой (у 25%).

При психических расстройствах вегетососудистая дисфункция проявляется в первую очередь через эмоционально-личностные нарушения. В частности, могут иметь место различные формы эндогенной депрессии в замаскированном виде, так и в виде выраженного синдрома при данной патологии. Следовательно, во время протекания психических заболеваний четко доминируют психопатологические синдромы, характеризующиеся тем, что вегетативные симптомы перекрываются сенсомоторными, равно как и при органических церебральных нарушениях.

При сравнении средних показателей по опроснику оценки признаков вегетативных изменений среди пациентов анализируемых групп с помощью критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые отличия в показателях признаков вегетативных изменений, что отражает особенности течения заболевания у пациентов с ТБ (Таблица 4.16).

Таблица 4.16 – Результаты оценки признаков вегетативных изменений у пациентов основной группы и группы сравнения

Основная группа ($n = 85$)	Групп контроля ($n = 60$)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
$19,4 \pm 4,2$	$14,9 \pm 3,5$	0,00064

Так, в основной группе выявлен менее высокий показатель наличия признаков вегетативных изменений, который был на уровне $19,4 \pm 4,2$ балла (показатель наличия признаков вегетативных изменений) при max 27 баллов

(повышенный показатель) и min 12 баллов (показатель нормы), чем в группе сравнения, где показатель по анализируемой шкале составил $14,9 \pm 3,5$ балла (показатель нормы) при max 25 баллов (показатель наличия признаков вегетативных изменений) и min 10 баллов (низкий показатель) ($p < 0,001$) (Рисунок 4.20).

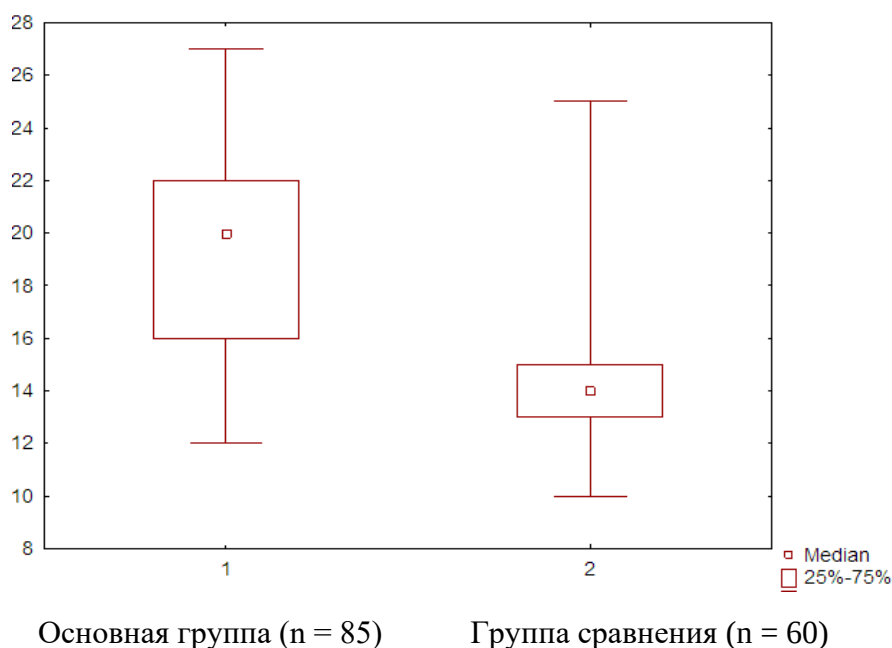


Рисунок 4.20 – Диапазон результатов по показателю наличия признаков вегетативных изменений у пациентов основной группы и группы сравнения.

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 и 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 и снижением двигательной активности. У больных наблюдается неконтролируемая тревога вне зависимости от конкретного жизненного события. Таким образом, в исследуемых группах

получены также значимые различия в выраженности вегетативных изменений, которые в основной клинической группе в среднем превышали пороговые показатели, что позволяет говорить о наличии у большинства пациентов с ТБ вегетативных дисфункций, аффилированных с комплексом аффективных, астенических и поведенческих нарушений.

Результаты психодиагностики социально ориентированного и социального функционирования у пациентов основной группы и группы сравнения представлены в Таблице 4.17.

Таблица 4.17 – Результаты психодиагностики социально ориентированного и социального функционирования у пациентов с туберкулезом и группы сравнения

Уровень (n= 85)	Баллы Группа сравне ния (n= = 60)	Группа			
		Основная группа		Группа сравнения (n=60)	
			%	Кол- во	%
		Кол- во	0	0	0
Полноценное функционирование	100-91	0	2,35	10	16,6
Хороший уровень функционирования	90-81	2	20,00	14	23,3
Небольшие затруднения в одной или более областях а-с	80-71	17	22,35	17	28,3
Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения	70-61	19	22,35	5	8,3
Значительные затруднения в одной области	60-51	19	21,18	4	6,7
Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях	50-41	18	8,24	7	11,7
Сильно выраженные затруднения в одной области	40-31	7	3,53	3	5
Сильно выраженные затруднения в двух областях	30-21	3	0,00	0	0
Сильно выраженные нарушения во всех областях	20-11	0	0,00	0	0
Примечание: а – социально полезная деятельность, включая работу и учебу; b – отношения с близкими и прочие социальные отношения, с – самообслуживание, d – тревожное и агрессивное поведение.					

Так, согласно полученным данным, хороший уровень функционирования во всех сферах социально ориентированного и социального функционирования выявлен у 2 (2,35%) пациентов в основной группе и у 10 (16,6%) пациентов группы сравнения. Небольшие затруднения в одной или более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 17 (20%) пациентов в основной группе и у 14 (23,3%) пациентов группы сравнения. Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 19 (22,35%) пациентов в основной группе и у 17 (28,3%) пациентов группы сравнения. Значительные затруднения в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 19 (22,35%) пациентов в основной группе и у 5 (8,3%) пациентов группы сравнения. Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях, или сильно выраженные затруднения в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 18 (21,18%) пациентов в основной группе и у 4 (6,7%) пациентов группы сравнения.

Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 7 (8,24%) пациентов в основной группе и у 7 (11,7%) пациентов группы сравнения. Сильно выраженные затруднения в двух и более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 3 (3,53%) пациентов в основной группе и у 3 (5%) пациентов группы сравнения.

Далее представим результаты оценки уровня выраженности социально ориентированного и социального функционирования в отдельных областях (Рисунок 4.20). Так, 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 отмечаются значительное влияние в

виде тревожного и агрессивного поведения при заметном проявлении затруднения в отношениях с близкими и прочих социальных отношениях.

При сравнении средних показателей с помощью критерия Манна–Уитни выявлены статистически значимые отличия в уровнях выраженности социально ориентированного и социального функционирования в отдельных областях между основной группой и группой сравнения, что отражает особенности социально ориентированного и социального функционирования пациентов с ТБ (Таблица 4.18, Рисунок 4.21).

Таблица 4.18 – Отражает особенности социально ориентированного и социального функционирования пациентов с ТБ

Основная группа (<i>n</i> = 85)	Группа сравнения (<i>n</i> = 60)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
50,3 ± 19,7	64,3 ± 13,4	0,00005

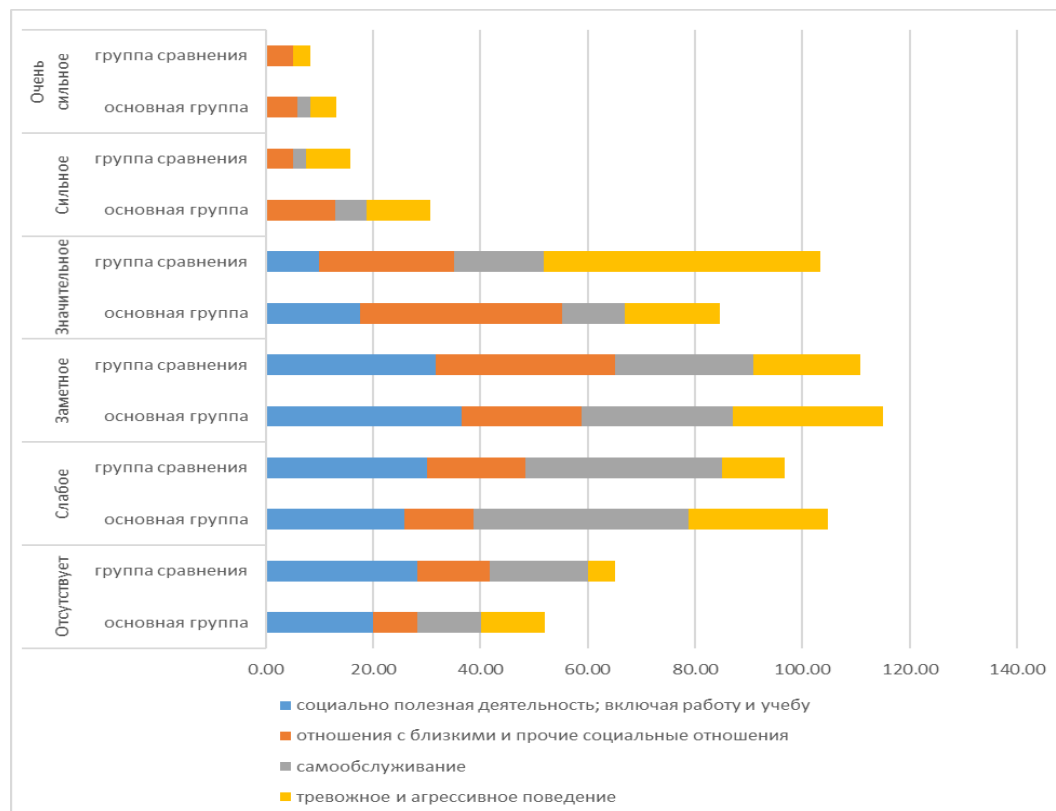


Рисунок 4.21 – Особенности социально ориентированного и социального функционирования среди пациентов основной группы и группы сравнения

Так, в основной группе выявлен более низкий уровень выраженности социально ориентированного и социального функционирования, который был на уровне $50,3 \pm 19,7$ балла (max 80, min 21 балл) по сравнению с группой сравнения, где показатель социально ориентированного и социального функционирования составил $64,3 \pm 13,4$ балла (max 84, min 35 балл) ($p < 0,001$) (Рисунок 4.22).

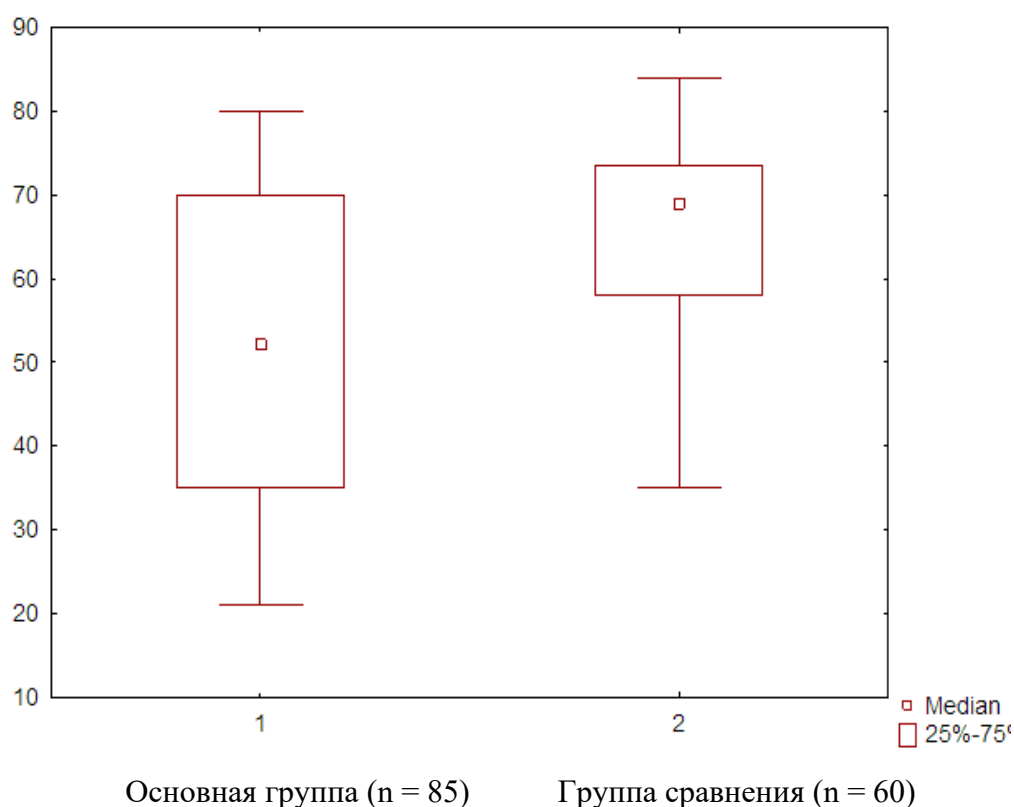


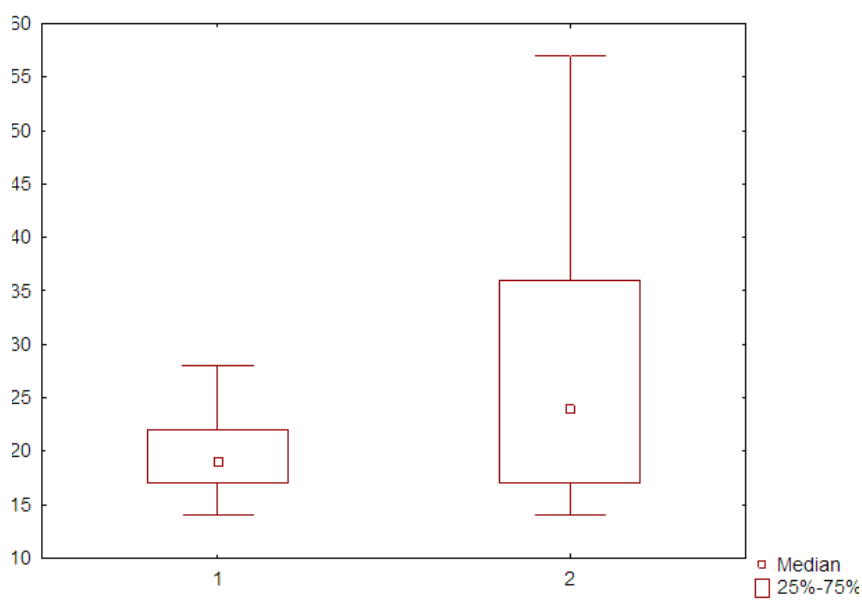
Рисунок 4.22 – Диапазон результатов по показателю выраженности социально ориентированного и социального функционирования среди пациентов основной группы и группы сравнения, %

При сравнении средних показателей по шкалам опросника оценки КЖ среди пациентов анализируемых групп с помощью критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые отличия в показателях всех шкал, что отражает особенности всех шкал КЖ у пациентов с ТБ (Таблица 4.19).

Таблица 4.19 – Результаты оценки КЖ у пациентов основной группы и группы сравнения

Шкала	Основная группа (n = 85)	Группа контроля (n = 60)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
Сфера 1. Физическое и психологическое благополучие	$19,8 \pm 4,1$	$27,5 \pm 12,2$	0,00064
Сфера 2. Самовосприятие	$20,4 \pm 4,1$	$43,5 \pm 6,1$	0,000001
Сфера 3. Микросоциальная поддержка	$32,2 \pm 13,6$	$48,03 \pm 12,6$	0,000001
Сфера 4. Социальное благополучие	$20,6 \pm 4,4$	$25,5 \pm 10,5$	0,02248

Так, в основной группе выявлен менее высокий показатель по шкале «Физическое и психологическое благополучие», который был на уровне $19,8 \pm 4,1\%$ (низкий показатель) при max 28% (пониженный показатель) и min 14% (низкий показатель), чем в группе сравнения, где показатель по анализируемой шкале составил $27,5 \pm 12,2\%$ при max 57% (средний показатель) и min 14% (низкий показатель) ($p < 0,001$) (Рисунок 4.23).



Основная группа (n = 85)

Группа сравнения (n = 60)

Рисунок 4.23 – Диапазон результатов по показателю шкалы «Физическое и психологическое благополучие» у пациентов основной группы и группы сравнения

В основной группе выявлен менее высокий показатель по шкале «Самовосприятие», который был на уровне $20,4 \pm 4,1\%$ (пониженный показатель) при max 29% (пониженный показатель) и min 15% (низкий показатель), чем в группе сравнения, где показатель по анализируемой шкале составил $43,5 \pm 6,1\%$ при max 59% (средний показатель) и min 35% (пониженный показатель) ($p < 0,001$) (Рисунок 4.24).

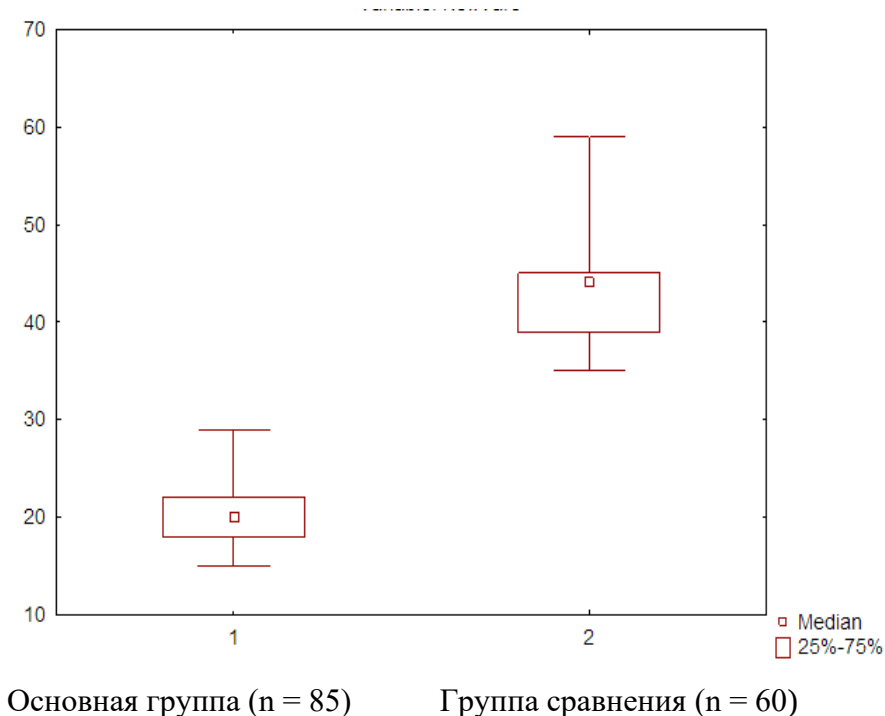


Рисунок 4.24 – Диапазон результатов по показателю шкалы «Самовосприятие» у пациентов основной группы и группы сравнения

В основной группе выявлен менее высокий показатель по шкале «Микросоциальная поддержка», который был на уровне $32,2 \pm 13,6\%$ (пониженный показатель) при max 59% (средний показатель) и min 15% (низкий показатель), чем в группе сравнения, где показатель по анализируемой шкале составил $48,03 \pm 12,6\%$ при max 79% (повышенный показатель) и min 35% (средний показатель) ($p < 0,001$) (Рисунок 4.25).

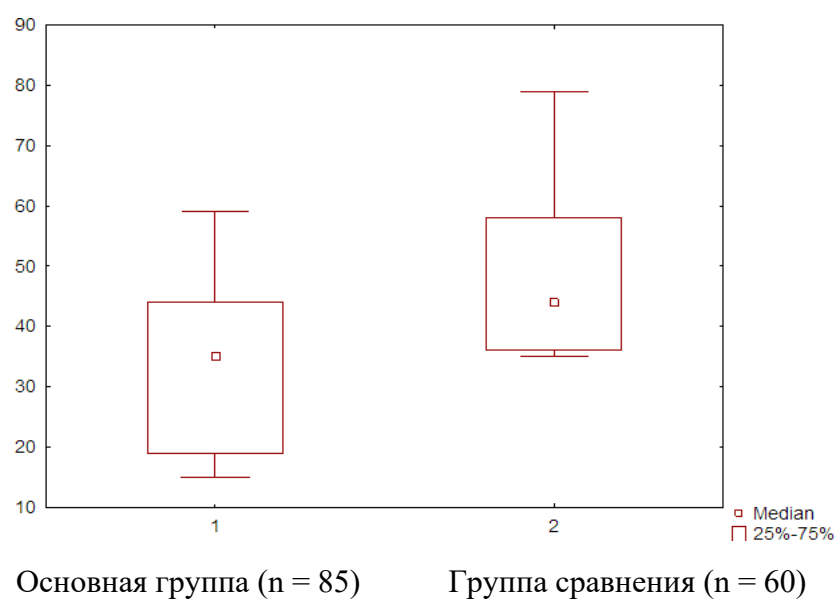


Рисунок 4.25 – Диапазон результатов по показателю шкалы «Микросоциальная поддержка» у пациентов основной группы и группы сравнения

В основной группе выявлен менее высокий показатель по шкале «Социальное благополучие», который был на уровне $20,6 \pm 4,4\%$ (пониженный показатель) при max 28% (пониженный показатель) и min 14% (низкий показатель), чем в группе сравнения, где показатель по анализируемой шкале составил $25,5 \pm 10,5\%$ при max 57% (пониженный показатель) и min 14% (низкий показатель) ($p < 0,001$) (Рисунок 4.26).

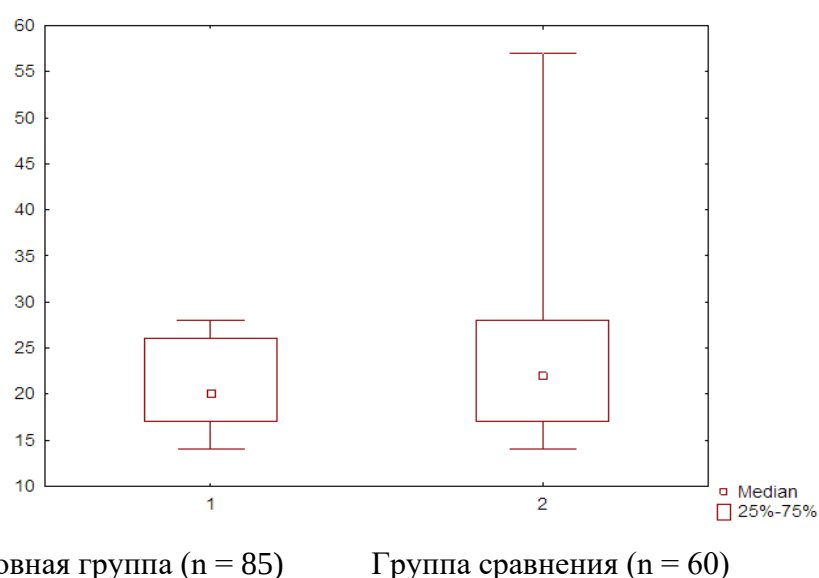


Рисунок 4.26 – Диапазон результатов по показателю шкалы «Социальное благополучие» у пациентов основной группы и группы сравнения

Таким образом, в группе пациентов с ТБ отмечаются более низкие показатели качества жизни в сфере физического и психологического благополучия, в сфере самовосприятия, в сфере микросоциальной поддержки и социального благополучия.

4.3. Сравнительная характеристика пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при туберкулезе в зависимости от длительности пребывания в условиях стационара

В процессе психодиагностики основная группа пациентов (коморбидность ТБ и ТДР) была разделена в зависимости от срока пребывания в стационаре на две подгруппы:

- подгруппа 1А – 44 пациента – срок пребывания которых в стационаре на момент исследования не превышал 2 месяца;
- подгруппа 1Б – 41 пациент – срок пребывания которых в стационаре на момент исследования был более 2 месяцев.

Результаты психодиагностики подгрупп пациентов основной группы с помощью шкалы Гамильтона для оценки тревожности и депрессии представлены в Таблице 4.20.

Таблица 4.20 – Результаты психодиагностики подгрупп пациентов основной группы с помощью шкалы Гамильтона для оценки тревожности и депрессии

Уровень	Подгруппа 1А (n = 44)		Подгруппа 1Б (n = 41)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Средний уровень тяжести тревоги и депрессии	36	81,82	28	68,29
Средний уровень тяжести тревоги и высокий уровень депрессии	1	2,27	2	4,88
Высокий уровень тревоги при среднем уровне тяжести депрессии	1	2,27	3	7,32
Высокий уровень тяжести тревоги и депрессии	2	4,55	8	19,51

Так, согласно полученным результатам, в подгруппе 1А и подгруппе 1Б преобладает доля пациентов с средним уровнем тяжести тревоги и депрессии – 81,82% ($n = 36$) и 68,29% ($n = 28$) пациентов соответственно (Рисунок 4.27).

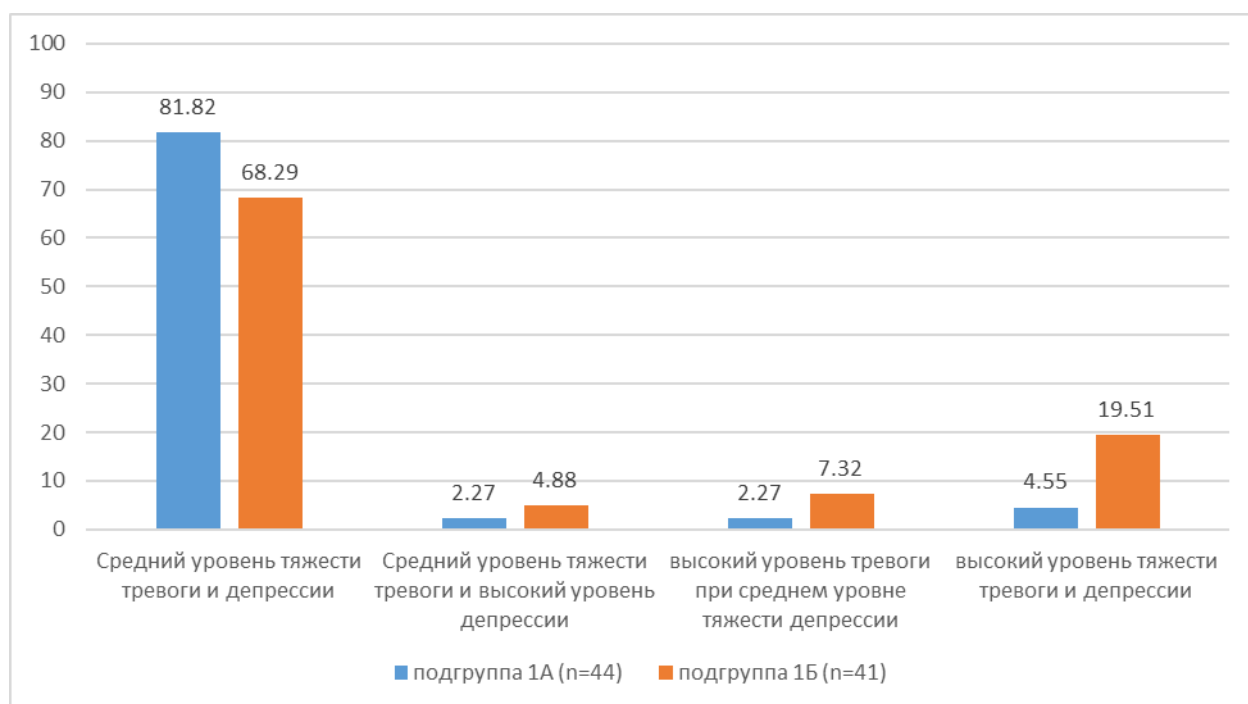


Рисунок 4.27 – Уровень тревоги и депрессии по шкалам Гамильтона среди пациентов с ТБ в зависимости от срока пребывания в стационаре

У 2,27% ($n = 1$) пациентов в подгруппе 1А и 4,88% ($n = 2$) пациентов в подгруппе 1Б отмечено наличие среднего уровня тяжести тревоги и высокий уровень выраженности депрессии.

У 2,27% ($n = 1$) пациентов в подгруппе 1А и 7,32% ($n = 3$) пациентов в подгруппе 1Б выявлен высокий уровень тревоги при среднем уровне тяжести депрессии.

У остальных 4,55% ($n = 4$) пациентов в подгруппе 1А и 19,51% ($n = 8$) пациентов в подгруппе 1Б выявлен высокий уровень тяжести тревоги и депрессии.

Таким образом, у большинства пациентов обеих подгрупп наблюдалось сочетание тревоги и депрессии в легкой степени тяжести их проявления, с

наличием статистически значимых отличий между ними в уровне депрессии при сравнении по критерию Манна–Уитни ($p = 0,03$, $p < 0,05$).

В целом в подгруппе 1А выявлен менее высокий показатель ТДР – $11,75 \pm 2,9$ балла (депрессия) и $13,3 \pm 3,06$ балла (тревога), чем в группе сравнения, где уровень ТДР составил $13,17 \pm 3,7$ балла (депрессия) и $13,78 \pm 4,16$ балла (тревога) (Таблица 4.21).

Таблица 4.21 – Результаты сравнения подгрупп с помощью критерия Манна–Уитни по показателю шкалы Гамильтона для оценки тревоги и депрессии, $M \pm m$

Шкала	Подгруппа 1А ($n = 44$)	Подгруппа 1Б ($n = 41$)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
Тревога	$13,3 \pm 3,06$	$13,78 \pm 4,16$	0,34
Депрессия	$11,75 \pm 2,9$	$13,17 \pm 3,7$	0,03
Тревога и депрессия	$12,8 \pm 2,7$	$13,5 \pm 3,9$	0,53

Таким образом, в подгруппе пациентов, пребывающих на стационарном лечении по поводу ТБ менее 2 месяцев, выявлен менее высокий показатель ТДР ($12,8 \pm 2,7$ балла), чем в подгруппе с более высоким сроком пребывания в стационаре ($13,5 \pm 3,9$) ($p = 0,53$, $p > 0,05$).

Результаты сравнения уровня астении у пациентов с ТБ анализируемых подгрупп представлены в Таблице 4.22.

Таблица 4.22 – Результаты психодиагностики анализируемых подгрупп пациентов с помощью Шкалы астенического состояния

Уровень	Подгруппа 1А ($n = 44$)		Подгруппа 1Б ($n = 41$)	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Отсутствие астении	0	0,00	0	0,00
Слабая астения	32	72,73	19	46,34
Умеренная астения	5	11,36	12	29,27
Выраженная астения	7	15,91	10	24,39

Так, согласно полученным данным, в подгруппе 1А в выраженной степени ее проявления астения наблюдается у 7 (15,91%) пациентов, у 5 (11,36%) пациентов выявлена умеренная астения, тогда как у 32 (72,73%) пациентов выявлена слабая астения. В отличие от этого, в подгруппе 1Б у 19 (46,34%) пациентов выявлена слабая астения, у 12 (29,27%) пациентов выявлена умеренная астения, тогда как астения в выраженной степени ее проявления наблюдается у 10 (24,39%) пациентов (Рисунок 4.28).

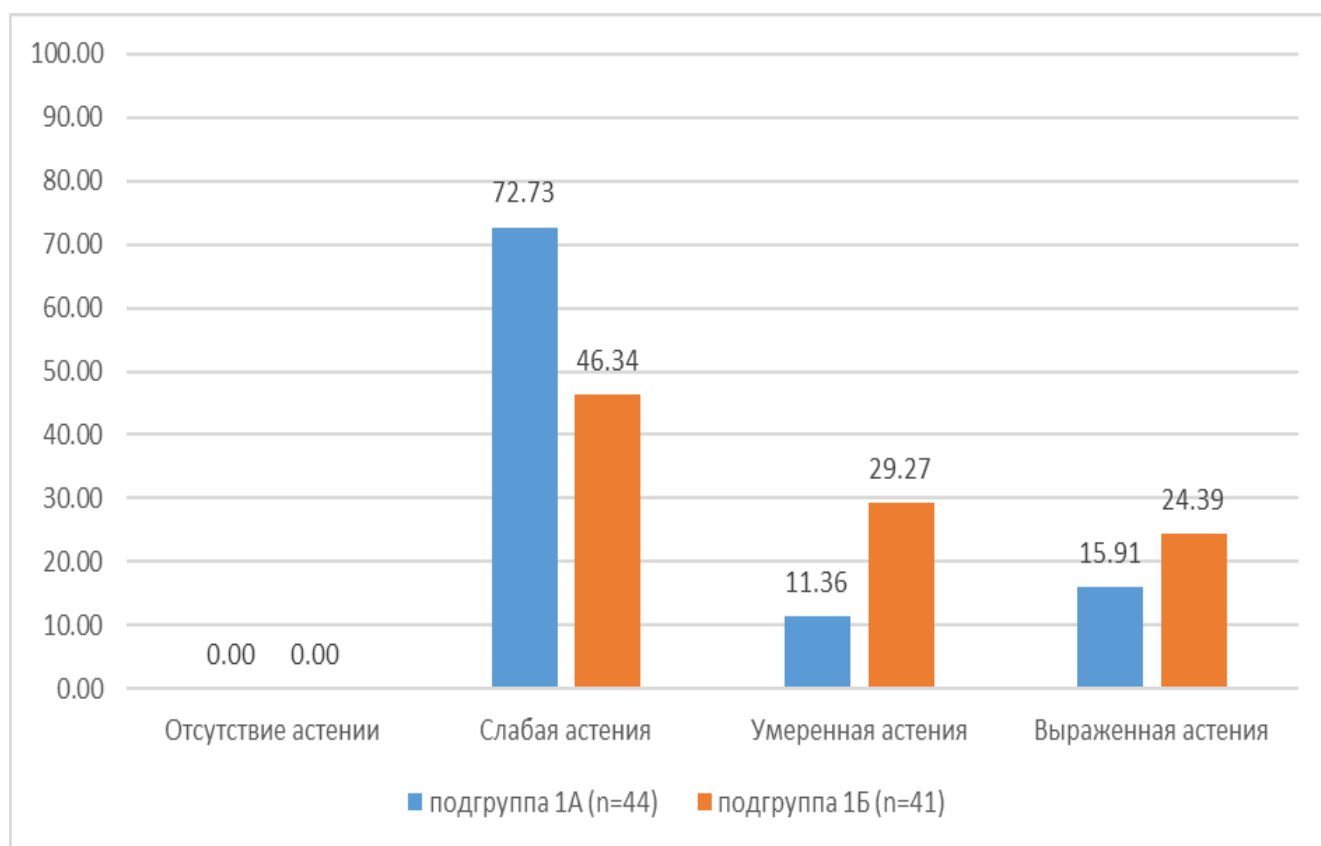


Рисунок 4.28 – Уровень выраженности астении среди пациентов с туберкулезом в зависимости от срока пребывания в стационаре

Следует отметить, что все 100% пациентов с ТБ, независимо от срока стационарного лечения, предъявляли жалобы, характерные для астенического синдрома, с преобладанием его типов от слабой до крайней степени тяжести.

В целом при сравнении подгрупп с помощью критерия Манна-Уитни мы выявили статистически значимые отличия в показателе уровня астенического синдрома (Таблица 4.23).

Таблица 4.23 – Результаты сравнения подгрупп с помощью критерия Манна–Уитни по показателю Шкалы астенического состояния, $M \pm m$

Шкала	Подгруппа 1А ($n = 44$)	Подгруппа 1Б ($n = 41$)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
Астеническое расстройство	$71,34 \pm 21,47$	$78,97 \pm 21,66$	0,0049

В подгруппе 1А выявлен менее высокий показатель астенического расстройства, который был на уровне $71,34 \pm 21,47$ балла (слабо выраженная астения), чем в подгруппе 1Б, где уровень астенического расстройства составил $78,97 \pm 21,66$ балла (умеренный уровень выраженности) ($p < 0,05$) (Рисунок 4.29).

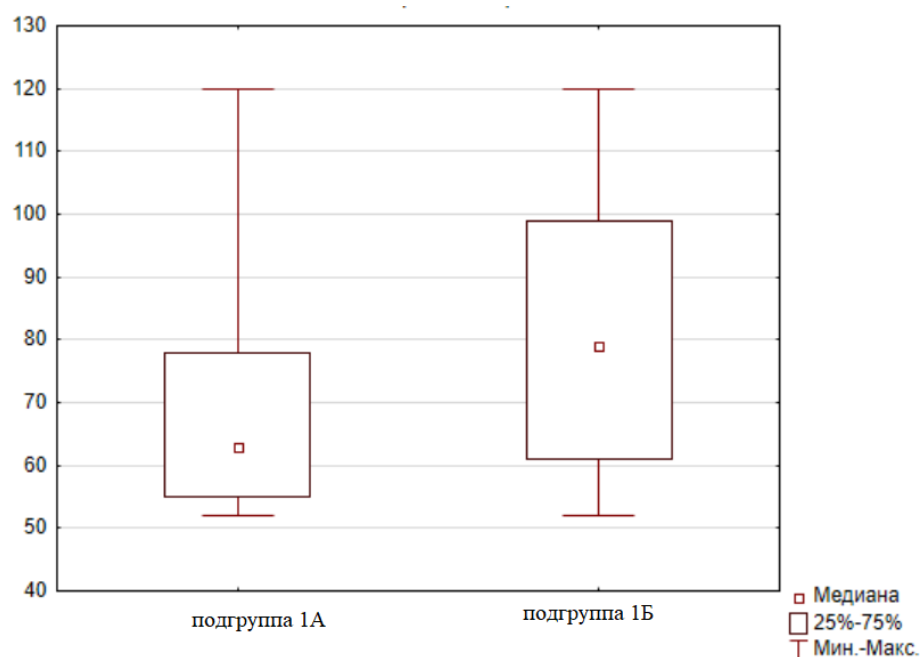


Рисунок 4.29 – Диапазон результатов по показателю Шкалы астенического состояния

Таким образом, в подгруппе пациентов с более длительным сроком пребывания в стационаре выявлен более высокий показатель астенического расстройства, с вероятной его связью с ТБ.

Результаты сравнения проявления тех или иных психосоматических жалоб у пациентов с ТБ в анализируемых подгруппах представлены в Таблице 4.24.

Таблица 4.24 – Частотный анализ результатов Гиссенского опросника психосоматических жалоб у анализируемых подгрупп пациентов с туберкулезом

Шкала	Выраженность	Подгруппа 1А (n = 44)		Подгруппа 1Б (n = 41)	
		Кол-во	%	Кол-во	%
Истощение (шкала E)	Высокая	23	52,27	24	58,54
	Низкая	21	47,73	17	41,46
Желудочные жалобы (шкала M)	Высокая	4	9,09	10	24,39
	Низкая	40	90,91	31	75,61
Ревматические жалобы (шкала G)	Высокая	17	38,64	28	68,29
	Низкая	27	61,36	13	31,71
Сердечные жалобы (шкала H)	Высокая	15	34,09	16	39,02
	Низкая	29	65,91	25	60,98
Интенсивность субъективных недомоганий	Высокая	27	61,36	31	75,61
	Низкая	17	38,64	10	24,39

Согласно полученным данным, частотное распределение достоверно различается по всем шкалам методики. Стоит обратить внимание, что среди пациентов с ТБ подгруппы 1А и 1Б, независимо от срока пребывания в стационаре, наиболее часто встречается повышенный уровень недомоганий, связанных с истощением (52,27 и 58,54% соответственно) (Рисунок 4.30).

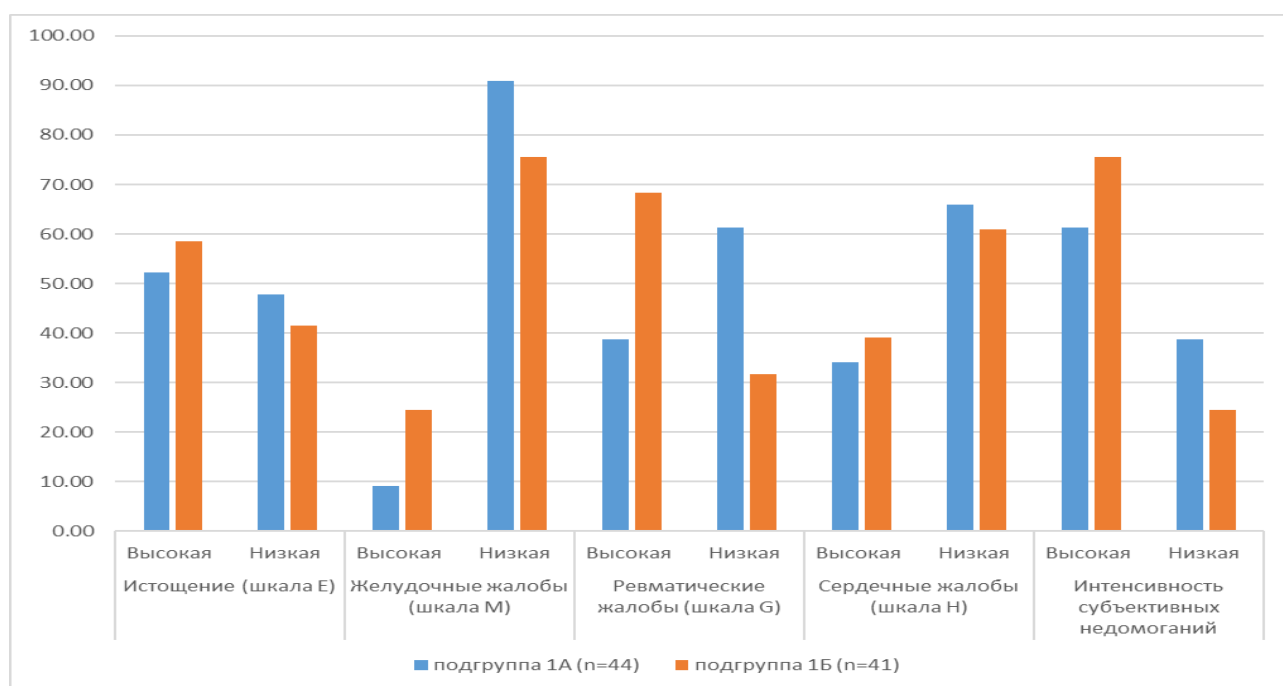


Рисунок 4.30 – Уровень выраженности психосоматических жалоб среди пациентов с туберкулезом в зависимости от срока пребывания в стационаре

Соответственно, эта шкала опросника наиболее информативна при изучении возможного риска снижения уровня адаптации пациентов с ТБ, проявляющимся через жалобы на соматическое неблагополучие до нозологического уровня. При этом в подгруппе 1Б в большей степени выражены желудочные жалобы – 24,39% против 9,09% в подгруппе 1А и ревматические жалобы – 68,29% против 38,64% в подгруппе 1А.

При сравнении средних показателей по шкалам опросника среди пациентов анализируемых подгрупп с помощью критерия Манна-Уитни не были выявлены статистически значимые отличия в показателях всех шкал, но с большей выраженностью всех групп симптомов и общей интенсивности жалоб у пациентов с ТБ, пребывающих более длительный период на стационарном лечении (Таблица 4.25).

Таблица 4.25 – Результаты средних показателей психодиагностики подгрупп исследования с помощью Гиссенского опросника психосоматических жалоб

Шкала	Подгруппа 1А (n = 44)	Подгруппа 1Б (n = 41)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
Истощение (шкала Е)	12,27 ± 4,21	13,02 ± 4,51	0,418
Желудочные жалобы (шкала М)	0,2 ± 0,8	0,39 ± 0,77	0,258
Ревматические жалобы (шкала G)	6,11 ± 1,2	6,19 ± 1,22	0,744
Сердечные жалобы (шкала Н)	0,59 ± 0,99	0,68 ± 1,08	0,721
Интенсивность субъективных недомоганий	19,2 ± 4,89	20,29 ± 5,36	0,320

Так, в подгруппе 1Б выявлен более высокий показатель по шкале «Истощение», который был на уровне 13,02 ± 4,51 балла, чем в подгруппе 1А, где интенсивность жалоб на истощение составила 12,27 ± 4,21 балла ($p = 0,418$) (Рисунок 4.31).

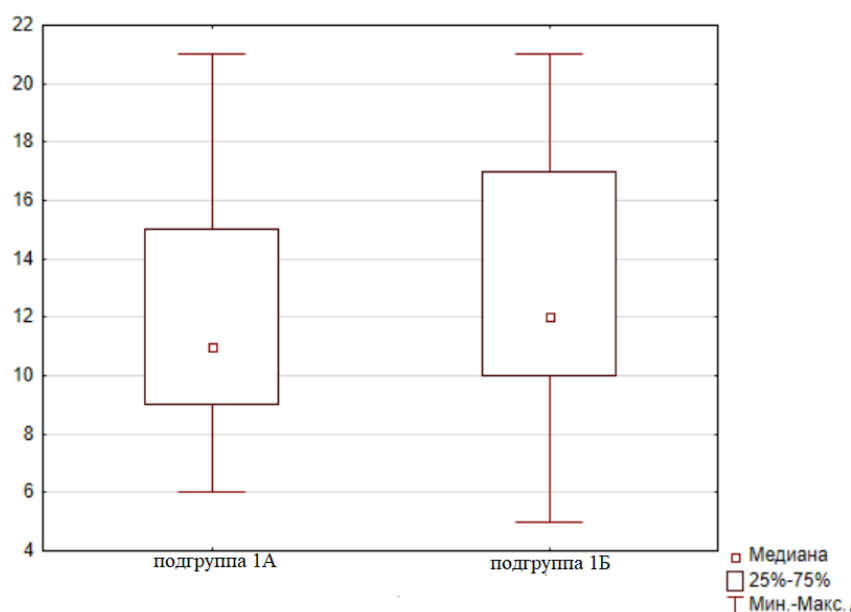


Рисунок 4.31 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб на истощение

В подгруппе 1А выявлены менее высокие показатели по шкале «Желудочные жалобы» и «Ревматические жалобы», которые были на уровне $0,2 \pm 0,8$ балла и $6,11 \pm 1,2$ балла соответственно, чем в подгруппе 1Б, где интенсивность желудочных и ревматических жалоб была выше и составила $0,39 \pm 0,77$ балла и $6,19 \pm 1,22$ балла соответственно ($p = 0,258$ и $0,744$) (Рисунок 4.32, Рисунок 4.33).

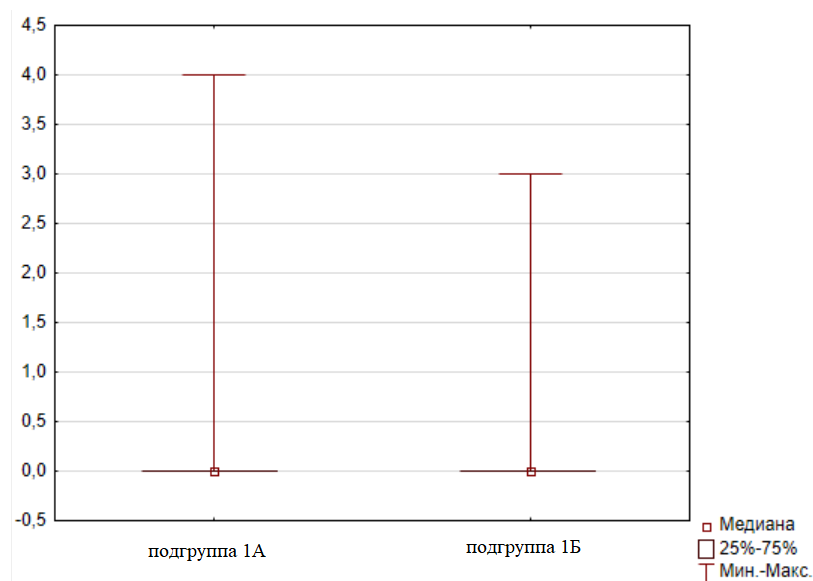


Рисунок 4.32 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб по шкале «Желудочные жалобы»

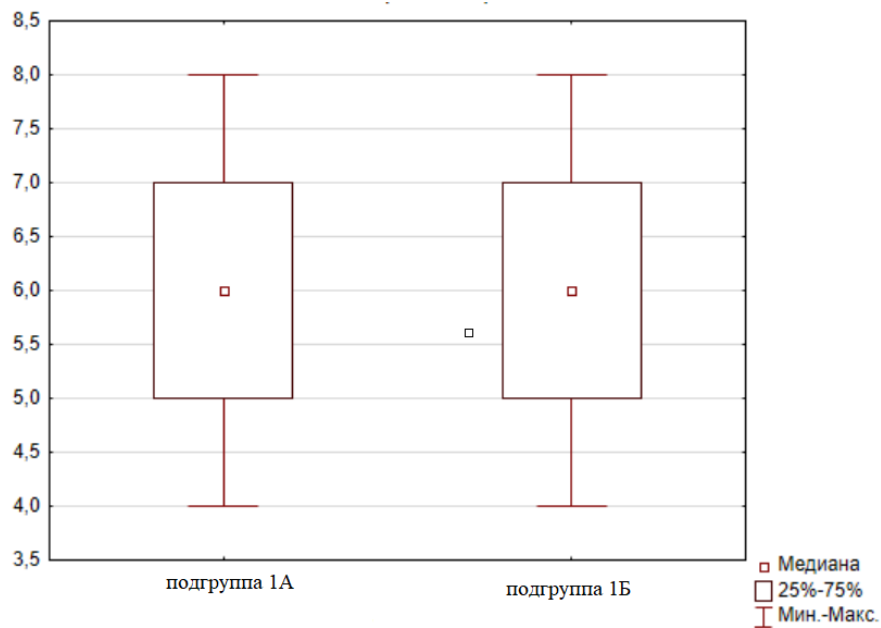


Рисунок 4.33 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб по шкале «Ревматические жалобы»

В подгруппе 1А выявлен менее высокий показатель по шкале «Сердечные жалобы», который был на уровне $0,59 \pm 0,99$ балла, чем в подгруппе 1Б, где интенсивность сердечных жалоб была выше и составила $0,68 \pm 1,08$ балла ($p = 0,721$) (Рисунок 4.34).

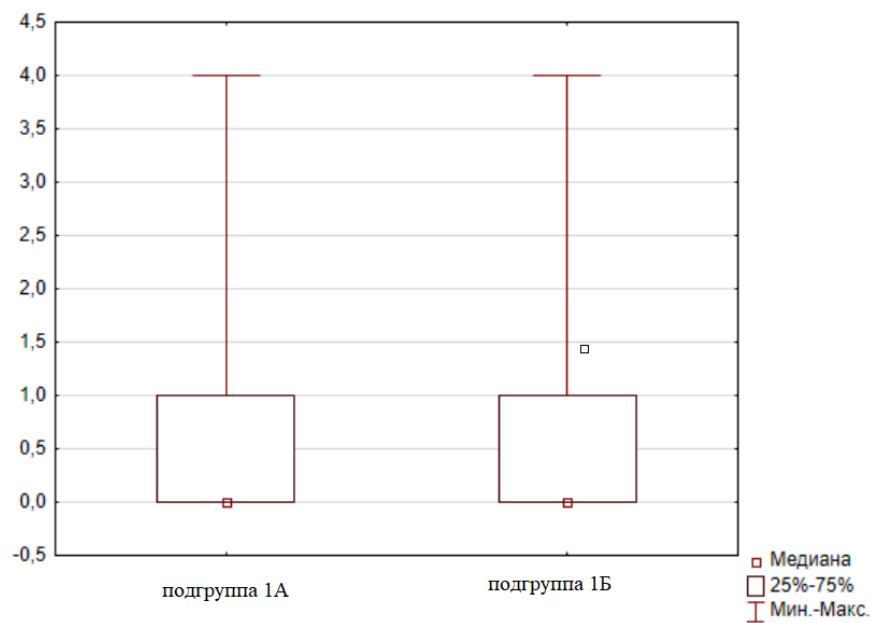


Рисунок 4.34 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб по шкале «Сердечные жалобы»

Интенсивность субъективных недомоганий в подгруппе пациентов 1Б также была выше, чем в подгруппе 1А, и составила $20,29 \pm 5,36$ балла и $19,2 \pm 4,89$ балла соответственно ($p = 0,320$) (Рисунок 4.35).

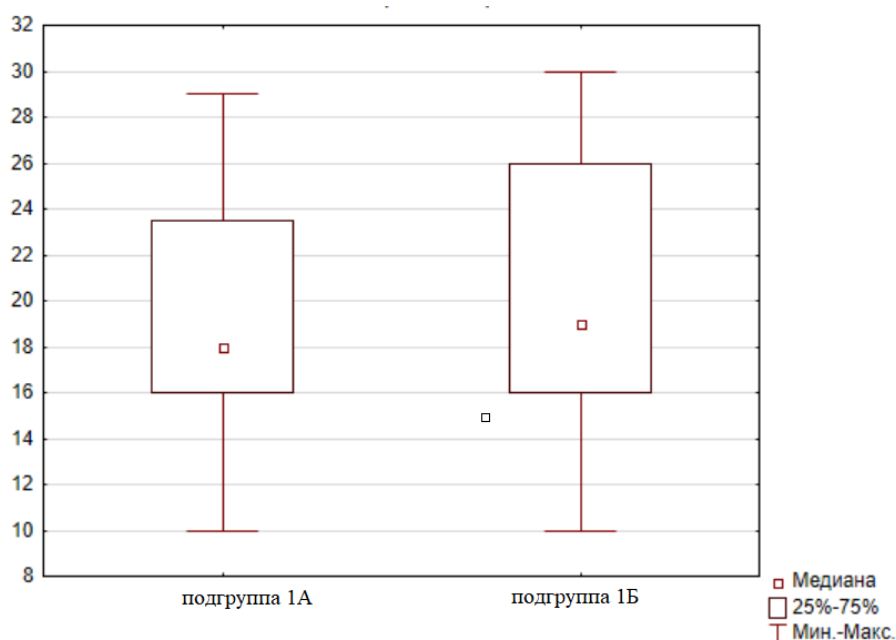


Рисунок 4.35 – Диапазон результатов по показателю интенсивности жалоб по шкале «Интенсивность субъективных недомоганий»

Таким образом, в подгруппе пациентов с более длительным периодом нахождения на стационарном лечении выявлены более высокие показатели жалоб на истощение. В остальном структура и выраженность жалоб в подгруппах исследования варьировались с меньшей интенсивностью.

Результаты психодиагностики социально ориентированного и социального функционирования у анализируемых подгрупп пациентов с ТБ представлены в Таблице 4.26.

Таблица 4.26 – Результаты психодиагностики социально ориентированного и социального функционирования у анализируемых подгрупп пациентов с туберкулезом

Уровень	Баллы	Подгруппа 1А (n = 44)		Подгруппа 1Б (n = 41)	
		Кол-во	%	Кол-во	%
Полноценное функционирование	100-91	0	0,00	0	0,00
Хороший уровень функционирования	90-81	2	4,55	0	0,00
Небольшие затруднения в одной или более областях а-с	80-71	1 1	25,00	6	14,63
Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения	70-61	9	20,45	10	24,39
Значительные затруднения в одной области	60-51	8	18,18	11	26,83
Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях	50-41	7	15,91	11	26,83
Сильно выраженные затруднения в одной области	40-31	3	6,82	4	9,76
Сильно выраженные затруднения в двух областях	30-21	1	2,27	2	4,88
Сильно выраженные нарушения во всех областях	20-11	0	0,00	0	0,00
Сильно выраженные нарушения во всех областях	20-11	0	0,00	0	0,00
Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения	10-0	0	0,00	0	0,00
Примечание: а – социально полезная деятельность, включая работу и учебу; б – отношения с близкими и прочие социальные отношения; с – самообслуживание; d – тревожное и агрессивное поведение.					

Так, согласно полученным данным, хороший уровень функционирования во всех сферах социально ориентированного и социального функционирования выявлен у 2 (2,35%) пациентов в подгруппе 1А. Небольшие затруднения в одной или более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 11 (25%) пациентов в подгруппе 1А и у 6 (14,63%) пациентов подгруппы 1Б. Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 9 (20,45%) пациентов в подгруппе 1А и у 10 (24,39%) пациентов подгруппы 1Б. Значительные затруднения в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 8 (18,18%) пациентов в подгруппе 1А и у 11 (26,83%) пациентов подгруппы 1Б. Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях, или сильно выраженные затруднения в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 7 (15,91%) пациентов в подгруппе 1А и у 11 (26,83%) пациентов подгруппы 1Б. Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 3 (6,82%) пациентов в подгруппе 1А и у 4 (9,76%) пациентов подгруппы 1Б. Сильно выраженные затруднения в двух и более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 1 (2,27%) пациентов в подгруппе 1А и у 2 (4,88%) пациентов подгруппы 1Б.

Результаты оценки уровня выраженности социально ориентированного и социального функционирования в отдельных областях в анализируемых подгруппах представлены на Рисунке 4.36.

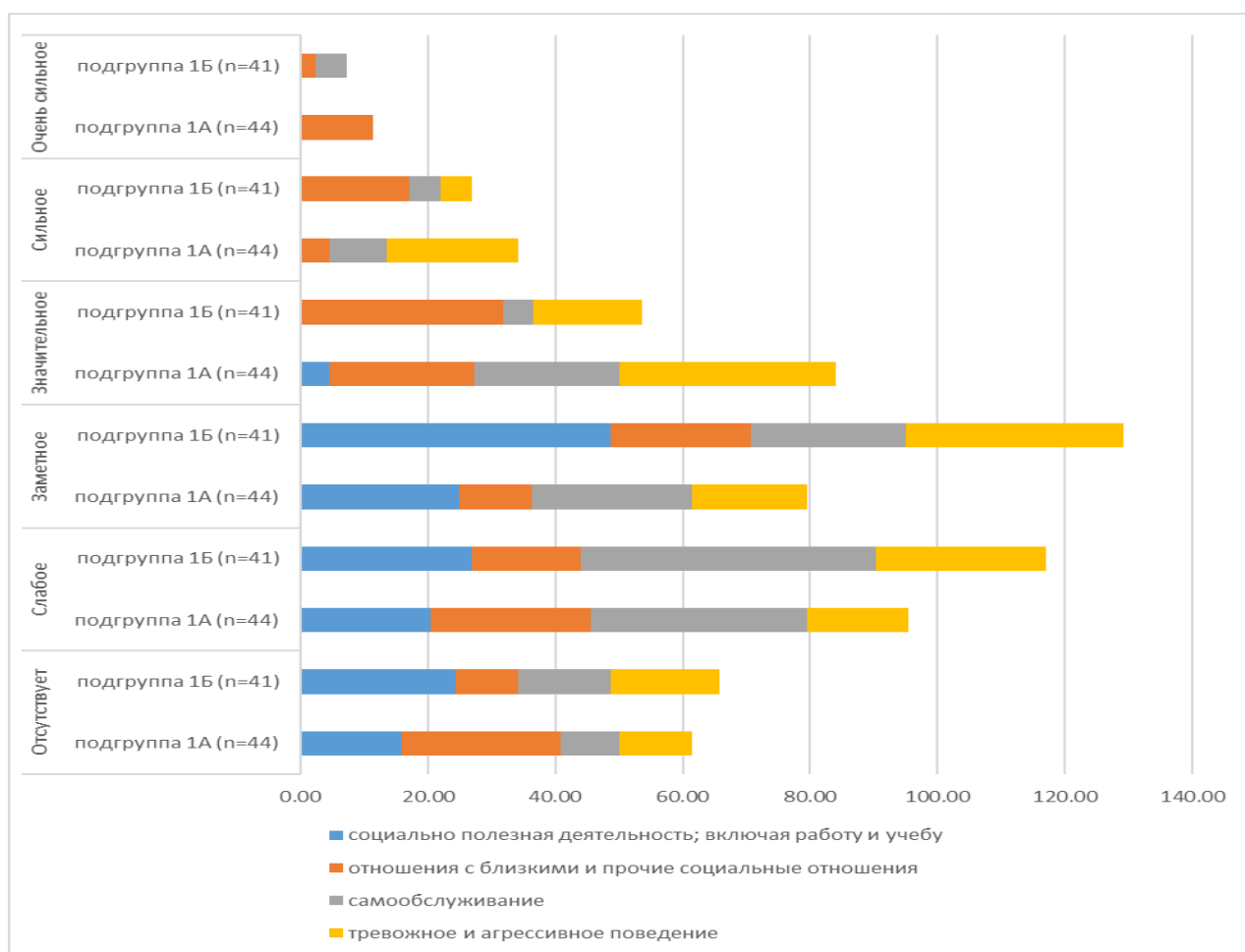


Рисунок 4.36 – Результаты оценки уровня выраженности социально ориентированного и социального функционирования в отдельных областях у анализируемых подгрупп, %

При сравнении средних показателей с помощью критерия Манна-Уитни мы не выявили статистически значимых отличий в уровнях выраженности социально ориентированного и социального функционирования в отдельных областях между подгруппами 1А и 1Б (Таблица 4.27).

Таблица 4.27 – Результаты сравнительной оценки уровня выраженности социально ориентированного и социального функционирования в отдельных областях между анализируемыми подгруппами пациентов с туберкулезом

Подгруппа 1А (n = 44)	Подгруппа 1Б (n = 41)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
52,7 ± 20,5	47,75 ± 18,6	0,29

Так, в подгруппе 1Б выявлен более низкий уровень выраженности социально ориентированного и социального функционирования, который был на уровне $47,75 \pm 18,6$ балла, чем в подгруппе 1А, где показатель социально ориентированного и социального функционирования составил $52,7 \pm 20,5$ балла ($p = 0,29$).

При сравнении средних показателей по шкалам опросника оценки качества жизни среди пациентов анализируемых подгрупп с помощью критерия Манна-Уитни не были выявлены статистически значимые отличия в показателях всех шкал, что отражает особенности качества жизни у пациентов с ТБ независимо от срока пребывания их в стационаре (Таблица 4.28).

Таблица 4.28 – Результаты оценки КЖ у пациентов с туберкулезом анализируемых подгрупп

Шкала	Подгруппа 1А (n = 44)	Подгруппа 1Б (n = 41)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
Сфера 1. Физическое и психологическое благополучие	$19,79 \pm 4,02$	$19,78 \pm 4,16$	0,88
Сфера 2. Самовосприятие	$21,26 \pm 4,63$	$19,68 \pm 3,28$	0,19
Сфера 3. Микросоциальная поддержка	$33,31 \pm 14,26$	$31,06 \pm 13,01$	0,46
Сфера 4. Социальное благополучие	$20,70 \pm 4,29$	$20,5 \pm 4,60$	0,86

При сравнении средних показателей по опроснику оценки признаков вегетативных изменений среди пациентов анализируемых подгрупп с помощью критерия Манна–Уитни мы выявили статистически значимые отличия в показателях признаков вегетативных изменений, что отражает особенности течения заболевания у пациентов с ТБ и его терапии (Таблица 4.29).

Таблица 4.29 – Результаты оценки признаков вегетативных изменений у пациентов с туберкулезом в анализируемых подгруппах

Подгруппа 1А (n = 44)	Подгруппа 1Б (n = 41)	Различия между группами по U*-критерию ($p \leq 0,05$)
17,8 ± 3,9	20,2 ± 4,1	0,041

Так, в подгруппе 1А выявлен практически идентичный показатель по шкале «Физическое и психологическое благополучие», который был на уровне $19,79 \pm 4,02\%$ (низкий показатель), а в подгруппе 1Б по анализируемой шкале составила $19,78 \pm 4,16$ ($p = 0,88$). В подгруппе 1Б выявлен менее высокий показатель по шкале «Самовосприятие», который был на уровне $19,68 \pm 3,28\%$ (низкий показатель), чем в подгруппе 1А, где показатель по анализируемой шкале составил $21,26 \pm 4,63\%$ (пониженный показатель) ($p = 0,19$). Кроме того, в подгруппе 1Б выявлен менее высокий показатель по шкалам «Микросоциальная поддержка» и «Социальное благополучие», которые были на уровне $31,06 \pm 13,01\%$ (пониженный показатель) и $20,5 \pm 4,60\%$ (пониженный показатель) соответственно, чем в подгруппе 1А, где показатели по анализируемым шкалам составили $33,31 \pm 14,26\%$ (пониженный показатель) и $20,70 \pm 4,29$ (пониженный показатель) ($p = 0,46$ и $0,86$ соответственно). Таким образом, в подгруппе 1Б пациентов с ТБ отмечаются более низкие показатели качества жизни в сфере физического и психологического благополучия, в сфере самовосприятия, в сфере микросоциальной поддержки и социального благополучия без статистически значимых отличий между анализируемыми подгруппами.

В подгруппе 1Б выявлен более высокий показатель наличия признаков вегетативных изменений, который был на уровне $20,2 \pm 4,1$ балла (показатель наличия признаков вегетативных изменений), чем в подгруппе 1А, где показатель по анализируемой шкале составил $17,8 \pm 3,9$ балла (низкий показатель) ($p = 0,041$). Таким образом, в подгруппе 1Б отмечаются более высокие показатели наличия признаков вегетативных изменений. В большей степени отмечено преобладание астеновегетативного синдрома. Эти данные подтверждают ряд

более ранних исследований (Sunjaya D.K. и соавт., 2022; Assefa S. и соавт., 2023 и др.). Тем не менее исследование показало клинико-психопатологические особенности пациентов с коморбидностью ТБ и ТДР в зависимости от срока их пребывания в стационаре, что в более ранних исследованиях не учитывалось.

4.4. Выводы

В группе пациентов с ТБ легких преобладали неработающие замужние женщины (82,4%), тогда как в группе сравнения – работающие незамужние женщины (56,7%). Для пациентов основной клинической группы 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.

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%.

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.

Среди пациентов с ТБ достоверно преобладали интенсивные субъективные соматические жалобы (у 80%), преимущественно аффилированные с явлениями нервно-психического истощения (у 71,8%), тогда как в группе сравнения отмечались соматические жалобы низкой интенсивности, в большей степени связанные с сердечно-сосудистой системой (у 25%).

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.

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.

Группа пациентов с более длительным пребыванием в стационаре (41 человек) по большинству показателей имела худшие показатели по сравнению с

пациентами с длительностью госпитализации менее двух месяцев (44 человек). 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 [30, 56].

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ИЗУЧЕННЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

5.1. Анализ связей психопатологических, клинических, социально-демографических характеристик у пациентов с туберкулезом легких

На следующем этапе с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена был проведен анализ существующих вероятных связей между психопатологическими, клиническими и социально-демографическими характеристиками у пациентов с ТБ.

1. Выявлены статистически значимые слабые связи между такими показателями, как пол и уровень ТДР по шкале Гамильтона ($r = 0,222$), астеническое состояние ($r = 0,225$), шкала психосоматических жалоб «Истощение» ($r = 0,317$), общий показатель давления психосоматических жалоб ($r = 0,235$), уровень социально ориентированного и социального функционирования ($r = 0,227$), а также признаками вегетативных изменений ($r = 0,220$).

2. Выявлено наличие статистически значимых слабых связей между такими показателями, как семейное положение и уровень социально ориентированного и социального функционирования ($r = 0,226$); между такими показателями, как условия проживания (связанные с уровнем образования) и шкалой качества жизни «Самовосприятие» ($r = 0,245$).

3. Выявлено наличие статистически значимых слабых связей между такими показателями, как форма ТБ и шкалами психосоматических сердечных жалоб ($r = 0,355$), а также общего давления психосоматических жалоб ($r = 0,234$).

4. Кроме того, были выявлены статистически значимые тесные связи между такими показателями, как уровень ТДР по шкале Гамильтона и уровень астенического состояния ($r = 0,907$) (Рисунок 5.1а); умеренные связи между уровнем депрессии по шкале Гамильтона и уровнем психосоматических жалоб «Истощение» ($r = 0,685$) (Рисунок 5.1б); умеренные связи между уровнем депрессии по шкале Гамильтона и уровнем давления психосоматических жалоб (r

= 0,609) (Рисунок 5.1в); умеренные обратные связи между уровнем депрессии по шкале Гамильтона и уровнем социально ориентированного и социального функционирования ($r = -0,543$) (Рисунок 5.1г); слабо выраженные связи между уровнем депрессии по шкале Гамильтона и признаками вегетативных изменений ($r = 0,288$).

5. Были выявлены статистически значимые тесные связи между такими показателями, как уровень астенического состояния и уровнем психосоматических жалоб «Истощение» ($r = 0,784$) (Рисунок 5.2а); умеренные связи с уровнем давления психосоматических жалоб ($r = 0,695$) (Рисунок 5.2б); слабо выраженные связи с уровнем социально ориентированного и социального функционирования ($r = 0,442$) (Рисунок 5.2в) и признаками вегетативных изменений ($r = 0,507$) (Рисунок 5.2г).

6. Также были выявлены слабые связи между такими показателями, как уровень психосоматических жалоб «Истощение» и уровнем социально ориентированного и социального функционирования ($r = 0,458$); микросоциальной поддержкой ($r = 0,488$). Выявлены слабые связи между такими показателями, как уровень давления психосоматических жалоб и признаками вегетативных изменений ($r = 0,393$); микросоциальной поддержкой ($r = 0,424$).

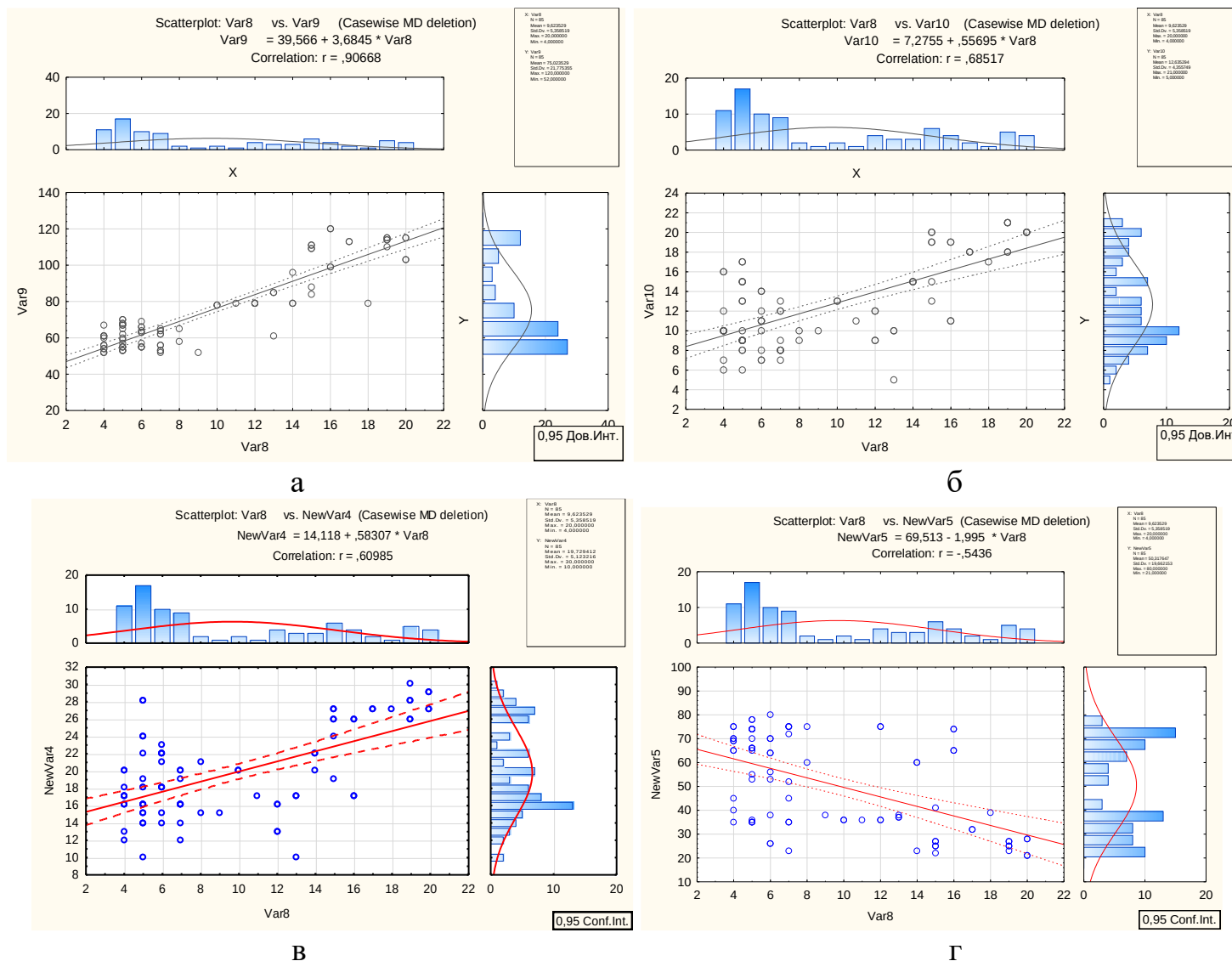


Рисунок 5.1 – Корреляционные связи между показателем ТДР и астенией (а), уровнем психосоматических жалоб Истощение (б), уровнем давления психосоматических жалоб (в), социально ориентированного и социального функционирования (г)

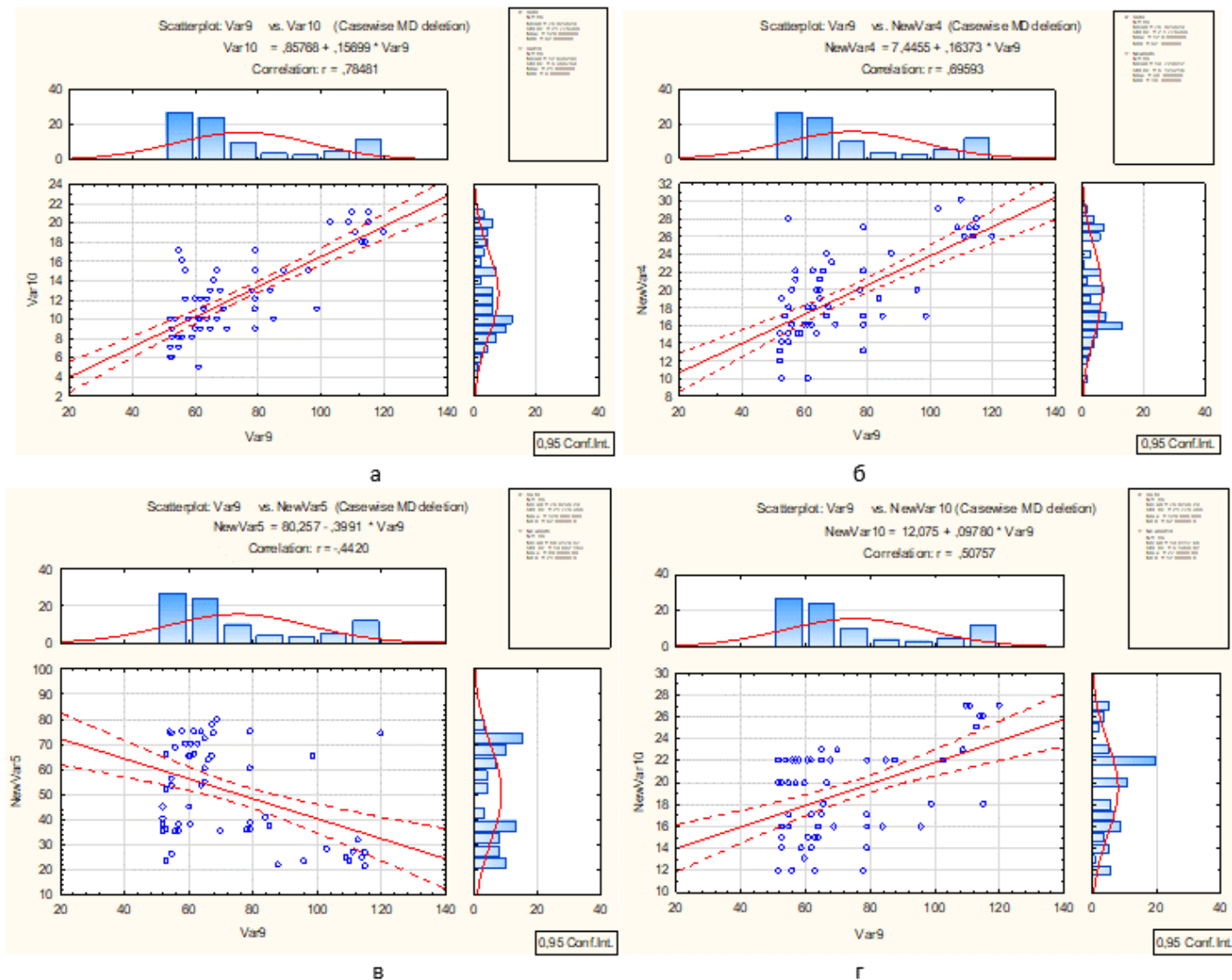


Рисунок 5.2 – Корреляционные связи между показателем астении и уровня психосоматических жалоб Истощение (а), с уровнем давления психосоматических жалоб (б), социально ориентированного и социального функционирования (в), вегетативными нарушениями (г)

По итогам корреляционного анализа была построена плеяда умеренных и тесных связей между анализируемыми показателями у пациентов с ТБ (Рисунок 5.3).

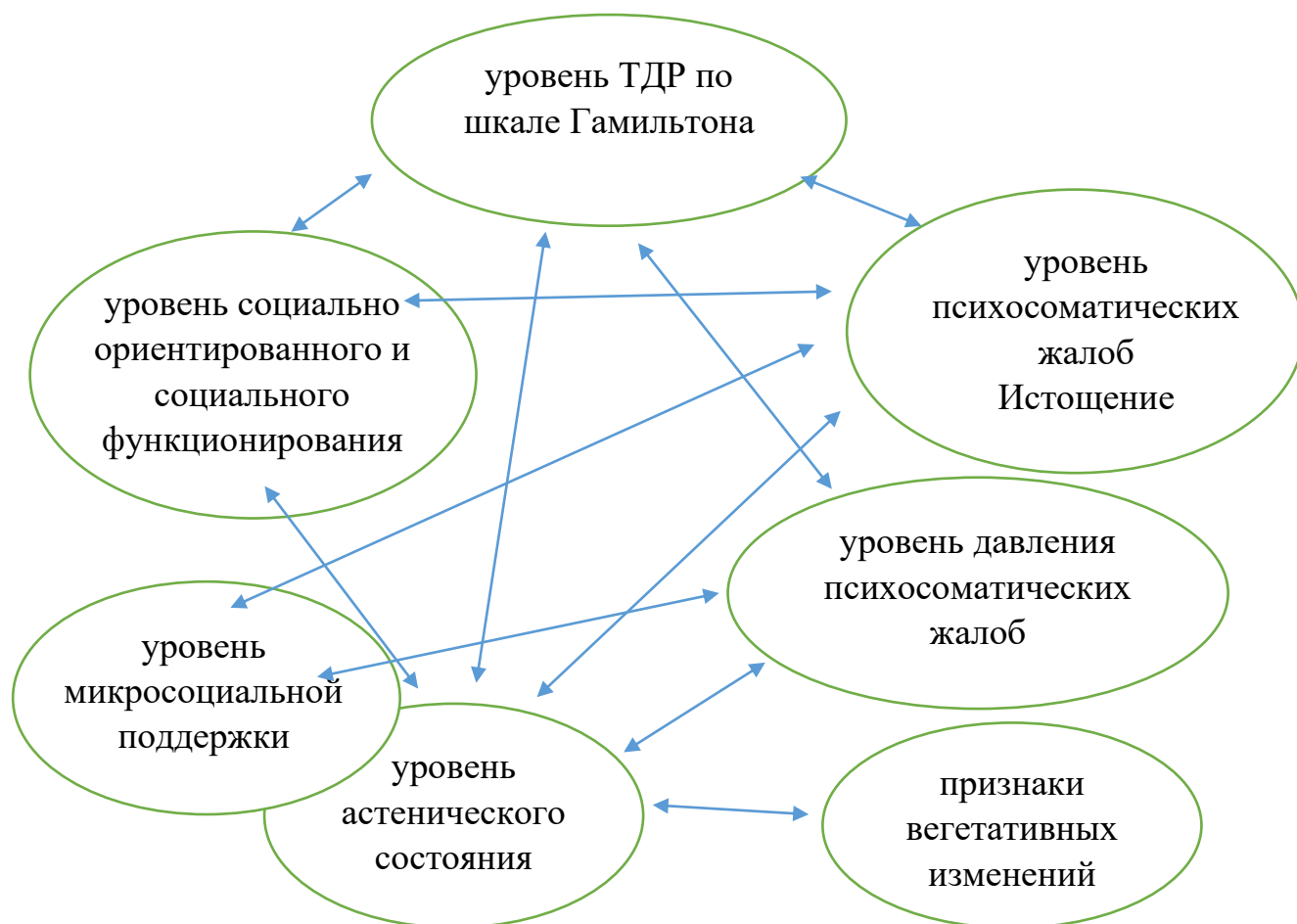


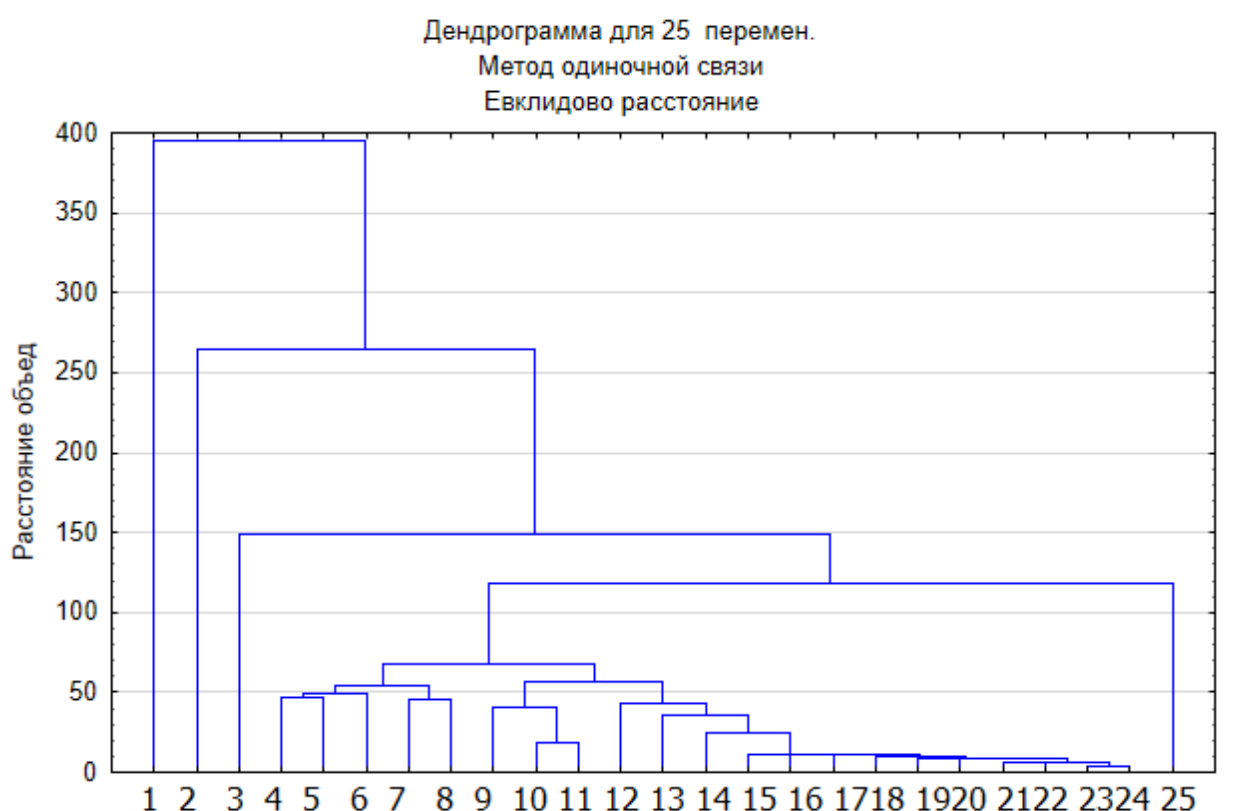
Рисунок 5.3 – Плеяда корреляций (стрелки соответствуют статистически значимым корреляциям)

Таким образом, на особенности проявлений ТДР у пациентов с ТБ в большей степени оказывает влияние низкая микросоциальная поддержка, которая в совокупности с самим заболеванием влияет на уровень депрессии и астении. Эти факторы, в свою очередь, сказываются на уровне социально ориентированного и социального функционирования, уровне давления психосоматических жалоб и признаках вегетативных изменений.

Кроме того, несмотря на их слабость, выявлены корреляционные связи между полом (женский пол), семейным положением и такими показателями, как

уровень тревожно-депрессивного и астенического расстройства, психосоматические жалобы по шкале «Истощение», уровень давления психосоматических жалоб, уровень социально ориентированного и социального функционирования, признаками вегетативных изменений; между социальным статусом и ревматическими психосоматическими жалобами; между установленным диагнозом и сердечными психосоматическими жалобами.

Результаты кластерного анализа в группе пациентов с ТБ и ТДР представлены на Рисунке 5.4.



Примечание: 1-Шкала астенического состояния, 2-Социально ориентированное и социальное функционирование, 3-Микросоциальная поддержка, 4-Социальное благополучие, 5-Самовосприятие, 6-Физическое и психологическое благополучие, 7-Вегетативные изменения, 8-Давление (Д), или интенсивность жалоб, 9-Истощение (шкала Е), 10-Тревога, 11-Шкала Гамильтона для оценки депрессии, 12-диагноз по мкб-10, 13-Ревматические жалобы (шкала G), 14-диагноз туберкулез, 15-Уровень ТДР по шкале HADS, 16-Желудочные жалобы (шкала М), 17-Сердечные жалобы (шкала Н), 18- семейное положение, 19-соцусловия, 20-образование, 21-срок пребывания в стационаре, 22-соцстатус, 23-район проживания, 24-пол, 25-возраст

Рисунок 5.4 – Дендрограмма признаков в группе пациентов с ТБ

Рассматривая результаты распределения анализируемых признаков, можно отметить следующие особенности. У пациентов с ТБ и ТДР удалось выделить два кластера тесно связанных между собой переменных. Оба кластера носят «смешанный» характер и включают в себя как клинические, так и социально-психологические факторы.

Первый кластер, в который вошли преимущественно социально и индивидуально ориентированные показатели, а также частично клинические факторы, представлен переменными: социальное благополучие, самовосприятие, физическое и психологическое благополучие, вегетативные изменения, интенсивность соматических жалоб, переменные истощения, тревоги и депрессии.

Второй кластер включает преимущественно клинические факторы, а также социально-демографические переменные: диагноз по МКБ-10 (преобладающие диагнозы), ревматические жалобы, тип ТБ, уровень ТДР, желудочные и 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. Субъективные показатели социального и физического благополучия в большей степени связаны с клиническими проявлениями ТДР, в то время как объективные социально-демографические показатели более тесно связаны с клиническими проявлениями туберкулезного процесса.

На основании полученных данных переменные второго кластера оказались более схожими, чем переменные первого кластера, и связаны они, в свою очередь, с переменными первого кластера. Астеническое состояние, социально ориентированное и социальное функционирование, микросоциальная поддержка и возраст являются переменными, связанными с обоими кластерами.

Дисперсионный анализ средних значений показателей по каждому кластеру с целью оценки различий между ними показал результаты, представленные в Таблице 5.1.

Таблица 5.1 – Дисперсионный анализ определения значимости различия между полученными переменными в кластерах

Переменная	Между SS	сс	Внутри SS	F	Значение p
Возраст	42,07	2,00	4881,62	0,35	0,70
Пол	1,09	2,00	11,26	3,98	0,02
Семейное	1,71	2,00	39,51	1,77	0,18
Социальные условия	0,58	2,00	74,17	0,32	0,73
Образование	0,32	2,00	39,26	0,33	0,72
Социальный статус	0,52	2,00	16,71	1,27	0,29
Район	0,46	2,00	11,23	1,68	0,19
Диагноз туберкулез	5,27	2,00	514,02	0,42	0,66
Срок пребывания	0,28	2,00	20,95	0,54	0,58
Диагноз по мкб-10	39,87	2,00	1211,03	1,35	0,27
Уровень ТДР по шкале HADS	18,80	2,00	70,42	10,95	0,001
Шкала Гамильтона для оценки депрессии	1447,44	2,00	731,32	81,15	0,001
Шкала Гамильтона для оценки тревоги	1295,68	2,00	646,62	82,15	0,001
Шкала астенического состояния	32278,31	2,00	7551,64	175,25	0,001
Истощение (шкала E)	950,69	2,00	643,00	60,62	0,001
Желудочные жалобы (шкала M)	0,04	2,00	52,00	0,04	0,97
Ревматические жалобы (шкала G)	4,71	2,00	118,31	1,63	0,20
Сердечные жалобы (шкала H)	0,49	2,00	89,21	0,22	0,80
Давление (Д), или интенсивность жалоб	1072,63	2,00	1132,14	38,84	0,001
Социально ориентированное и социальное функционирование	23046,95	2,00	9427,48	100,23	0,001
Физическое и психологическое благополучие	92,53	2,00	1295,66	2,93	0,06
Самовосприятие	92,53	2,00	1295,66	2,93	0,06
Микросоциальная поддержка	83,75	2,00	1291,26	2,66	0,08
Социальное благополучие	1896,10	2,00	13634,91	5,70	0,001
Признаки вегетативных изменений	9,35	2,00	1641,05	0,23	0,79
Примечание: значение $p < 0.05$, что говорит о значимом различии между переменными кластеров.					

Кроме того, был проведен факторный анализ, результаты которого представлены на Рисунке 5.5.

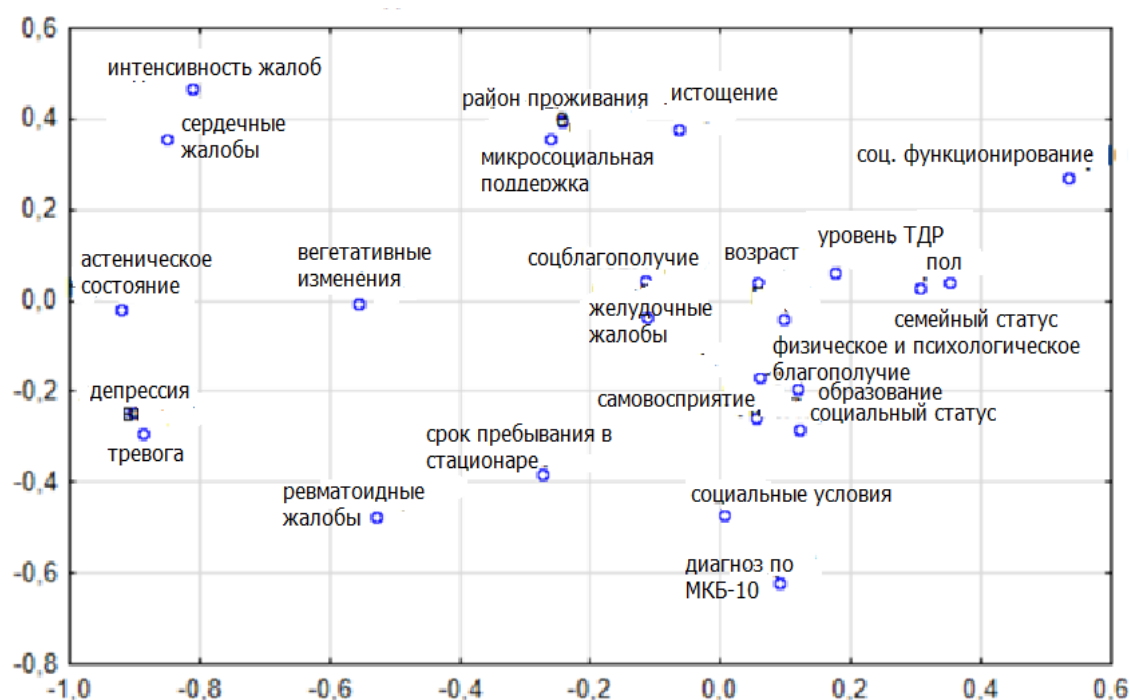
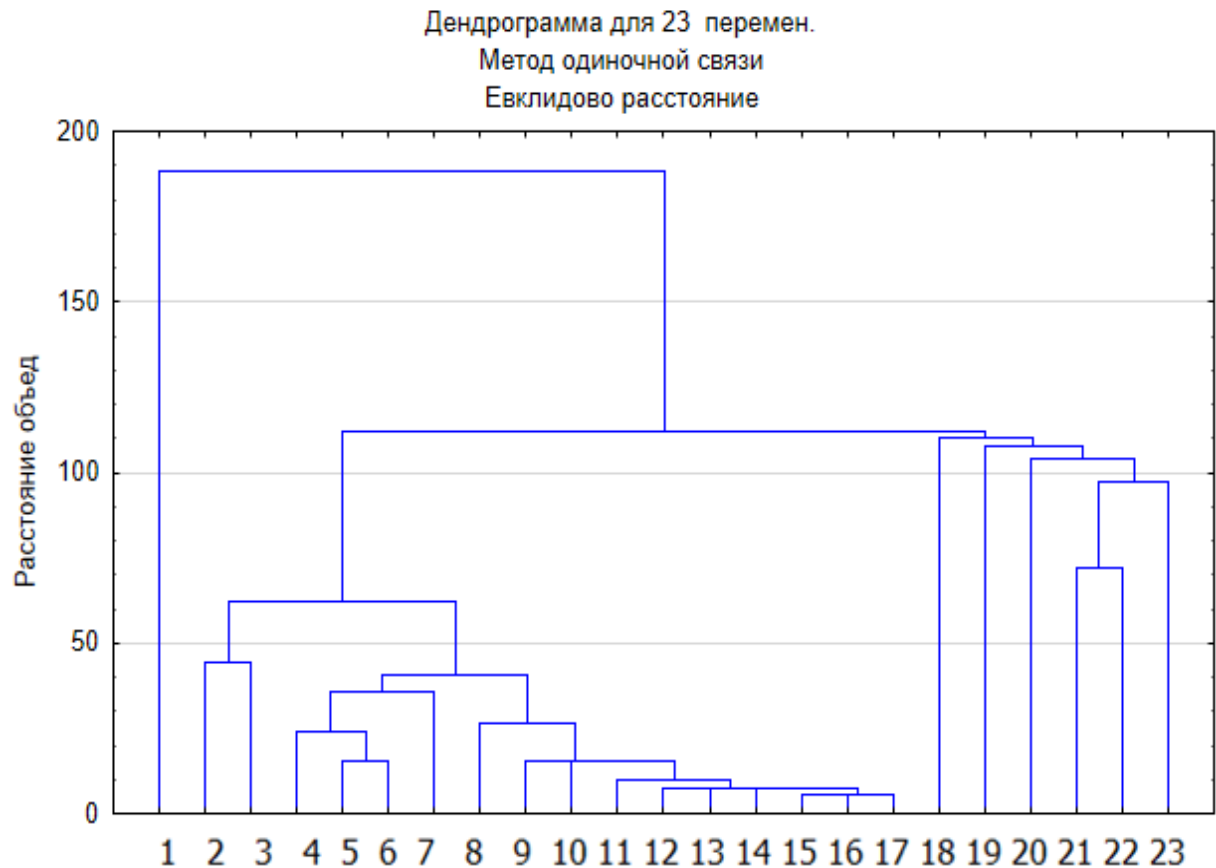


Рисунок 5.5 – Факторная нагрузка переменных признаков в группе пациентов с ТБ

Следует отметить высокую факторную связь уровня ТДР, пола, возраста, семейного статуса, истощения, физического и психического благополучия, социального статуса, образования, самовосприятия.

Результаты кластерного анализа в контрольной группе пациентов представлены на Рисунке 5.6. Рассматривая результаты распределения анализируемых признаков, можно отметить следующие особенности: 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.



Примечание: 1-Социально ориентированное и социальное функционирование, 2-Вегетативные изменения, 3-Давление (Д), или интенсивность жалоб, 4-Истощение (шкала Е), 5-Тревога, 6-Шкала Гамильтона для оценки депрессии, 7-диагноз по мкб-10, 8-Ревматические жалобы (шкала G), 9-Сердечные жалобы (шкала Н), 10-Желудочные жалобы (шкала М), 11-Уровень ТДР по шкале HADS, 12-соцусловия, 13-образование, 14-семейное положение, 15-район проживания, 16-соцстатус, 17-пол, 18-Физическое и психологическое благополучие, 19-Микросоциальная поддержка, 20-Социальное благополучие, 21-Самовосприятие, 22-Шкала астенического состояния, 23-возраст

Рисунок 5.6 – Дендрограмма признаков в контрольной группе пациентов

Так, первый кластер составили преимущественно индивидуально ориентированные переменные: интенсивность жалоб, физическое и психологическое благополучие, социальное благополучие, возраст, вегетативные изменения.

Второй кластер составили преимущественно социально-психологические переменные: социально ориентированное и социальное функционирование, самовосприятие, микросоциальная поддержка, астения.

Третий кластер составили преимущественно клинические переменные: диагноз по МКБ-10, уровень ТДР, депрессия, тревога, астения, истощение, желудочные жалобы, ревматические жалобы, сердечные жалобы, пол, семейное положение, социальные условия, образование, социальный статус, район проживания.

Проинтерпретировать полученные результаты можно следующим образом: У пациентов с ТДР на основании данных, характеризующих объекты, в большей степени максимально схожими являются переменные третьего кластера, связанные с переменными второго кластера и затем первого. Социально ориентированное и социальное функционирование являются связующей переменной всех выявленных кластеров.

Дисперсионный анализ средних значений показателей по каждому кластеру с целью оценки различий между ними показал результаты, представленные в Таблице 5.2. Значение $p < 0,05$ говорит о значимом различии между переменными кластеров.

Таблица 5.2 – Дисперсионный анализ определения значимости различия между полученными переменными в кластерах

Переменная	Между SS	сс	Внутри SS	F	Значение p
Возраст	18,69	1,00	1233,24	0,88	0,3524
Пол	0,20	1,00	14,53	0,80	0,3753
Семейное	0,14	1,00	17,11	0,47	0,4954
Социальные условия	0,05	1,00	46,13	0,06	0,8029
Образование	0,36	1,00	29,24	0,71	0,4045
Социальный статус	0,02	1,00	13,91	0,09	0,7619
Район	0,00	1,00	9,60	0,00	1,0000
Диагноз по мкб-10	6,81	1,00	870,18	0,45	0,5033
Уровень ТДР по шкале HADS	12,27	1,00	55,38	12,85	0,0007
Шкала Гамильтона для оценки депрессии	338,94	1,00	535,24	36,73	0,0000
Тревога	314,69	1,00	474,71	38,45	0,0000
Шкала астенического состояния	23,47	1,00	2499,78	0,54	0,4635
Истощение (шкала E)	158,67	1,00	392,31	23,46	0,0000
Желудочные жалобы (шкала M)	0,20	1,00	228,40	0,05	0,8225
Ревматические жалобы (шкала G)	0,14	1,00	550,44	0,01	0,9041
Сердечные жалобы (шкала H)	7,20	1,00	243,73	1,71	0,1957
Давление (Д), или интенсивность жалоб	115,20	1,00	1408,53	4,74	0,0335

Продолжение Таблицы 5.2

Переменная	Между SS	сс	Внутри SS	F	Значение p
Социально ориентированное и социальное функционирование	7644,05	1,00	2936,13	151,00	0,0000
Физическое и психологическое благополучие	464,01	1,00	8258,98	3,26	0,0762
Самовосприятие	0,94	1,00	2222,04	0,02	0,8761
Микросоциальная поддержка	11,76	1,00	9376,18	0,07	0,7884
Социальное благополучие	568,89	1,00	5928,04	5,57	0,0217
Признаки вегетативных изменений	56,67	1,00	664,31	4,95	0,0300

По значениям межгрупповых (SS между группами) и внутригрупповых (SS внутри групп) дисперсий, F-фактическое значение Фишера, нормирование (стандартизация) представляет собой преобразование значений случайной величины путем вычитания из каждого значения среднего арифметического с последующим делением на среднеквадратическое отклонение. Нормирование приводит все показатели к новой безразмерной шкале, обладающей свойством, что средние и стандартные отклонения величин принимают значения 0 и 1 соответственно. При нормировании сохраняется порядок расстояний между значениями показателя, то есть отношение «больше – меньше».

Можно утверждать, что у пациентов контрольной группы, по сравнению с пациентами с ТБ, более слабый аффиinitет индивидуально ориентированных, социально ориентированных и клинических факторов, которые, хотя и оказывают взаимное влияние друг на друга, но в значительно меньшей степени. Таким образом, значимые различия между факторами в выделенных кластерах определяются только по уровню ТДР, показателям истощения и социально ориентированному и социальному функционированию.

Кроме того, был проведен факторный анализ, результаты которого представлены на Рисунке 5.7.

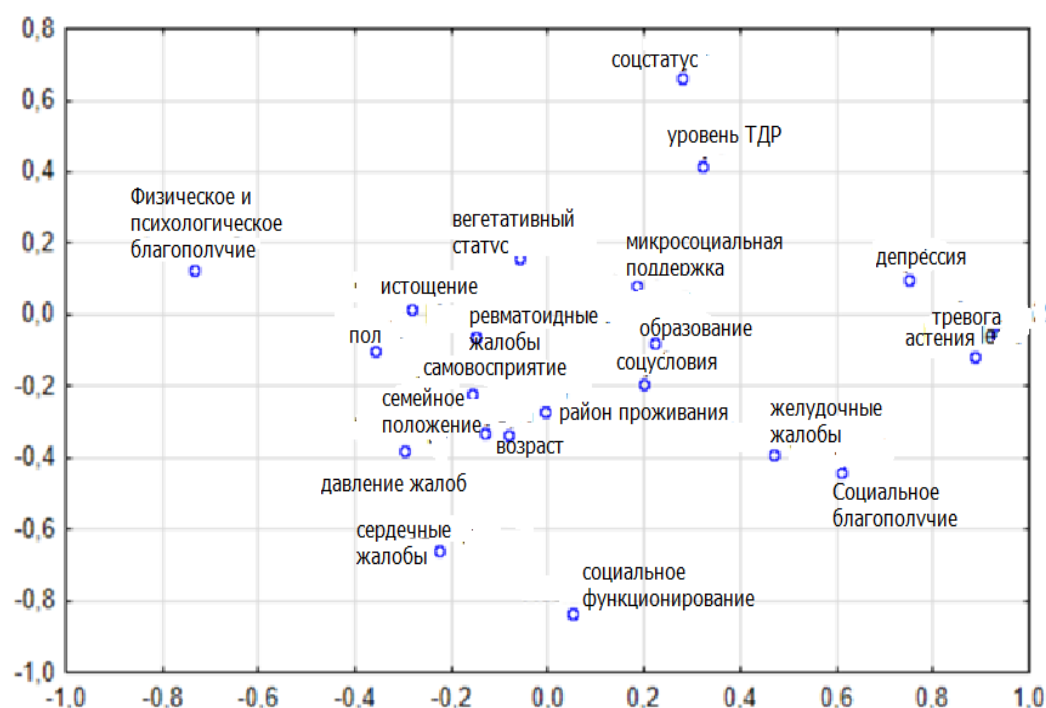


Рисунок 5.7 – Факторная нагрузка переменных признаков в контрольной группе пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами

Следует отметить высокую факторную нагрузку уровня ТДР, депрессии, тревоги, астении.

5.2. Кластерный анализ характеристик у пациентов совокупной выборки исследования

С целью уточнения универсальных механизмов взаимодействия между индивидуально ориентированными, социально ориентированными, а также клиническими факторами был проведен кластерный анализ всей совокупной выборки исследования (145 чел.).

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 Евклидова расстояния. Наиболее важным результатом, получаемым в результате древовидной кластеризации, является иерархическое дерево (Рисунок 5.8).

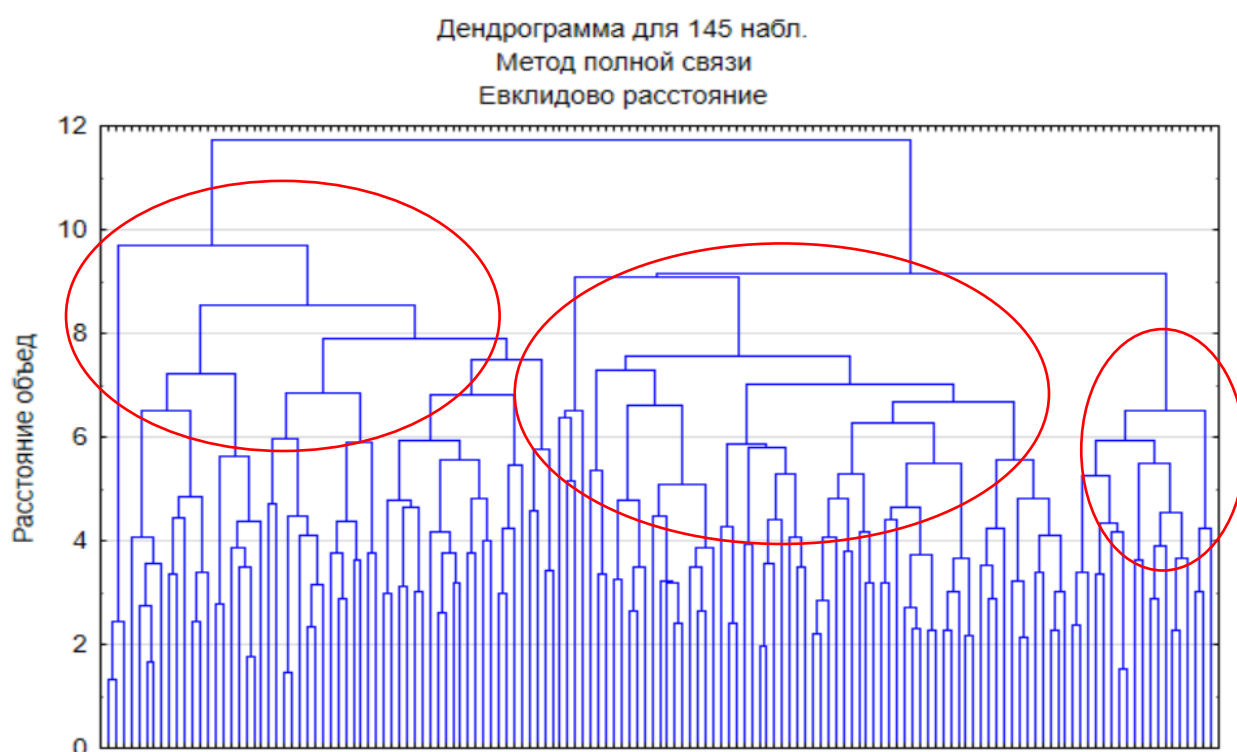


Рисунок 5.8 – Иерархическое дерево

Исходя из визуального представления результатов, можно сделать предположение, что пациенты анализируемой выборки образуют три

естественных кластера. Данное предположение проверяли, разбив исходные данные методом К-средних на 3 кластера и выявив значимость различия между полученными группами. Метод К-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.

Дисперсионный анализ для определения значимости различия между полученными кластерами представлен в Таблице 5.3.

Таблица 5.3 – Дисперсионный анализ различий между тремя кластерами по анализируемым переменным

Переменная	Дисперсионный анализ					
	Между SS	сс	Внутри SS	сс	F	значим. P
Возраст	96,94	2	45.06	142	155.87	0.000001
Пол	10,18	2	133,82	142	5.4001	0.005491
Семейное положение	34.51	2	109,49	142	22,38	0.000001
Социальные условия	11.9	2	132.09	142	6,40	0.002189
Образование	0,30	2	143,70	142	0,15	0.864063
Социальный статус	2,25	2	141.74	142	1.1280	0.326568
Диагноз туберкулез	16,78	2	125,22	142	10.64	0.000049
Шкала Гамильтона для оценки депрессии	99,78	2	44.21	142	160.22	0.000001
Тревога	95.84	2	48,16	142	141.3	0.000001
Шкала астенического состояния	96,18	2	47,82	142	142.78	0.000001
Гиссенский опросник психосоматических жалоб						
Истощение (шкала E)	108.06	2	35.93	142	213.48	0.000001
Желудочные жалобы (шкала M)	90,77	2	53,23	142	121.07	0.000001
Ревматические жалобы (шкала G)	47.92	2	96,07	142	35.4208	0.000001
Сердечные жалобы (шкала H)	22.68	2	121.31	142	13,28	0.000005
Давление (Д), или интенсивность жалоб	19.99	2	124.0	142	11.45	0.000025
Социально ориентированное и социальное функционирование (PSP)	53,43	2	90,57	142	41.89	0.000001
Опросник качества жизни WHOQOL-BREF						
Сфера 1. Физическое и психологическое благополучие	48.14	2	95.85	142	35.65	0.000001

Значение $p < 0,05$ говорит о значимом различии анализируемых параметров между кластерами. Первый кластер включает 61 наблюдение, второй – 58 наблюдений, третий – 26 наблюдений.

Социально-демографические и бытовые параметры пациентов анализируемых кластеров представлены в Таблице 5.4. Так, было выявлено, что в первом кластере (61 человек) преобладают лица, состоящие в браке (68,8%), преимущественно женщины (77,1%) в возрасте от 19 до 45 лет ($35,95 \pm 7,93$ года), имеющие среднее специальное образование (52,5%), не работающие (54,1%) и проживающие в своей квартире (60,7%).

Таблица 5.4 – Социально-демографические и бытовые параметры пациентов анализируемых кластеров

Признаки	Пациенты кластера 1 ($n = 61$)	Пациенты кластера 2 ($n = 58$)	Пациенты кластера 3 ($n = 26$)	Критерий, p
Пол, % - женский - мужской	47 (77,1%) 14 (22,9%)	35 (60,3%) 23 (39,7%)	16 (61,5%) 10 (38,5%)	F 5,8 $p = 0,14$
Возраст, Ме (годы), ошибка среднего	$35,95 \pm 7,93$	$39,67 \pm 5,21$	$33,23 \pm 5,47$	KW = 34,5 $p = 0,0001$ U $p_{1-2} 0,03$ $p_{2-3} 0,009$ $p_{1-3} 0,02$
Семейное положение, % - в разводе - холост/не замужем - женат/замужем	4 (6,5%) 15 (24,7%) 42 (68,8%)	2 (3,5%) 38 (65,5%) 18 (31%)	7 (26,9%) 7 (26,9%) 12 (46,2%)	F 22,3 $p = 0,0001$
Условия проживания, % - свой дом - съемное жилье - своя отдельная квартира	19 (31,1%) 5 (8,2%) 37 (60,7%)	18 (31%) 9 (15,5%) 31 (53,4%)	10 (38,5%) 1 (3,8%) 15 (57,7%)	F 6,39 $p = 0,06$
Образование, % - полное среднее - среднее специальное - высшее	16 (26,2%) 32 (52,5%) 13 (21,3%)	21 (36,2%) 28 (48,3%) 9 (15,5%)	7 (26,9%) 15 (57,7%) 4 (15,4%)	F 0,14 $p = 0,86$
Социальный статус, % - работает - не работает	28 (45,9%) 33 (54,1%)	37 (63,8%) 21 (36,2%)	10 (38,5%) 16 (61,5%)	F 1,12 $p = 0,32$
Примечание: F – критерий Фишера, KW – критерий Крускала–Уоллиса, U – критерий Манна–Уитни.				

Во втором кластере (58 человек) преобладают не состоящие в браке (69%), также преимущественно женщины (60,3%) в возрасте от 25 до 51 лет ($39,67 \pm 5,21$ года), имеющие среднее специальное образование (48,3%), работающие (63,8%) и проживающие в своей квартире (53,4%).

В третьем кластере (26 человек) преобладают не состоящие в браке (53,8%) женщины (61,5%) в возрасте от 18 до 39 лет ($33,23 \pm 5,47$ года), имеющие среднее специальное образование (57,7%), не работающие (61,5%) и проживающие в своей квартире (57,7%).

Между кластерами выявлены статистически достоверные отличия по показателям возраста (пациенты первого и второго кластеров были моложе пациентов третьего кластера, $p < 0,001$), а также семейного положения (в первом кластере преобладали женатые/замужние пациенты, во втором – холостые/незамужние пациенты, $p < 0,001$) (Рисунок 5.9).

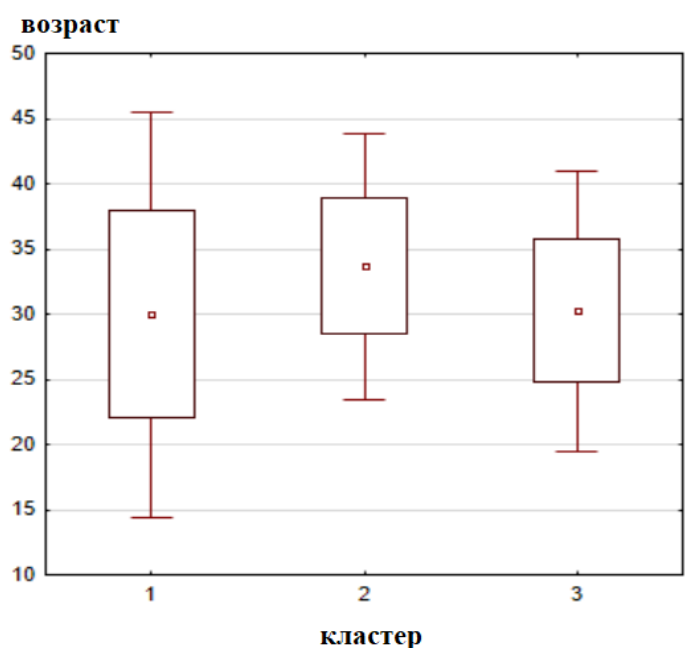


Рисунок 5.9 – Диапазон отличий по показателям возраста среди пациентов разных кластеров

Статистически значимых отличий между кластерами по показателям условий проживания, уровня образования и социального статуса на момент исследования не выявлено.

Далее рассмотрим результаты оценки долевого соотношения пациентов с ТБ в анализируемых кластерах (Таблица 5.5).

Таблица 5.5 – Долевое соотношение пациентов с туберкулезом в анализируемых кластерах

Параметр	Пациенты кластера 1 (<i>n</i> = 61)	Пациенты кластера 2 (<i>n</i> = 58)	Пациенты кластера 3 (<i>n</i> = 26)	Критерий, <i>p</i>
Наличие туберкулеза	61 (100%)	2 (3,4%)	22 (84,6%)	F 10,64 <i>p</i> = 0,0001
Туберкулез не выявлен	0 (0%)	56 (96,6%)	4 (15,3%)	

Согласно полученным результатам, первый кластер составили пациенты с ТБ (100%). Во втором кластере состояли пациенты без выявленного на момент исследования ТБ (группа сравнения) (96,6%), а также 3,4% пациентов с ТБ. В третий кластер были включены 84,6% пациентов с ТБ и 15,3% пациентов из группы сравнения. Таким образом, в первый кластер вошли пациенты группы исследования с ТБ, во второй кластер – пациенты группы сравнения (с ТДР), а третий кластер представляет собой смешанную группу.

По данным исследования с использованием шкалы Гамильтона для оценки тревожности и депрессии выявлено, что у большей части пациентов первого кластера наблюдается высокий уровень тяжести тревоги и средний уровень тяжести депрессии (у 52,5%), либо высокий уровень тяжести тревоги и депрессии (у 45,9%) (Таблица 5.6).

Таблица 5.6 – Долевое соотношение пациентов в анализируемых кластерах в зависимости от уровня тяжести проявления тревожно-депрессивного расстройства

Уровень	Группа						Критери й, р
	Пациенты кластера 1 n=61		Пациенты кластера 2 n=58		Пациенты кластера 3 n=26		
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	
Средний уровень тяжести тревоги / депрессия отсутствует	0	0,0	9	15,5	0	0,0	F 129,5, p=0,0001
Средний уровень тяжести тревоги и депрессии	1	1,6	21	36,2	11	42,3	
Высокий уровень тревоги при среднем уровне тяжести депрессии	32	52,5	13	22,4	10	38,5	
Высокий уровень тяжести тревоги и депрессии	28	45,9	15	25,9	5	19,2	

Среди пациентов второго кластера в большей части случаев были зарегистрированы ТДР на среднем уровне тяжести тревоги и депрессии (у 36,2%). Высокий уровень тревоги при среднем уровне тяжести депрессии был выявлен у 22,4% пациентов второго кластера, а у 25,9% пациентов этого кластера было зарегистрировано наличие высокого уровня тяжести тревоги и депрессии.

Среди пациентов третьего кластера в большей части случаев были зарегистрированы ТДР на среднем уровне тяжести тревоги и депрессии (у 42,3%). Высокий уровень тревоги при среднем уровне тяжести депрессии был выявлен у 38,5% пациентов третьего кластера, а у 19,2% пациентов этого кластера было зарегистрировано наличие высокого уровня тяжести тревоги и депрессии (Рисунок 5.10).

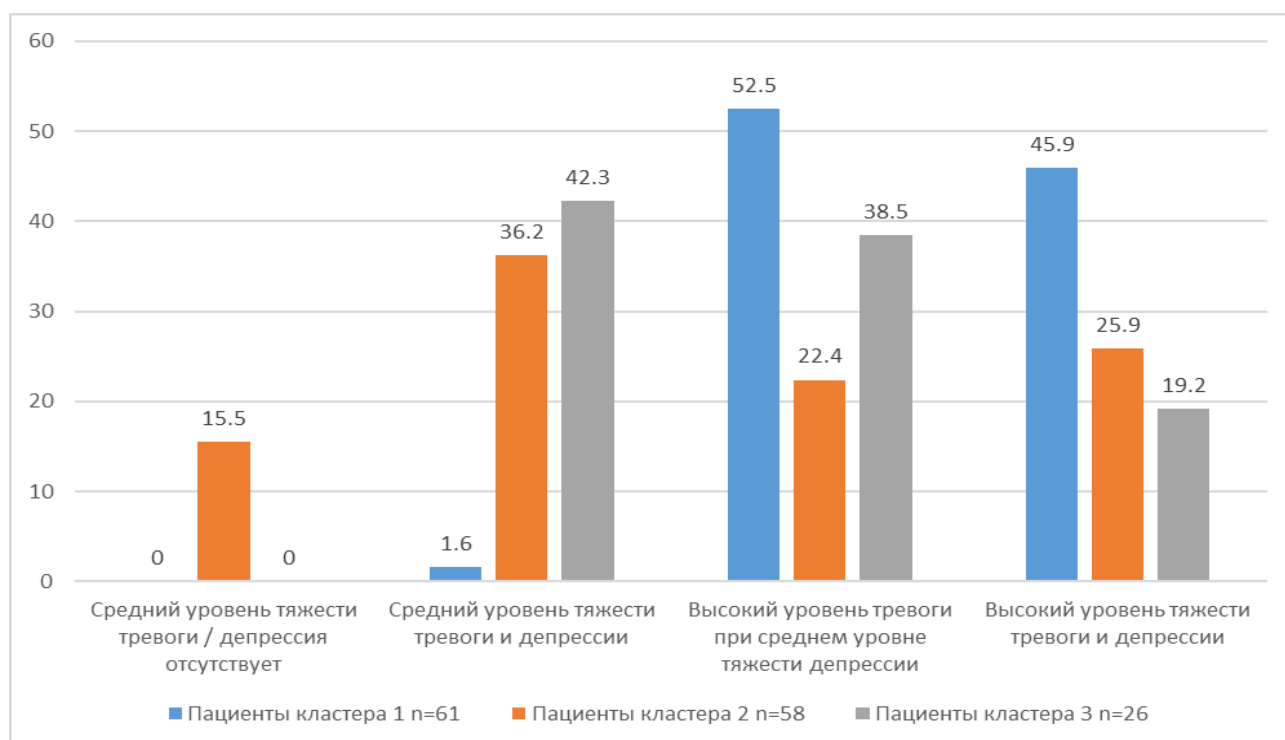


Рисунок 5.10 – Распределение пациентов анализируемых кластеров в зависимости от уровня тревожно-депрессивного расстройства

Результаты сравнения кластеров по показателю шкалы Гамильтона для оценки тревоги и депрессии представлены в Таблице 5.7. Можно отметить более тяжелое проявление ТДР у пациентов 1 кластера, куда было включено большинство участников исследования группы с ТБ, с наличием статистически значимых отличий между группами в уровне ТДР при их сравнении ($p < 0,001$).

Таблица 5.7 – Результаты сравнения кластеров по показателю шкалы Гамильтона для оценки тревоги и депрессии, $M \pm m$

Параметр	Пациенты кластера 1 (n = 61)	Пациенты кластера 2 (n = 58)	Пациенты кластера 3 (n = 26)	Критерий, p
Тревога	15,52 ± 2,74	8,75 ± 2,86	11,3 ± 2,37	F 141,3 $p = 0,0001$
Депрессия	12,53 ± 2,75	6,77 ± 2,87	8,2 ± 2,32	F 160,2 $p = 0,0001$

Долевое соотношение пациентов в анализируемых кластерах в зависимости от уровня астении представлено в Таблице 5.8.

Таблица 5.8 – Долевое соотношение пациентов в анализируемых кластерах в зависимости от уровня астении

Шкала	Пациенты кластера 1 (n = 61)	Пациенты кластера 2 (n = 58)	Пациенты кластера 3 (n = 26)	Критерий, <i>p</i>
Отсутствие астении	0 (0%)	52 (89,7%)	0	F 142,78 <i>p</i> = 0,0001
Слабая астения	11 (18%)	6 (10,3%)	3 (11,5%)	
Умеренная астения	11 (18%)	0	17 (65,4%)	
Выраженная астения	40 (64%)	0	6 (23,1%)	
Астеническое состояние, средний показатель	100,12 ± 20,06	43,97 ± 6,56	63,59 ± 10,30	
Статус (в сравнении с шкалой оценки в среднем по группе)	Слабая астения	Отсутствие астении	Выраженная астения	

У большей доли пациентов 1 кластера выявлена выраженная астения (у 64%), во 2 кластере у большинства пациентов астения отсутствовала (89,7%), тогда как в 3 кластере у 65,4% пациентов фиксировали наличие умеренной астении (Рисунок 5.11).

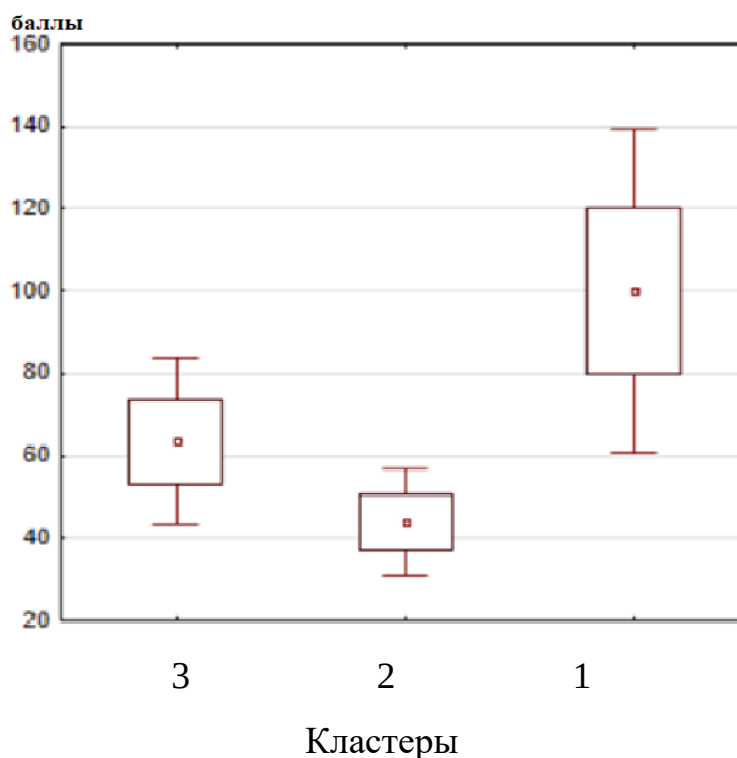


Рисунок 5.11 – Диапазон результатов по показателю шкалы астенического состояния в анализируемых кластерах

Таким образом, можно отметить более тяжелое проявление астенического состояния у пациентов 1 кластера, с наличием статистически значимых отличий между группами в уровне астении при их сравнении ($p < 0,001$).

Результаты психодиагностики пациентов анализируемых кластеров с помощью Гиссенского опросника психосоматических жалоб представлены в Таблице 5.9.

Таблица 5.9 – Частотный анализ результатов Гиссенского опросника психосоматических жалоб в анализируемых кластерах пациентов

Шкала	Пациенты кластера 1 ($n = 61$)	Пациенты кластера 2 ($n = 58$)	Пациенты кластера 3 ($n = 26$)	Критерий, p
Истощение (шкала E)	$17,77 \pm 2,83$	$7,67 \pm 2,61$	$10,59 \pm 2,84$	F 213,48 $p = 0,0001$
Уровень	Высокий	Низкий	Высокий	
Желудочные жалобы (шкала M)	$0,25 \pm 0,72$	$2,33 \pm 1,92$	$0,54 \pm 1,24$	F 121,07 $p = 0,0001$
Уровень	Низкий	Низкий	Низкий	
Ревматические жалобы (шкала G)	$5,98 \pm 1,27$	$4,05 \pm 3,02$	$6,08 \pm 2,00$	F 35,42 $p = 0,0001$
Уровень	Низкий	Низкий	Низкий	
Сердечные жалобы (шкала H)	$0,62 \pm 1,11$	$1,90 \pm 2,03$	$0,69 \pm 1,09$	F 13,28 $p = 0,0001$
Уровень	Низкий	Низкий	Низкий	
Интенсивность субъективных недомоганий	$25,08 \pm 4,12$	$15,95 \pm 4,94$	$17,44 \pm 3,72$	F 11,45 $p = 0,0001$
Уровень (общий по группе в сравнении с шкалой оценки)	Высокий	Высокий	Высокий	

Согласно полученным данным, частотное распределение статистически достоверно различается между кластерами по всем шкалам методики.

Среди пациентов 1 и 3 анализируемых кластеров наиболее часто встречается повышенный уровень недомоганий, связанных с истощением, с наибольшей выраженностью симптомов у пациентов 1 кластера ($17,77 \pm 2,83$

балла), с наименее выраженным – у пациентов 2 кластера ($7,67 \pm 2,61$ балла) ($p < 0,001$) (Рисунок 5.12).

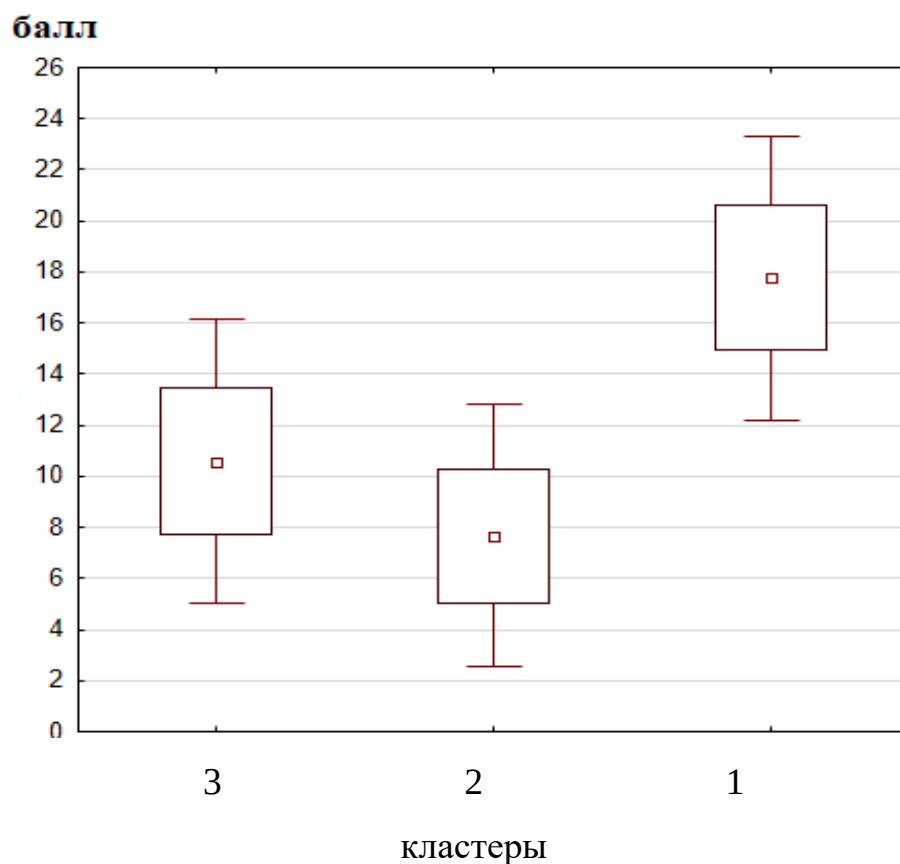


Рисунок 5.12 – Диапазон результатов по показателю шкалы «Истощение» в анализируемых кластерах

Все остальные шкалы методики показали низкий уровень проявления желудочных, ревматических и сердечных жалоб у пациентов анализируемых кластеров.

Интенсивность субъективных недомоганий была высокой независимо от принадлежности пациента к тому или иному кластеру, составив в 1 кластере $25,08 \pm 4,12$ балла, во 2 кластере – $15,95 \pm 4,94$ балла, в 3 кластере – $17,44 \pm 3,72$ балла (Рисунок 5.13).

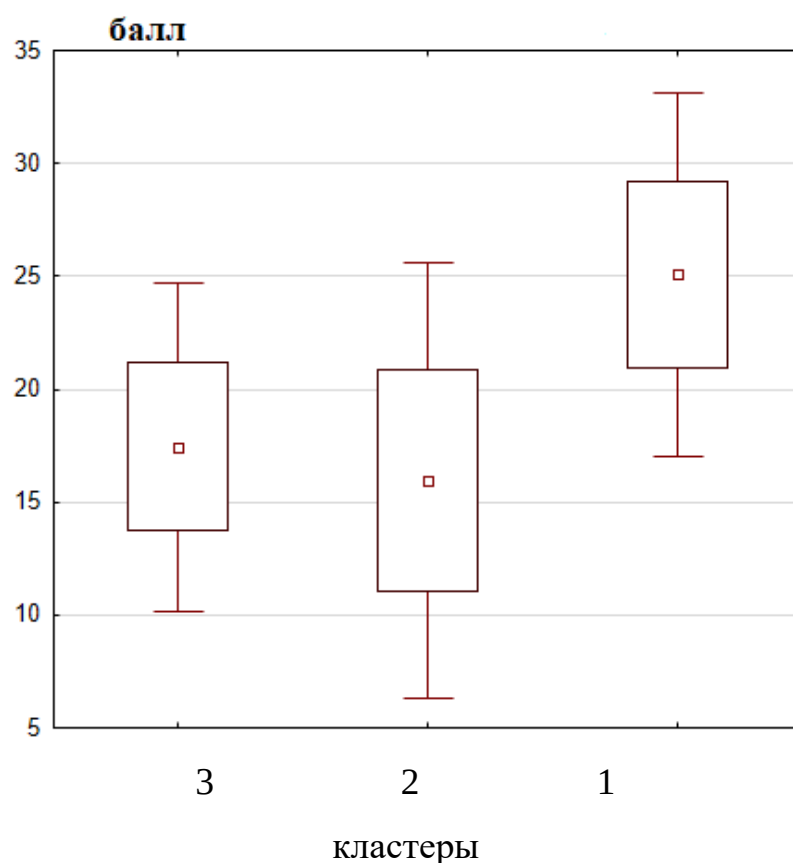


Рисунок 5.13 – Диапазон результатов по показателю интенсивности субъективных недомоганий у пациентов в анализируемых кластерах

Таким образом, можно отметить более высокую интенсивность субъективных недомоганий у пациентов 1 кластера, с наличием статистически значимых отличий между группами ($p < 0,001$).

Результаты психодиагностики социально ориентированного и социального функционирования у пациентов анализируемых кластеров представлены в Таблице 5.10.

Таблица 5.10 – Результаты психодиагностики социально ориентированного и социального функционирования у пациентов анализируемых кластеров

Шкала	Пациенты кластера 1 ($n = 61$)	Пациенты кластера 2 ($n = 58$)	Пациенты кластера 3 ($n = 26$)	Критерий, p
Полноценное функционирование	0	0	0	F 41.89 $p = 0,0001$
Хороший уровень функционирования	0	3 (5,2%)	1 (3,8%)	

Продолжение Таблицы 5.10

Шкала	Пациенты кластера 1 (n = 61)	Пациенты кластера 2 (n = 58)	Пациенты кластера 3 (n = 26)	Критерий, <i>p</i>
Хороший уровень функционирования	0	3 (5,2%)	1 (3,8%)	
Небольшие затруднения в одной или более областях а-с	3 (4,9%)	21 (36,2%)	1 (3,8%)	
Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения	15 (25,6%)	21 (36,2%)	15 (57,7%)	
Значительные затруднения в одной области	7 (11,5%)	9 (15,5%)	3 (11,5%)	
Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях	18 (29,5%)	5 (8,6%)	4 (15,4%)	
Сильно выраженные затруднения в одной области	16 (26,2%)	2 (3,4%)	2 (7,7%)	
Сильно выраженные затруднения в двух областях	2 (3,3%)	0	0	
Сильно выраженные нарушения во всех областях	0	0	0	
Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения	0	0	0	
Средний балл	35,12 ± 15,99	65,60 ± 12,42	56,00 ± 17,35	
Примечание: (а) социально полезная деятельность, включая работу и учебу; (б) отношения с близкими и прочие социальные отношения, (с) самообслуживание, (d) тревожное и агрессивное поведение.				

Так, согласно полученным данным, хороший уровень функционирования во всех сферах социально ориентированного и социального функционирования выявлен у 5,2% пациентов 2 кластера и у 3,8% пациентов 3 кластера.

Небольшие затруднения в одной или более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 4,9% пациентов 1 кластера, у 36,2% пациентов 2 кластера и у 3,8% пациентов 3 кластера. Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 25,6% пациентов 1 кластера, у 36,2% пациентов 2 кластера и у 57,7%

пациентов 3 кластера. Значительные затруднения в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 11,5% пациентов 1 кластера, у 15,5% пациентов 2 кластера и у 11,5% пациентов 3 кластера. Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях, или сильно выраженные затруднения в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 29,5% пациентов 1 кластера, у 8,6% пациентов 2 кластера и у 15,4% пациентов 3 кластера. Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 26,2% пациентов 1 кластера, у 8,6% пациентов 2 кластера и у 15,4% пациентов 3 кластера. Сильно выраженные затруднения в двух и более областях социально ориентированного и социального функционирования выявлены у 3,3% пациентов 1 кластера. Среди пациентов 1 кластера выявлен более низкий уровень выраженности социально ориентированного и социального функционирования, который был на уровне $35,12 \pm 15,99$ балла, тогда как у пациентов 2 и 3 кластеров этот показатель был выше и составил $65,60 \pm 12,42$ и $56,00 \pm 17,35$ балла соответственно ($p < 0,001$) (Рисунок 5.14).

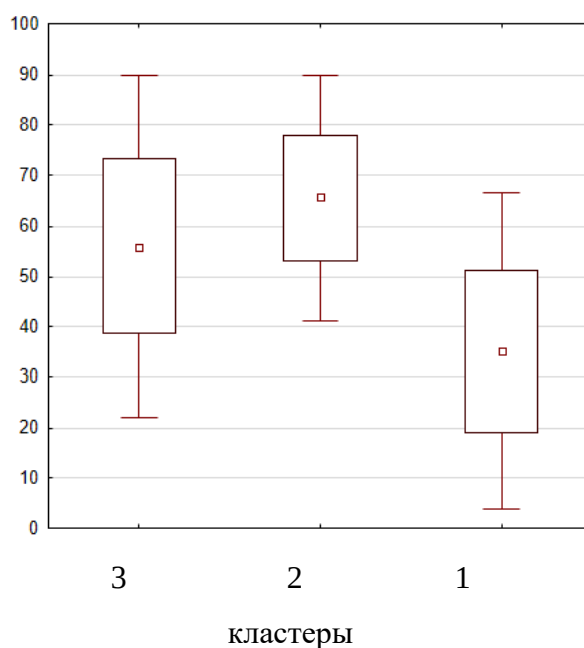


Рисунок 5.14 – Диапазон результатов по показателю социально ориентированного и социального функционирования у пациентов в каждом кластере

Результаты оценки качества жизни с помощью опросника WHOQOL-BREF представлены в Таблице 5.11.

Таблица 5.11 – Результаты оценки качества жизни у пациентов анализируемых кластеров

Шкала	Пациенты кластера 1 (n = 61)	Пациенты кластера 2 (n = 58)	Пациенты кластера 3 (n = 26)	Критерий, <i>p</i>
Сфера 1. Физическое и психологическое благополучие	19,85 ± 4,33	27,26 ± 12,26	20,73 ± 5,33	F 35,65 <i>p</i> = 0,0001
Сфера 2. Самовосприятие	21,02 ± 4,26	43,24 ± 6,67	21,50 ± 8,31	F 12,22 <i>p</i> = 0,0001
Сфера 3. Микросоциальная поддержка	30,18 ± 12,62	48,57 ± 12,76	36,81 ± 13,82	F 225,38 <i>p</i> = 0,0001
Сфера 4. Социальное благополучие	20,54 ± 3,99	25,64 ± 10,58	20,73 ± 5,50	F 30,57 <i>p</i> = 0,0001

Так, среди пациентов 1 кластера выявлен низкий показатель по шкале «Физическое и психологическое благополучие», который был на уровне $19,85 \pm 4,33\%$. Среди пациентов 2 кластера физическое и психологическое благополучие также было пониженным. Среди пациентов 3 кластера анализируемый показатель был на уровне $20,73 \pm 5,33$ балла (низкий уровень) ($p < 0,001$) (Рисунок 5.15).

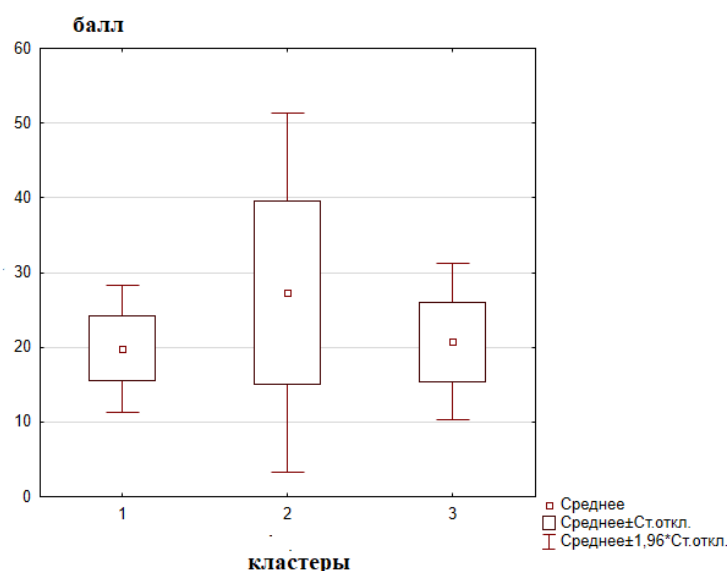


Рисунок 5.15 – Диапазон результатов по шкале «Физическое и психологическое благополучие» у пациентов в каждом кластере

Среди пациентов 1 и 3 кластера выявлен менее высокий показатель по шкале «Самовосприятие», который составил $21,02 \pm 4,26\%$ и $21,50 \pm 8,31\%$ соответственно (пониженный показатель), чем среди пациентов 2 кластера, где показатель по анализируемой шкале составил $43,24 \pm 6,67\%$ (средний показатель) ($p < 0,001$) (Рисунок 5.16).

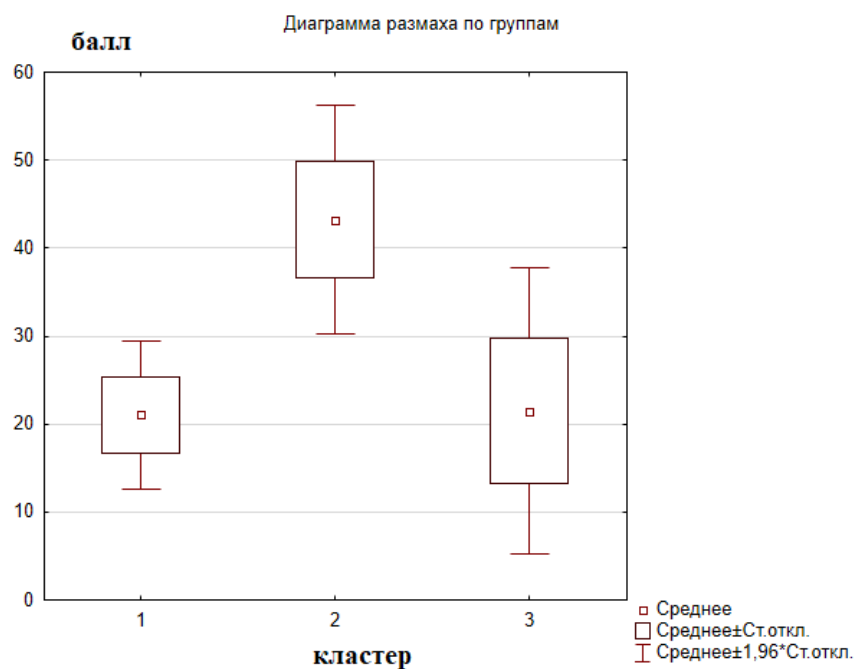


Рисунок 5.16 – Диапазон результатов по шкале «Самовосприятие» у пациентов в каждом кластере

Кроме того, среди пациентов 1 кластера выявлен менее высокий показатель по шкалам «Микросоциальная поддержка» и «Социальное благополучие», которые были на уровне $30,18 \pm 12,62\%$ (пониженный показатель) и $20,54 \pm 3,99\%$ (пониженный показатель) соответственно, чем среди пациентов 2 кластера, где показатели по анализируемым шкалам составили $48,57 \pm 12,76\%$ (средний показатель) и $25,64 \pm 10,58\%$ (пониженный показатель) ($p < 0,001$) (Рисунок 5.17, Рисунок 5.18).

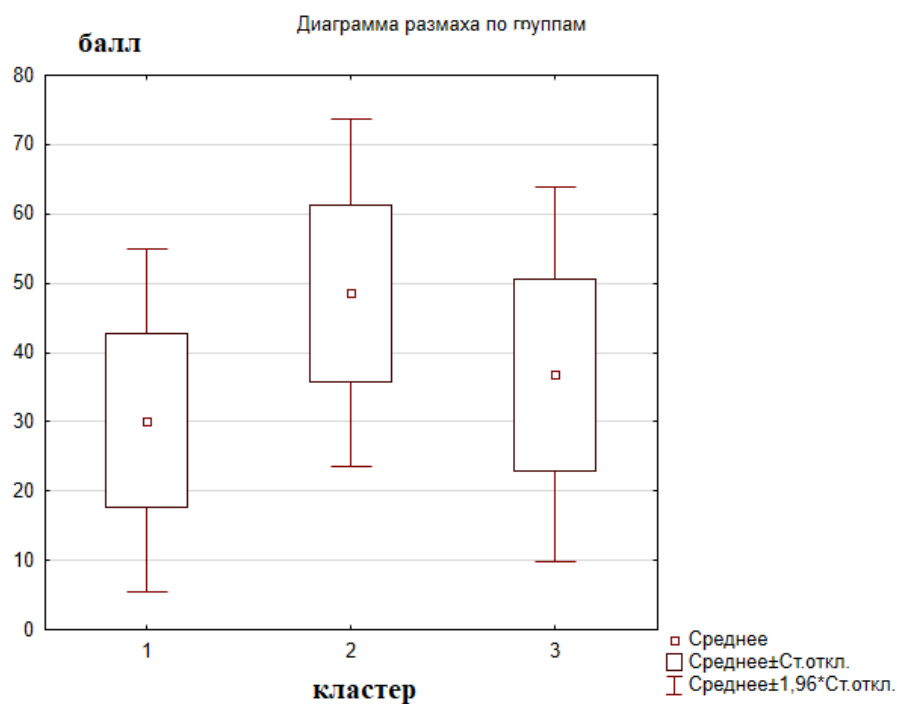


Рисунок 5.17 – Диапазон результатов по шкале «Микросоциальная поддержка» у пациентов в каждом кластере

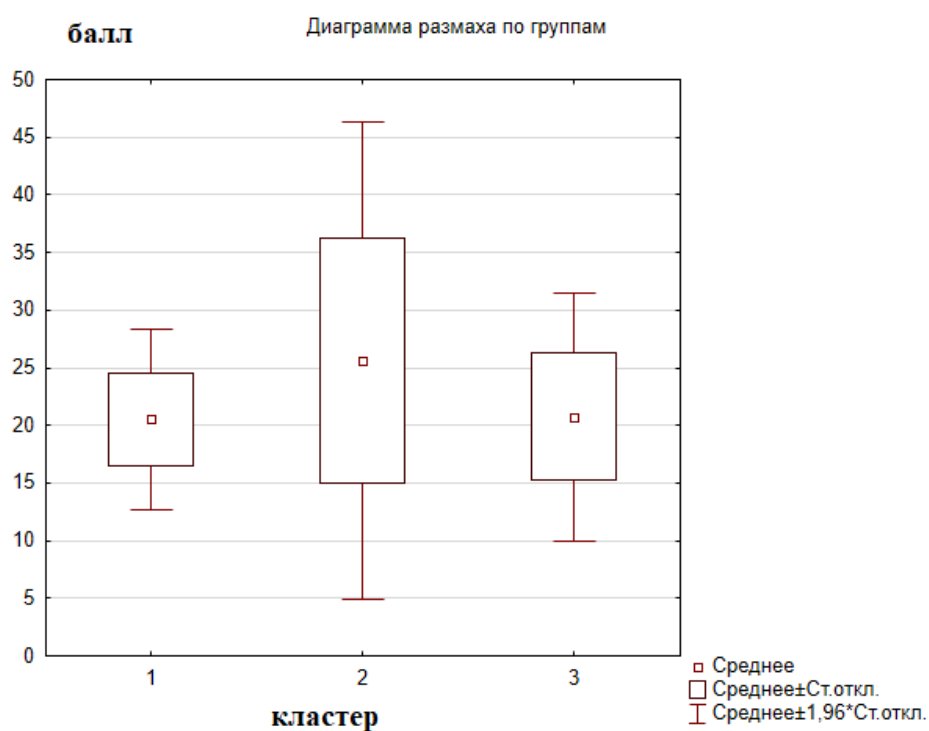


Рисунок 5.18 – Диапазон результатов по шкале «Социальное благополучие» у пациентов в каждом кластере

Среди пациентов 3 кластера показатели по шкалам «Микросоциальная поддержка» и «Социальное благополучие» были на уровне $36,81 \pm 13,82\%$ (пониженный показатель) и $20,73 \pm 5,50\%$ (пониженный показатель) соответственно.

Таким образом, у пациентов 1 и 3 кластера отмечаются более низкие показатели качества жизни в сфере физического и психологического благополучия, в сфере самовосприятия, в сфере микросоциальной поддержки и социального благополучия ($p < 0,001$).

При сравнении средних показателей по опроснику оценки признаков вегетативных изменений среди пациентов анализируемых кластеров мы выявили статистически значимые отличия между ними (Таблица 5.12).

Таблица 5.12 – Результаты оценки вегетативных изменений у пациентов анализируемых кластеров

Шкала	Пациенты кластера 1 (<i>n</i> = 61)	Пациенты кластера 2 (<i>n</i> = 58)	Пациенты кластера 3 (<i>n</i> = 26)	Критерий, <i>p</i>
Вегетативные изменения	$22,88 \pm 3,77$	$14,50 \pm 2,97$	$18,25 \pm 3,47$	F 7.75 $p = 0,0006$

Так, у пациентов 1 и 3 кластера выявлен более высокий показатель наличия признаков вегетативных изменений, который был на уровне $22,88 \pm 3,77$ балла и $18,25 \pm 3,47$ балла соответственно (показатель наличия признаков вегетативных изменений), чем у пациентов 2 кластера, где показатель по анализируемой шкале составил $14,50 \pm 2,97$ балла (низкий показатель) ($p < 0,001$) (Рисунок 5.19).

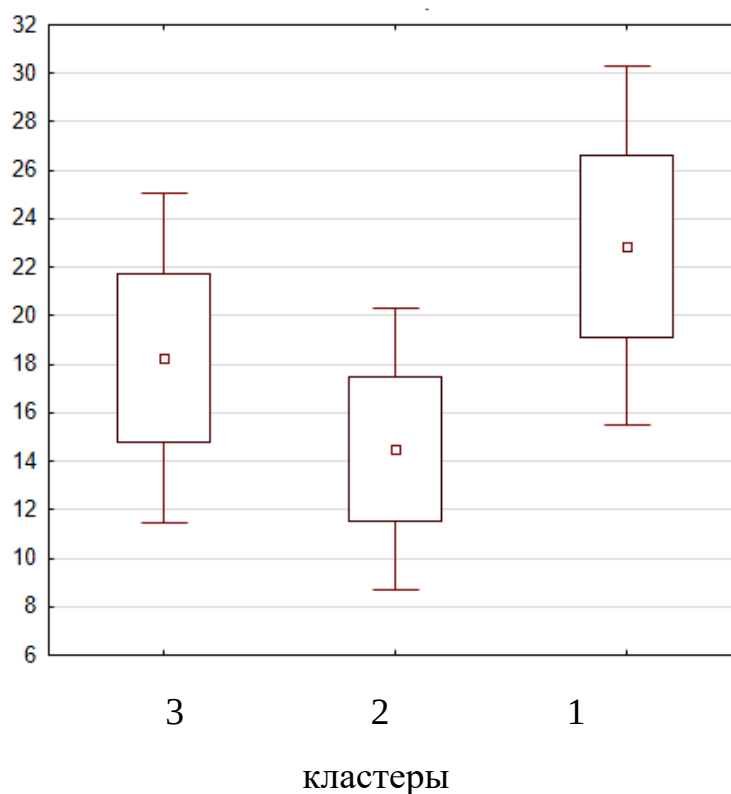


Рисунок 5.19 – Диапазон результатов по шкале «Вегетативные изменения» у пациентов в каждом кластере

Таким образом, у пациентов 1 и 3 кластеров отмечаются более высокие показатели наличия признаков вегетативных изменений. В большей степени отмечено преобладание астеновегетативного синдрома у пациентов 1 кластера. Кластеры 1 (пациенты с ТБ) и 3 (пациенты с туберкулезом 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 1 кластера. Кроме того, 1 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 сфере

физического и психологического благополучия, в сфере самовосприятия, в сфере микросоциальной поддержки и социального благополучия, а также более высокому показателю наличия признаков вегетативных изменений.

5.2.1. Клиническое наблюдение 1

Пациентка 24 лет.

Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез правого легкого в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). ЛЧ МБТ. I ГДУ.

В анамнезе 26 сентября 2003 г. выполнена резекция нижней доли правого легкого по поводу псевдоопухоли с пороком развития по типу эмбрионального ателектаза (стекла и блоки не сохранились). После операции ежегодно обследовалась до 2012 г. В 2007 г. пациентке был установлен диагноз БА, по поводу которого принимала фликсотид до 2014 г. Далее самостоятельно отменила терапию, у пульмонолога не наблюдалась. С 2019 г. стали беспокоить боли в грудной клетке, была сделана ФГ – без патологии. С 2022 г. наблюдались периодические симптомы ОРВИ, температура до 38.5°C, кашель с мокротой и прожилками крови (в январе, феврале, апреле). К врачу не обращалась. В июне случился очередной приступ кровохарканью, была госпитализирована в Х/О по месту жительства. С 11 июня 2022 г. по 16 июня 2022 г. находилась в отделении, проводилась гемостатическая терапия. На обзорной бронхоскопии от 14 июня 2022 г. в устье верхнедолевого бронха фиксированный сгусток крови (был удален). Выписана с улучшением состояния с рекомендацией к проведению КТ ОГК с контрастированием и консультацией фтизиатра. При дообследовании в Забайкальском краевом клиническом фтизиопульмонологическом центре в мокроте от 16 августа 2022 г. и 17 августа 2022 г. обнаружены МБТ+, ПЦР от 11 августа 2022 г. обнаружены ДНК МБТ, чувствительность МБТ к рифампицину сохранена. По данным КТ ОГК от 2 августа 2022 г. – очаговые и полостные изменения в верхней доле правого легкого. 15 августа 2022 г. ЦВКК № 528

выставлен диагноз: «Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения. МБТ (+), I ГДН». 16 августа 2022 г. госпитализирована на стационарное лечение. Получала лечение по режиму ЛЧ туберкулеза. Развилась гепатотоксическая реакция. Была проведена консультация в ННИИТ. Решено продолжить противотуберкулезную терапию после нормализации печеночных показателей. По данным МСКТ от 27 ноября 2022 г. отмечается разнонаправленная динамика, закрытие полостей распада и частичное рассасывание инфильтрации в нижней доле правого легкого и появление полости распада в верхней доле правого легкого. Обратилась в ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза» для решения вопроса о стационарном лечении. Решением Отборочной комиссии № 2316 от 4 декабря 2022 г. показана госпитализация. Госпитализирована в 1-е терапевтическое отделение ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза».

Жалобы активно не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Проведены физикальное обследование, лабораторные, инструментальные исследования, консультации смежных специалистов.

Консультация психиатра 2 февраля 2023 г. – Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2). Рекомендовано: Феварин 50 мг на ночь.

Пациентка представлена на ВК №637 от 25 декабря 2022 г., установлен клинический диагноз:

Основной: Инфильтративный туберкулез правого легкого в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). ЛЧ МБТ.

Осложнение: Рецидивирующее бронхолегочное кровотечение (июль, август, сентябрь 2023 г.). Послеоперационный рубцовый стеноз промежуточного бронха справа.

Сопутствующий: Состояние после резекции нижней доли правого легкого по поводу псевдоопухоли с пороком развития по типу эмбрионального ателектаза 26 сентября 2003 г. Бронхиальная астма, смешанный вариант, легкое персистирующее течение, ремиссия. Вазомоторный ринит. Эритематозная

гастропатия. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эписклерит обоих глаз. Мочекаменная болезнь.

Решено назначить противотуберкулезную химиотерапию по режиму лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза, учитывая непереносимость пиразинамида в анамнезе:

Изониазид 0,3 табл.

Рифампицин 0,6 в/в кап.

Спарфлоксацин 0,2

Этамбутол 1,2

Амикацин 0,5 в/м (вес 62 кг).

Терапия сопровождения:

Фосфоглив 1 капсула 3 раза в сутки.

Комбилипен 1 таблетка утром.

Омес 2 капсулы утром и вечером за 30 минут до еды.

Амикацин был отменен после приема 21 дозы в связи с снижением СКФ, препарат заменен на Капреомицин. Капреомицин отменен после 33 доз в связи с эозинофилией.

Пациенту была проведена попытка наложения искусственного пневмоперитонеума. Ввиду возникновения панической атаки, стойкого болевого синдрома выполнение манипуляции было решено прекратить.

Пациенту проведено лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза. Достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика в виде улучшения самочувствия, по данным КТ частичное рассасывание инфильтративных изменений. По данным микробиологического исследования мокроты – стойкое абациллирование.

Кластерный анализ показал наличие высокого уровня тревоги при среднем уровне тяжести депрессии, наличие умеренной астении, высокого уровня психосоматических желудочных жалоб, истощения; заметных, но не достигающих значительного уровня затруднения в социально полезной деятельности, тревожное и агрессивное поведение; низкий уровень качества

жизни в сфере физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки. Выявлен высокий показатель наличия признаков вегетативных изменений.

5.2.2. Клиническое наблюдение 2

Пациент 34 г. поступил с жалобами на снижение настроение, суицидальные мысли, позднее засыпание, снижение либидо.

Анамнез характеризуется наличием конфликтных ситуаций в семье, повышенную нагрузку на работе, алкоголизацией, наркотизацией, переживаниями по поводу измен со стороны первой жены, выбора между двумя женщинами, неопределенностью в отношениях и т.д.

В данный период времени отмечает у себя состояние эпизодической, необъяснимой тревоги, чрезмерной слезливости. Обращался к различным специалистам, принимал ноотропную терапию, эффекта от которой не отмечал. В декабре 2022 стал отмечать снижение либидо, после семейных конфликтов закрывался в ванной и плакал, стали появляться суицидальные мысли, которых пугался. Решил, что все это связано с нагрузкой на работе, написал заявление об увольнении. В январе 2023 г. обратился в КЦПЗ, принимал рокону 100 мг. В связи с отсутствием значимого эффекта обратился в ДС ПНД 24.

Объективный статус.

Состояние кожных покровов, видимых слизистых, лимфатических узлов, костно-мышечной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, эндокринной системы, органов зрения без изменений.

Неврологический статус без изменений.

Психический статус. Сознание ясное, к контакту доступен (продуктивный), ориентация во времени и в месте в норме. Фон настроения умеренно снижен. Присутствуют суицидальные мысли. Внешне опрятен, выглядит соответственно

своему возрасту. Двигательно беспокоен, в руках держал бумагу, которую постоянно складывал, мял. Оглядывался, проверял, чтобы за дверью никто не сидел. Мимика и жесты адекватны беседе. Голос средней громкости, речь интонирована. Фон настроения снижен. В поведении несколько демонстративен. При вопросе о причинах обращения к психиатру, заявляет «у меня тяжелая жизнь». Несколько раз повторяет, может обидеться, но внешне этого не покажет, что обеспокоен комфортом другого собеседника. Фиксирован на собственной интимной жизни и описанием собственной личности. В беседе не всегда удерживает дистанцию, синтонно реагирует на юмор. Склонен к рассуждательству, излишне детализирует малозначимый факты. Заявляет, что боится принимать лекарственную терапию. Сообщает о наличии суицидальных мыслей без конкретного плана. К своему состоянию критичен. Активной психопродуктивной симптоматики на момент осмотра не выявлено. Сон укорочен по времени, с длительным засыпанием. Аппетит снижен. Формально соглашается с посещением групповых занятий.

Заключение. Проведена оценка суицидального риска, в результате которого суицидальный риск оценивается как низкий.

Диагноз. Депрессивный эпизод средней степени (F32.10).

Согласно кластерному анализу пациент был отнесен ко 2 кластерной группе, имея высокий уровень тревоги при среднем уровне тяжести депрессии, астения отсутствует, выявлен низкий уровень психосоматических жалоб. Отмечены небольшие затруднения социально ориентированного и социального функционирования в области социально полезной деятельности, включая работу, отношения с близкими и прочие социальные отношения. Выявлено пониженное физическое и психологическое благополучие при низком уровне вегетативных изменений.

5.2.3. Клиническое наблюдение 3

Пациентка 40 лет.

Клинический диагноз: Туберкулема нижней доли левого легкого в фазе распада. МБТ (-). ПреШЛУ МБТ (Н, R, E, Eto, Am, Lfx, Dlm). A15.0.

Сопутствующий: АИТ. Первичный гипотиреоз, компенсированный. Хронический холецистит. Хронический гастродуоденит. ДЖВП. Хронический некалькулезный холецистит. Синдром раздраженного кишечника с диарейным синдромом. СИБР. Дискинезия тощей кишки по гиперкинетическому типу, подвздошной кишки по гипокинетическому типу. Ситуационно-обусловленное депрессивное расстройство. Аллергический ринит.

Жалобы на снижение массы тела на 6 кг за 1 месяц, жидкий стул со слизью 5-6 раз в день, который беспокоил пациентку в течение месяца; в последнюю неделю не беспокоит. Ощущение бурления в животе.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, контакт доступен. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, тургор сохранен. Высыпаний нет, рубцов нет. Видимые слизистые физиологической окраски. Развитие подкожной жировой клетчатки снижено. Отеков нет. Суставы не изменены, безболезненные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. SpO₂ 99%, ЧДД 19 в мин. Форма грудной клетки обычная. При аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 108 в мин. Пульс 108 в мин, умеренного наполнения, удовлетворительного напряжения. АД 90/60 мм рт.ст. Appetit хороший, язык влажный, не обложен налетом. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной области, ощущается дискомфорт при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень при пальпации безболезненная, не выступает из-под края реберной дуги, край ее гладкий, ровный. Область желчного пузыря безболезненная. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания по поясничной области

отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание произвольное, безболезненное. Менструальный цикл регулярный – 29 дней, длительность менструации 2–3 дня. Беременность – 3, роды – 2. Координация движений не нарушена, расстройства чувствительности нет. Во времени, месте и пространстве ориентирована, фон настроения нормальный. Менингеальные симптомы отрицательные.

Масса тела 47 кг, Рост 167 см. ИМТ 16,9 кг/см².

Анамнез: В июне 2022 г. перенесла ОРВИ, после чего длительно сохранялся сухой кашель. Пациентка обратилась к терапевту, на рентгенограмме выявлена пневмония, пролечена антибиотиками широкого спектра действия. На контрольной рентгенограмме – отрицательная динамика. Была госпитализирована в инфекционную больницу. Проведено лечение: амоксиклав 1,2 г 2 раза в день внутривенно №7, затем ванкомицин. На КТ ОГК отрицательная динамика, консультирована фтизиатром, с подозрением на туберкулез легких госпитализирована в РКПТД. С 6 июля 2022 г. по 13 февраля 2023 г. находилась на стационарном лечении в РКПТД с диагнозом: Инфильтративный туберкулез нижней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ (+) (ВК №1705Р). Выполнена бронхоскопия 12 июля 2023 г.: данных за активный туберкулез бронхов не выявлено. В анализе мокроты обнаружена ДНК МБТ с устойчивостью к H, R, Fq. По решению ВК № 1744Р от 17 июля 2022 г. начата противотуберкулезная химиотерапия в объеме: Bq 0,4 №14, затем 0,2 x 3 раза в неделю до 24 недель, Lzd, E, Trd, Am не менее 240 доз. 10 августа 2023 г. коррекция ХТ (ВК № 1953Р) с учетом спектра ЛУ: Bq по схеме до 24 недель, Lzd, Z, Trd, Cm, Mfx не менее 180 доз. Далее Cm отменен в связи с отсутствием в аптеке. Через 6 месяцев ХТ по 4 режиму положительная клинико-рентгенологическая динамика с сохранением в зоне S10 слева фокусного образования с участком деструкции d-19 мм, абацилирована с сентября 2022 г. Было решено продлить ИФ до 240 доз с включением Bq с последующей консультацией торакального хирурга. 14 января 2023 г. у пациентки началась диарея 5-6 раз в сутки с примесью слизи, кал водянистой консистенции, ощущение дискомфорта, бурления в животе, снижение массы тела. 15 января

2023 г. противотуберкулезная химиотерапия отменена. 5 февраля 2023 г. пациентка консультирована гастроэнтерологом: Гастроэнтерит и колит неуточненного происхождения. Назначено лечение: ребамипид 100 мг 3 раза в день, альверин+симетикон 2 капсулы x 3 раза в день, энтерол 2 капсулы x 2 раза в день, панкреатин 25 000 ед. по 1 капсуле во время еды. Пациентка выполнила колоноскопию 10 февраля 2024 г.: органической патологии не выявлено, проведен забор материала методом щипцовой биопсии из терминального отдела подвздошной кишки, правых отделов, поперечно-ободочной кишки и сигмовидной кишки для исключения ВЗК и микролита. На фоне проводимого лечения отмечается положительная динамика в виде нормализации стула: консистенция каши 2–3 раза в сутки. 15 февраля 2023 г. пациентка госпитализирована в 1-ю терапевтическую отделение ФГБНУ «ЦНИИ туберкулеза» для подбора противотуберкулезной химиотерапии и определения тактики дальнейшего ведения.

На врачебной комиссии №69 от 19 февраля 2023 г. установлен диагноз: Туберкулема нижней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения. МБТ (-). ПреШЛУ МБТ (Н, R, E, Eto, Am, Lfx, Dlm).

Назначена противотуберкулезная химиотерапия, учитывая данные об устойчивости МБТ и непереносимость препаратов в анамнезе, в объеме: Бедаквилин 0,2 x 3 раза в неделю, Деламамид 0,2, Линезолид 0,6 в/в кап., Теризидон 0,5, Спарфлоксацин 0,2.

Терапия сопровождения: глютаминовая кислота 500 мг 3 раза в день, пиридоксин 100 мг/сут., нормофлорин Б 2 раза в день, наринэ форте 1 таб 3 раза в день, ребамипид 1 таб 3 раза в день, панкреатин 1 таб 3 раза в день, рабепразол 1 таб 2 раза в день, метеоспазмил 1 капс 3 раза в день. Левотироксин 25 мг утром.

На фоне проводимой терапии 19 марта 2023 г. возникли жалобы на боль в эпигастральной области, тошноту, жидкий, учащенный стул. Противотуберкулезная химиотерапия была отменена с 20 марта 2024 г. Назначалась коррекция состояния: раствор Рингера 250 мл, но-шпа 10 мг в

резинку в/в стр. № 5, кеторол 1 мл в/м 2 раза в день, церукал 1 таб 3 раза в день, полисорб 1 ложка 3 раза в день, разводить в стакане воды.

Со 2 апреля 2023 г. возобновлена ПТХ в объеме: Бедаквилин 0,2 х 3 раза в неделю (принята в сумме 25 доз), Деламамид 0,2, Циклосерин 0,25 х 1р/д (принята 46 доз), на фоне терапии сопровождения. В послеоперационном периоде к лечению добавлен капреомицин 0,5 в/м (принята 8 доз).

8 апреля 2023 г. выполнено КТ ОГК: положительная динамика в виде уменьшения размеров туберкулемы и частичного рассасывания очаговых изменений. Пациентка консультирована торакальным хирургом. Показано оперативное лечение: резекция нижней доли слева.

10 апреля 2023 г. была проведена операция анатомической резекции С7,8,9,10 по поводу туберкулемы нижней доли левого легкого в фазе распада. Послеоперационный период без осложнений.

24 февраля 2023 г. консультация психиатра. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2). Рекомендовано: т. Сертралини – 50 мг на ночь, т. Гидроксизина 25–0–25 мг.

Согласно кластерному анализу пациентка была отнесена к 3-й кластерной группе, имея высокий уровень тревоги при среднем уровне тяжести депрессии. Присутствует умеренная астения, высокий уровень психосоматических жалоб в виде истощения и наличия желудочных жалоб. Отмечены заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения социально-ориентированные и социальные функции, тревожное и агрессивное поведение. Выявлено пониженное физическое и психологическое благополучие, низкий уровень качества жизни в сфере самовосприятия при среднем уровне вегетативных изменений.

Таким образом, можно отметить наличие более высоких показателей ТДР у пациентов с ТБ, отнесенных к 1-му и 3-му кластерам, с выявленными в анамнезе и при обследовании характерными для анализируемых групп факторами риска развития ТДР и их более тяжелым течением.

5.3. Некоторые клинико-психологические характеристики пациентов с туберкулезом легких и тревожно-депрессивными расстройствами и оказание им специализированной психиатрической помощи

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). Внутренняя картина болезни – понятие, введенное в отечественный научный оборот Р.А. Лурия (1977). В дальнейшем в развитии данной парадигмы также использовалось понятие «отношение к болезни», преимущественно последователями научной школы В.Н. Мясищева (1960), сформулировавшего теорию отношений, не утратившую своей актуальности до нашего времени.

Под ВКБ подразумевается вся совокупность ощущений, представлений и переживаний пациента по поводу своего заболевания. В наиболее полной форме данные представления были обобщены в работах В.В. Николаевой (1987), выделившей следующие уровни психического отражения болезни в психике заболевшего: 1-й уровень – ощущений (чувственный), отрицательные перцептивные телесные переживания в связи с болезнью, медицинскими процедурами; 2-й уровень – эмоциональный, аффективные реакции на симптомы, заболевание в целом и его последствия; 3-й уровень – интеллектуальный, представления, знания больного о своем заболевании, его тяжести, причинах и возможных последствиях; 4-й уровень – мотивационный, изменения поведения и образа жизни в условиях болезни, деятельность по восстановлению здоровья.

Необходимо отметить, что эмоциональная (аффективная), интеллектуальная (когнитивная) и мотивационная (волевая) составляющие соответствуют разделению психических процессов на фундаментальные области, сформулированному еще в конце 18-го века немецким философом И.Н. Тетенсом (Johannes Nikolaus Tetens) и вошедшие затем в систему психологии под названием «триады Тетенса». В данном случае, применительно к ВКБ добавлена еще одна

составляющая – сенсорная, что является оправданным, поскольку хронические соматические заболевания нередко сопровождаются негативными телесными ощущениями, например болевыми синдромами, оказывающими существенное влияние на психическое состояние пациента в целом и качество его жизни.

По мнению В.В. Николаевой (1987), внутренняя картина болезни, являясь комплексом вторичных психических симптомов заболевания, может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса, стать источником инвалидизации пациента. Исходя из этого, современные тенденции создания комплексных лечебных программ, учитывающих индивидуально-психологические особенности, являются оправданными.

Для оценки ВКБ в данном исследовании использовалось клиническое интервью, направленное на уточнение особенностей восприятия болезни пациентом на различных ее этапах. Необходимо отметить, что ВКБ при различных заболеваниях отличается значительным разнообразием и ее характеристики зависят от многих факторов. Существенное влияние на пациента оказывает факт установления диагноза соматического заболевания – субъективная реакция на болезнь, обозначаемая в научной литературе как «нозогения» (Смулевич А.Б. и соавт., 1997), то есть реакция личности на сам диагноз, тяжесть и прогноз заболевания, изменения повседневного функционирования пациента и качества его жизни в условиях болезни.

Степень реакции личности на заболевание (нозогения) определяется особенностями индивидуально-психологического реагирования, сбалансированностью и зрелостью механизмов психологических защит и копинг-стратегий совладания с создавшейся жизненной ситуацией. Наиболее изученными на сегодняшний день являются личностные реакции пациентов на онкологические заболевания, в результате чего появилось такое научное направление как «психоонкология» (наряду с «психокардиологией» и другими разделами внутренней медицины и психиатрии, совместно изучающими нозогенные личностные реакции).

Необходимо отметить, что ТБ еще несколько десятилетий назад имел фактически такую же фатальную прогностическую характеристику, как и установление диагноза рака. Успехи современной медицины перевели онкологических пациентов и лиц с ТБ из категории смертельно больных с предсказуемым финалом заболевания в категорию длительно болеющих с высокими шансами практически полного излечения. В то же время у пациентов с этими заболеваниями сохраняются во многом сходные характеристики: необходимость интенсивного лечения химиопрепаратами, обладающими высокой токсичностью, неочевидность позитивного исхода болезни, существенные негативные изменения в социальном функционировании и качестве жизни.

У большинства пациентов с тяжелыми и прогностически неблагоприятными соматическими заболеваниями наблюдаются стойкие негативные изменения в эмоциональной сфере, переходящие в хронические или персистирующие расстройства аффективного спектра. У данных категорий пациентов помимо психогенных (нозогенных) влияний, по мере развития соматического заболевания возникают и биологические (соматогенные) негативные воздействия на организм, в том числе и на центральную нервную систему, носящие при прогрессировании болезни нарастающий характер и формирующие астеноорганический радикал в структуре аффективных расстройств.

В любом случае соматические заболевания и аффективная патология оказывают взаимно отягощающее влияние, поскольку, с одной стороны при аффективных расстройствах происходит угнетение соматических регулятивных функций и ресурсов организма (и без того ослабленных соматическим недугом), с другой снижается мотивационно-волевая составляющая поведения пациента, направленного на следование врачебным рекомендациям и излечение (комплаенс).

Между пациентами с онкологическими заболеваниями и ТБ, безусловно, есть различия в специфике нозогенных и соматогенных воздействий (так же, как и между пациентами с любыми другими соматическими расстройствами). Так, существенным стрессом для большинства онкологических пациентов является

необходимость и само проведение хирургического вмешательства. Вместе с тем, при обеих нозологиях показана химиотерапия, часто обладающая нейротоксическими побочными эффектами. Причем у больных ТБ зачастую химиотерапия носит гораздо более длительный и массивный характер, за счет появления резистентных форм туберкулезного возбудителя.

В целом, видимо, следует признать, что нозогенные воздействия на личность, особенно на первом (диагностическом) этапе (для онкологических больных – как правило, это предоперационный период), у пациентов с онкологией и ТБ различаются по степени остроты воздействия на личность. Если у пациентов с онкологией этап принятия информации о болезни описывается как «психологический шок», сопровождающийся проявлением brutальных форм психологических защитных механизмов – отрицание, вытеснение, проекция (Гнездилов А.В., 2007), то у пациентов с установлением диагноза «туберкулез» личностные реакции проявляются в более мягкой форме, во многом близком к описанному у пациентов с ишемической болезнью сердца, со схожими этапами формирования картины ВКБ (Березанцев А.Ю., Володина О.В., 2005).

В любом случае установление диагноза тяжелого соматического расстройства, угрожающего жизни и благополучию пациента, влечет неизбежную субъективную перестройку системы ценностей и взаимоотношений пациента в окружающем социуме. Данный начальный этап формирования ВКБ можно обозначить термином «дезинтеграция», под чем подразумевается разрыв устоявшихся психологических связей, отношений, перестройка системы ценностей и жизненных приоритетов пациента с последующим формированием новых психологических установок.

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»). Вместе с тем 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, затягиванию сроков лечения, появления необходимости госпитализации во фтизиатрический стационар (что сопровождалось снижением или утратой трудоспособности, нарастанием иных социальных негативных аспектов), собственно нозогенный фактор начинал играть доминирующее значение 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 внутренней картины болезни (это касается всей основной группы изученных пациентов). На смену хаотично-паническим 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 взаимодействия с личностью пациентов на этом этапе заболевания было структурирование внутренней картины болезни 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 аффинитет.

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. Внутренняя картина болезни 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, гиперреактивность на изменения состояния здоровья,

множественные навязчивые страхи, тревожные ожидания и бессонница) и изменения личности (выраженная педантичность, склонность к логическим переживаниям, пессимизм, самоизоляция, избегание общности, утрата трудоспособности, снижение трудовой активности, разрывы в общении с коллегами по работе и друзьями, обострение семейных проблем и конфликтов) в разное время нарастали и оставались на протяжении длительного времени ключевыми элементами заболевания.

Таким образом, специалист-психиатр должен утвердить свое место при лечении пациентов с туберкулезом, хотя в идеале должны работать полипрофессиональные бригады, включающие психиатров (психотерапевтов), клинических психологов, социальных работников. Безусловно, в условиях стационарного фтизиатрического лечения является малодоступным достижение коррекции всех психологических и социальных проблем пациента. Но помимо медикаментозного лечения и оказания определенного объема психотерапевтической помощи возможны диагностика социально-психологических проблем пациента, установление ему «функционального диагноза», включающего клинические и социально-психологические компоненты, и формулирование программ индивидуализированных медико-социальных мероприятий, содержащих помимо рекомендаций по лечению основного заболевания (ТБ), медикаментозные, клинко-психологические, социальные рекомендации, направленные на поддержание и укрепление его психического здоровья, качества жизни и социального функционирования.

5.4. Выводы

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. Так, первый кластер (в который вошли преимущественно социально и

индивидуально ориентированные показатели, а также частично клинические факторы), второй кластер (который 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 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 составили преимущественно социально-психологические переменные, третий кластер составили преимущественно клинические переменные.

Можно утверждать, что у пациентов контрольной группы по сравнению с пациентами 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 (145 человек) позволил получить результаты, дополняющие и в значительной степени подтверждающие результаты анализа двух выборок (основной и группы сравнения). Практически все пациенты с ТБ сконцентрировались в кластерах один и три, отличающихся наиболее тяжелыми клиническими проявлениями и нарушениями социального функционирования (два пациента с ТБ, попавшие во второй кластер,

определяются на уровне статистической погрешности). Так, кластер 1 составили 100% пациенты с ТБ с наиболее тяжелыми проявлениями ТДР, с резко выраженной астенией, высоким уровнем психосоматических жалоб по шкале истощения и 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 (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.

Группу с наименее выраженными клиническими проявлениями (кластер 2) составили пациенты с ТДР без ТБ (96,6%). При менее благополучных 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.

Терапевтические подходы к коррекции ТДР у пациентов с ТБ должны учитывать выраженность и характер расстройств аффективного спектра, индивидуально-психологические особенности пациента, картину сформировавшейся внутренней картины болезни. В условиях стационарного

фтизиатрического лечения является малодоступным достижение коррекции всех психологических и социальных проблем пациента. Но, помимо медикаментозного лечения и оказания определенного объема психотерапевтической помощи, ключающей возможны диагностика социально-психологических проблем пациента, установление ему «функционального диагноза», включающего клинические и социально-психологические компоненты и формулирование программ индивидуализированных медико-социальных мероприятий, содержащих помимо рекомендаций по лечению основного заболевания (ТБ), медикаментозные, клинико-психологические, социальные рекомендации, направленные на поддержание и укрепление его психического здоровья, качества жизни и социального функционирования [5, 31].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Туберкулез (ТБ) является одной из 10 ведущих причин смерти во всем мире и одной из главных причин смертности среди инфекционных заболеваний, опережая ВИЧ-инфекцию. Россия по данным 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. Ряд специалистов считает, что скрытую форму туберкулёза имеет до 80 % россиян. Только 46% зарегистрированных больных туберкулезом проходят успешное лечение. Невылеченное заболевание и длительное пребывание в стационаре мешает жизни физически, психо-социально, а также экономически. Поскольку распространенность туберкулеза легких, и связанных с ним сопутствующих заболеваний высока в развивающихся странах, эта взаимосвязь может создать значительную нагрузку на инфраструктуру здравоохранения.

Хроническое течение патологии и длительное лечение может привести у больных туберкулеза к психоэмоциональным и другим психическим расстройствам, 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 туберкулеза и смерти пациента.

ВОЗ рекомендует повышать качество программ и услуг по борьбе с туберкулезом с помощью подхода, ориентированного на пациента, который осуществляется целостно, когда услуги предоставляются не только в отношении физических аспектов, но и аспектов психического здоровья. Однако практика лечения в медицинских учреждениях по-прежнему фрагментарна. Случаи туберкулеза не лечатся должным образом, и психическому здоровью в программе

по борьбе с туберкулезом не уделяется должное внимание. Но противотуберкулезные службы являются важной программой первичной медико-санитарной помощи. Таким образом, объединение лечения туберкулеза 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 туберкулезом легких в активной фазе заболевания в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля, определить особенности психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных с легочными формами туберкулеза 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 туберкулезом и ТДР с целью улучшения качества их терапии и приверженности к терапии.

Но имеющиеся публикации не позволяют получить целостное представление о возникающих у больных с легочными формами туберкулеза, тревожно-депрессивных психических расстройств.

В процессе проведенного нами исследования у пациентов с туберкулезом 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. Так, первый кластер (в который вошли преимущественно социально и индивидуально ориентированные показатели, а также частично клинические факторы). Второй кластер (который включает преимущественно клинические факторы, а также социально-демографические).

У пациентов с коморбидностью туберкулеза 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.

Терапевтические подходы к коррекции ТДР у пациентов с туберкулезом должны учитывать выраженность и характер расстройств аффективного спектра, индивидуально-психологические особенности пациента, картину сформировавшейся внутренней картины болезни. В условиях стационарного фтизиатрического лечения, является малодоступным достижение коррекции всех психологических и социальных проблем пациента. Но, помимо медикаментозного лечения и оказания определенного объема психотерапевтической помощи, ключающей возможны диагностика социально-психологических проблем пациента, установление ему «функционального диагноза», включающего клинические и социально-психологические компоненты и формулирование программ индивидуализированных медико-социальных мероприятий, содержащих помимо рекомендаций по лечению основного заболевания (ТБ), медикаментозные, клинико-психологические, социальные рекомендации, направленные на поддержание и укрепление его психического здоровья, качества жизни и социального функционирования.

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 к 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 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 СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД – Артериальное давление

АИТ – Аутоиммунный тиреоидит

ВЗК – Воспалительное заболевание кишечника

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

ВК – Врачебная комиссия

ВКБ – Внутренняя картина болезни

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГДУ – группа диспансерного учета

ДЖВП – Дискинезия желчевыводящих путей

ДНК – Дезоксирибонуклеиновая кислота

ИМТ – Индекс массы тела

ИФ – Иммунофермент

КЖ – Критерии жизни

КТ ОГК – Компьютерная томография органов грудной клетки

ЛТБ – Лёгочный туберкулёз

ЛЧ – Лекарственная чувствительность

МБТ – Микобактерии туберкулеза

МБТ – Микобактерии туберкулеза

МКБ – Международная классификация болезней

МСКТ – Мультиспиральная компьютерная томография

ОРВИ – Острые респираторные вирусные заболевания

ПТХ – Паллиативная химиотерапия

ПЦР – Полимеразная цепная реакция

РКПТД – Республиканский клинический противотуберкулёзный диспансер

СИБР – Синдром раздраженного кишечника с диарейным синдромом

ТБ – Туберкулез

ТБ-МЛУ – Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

ТДР – Тревожно-депрессивное расстройство

ФГ – Флюорография

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

ЦВВК – Центральная военно-врачебная комиссия

ЧДД – Частота дыхательных движений

ЧСС – Частота сердечных сокращений

CS – Циклосерин

DOTS – Directly Observed Treatment, Short-course (Стратегия краткосрочного лечения под непосредственным наблюдением)

GBB – Giesener Beschwerdeboogen (Гиссенский опросник психосоматических жалоб)

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

HARS/HAM-A – Hamilton Anxiety Rating Scale (Шкала Гамильтона для оценки тревоги)

HDRS – Hamilton Depression Rating Scale (Шкала Гамильтона для оценки депрессии)

INH – Изониазид

MSF – Medecins sans frontieres (Врачи без границ)

PCC – Person centred care (лично-ориентированная помощь)

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9 (опросник здоровья пациентов)

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

RMP – Рифампицин

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков, В.А. Применение Гиссенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств / В.А. Абабков, С.М. Бабин, Г.Л. Исурина. – Санкт-Петербург : НИПНИ им. Бехтерева, 1993. – 43 с.
2. Активный туберкулез и психические расстройства. Эпидемиология и коморбидность / Б.А. Казаковцев, О.В. Сидорюк, Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко // Психическое здоровье. – 2022. – № 2. – С. 3-10.
3. Ахтямова, А.А. Психологическое сопровождение подростка с деструктивным туберкулезом легких, осложненным широкой лекарственной устойчивостью и сопутствующим сахарным диабетом, на этапе стационарного лечения / А.А. Ахтямова, Н.В. Золотова, А.Ю. Хитева // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. – 2018. – № 4. – С. 75-82.
4. Баранова, Г.В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких / Г.В. Баранова, Н.В. Золотова, Ю.В. Столбун // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru>.
5. 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.
6. Березанцев, А.Ю. Тревожные невротические расстройства у мужчин с ишемической болезнью сердца (клинико-психопатологическая характеристика) / А.Ю. Березанцев, О.В. Володина // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 4. – С. 4-9.
7. Влияние инфекционных заболеваний респираторного тракта на развитие тревожно-депрессивных расстройств / Д.И. Боечко, Б.Ю. Приленский, О.Ф. Козлова [и др.] // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2021. – № 2-4(70). – С. 38-41.

8. Волчегорский, И.А. Особенности аффективного статуса больных инфильтративным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью *M. tuberculosis* / И.А. Волчегорский, П.Н. Новоселов, Т.П. Дударова // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – № 90 (5). – С. 56-60.
9. Гамильтон, М. Шкала оценки депрессии / М. Гамильтон // Журнал «Неврология. Нейрохирургия. Психиатрия». – 1960. – № 23. – С. 56-62.
10. Гендерная характеристика психологических особенностей пациентов больных туберкулезом / З.Р. Амирова, М.А. Полиданов, И.Е. Кондрашкин [и др.] // Современная школа России. Вопросы модернизации. – 2022. – № 3-2(40). – С. 82-85.
11. Глобальные отчеты Всемирной организации здравоохранения по туберкулезу: формирование и интерпретация / И.А. Васильева, Е.М. Белиловский, С.Е. Борисов, С.А. Стерликов // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – № 95(5). – С. 7-16.
12. Глобальный отчет о туберкулезе за 2020 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Женева. – 232 с.
13. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В. Гнездилов. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 162 с.
14. Голубев, В.Л. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / В.Л. Голубев, А.М. Вейн. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
15. Гурович, И.Я. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 2. – С. 35-40.
16. Джуманиязова, Г.М. Туберкулез в практике врача поликлиники / Г.М. Джуманиязова, Б.Б. Бекчанова // European Science. – 2020. – № 1(50). – С. 73-76.
17. Динамика психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического сопровождения противотуберкулезной химиотерапии /

- Г.В. Баранова, Н.В. Золотова, В.В. Стрельцов, Н.Ю. Харитонов, А.А. Ахтямова, И.А. Васильева // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – № 3. – С. 44-51.
18. Зубова, Е.Ю. Туберкулез легких в психиатрических стационарах / Е.Ю. Зубова // Вестник ТГУ. – 2012. – № 1(17). – С. 256-262.
19. Зятиков, Р.В. Туберкулез у психически больных: клинические особенности, подходы к диагностике и лечению. Клиническое наблюдение / Р.В. Зятиков, Т.С. Журавлева, Е.Ю. Шевчук // Омский психиатрический журнал. – 2019. – № 3(21). – С. 24-31.
20. Иванова, О.Г. Факторы риска неблагоприятного исхода заболевания у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом / О.Г. Иванова, А.В. Мордык, Е.И. Краснова // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2019. – № 3. – С. 33-43.
21. Иванова, С.С. Личностный адаптационный потенциал больных туберкулезом легких / С.С. Иванова, М.А. Смирнова, Л.И. Арчакова // Медицинский альянс. – 2017. – № 3 – С. 52-57.
22. Кадыров, Р.В. Методологические основания разработки системного подхода в прикладной психологической диагностике пациентов с социально значимыми заболеваниями / Р.В. Кадыров, Т.В. Капустина, А.С. Эльзесер // Психолог. – 2020. – № 5. – С. 45-73. – DOI: 10.25136/2409-8701.2020.5.33729. – URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=33729.
23. Казаковцев, Б.А. Эпидемиология и профилактика психических расстройств / Б.А. Казаковцев, М.А. Алиев, С.М. Алиева. – Москва : Прометей, 2021. – 368 с.
24. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) / А.Б. Смулевич, А.Л. Тхостов, А.Л. Сыркин, С.И. Овчаренко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 2. – С. 9-14.
25. Клинические и психосоциальные аспекты реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы / А.Ю. Березанцев, С.В. Стражев, Л.И. Монасыпова, А.М. Спиртус // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 1. – С. 28-33.

26. Коломиец, В.М. Формирование у больных туберкулезом приверженности к лечению и выздоровлению / В.М. Коломиец, Н.В. Рублева // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2016. – С.141-148.
27. Кочуева, М. Ассоциация психологического статуса с впервые выявленным туберкулезом легких у мужчин / М. Кочуева, В. Кушнир, И. Хрек // ЭВРИКА: Науки о здоровье. – 2021. – № (3). – С. 24-30. – URL: <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2021.001800>.
28. Лукина, А.М. Организация диспансерного наблюдения и лечения социально-дезадаптированных больных туберкулезом органов дыхания: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26. «Фтизиатрия»; 14.00.33. «Общественное здоровье и здравоохранение» / Лукина Анна Михайловна; ГОУ ВПО Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова, Научно-практический центр «Фтизиатрия» Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия). – Москва, 2015. – 27 с.
29. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – Изд-е 4-е / Р.А. Лурия; – Москва: Медицина, 1977. – 111с.
30. 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.
31. 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.
32. Мишени психокоррекционного воздействия у больных туберкулезом легких / Н.В. Золотова, В.В. Стрельцов, Г.В. Баранова, А.А. Ахтямова [Электронный ресурс] // Будущее клинической психологии: [материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 27-28 апр. 2017 г.]. – Пермь; Пермский гос. нац. исслед. ун-т, 2017. – С. 116-125.

33. Модель психологической реабилитации больных туберкулезом легких в условиях стационара / Н.В. Золотова, В.В. Стрельцов, Г.В. Баранова, Н.Ю. Харитоновна, А.А. Ахтямова, Т.Р. Багдасарян // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – № 96(4). – С.12-19.
34. Мордык, А.В. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией: причины неудач в лечении / А.В. Мордык, О.Г. Иванова, С.В. Ситникова // Омский научный вестник. – 2015. – № 144. – С. 23-26.
35. Мясичев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясичев; – Ленинград: Изд. Лен. Университета, 1960. – 428 с.
36. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева; – Москва: Изд. Моск. университета, 1987. – 168 с.
37. Особенности переносимости противотуберкулезной химиотерапии с учетом психологического статуса пациентов / Н.В. Золотова, Г.В. Баранова, В.В. Стрельцов, Н.Ю. Харитоновна, А.А. Ахтямова, Т.Р. Багдасарян // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – № 4. – С. 15-19.
38. Оценка тревожно-депрессивного статуса у пациентов с различными формами туберкулеза легких / А.Ю. Березанцев, Н.Л. Карпина, Д.А. Миночкин, А.В. Мясичкин // Медицинский алфавит. – 2022. – № 21. – С. 37-42.
39. Параметры психологической сферы пациентов с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез / Т.Ю. Удалова, В.В. Голошубина, Н.В. Багишева [и др.] // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2020. – Т. 13. – № 1. – С. 75-84.
40. Плотников, А.В. Новые тенденции в организации психиатрической и наркологической медицинской помощи больным туберкулезом легких / А.В. Плотников // Scientist (Russia). – 2018. – № 6(6). – С. 1.
41. Проблемы диагностики туберкулеза у пациентов с разной коморбидностью / Н.Е. Казимирова, А.М. Артемьев, З.Р. Амирова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97. – № 6. – С. 61-62.
42. 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.
43. Психологическая реабилитация как этап лечения туберкулеза легких / Е.В. Савинцева, Ю.М. Обухова, А.Ф. Шарафеева [и др.] // Modern Science. – 2022. – № 2-2. – С. 130-135.
44. Психологические особенности впервые выявленных больных туберкулезом легких в аспекте оказания психотерапевтической помощи в период стационарного лечения / Н.В. Золотова, Г.В. Баранова, В.В. Стрельцов, Н.Ю. Харитонов, Т.Р. Багдасарян // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – № 97(1). – С. 18-24.
45. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова; – Санкт-Петербург: Питер, 2006. – 607 с.
46. Пьянзова, Т.В. Модели клинических ситуаций – новый методологический подход к анализу контингентов пациентов в противотуберкулезных учреждениях / Т.В. Пьянзова, Ю.Т. Джангильдин, И.А. Васильева // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100. – № 4. – С. 41-45.
47. Пьянзова, Т.В. Тревожно-депрессивные расстройства у больных туберкулезом и оценка их влияния на эффективность химиотерапии / Т.В. Пьянзова, Ю.Т. Джангильдин, У.Х. Гаджиева // Психическое здоровье. – 2020. – № 6. – С. 20-28.
48. Ратникова, Л.И. Клинические проявления и эмоциональные нарушения у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) / Л.И. Ратникова, В.Г. Рагозинская // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 11. – № 2(41). – С. 19-24. – DOI 10.33029/2305-3496-2022-11-2-19-24.
49. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога / Е.И. Рогов; – Москва: ВЛАДОС, 1999. – 122 с.
50. Сельцовский, П.П. Мониторинг и системный анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу / П.П. Сельцовский, Е.М. Белиловский // Научные труды (К 80-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки, профессора, академика РАН В.И. Литвинова). – Москва : ООО «Сам Полиграфист», 2021. – С. 80-92.

51. Совершенствование ведения пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом на основе результатов психологического исследования / А.В. Мордык, Т.Ю. Удалова, Н.В. Багишева, Я.В. Гурова, С.А. Руденко // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 4. – С. 40-45.
52. Социально-психологические аспекты лечения больных туберкулезом на стационарном этапе / Г.П. Олещенко, Л.А. Бондаренко, В.А. Олещенко [и др.] // Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ-инфекция. – 2019. – № 4(39). – С. 30-35. – DOI 10.30978/TB2019-4-30.
53. Статистика заболеваний туберкулезом 2022 [электронный ресурс] // URL: <https://stromynka7.ru/blog/statistika-zabolevanij-tuberkulezom-2022>.
54. Сухова, Е.В. Различие в выраженности и длительности депрессии у мужчин и женщин, больных туберкулезом легких / Е.В. Сухова, В.М. Сухов // Вызовы времени и ведущие мировые научные центры : сборник статей Международной научно-практической конференции, Новосибирск, 21 февраля 2018 года. – Новосибирск: ОМЕГА САЙНС, 2018. – С. 187-190.
55. Сысоев, П.Г. Качество жизни больных туберкулезом легких / П.Г. Сысоев, О.Е. Русских, У.С. Ваганова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов; Ижевск, 2016. – №3. – С. 131-132.
56. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с туберкулезом легких: клиничко-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.
57. Туберкулез легких в пульмонологической практике / А.Т. Шубина, Е.А. Бородулина, А.Н. Герасимов, Е.В. Яковлева // Сибирский научный медицинский журнал. – 2021. – Т. 41. – № 3. – С. 78-84. – DOI 10.18699/SSMJ20210311.
58. Туберкулез сегодня: основные направления исследований по профилактике, диагностике и лечению / Ю.С. Зинченко, Н.Ю. Басанцова, А.Я. Старшинова [и др.] // Российские биомедицинские исследования. – 2018. – Т. 3. – № 4. – С. 24-34.

59. Тураев, Б.Т. Распределение тревоги и депрессии при аффективных расстройствах соматизированной депрессии / Б.Т. Тураев, У.У. Очилов, Р.М. Кубаев // *Medicus*. – 2020. – № 3(33). – С. 58-60.
60. Тюляндина, Е.В. Особенности организации медицинской помощи лицам с сочетанием туберкулеза и психических расстройств / Е.В. Тюляндина, Д.А. Писков // *Устойчивое развитие науки и образования*. – 2019. – № 1. – С. 266-271.
61. Ульрихс, Т. Туберкулез как глобальная угроза: усилия по борьбе с туберкулезом на международном и национальном уровнях / Т. Ульрихс // *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. – 2018. – Т. 17. – № 1. – С. 80-83.
62. Фрейд, А. Эго и механизмы психологической защиты / А. Фрейд; – Москва: АСТ, 2008. – 160 с.
63. Характеристика депрессивных тенденций у пациентов с впервые выявленным туберкулезом / А. В. Мордык, Т. Ю. Удалова, Н. В. Багишева [и др.] // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*. – 2016. – Т. 8. – № 2. – С. 82-88.
64. Цыбикова, Э.Б. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в России: статистика и взаимосвязи / Э.Б. Цыбикова, В.В. Пунга, Л.И. Русакова // *Туберкулез и болезни легких*. – 2018. – № 12(96). – С. 9-17.
65. Шереметьева, И.И. К вопросу об организации психиатрической медицинской помощи больным туберкулезом легких / И. И. Шереметьева, А. В. Плотников // *Актуальные направления фундаментальных и прикладных исследований: Материалы VIII международной научно-практической конференции, North Charleston, USA, 09–10 марта 2016 года*. – North Charleston, USA: CreateSpace, 2016. – С. 11-13.
66. Шереметьева, И.И. Организация психиатрической и наркологической помощи больным туберкулезом легких в современных условиях / И.И. Шереметьева, А.В. Плотников // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2017. – № 1(94). – С. 65-68.

67. Шереметьева, И.И. Подходы к организации психиатрической помощи больным туберкулезом легких в Алтайском крае / И.И. Шереметьева, А.В. Плотников // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 8(131). – С. 62-67.
68. A qualitative assessment of people-centeredness of inpatient tuberculosis treatment services in Armenia / Z. Grigoryan, N. Truzyan, L. Musheghyan [et al.] // J Tubercul Res. – 2021. – № 9. – P. 184–196. – DOI: 10.4236/jtr.2021.93017.
69. A review of the interplay between tuberculosis and mental health / A.M. Doherty, J. Kelly, C. McDonald, A.M. O'Dywer, J. Keane, J. Cooney // Gen Hosp Psychiatry. – 2013. – № 35. – P. 398-406.
70. A study of prevalence of depression and anxiety in patients suffering from tuberculosis / K. Kumar, A. Kumar, P. Chandra, H.M. Kansal // J Family Med Prim Care. – 2016. – № 5(1). – P. 150-153.
71. A survey of anxiety and depressive symptoms in pulmonary tuberculosis patients with and without tracheobronchial tuberculosis / X.B. Wang, X.L. Li, Q. Zhang, J. Zhang, H.Y. Chen, W.Y. Xu [et al.] // Front Psychiatry. – 2018). – № 9. – P. 308. – DOI: 10.3389/fpsy.2018.00308.
72. A systematic review of the impact of psychosocial factors on immunity: implications for enhancing BCG response against tuberculosis / S.E. Hayward, J.B. Dowd, H. Fletcher [et al.] // SSM Popul Health. – 2020. – № 10. – P. 100522. – DOI: 10.1016/j.ssmph.2019.100522.
73. Addressing the tuberculosis-depression syndemic to end the tuberculosis epidemic / A.C. Sweetland, A. Kritski, M.A. Oquendo [et al.] // Int J Tuberc Lung Dis. – 2017. – № 21. – P. 852–861. – DOI: 10.5588/ijtld.16.0584.
74. Agarwal, N. The necessity of psychological interventions to improve compliance with tuberculosis treatment and reduce psychological distress / N. Agarwal, P. Sarthi // J Fam Med Prim Care. – 2020. – № 9(8). – P. 4174–4180. – DOI: 10.4103/jfmprc.jfmprc_1404_20.
75. Aghanwa, H.S. Demographic/Socioeconomic factors in mental disorders associated with tuberculosis in South West Nigeria / H.S. Aghanwa, G.E. Erhabor // J psychosom Res. – 1998. – № 45. – P. 353–360.

76. Analyzing the status of depression and anxiety of new registered tuberculosis outpatients and correlations with social support influence factors / X. Chen, Y. Zhao, Y. Xu [et al.] // *Zhonghua Yi xue Za Zhi*. – 2016. – № 96(34). – P. 2749-2753.
77. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys / R.C. Kessler, N.A. Sampson, P. Berglund [et al.] // *Epidemiol Psychiatr Sci*. – 2015. – № 24. – P. 210-226.
78. Association between tuberculosis and depression on negative outcomes of tuberculosis treatment: a systematic review and meta-analysis / P. Ruiz-Grosso, R. Cachay, A. de la Flor [et al.] // *PLoS One*. – 2020. – № 15. – P. e0227472. – DOI: 10.1371/journal.pone.0227472.
79. Association of major depressive episode with negative outcomes of tuberculosis treatment / C. Ugarte-Gil, P. Ruiz, C. Zamudio, L. Canaza, L. Otero, H. Kruger [et al.] // *PLoS One*. – 2013. – № 8(7). – P. e69514. – DOI: 10.1371/journal.pone.0069514.
80. Association of Pulmonary Tuberculosis and Ethambutol with Incident Depressive Disorder: A Nationwide, Population-Based Cohort Study / Y.F. Yen, M.S. Chung, H.Y. Hu, Y.J. Lai, L.Y. Huang, Y.S. Lin, P. Chou, C.Y. Deng // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2015. – № 76. – P. e505-e511.
81. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors / D.A. Goncalves, J. de J. Mari, P. Bower, L. Gask, C. Dowrick, L.F. Tofoli [et al.] // *Cadernos Saude Publica*. – 2014. – № 30. – P. 623-632. – DOI: 10.1590/0102-311X00158412.
82. Burden and presentation of depression among newly diagnosed individuals with TB in primary care settings in Ethiopia / F. Ambaw, R. Mayston, C. Hanlon [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2017. – № 17(1). – P. 57. – DOI: 10.1186/s12888-017-1231-4.
83. Cavanaugh, S. Diagnosing depression in the hospitalised medically ill / S. Cavanaugh, D.C. Clark, R.D. Gibbons // *Psychosomatics*. – 1983. – № 24. – P. 809-815.
84. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses / W.J. Katon, E.H.B. Lin, M. Von Korff [et al.] // *N Engl J Med*. – 2010. – Vol. 363. – P. 2611-2620.

85. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis / A.B. Thota, T.A. Sipe, G.J. Byard [et al.] // *Am J Prev Med.* – 2012. – № 42. – P. 525-538.
86. Common mental disorders in TB/HIV co-infected patients in Ethiopia / A. Deribew, M. Tesfaye, Y. Hailmichael, L. Apers, G. Abebe, L. Duchateau [et al.] // *BMC Infect Dis.* – 2010. – № 10. – P. 201.
87. Comorbidities between tuberculosis and common mental disorders: a scoping review of epidemiological patterns and person-centred care interventions from low-to-middle income and BRICS countries / A. Janse Van Rensburg, A. Dube, R. Curran [et al.] // *Infect Dis Poverty.* – 2020. – № 9. – P. 4. – URL: <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0619-4>.
88. Comprehensive review of factors implicated in the heterogeneity of response in depression / G.C. Carter, R.A. Cantrell, V. Zarotsky, V.S. Haynes, G. Phillips [et al.] // *Depress Anxiety.* – 2012. – № 29(4). – P. 340-354.
89. De Silva, D. Helping measure person-centred care / D. De Silva; – London: The Health Foundation; 2014.
90. Depression: a silent driver of the global tuberculosis epidemic / A. Sweetland, M. Oquendo, P. Wickramaratne, M. Weissman, M. Wainberg // *World Psychiatry.* – 2014. – № 13(3). – P. 325-326. – DOI:10.1002/wps.20134.
91. Depression among patients with tuberculosis: determinants, course and impact on pathways to care and treatment outcomes in a primary care setting in southern Ethiopia-a study protocol / F. Ambaw, R. Mayston, C. Hanlon, A. Alem // *BMJ Open.* – 2015. – № 5(7). – P. e007653. – DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007653.
92. Depression and anxiety in patients with multidrug-resistant tuberculosis in Nepal: an observational study / I.F. Walker, S. Kanai, S.C. Baral [et al.] // *Public Health Action.* – 2019. – № 9(1). – P. 42-48. – DOI:10.5588/pha.18.0047.
93. Depression and Its Associated Factors with Multidrug-Resistant Tuberculosis at Baseline / A. Javaid, S. Mehreen, M.A. Khan, N. Ashiq, M. Ihtesham // *Journal of Depression and Anxiety.* – 2017. – № 6. – P. 1-6. – URL: <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000253>.

94. Depression comorbid with tuberculosis and its impact on health status: cross-sectional analysis of community-based data from 48 low- and middle-income countries / A. Koyanagi, D. Vancampfort, A.F. Carvalho, J.E. DeVylder, J.M. Haro [et al.] // *BMC Med.* – 2017. – № 15(1). – Vol. 209. – DOI: 10.1186/s12916-017-0975-5.
95. Development of a patient-centred, psychosocial support intervention for multi-drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) care in Nepal / S. Khanal, H. Elsey, R. King, S.C. Baral, B.R. Bhatta, J.N. Newell // *PLoS One.* – 2017. – № 12(1). – P. e0167559. – DOI: 10.1371/journal.pone.0167559.
96. Dodor, E.A. ‘We are afraid of them’: attitudes and behaviours of community members towards tuberculosis in Ghana and implications for TB control efforts / E.A. Dodor, S. Kelly // *Psychol Health Med.* – 2009. – № 14. – P. 170-179.
97. Dos Santos, A.P.C. Health-related quality of life, depression and anxiety in hospitalized patients with tuberculosis / A.P.C. Dos Santos, T.K. Lazzari, D.R. Silva // *Tuberculosis and respiratory diseases.* – 2017. – № 80(1). – P. 69-76.
98. Doyle, M.E. Selective serotonin reuptake inhibitors and isoniazid: evidence of a potential adverse interaction / M.E. Doyle, D. Hicks, N.E. Aronson // *Military Med.* – 2001. – № 166. – P. 1054-1056.
99. Duko, B. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with tuberculosis at Wolaita Sodo University Hospital and Sodo Health Center, Wolaita Sodo, South Ethiopia, Cross sectional study / B. Duko, A. Gebeyehu, G. Ayano // *BMC Psychiatry.* – 2015. – № 15. – P. 214. – DOI: 10.1186/s12888-015-0598-3.
100. Duko, B. The prevalence of depression among patients with tuberculosis: asystematic review and meta-analysis / B. Duko, A. Bedaso, G. Ayano // *Ann Gen Psychiatry.* – 2020. – № 19. – P. 30. – URL: <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00281-8>.
101. Dunner, D.L. Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity / D.L. Dunner // *Depress Anxiety.* – 2001. – № 13. – P. 57–71.
102. Effects of multidrug resistant tuberculosis treatment on patients’ health related quality of life: results from a follow up study / N. Ahmad, A. Javaid, S.A. Syed

Sulaiman, A. Basit, A.K. Afridi, A.A.S. Jaber [et al.] // PLoS One. –2016. – № 11(7). – P. e0159560. – DOI: 10.1371/journal.pone.0159560.

103. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review / L.E. Olsson, E. Jakobsson Ung, K. Swedberg, I. Ekman // J Clin Nurs. – 2013. – № 22(3–4). – P. 456–465. – DOI: 10.1111/jocn.12039.

104. Experimental Pulmonary Tuberculosis in the Absence of Detectable Brain Infection Induces Neuroinflammation and Behavioural Abnormalities in Male BALB/c Mice / J.V. Lara-Espinosa, R.A. Santana-Martínez, P.D. Maldonado, M. Zetter, E. Becerril-Villanueva [et al.] // International Journal of Molecular Sciences. – 2020. – № 21. – P. 9483. – DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms21249483>.

105. Factors associated with deaths among pulmonary tuberculosis patients: a case-control study with secondary data / E.C. Duarte, A.L. Bierrenbach, J. Barbosa da Silva Jr, P.L. Tauil, E. de Fatima Duarte // J Epidemiol Community Health. –2009. – № 63. – P. 233-238.

106. Galea, J.T. Beyond screening: a call for the routine integration of mental health care with tuberculosis treatment / J.T. Galea, I. Monedero-Recuero, A. C. Sweetland // Public Health Action. – 2019. – № 9(1). – P. 2. – DOI:10.5588/pha.19.0008.

107. Gender differences in major depressive disorder: findings from the Singapore Mental Health Study / L. Picco, M. Subramaniam, E. Abdin, J.A. Vaingankar, S.A. Chong // Singap Med J. – 2017. – № 58. – P. 649-655.

108. Getahun, B. Is directly observed tuberculosis treatment strategy patient-centered? A mixed method study in Addis Ababa, Ethiopia / B. Getahun, Z.Z. Nkosi // PLoS One. – 2017. – № 12(8). – P. e0181205. – DOI: 10.1371/journal.pone.0181205.

109. Global control of tuberculosis: from extensively drug-resistant to untreatable tuberculosis / K. Dheda, T. Gumbo, N. R. Gandhi, M. Murray, G. Theron [et al.] // Lancet Respir Med. – 2014. – № 2. – P. 321-338. – DOI: 10.1016/S2213-2600(14)70031-1.

110. Global Health Data Exchange (GHDx): official website. Institute of Health Metrics and Evaluation. [Electronic resource] – URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

111. Help-seeking behaviour, barriers to care and experiences of care among persons with depression in eastern cape, South Africa / L.M. Andersson, I. Schierenbeck, J. Strumpher, G. Krantz, K. Topper, G. Backman [et al.] // *J Affect Disord.* – 2013. – № 151(2). – P. 439-448. – DOI: 10.1016/j.jad.2013.06.022.
112. Hettema, J.M. What is the genetic relationship between anxiety and depression? / J.M. Hettema // *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* – 2008. – Vol. 148. – P. 140-146.
113. “Home is where the patient is”: a qualitative analysis of a patient-centred model of care for multi-drug resistant tuberculosis / S. Horter, B. Stringer, L. Reynolds, M. Shoaib [et al.] // *BMC Health Serv Res.* – 2014. – № 14. – P. 81. – DOI: 10.1186/1472-6963-14-81.
114. Impact of mental disorders on active TB treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis / G. Lee, J. Scuffell, J.T Galea, S.S. Shin, E. Magill, E. Jaramillo, A.C. Sweetland // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2020. – № 24(12). – P. 1279-1284.
115. Impact of tuberculosis treatment on health-related quality of life of pulmonary tuberculosis patients: a follow-up study / M. Atif, S.A. Sulaiman, A.A. Shafie, M. Asif, M.K. Sarfraz [et al.] // *Health Qual Life Outcomes.* – 2014. – № 12. – P. 19. –DOI: 10.1186/1477-7525-12-19.
116. Impact of untreated depression on tuberculosis treatment outcomes, disability, and quality of life inEthiopia: a cohort study / F. Ambaw, R. Mayston, C. Hanlon [et al.] // *WHO Bull.* – 2018. – № 96. – P. 243-255
117. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries / G. Thornicroft, S. Ahuja, S. Barber, D. Chisholm, P.Y. Collins, S. Docrat, L. Fairall, H. Lempp [et al.] // *Lancet Psychiatry.* – 2019. – № 6(2). – P. 174-186. – DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30298-0.
118. Integrating tuberculosis and mental health services: global receptivity of national tuberculosis program directors / A.C. Sweetland, J. Galea, S.S. Shin, C. Driver, R.A. Dlodlo, A. Karpati, M.L. Wainberg // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2019. – № 23(5). – P. 600-605. – DOI: 10.5588/ijtld.18.0530.

119. Involvement of Vasopressin in the Pathogenesis of Pulmonary Tuberculosis: A New Therapeutic Target? / M. Zetter, J. Barrios-Payán, D. Mata-Espinosa, B. Marquina-Castillo, A. Quintanar-Stephano, R. Hernández-Pando // *Frontiers in Endocrinology*. – 2019. – № 10. – P. 351.
120. Kessler, R.C. The epidemiology of depression across cultures / R.C. Kessler, E.J. Bromet // *Annu Rev Public Health*. – 2013. – № 34. – P. 119-138. – DOI:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
121. Knowing about you: eliciting dimensions of personhood within tuberculosis care / C. Lopez, A. Bertram-Farough, D. Heywood, L. Dawson, M. Dillon, H.M. Chochinov [et al.] // *Int J Tuberc Lung Dis*. – 2017. – № 21(2). – P. 149-153. – doi: 10.5588/ijtld.16.0630.
122. Kochuieva, M. Association of psychological status with first diagnosed pulmonary tuberculosis in men / M. Kochuieva, V. Kushnir, I. Hrek // *EUREKA: Health Sciences*. – 2021. – № 3. – P. 24-30.
123. Lara-Espinosa, J. Psychiatric Problems in Pulmonary Tuberculosis: Depression and Anxiety / J. Lara-Espinosa, R. Hernández-Pando // *Journal of Tuberculosis Research*. – 2021. – № 9. – P. 31-50. – DOI: 10.4236/jtr.2021.91003.
124. Li, J. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research / J. Li, D. Porock // *Int J Nurs Stud*. – 2014. – № 51(10). – P. 1395-1415. – DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003.
125. Louw, J.S. Change in health-related quality of life among pulmonary tuberculosis patients at primary health care settings in South Africa: a prospective cohort study / J.S. Louw, M. Mabaso, K. Peltzer // *PLoS One*. – 2016. – № 11(5). – P. e0151892. – DOI: 10.1371/journal.pone.0151892.
126. Luies, L. The Echo of Pulmonary Tuberculosis: Mechanisms of Clinical Symptoms and Other Disease-Induced Systemic Complications / L. Luies, I. du Preez // *Clin Microbiol Rev*. – 2020. – № 33(4). – P. e00036-20.
127. Mendelson, G. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) / Mendelson G. // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2009. – № 29. – DOI: 10.3109/00048679509064964.

128. Mental health collaborative care and its role in primary care settings / D.E. Goodrich, A.M. Kilbourne, K.M. Nord, M.S. Bauer // *Curr Psychiatry Rep.* – 2013. – № 15. – P. 383.
129. Moffic, H.S. Depression in medical ill patients / H.S. Moffic, E.S. Peykel // *Br J Psychiatry.* – 1975. – Vol. 126. – P. 346–353.
130. Mondelli, V. From Early Adversities to Immune Activation in Psychiatric Disorders: The Role of the Sympathetic Nervous System / V. Mondelli, A.C. Vernon // *Clinical and Experimental Immunology.* – 2019. – Vol. 197. – P. 319-328. – URL: <https://doi.org/10.1111/cei.13351>.
131. Moran, M.G. Psychiatric aspects of the tuberculosis / M.G. Moran // *Adv Psychosom Med.* – 1985. – № 14. – P. 109–118.
132. Moya, E.M. Tuberculosis Stigma and Perceptions in the US-Mexico Border / E.M. Moya, M.W. Lusk // *Salud pública de México.* – 2013. – № 55. – P. S498-S507. – URL: <https://doi.org/10.21149/spm.v55s4.5155>.
133. Multidrug-resistant tuberculosis treatment programmes insufficiently consider comorbid mental disorders / I.F. Walker, S.C. Baral, X. Wei, R. Huque, A. Khan, J. Walley [et al.] // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2017. – № 21. – P. 603-609.
134. Olsson, I. The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice / I. Olsson, A. Mykletun, A.A. Dahl // *BMC Psychiatry.* – 2005. – № 5. – P. 46. – DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-46>.
135. Patients infected by tuberculosis and human immunodeficiency virus facing their disease, their reactions to disease diagnosis and its implication about their families and communities, in Burkina Faso: a mixed focus group and cross sectional study / Z.C. Méda, T. Somé, I. Sombié, D. Maré, D.E. Morisky, Y.M.Chen // *BMC Res Notes.* – 2016. – № 9. – P. 373. – DOI: [10.1186/s13104-016-2183-3](https://doi.org/10.1186/s13104-016-2183-3).
136. Person-centredness in the care of older adults: a systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties / M. Wilberforce, D. Challis, L. Davies, M.P. Kelly, C. Roberts, N. Loynes // *BMC Geriatr.* – 2016. – № 16. – P. 63. – DOI: [10.1186/s12877-016-0229-y](https://doi.org/10.1186/s12877-016-0229-y).

137. Pezzella, A. T. History of Pulmonary Tuberculosis / A. T. Pezzella // *Thoracic Surgery Clinics*. – 2019. – № 29 (1). – P. 1-17. – DOI: <http://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2018.09.002>.
138. Prevalence and Associated Factors of Depression and Anxiety among Patients with Pulmonary Tuberculosis Attending Treatment at Public Health Facilities in Southwest Ethiopia / M. Mohammedhussein, A. Alenko, W. Tessema, A. Mamaru, // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2020. – № 16. – P. 1095-1104. – URL: <https://doi.org/10.2147/NDT.S249431>.
139. Prevalence and Correlates of Anxiety and Depressive Symptoms in Patients With and Without Multi-Drug Resistant Pulmonary Tuberculosis in China / K. Liu, Y. Zhang, S. Qu, W. Yang, L. Guo, L. Zhang // *Front Psychiatry*. – 2021. – № 12. – P. 674891. – DOI: 10.3389/fpsyt.2021.674891.
140. Prevalence and correlates of depressive symptoms in adult patients with pulmonary tuberculosis in the southwest region of Cameroon / J. Kehbila, C.J. Ekabe, L.N. Aminde, J.J.N. Noubiap, P.N. Fon, G.L. Monekosso // *Infect Dis Poverty*. – 2016. – № 5(1). – P. 51. – DOI: 10.1186/s40249-016-0145-6.
141. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis / J. Wang, X. Wu, W. Lai [et al.] // *BMJ Open*. – 2017. – № 7. – P. e017173. – DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017173.
142. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among patients with tuberculosis attending public health institution in Gede'o zone, South Ethiopia / K. Yohannes, H. Mokona, L. Abebe [et al.] // *BMC Public Health*. – 2020. – № 20. – P. 1702.
143. Prevalence of depressive symptoms and related risk factors among patients with tuberculosis in China: a multistage cross-sectional study / Y. Gong, S. Yan, L. Qiu, S. Zhang, Z. Lu, Y. Tong [et al.] // *Am J Trop Med Hyg*. – 2018. – № 98. – P. 1624-1628. – DOI: 10.4269/ajtmh.17-0840
144. Psychiatric comorbidities among patients with complex drug-resistant tuberculosis in Mumbai, India / C. Laxmeshwar, M. Das, T. Mathur, T. Israni, S. Jha, A.

Iyer [et al.] // PLoS ONE. – 2022 – № 17(2). – P. e0263759. – URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263759>.

145. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis / P. Vega, A. Sweetland, J. Acha, H. Castillo, D. Guerra, M.C. Smith-Fawzi, S. Shin // IJTLD. – 2004. – № 8(6). – P. 749-759.

146. Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients / A. Pachi, D. Bratis, G. Moussas, A. Tselebis // Tuberc Res Treat. – 2013. – № 2013. – P. 489865. – DOI: 10.1155/2013/489865.

147. Psychological distress and its relationship with non-adherence to TB treatment: a multicentre study / G. Theron, J. Peter, L. Zijenah, D. Chanda, C. Mangu, P. Clowes [et al.] // BMC Infect Dis. – 2015. – № 15. – P. 253. – DOI: 10.1186/s12879-015-0964-2.

148. Psychological state and associated factors during the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic among Filipinos with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus / C.A. Tee, E.O. Salido, P.W.C. Reyes [et al.] // Rheumatol Res Rev. – 2020. – № 12. – P. 215-222.

149. Psycho-socio-economic issues challenging multidrug resistant tuberculosis patients: a systematic review / B.E. Thomas, P. Shanmugam, M. Malaisamy, S. Ovung, C. Suresh, R. Subbaraman [et al.] // PLoS One. – 2016. – № 11(1). – P. e0147397. – DOI: 10.1371/journal.pone.0147397.

150. Purohit, D.R. Incidence of depression in hospitalized tuberculosis patients / D.R. Purohit, S.D. Purohit, M.L. Dhariwal // Indian J TB. – 1978. – № 25. – P. 147-151.

151. Quality of life and health behaviours of patients with tuberculosis – sex differences / B.K. Jankowska-Polanska, M. Kamińska, I. Uchmanowicz, A. Rycombel // Pneumonol Alergol Pol. – 2015. – № 83(4). – P. 256-265. – DOI: 10.5603/PiAP.2015.0046.

152. Quality of life of multi drug resistant tuberculosis patients: a study of North India / R. Sharma, R. Yadav, M. Sharma, V. Saini, V. Koushal // Acta Med Iran. – 2014. – № 52(6). – P. 448-453.

153. Risk Factors for Depression in Tuberculosis Patients: A Meta-Analysis / R. Shen, K. Zong, J. Liu, L. Zhang // Neuropsychiatr Dis Treat. – 2022. – № 18. – P. 847-866.

154. Safety of cycloserine and terizidone for the treatment of drug-resistant tuberculosis: a meta-analysis / T.J. Hwang, D.F. Wares, A. Jafarov, W. Jakubowiak, P. Nunn, S. Keshavjee // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2013. – № 17. – P. 1257-1266.
155. “Same same or different?” a review of reviews of person-centered and patient-centered care / J. Håkansson Eklund, I.K. Holmström, T. Kumlin, E. Kaminsky, K. Skoglund, J. Högländer [et al.] // *Patient Educ Couns.* – 2019. – № 102(1). – P. 3-11. – DOI: 10.1016/j.pec.2018.08.029.
156. Shyamala, K.K. Depression: A Neglected Co-Morbidity in Patients with Tuberculosis / K.K. Shyamala, R.S. Naveen, B. Khatri // *The Journal of the Association of Physicians of India.* – 2018. – № 66. – P. 18-21.
157. Singh, L. Psychiatric morbidity in patients of pulmonary tuberculosis-an observational study / L. Singh, P.K. Pardal, J. Prakash // *Ind Psychiatry J.* – 2015. – № 24(2). – P. 168-171. – DOI: 10.4103/0972-6748.181722.
158. Solomon, S. Depression: let’s talk / S. Solomon // *J Curr Res Sci Med.* – 2017. – № 3(1). – P. 1.
159. Starfield, B. Is patient-centered care the same as person-focused care? / B. Starfield // *Perm J.* – 2011. – № 15(2). – P. 63-69. – DOI: 10.7812/TPP/10-148.
160. Survey on Tuberculosis Patients in Rural Areas in China: Tracing the Role of Stigma in Psychological Distress / M. Xu, U. Markström, J. Lyu, L. Xu // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* – 2017. – № 14(10). – P. 1171. – DOI: 10.3390/ijerph14101171.
161. Systematic review and meta-analysis of adherence interventions in tuberculosis treatment; The 21st Annual Conference The Union North America Region; 23 February 2017 / N. Alipanah, L.N. Nguyen, D. Falzon, [et al.]. – Vancouver, BC, Canada, 2017.
162. The antipsychotic thioridazine shows promising therapeutic activity in a mouse model of multidrug-resistant tuberculosis / D. van Soolingen, R. Hernandez-Pando, H. Orozco [et al.] // *PLOS ONE.* – 2010. – № 5. – P. e12640.
163. The Contribution of the Sympathetic Nervous System to the Immunopathology of Experimental Pulmonary Tuberculosis / J. Barrios-Payán, A. Revuelta, D. Mata-Espinosa, B. Marquina-Castillo, E.B. Villanueva [et al.] // *R. Journal of*

Neuroimmunology. – 2016. – Vol. 298. – P. 98-105. – URL: <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2016.07.012>.

164. The effect of psychosocial factors and patients' perception of tuberculosis treatment non-adherence in Addis Ababa, Ethiopia / H.H. Tola, G. Garmaroudi, D. Shojaeizadeh, A. Tol, M.S. Yekaninejad, L.T. Ejeta [et al.] // *Ethiop J Health Sci.* – 2017. – № 27(5). – P. 447-458. – DOI: 10.4314/ejhs.v27i5.2.

165. The importance of providing counselling and financial support to patients receiving treatment for multi-drug resistant TB: mixed method qualitative and pilot intervention studies / S.C. Baral, Y. Aryal, R. Bhattarai, R. King, J.N. Newell // *BMC Public Health.* – 2014. – № 14. – P. 46. – DOI: 10.1186/1471-2458-14-46.

166. The interplay between depression and tuberculosis / K. Zhang, X. Wang, J. Tu [et al.] // *J Leukoc Biol.* – 2019. – № 106. – P. 749-757. – DOI: 10.1002/JLB.MR0119-023R.

167. The Magnitude of Anxiety and Depressive Symptoms Among Tuberculosis Patients in Community Health Centers Setting During the Peak of COVID-19 Pandemic / D.K. Sunjaya, C. Paskaria, M. Pramayanti, D.M.D. Herawati, I. Parwati // *J Multidiscip Healthc.* – 2022. – № 15. – P. 755-764. – DOI: 10.2147/JMDH.S359530.

168. The Relationship between Anxiety, Depression and Illness Perception in Tuberculosis Patients in Pakistan / M.O. Husain, S.P. Dearman, I.B. Chaudhry, N. Rizvi, W. Waheed // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* – 2008. – № 4. – P. 4. – URL: <https://doi.org/10.1186/1745-0179-4-4>.

169. The relationship between mental health and risk of active tuberculosis: a systematic review / S.E. Hayward, A. Deal, K. Rustage, L.B. Nellums, A.C. Sweetland, D. Boccia, S. Hargreaves, J.S. Friedland // *BMJ Open.* – 2022. – № 12(1). – P. e048945. – DOI: 10.1136/bmjopen-2021-048945.

170. Training social workers to enhance patient-centered care for drug-resistant TB-HIV in South Africa / J.R. Zelnick, B. Seepamore, A. Daftary, K.R. Amico, X. Bhengu, G. Friedland [et al.] // *Public Health Action.* – 2018. – № 8(1). – P. 25-27. – DOI: 10.5588/pha.17.0114.

171. Tuberculosis: an opportunity to integrate mental health services in primary care in low-resource settings / A.C. Sweetland, E. Jaramillo, M.L. Wainberg, N. Chowdhary, M.A. Oquendo, A. Medina-Marino, T. Dua // *Lancet Psychiatry*. – 2018. – № 5(12). – P. 952-954. – DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30347-X.
172. Tuberculosis: epidemiology and control / G. Sulis, A. Roggi, A. Matteelli, M.C. Raviglione // *Mediterr J Hematol Infect Dis*. – 2014. – № 6(1). – P. e2014070. – DOI: 10.4084/MJHID.2014.070.
173. Tuberculosis in medical doctors - a study of personal experiences and attitudes / A. Naidoo, S.S. Naidoo, P. Gathiram, U.G. Lalloo // *S Afr Med J*. – 2013. – № 103(3). – P. 176–180. – DOI: 10.7196/SAMJ.6266.
174. Tuberculosis is changing / T.M. Walker, A.L.G. Cruz, T.E. Peto, E.G. Smith, H. Esmail, D.W. Crook // *Lancet Infect Dis*. – 2017. – № 17(4). – P. 359–361. – DOI: 10.1016/S1473-3099(17)30123-8.
175. Tuberculosis treatment non-adherence and lost to follow up among TB patients with or without HIV in developing countries: a systematic review / H.H. Tola, A. Tol, D. Shojaeizadeh, G. Garmaroudi // *Iran J Public Health*. – 2015. – № 44. – № 1–11.
176. Understanding nutrition, depression and mental illnesses / T.S.S. Rao, M.R. Asha, B.N. Ramesh, K.S.J. Rao // *Indian J Psychiatry*. – 2008. – № 50. – P. 77–82.
177. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries / G. Thornicroft, S. Chatterji, S. Evans-Lacko [et al.] // *Br J Psychiatry*. – 2017. – № 210(2). – P. 119-124. – DOI:10.1192/bjp.bp.116.188078.
178. Venkatraju, B. Psychosocial trauma of diagnosis: a qualitative study on rural TB patients' experiences in Nalgonda district, Andhra Pradesh / B. Venkatraju, S. Prasad // *Indian J Tuberc*. – 2013. – № 60(3). – P. 162-167.
179. Vías de neuroinmunomodulación. Primera parte / M.E. Hernández, L. Becerril, L. Alvarez, L. Pavón-Romero // *Salud Mental*. – 2007. – № 30. – P. 13-19. – URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam076b.pdf>.
180. WHO's new end TB strategy / M. Uplekar, D. Weil, K. Lonnroth, E. Jaramillo, C. Lienhardt, H.M. Dias, D. Falzon, K. Floyd, G. Gargioni, H. Getahun, C. Gilpin, P. Glaziou, M. Grzemska, F. Mirzayev, H. Nakatani, M. Raviglione; for WHO's Global

- TB Programme // Lancet. – 2015. – Vol. 385(9979). – P. 1799-1801. – DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60570-0.
181. World Health Organization. Implementing the End TB Strategy: the essentials. WHO/HTM/TB/2015.31 Geneva, Switzerland: 2015. – WHO, /HTM/TB/2015.31. – 130 p.
182. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva, 2022.
183. World Health Organization: official website. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates (2017). [Electronic resource] – URL: <http://www.jstor.org/stable/resrep28026>.
184. World Health Organization: official website. Global Tuberculosis Report 2020. – URL: www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020 Date last accessed: 1 August 2021.
185. World Health Organization: official website. Global Tuberculosis Report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
186. World Health Organization: official website. Tuberculosis fact sheets: 27 October 2022: – URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/tuberculosis>. Accessed on Dec 2022.
187. World Health Organization: official website. WHO releases new global lists of high-burden countries for TB, HIV-associated TB and drug-resistant TB (WHO, 2021) [Electronic resource] – URL: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-who-releases-new-global-lists-of-high-burden-countries-for-tb-hiv-associated-tb-and-drug-resistant-tb>.
188. Xavier, P.B. Emotional distress in Angolan patients with several types of tuberculosis / P.B Xavier, B. Peixoto // Afr Health Sci. – 2015. – № 15(2). – P. 378-384. – DOI: 10.4314/ahs.v15i2.10.
189. Yilmaz, A. Assessment of Anxiety, Depression, Loneliness and Stigmatisation in Patients with Tuberculosis / A. Yilmaz, O. Dedeli // Acta Paulista de Enfermagem. – 2016. – № 29. – P. 549-557. – URL: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600076>.