

Н.В. Багишева¹, Т.Ю. Удалова², А.В. Мордык¹,
А.Р. Ароян¹, С.А. Руденко³

Выраженность депрессивных тенденций у больных туберкулезом и больных, у которых туберкулез сочетается с хронической обструктивной болезнью легких

¹Омский государственный медицинский университет, Омск

²Омский государственный педагогический университет, Омск

³Клинический противотуберкулезный диспансер № 4, Омск

Резюме. Представлены результаты исследования уровня депрессии у больных туберкулезом и при его сочетании с хронической обструктивной болезнью легких. Установлено, что среди больных туберкулезом преобладают мужчины, особенно при развитии туберкулеза на фоне хронической обструктивной болезни легких. Больные туберкулезом относятся преимущественно к молодому возрасту, больные с сочетанием туберкулеза и хронической обструктивной болезни легких значительно старше. Выявлено, что у 23,33% больных туберкулезом и у 25,98% больных, у которых туберкулез сочетается с хронической обструктивной болезнью легких наблюдается легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. Субдепрессивное состояние (маскированная депрессия) диагностировано у 10% больных туберкулезом и у 10,24% больных, у которых туберкулез сочетается с хронической обструктивной болезнью легких. Истинное депрессивное состояние выявлено у 4,76% больных туберкулезом и у 0,85% пациентов, у которых туберкулез сочетается с хронической обструктивной болезнью легких. Показано, что данная категория пациентов нуждается в специальных медицинских и психологических мероприятиях, повышающих взаимопонимание с медицинским персоналом и эффективность лечения.

Ключевые слова: туберкулез, хроническая обструктивная болезнь легких, депрессивные расстройства, эффективность лечения, индекс снижения настроения.

Введение. Несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом на территории Российской Федерации, проблема туберкулеза не утратила своей актуальности ввиду своей многогранности [11]. Выявление новых случаев туберкулеза и полноценное излечение выявленных больных крайне важно для предотвращения дальнейшего распространения инфекции [10, 11]. Работа с группами риска по туберкулезу также становится приоритетным направлением для совершенствования профилактики его развития и своевременного выявления [7, 10]. Коморбидность и мультиморбидность могут препятствовать полноценному излечению впервые выявленных больных туберкулезом [2, 3, 10]. Приверженность к длительной противотуберкулезной терапии зависит от многих факторов, в том числе и от психологического состояния пациента [4].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) довольно широко распространена в популяции [5]. Она имеет общие с туберкулезом факторы риска, главным из которых является курение [1, 5]. ХОБЛ может быть благоприятным фоном для развития туберкулеза и препятствовать его полноценному клиническому излечению [3]. Пациенты, страдающие ХОБЛ рассматриваются в качестве группы риска по развитию туберкулеза [9, 10].

Представляется актуальным комплексное рассмотрение сочетания туберкулеза и ХОБЛ, одним из

аспектов сочетания является возможность развития депрессии при наличии двух заболеваний [2, 12, 13]. Причин для депрессивного состояния достаточно у больных туберкулезом, ассоциированном с ХОБЛ: это и известие о туберкулезе, опасном для окружающих заболевании, необходимость длительной изоляции, гипоксия, развивающаяся при обоих заболеваниях [8].

Цель исследования. Проанализировать распространенность и выраженность депрессивных расстройств у больных активной формой туберкулеза легких в различных возрастных группах и сравнить полученные результаты с группой больных, у которых туберкулез сочетается с ХОБЛ.

Материалы и методы. На базе Клинического противотуберкулезного диспансера № 4 г. Омска обследованы 277 больных туберкулезом легких, из них 205 мужчин и 72 женщины. При этом 127 пациентов имели сочетанный туберкулез и ХОБЛ (118 мужчин и 9 женщин). Средний возраст больных туберкулезом составил $37,21 \pm 11,15$ лет, больных, у которых туберкулез сочетался с ХОБЛ – $44,92 \pm 15,57$ года. В целом, больные туберкулезом были преимущественно молодыми людьми – до 34 лет. Больные, у которых туберкулез сочетался с ХОБЛ были чуть старше (45–54 года). Распределение включенных в исследование больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Распределение обследованных больных по полу и возрасту, абс. (%)

Возраст, лет	Туберкулез		Туберкулез+ХОБЛ		χ^2/p	
	м (n=87)	ж (n=63)	м (n=118)	ж (n=9)	м	ж
До 34	45 (52,33)	24 (37,5)	16 (13,56)	0	17,229/0,000	2,003/0,157
35–44	26 (30,23)	20 (31,75)	32 (27,12)	4 (44,44)	0,030/0,862	0,030/0,863
45–54	9 (10,34)	13 (20,31)	38 (32,2)	4 (44,44)	7,834/0,005	0,603/0,438
55–64	6 (6,98)	2 (3,13)	23 (19,49)	1 (11,11)	4,151/0,042	0,030/0,862
65–74	1 (1,16)	4 (6,25)	8 (6,78)	0	2,321/0,128	0,002/0,967
75–84	0	0	1 (0,85)	0	0,025/0,875	–
85 и более	0	0	0	0	–	–

Примечание: м – мужчины; ж – женщины.

Всем участвующим в опросе больным и лицам, имеющим доступ к индивидуальным результатам опроса, были разъяснены цели исследования. Опрос проводился на добровольной основе. Обязательным критерием участия в исследовании было подписание добровольного согласия. Для опроса использовали адаптированную в отделении наркологии Научно-исследовательского института им. Бехтерева методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга [6]. При обработке результатов подсчитывается уровень депрессии (УД), который колеблется от 20 до 80 баллов. Нормативные данные, полученные при разработке опросника на 200 здоровых испытуемых, указывают, что средняя величина индекса снижения настроения равна 40,25±5,99 балла. Если УД менее 50 баллов – депрессия отсутствует, настроение хорошее; 50–59 баллов – легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения; 60–69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия, значительное снижение настроения; более 70 баллов – истинное депрессивное состояние, глубокое снижение настроения.

Статистическая обработка материала проведена с помощью вариационной статистики на основе анализа абсолютных и относительных величин с использованием пакета прикладных программ Statistica 6. Проверка гипотезы нормального распределения значений в группах проводилась по асимметрии в программе Statistica 6. Количественные данные представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое, σ – стандартное отклонение. Для сравнения показателей в группах использовался критерий Манна – Уитни (U), хи-квадрат (χ^2). Статистическая значимость результатов выражалась в виде $p=0,000$, результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среднее арифметическое показателей УД в группе больных туберкулезом составило 44,71±11,67 балла, у больных, у которых туберкулез сочетается с ХОБЛ несколько выше – 45,8±10,85 балла. Средние показатели УД в обеих группах (за исключением верхних значений диапазо-

на) основном входят в коридор нормы и соответствуют состоянию без депрессии. Однако полученные данные несколько выше результатов выборки стандартизации по данному опроснику (УД=40,25±5,99 балла). Таким образом, состояние больных туберкулезом не является депрессивным, но в то же время, его нельзя назвать абсолютно благополучным, особенно это касается больных, у которых туберкулез сочетается с ХОБЛ.

Индивидуальные показатели УД у больных туберкулезом колеблются в диапазоне от 25 до 72,5 балла, у больных, у которых туберкулез сочетается с ХОБЛ – от 25 до 71,25 балла.

Показатели выраженности депрессии по шкале Зунга в исследованных группах в зависимости от пола и возраста представлены в таблице 2.

Выявлено, что у больных туберкулезом эмоциональное состояние в целом нормальное (УД менее 50 баллов). У всех женщин 65–74 лет, болеющих туберкулезом и одной с сочетанием туберкулеза и ХОБЛ, показатели УД свидетельствуют о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, незначительном, но отчетливо выраженном снижении настроения (УД=57,81±12,68 и 58,75±11,26 баллов соответственно). Кроме того, показатели среднего арифметического в других возрастных группах приближаются к верхней границе нормы: у женщин, больных туберкулезом 35–44 лет УД=45,13±11,28 балла, у мужчин – 47,30±11,13 балла; у женщин 45–54 лет УД=48,85±9,08 балла; у мужчин 55–64 лет, у которых туберкулез сочетается с ХОБЛ – 48,59±11,81 балла. Наиболее эмоционально благополучные возрастные категории: мужчины с туберкулезом в возрасте 65–74 лет и мужчины с сочетанием туберкулеза/ХОБЛ 75–84 года.

Установлено, что большинство больных туберкулезом имеют оптимальный эмоциональный фон: 64,67% от общей выборки, в том числе 65,52% мужчин и 40% – женщин. Примерно такая же картина наблюдается у пациентов с сочетанием туберкулеза и ХОБЛ: 62,99% от общего числа, 62,71% мужчин и 66,67% женщин (табл. 3). Однако есть пациенты с той или иной степенью эмоционального неблагополучия. Так, у достаточно большого количества опрошенных отмечается

Таблица 2

Выраженность депрессии у больных туберкулезом и больных, у которых туберкулез сочетается с ХОБЛ в зависимости от пола и возраста, балл ($M \pm \sigma$)

Возраст, лет	Туберкулез		Туберкулез+ХОБЛ		Критерий Манна – Уитни, z/p	
	м	ж	м	ж	м	ж
До 34	42,58±11,51	43,15±12,79	48,13±11,49	–	1,326/0,185	–
35–44	45,13±11,28	47,30±11,13	42,09±13,88	45,00±11,64	1,326/0,185	1,894/0,058
45–54	47,92±12,30	48,85±9,08	46,47±10,87	37,81±6,49	0,682/0,495	3,742/0,000
55–64	38,96± 9,20	35,63±13,26	48,59±11,81	58,75	3,742/0,000	3,742/0,000
65–74	32,50	57,81±12,68	43,75±12,01	–	3,742/0,000	–
75–84	–	–	28,75	–	–	–

легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. Такая картина отмечается у 23,33% больных туберкулезом (24,14% мужчин и 22,22% женщин), сочетание туберкулеза и ХОБЛ несколько увеличивает данный показатель до четверти выборки (25,98% от общего числа, у мужчин 25,42% и 33,33% женщин).

Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия диагностировано у 10% больных туберкулезом (10,34% – мужчин и 9,52% женщин). У мужчин с сочетанием туберкулеза и ХОБЛ число субдепрессивных состояний повышается до 10,24% от общей численности больных и 11,02% от числа всех мужчин. Такие больные теряют обычную работоспособность и находятся в состоянии хронической усталости, у них плохой ночной сон и чрезмерная сонливость в дневное время, резкое ухудшение памяти, сложности в концентрации на определенном виде занятий. Причем данный симптом может быть начальной стадией углубляющейся эндогенной депрессии. Истинное депрессивное состояние отмечается у 4,76% женщин (2% от общей выборки), болеющих туберкулезом и у 0,85% (0,79% общей выборки) у мужчин с сочетанием туберкулеза и ХОБЛ. Данная категория пациентов характеризуется пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами. Таким образом, практически треть больных туберкулезом (35,33%), а в случае присоединения к нему ХОБЛ – 37,01%, нуждаются в специальных меди-

цинских и психологических мероприятиях по коррекции депрессивных тенденций.

Выводы

1. Среди больных туберкулезом преобладают мужчины, особенно при развитии туберкулеза на фоне ХОБЛ. Больные туберкулезом относятся преимущественно к молодому возрасту, больные с сочетанием туберкулеза и ХОБЛ значительно старше.

2. Адаптированная методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга может быть использована для выявления пациентов, нуждающихся в мероприятиях по коррекции эмоционального статуса, в том числе и среди больных туберкулезом и в сочетании туберкулеза и ХОБЛ.

3. У большинства больных туберкулезом в целом нормальное эмоциональное состояние. Однако треть пациентов имеют отклонения в эмоциональном состоянии разной степени выраженности и нуждаются в психологической помощи. Среди данной категории преобладают легкие депрессии ситуативного или невротического генеза. Около 10% в обеих группах имеют субдепрессивное состояние, 2% – в группе, страдающих туберкулезом и менее 1% при сочетании туберкулеза и ХОБЛ имеют истинное депрессивное состояние, требующее психотерапевтического вмешательства.

Литература

1. Айсанов, З.Р. Фенотип хронической обструктивной болезни легких с частыми обострениями и современная противовоспалительная терапия: обзор / З.Р. Айсанов, Е.Н. Калманова, О.Ю. Стулова // Пульмонология. – 2013. – № 1. – С. 68–76.

Таблица 3

Распределение больных по наличию и выраженности депрессии, абс. (%)

Показатель	Туберкулез		Туберкулез+ХОБЛ		χ^2/p	
	м	ж	м	ж	м	ж
Нет депрессии	57 (65,52)	40 (63,49)	74 (62,71)	6 (66,67)	3,401/0,065	14,605/0,000
Легкая депрессия ситуативного или невротического генеза	21 (24,14)	14 (22,22)	30 (25,42)	3 (33,33)	0,861/0,354	4,123/0,042
Субдепрессивное состояния или маскированная депрессия	9 (10,34)	6 (9,52)	13 (11,02)	–	0,365/0,546	–
Истинное депрессивное состояние	–	3 (4,76)	1 (0,85)	–	–	–

2. Багишева, Н.В. Туберкулез и ХОБЛ: проблемы коморбидности / Н.В. Багишева [и др.] // Мед. вестн. Северного Кавказа. – 2014. – Т. 9, № 4 (36). – С. 329–331.
3. Бекмухамбетова, Н.В. Некоторые особенности клинического течения туберкулеза органов дыхания и сопутствующей соматической патологии / Н.В. Бекмухамбетова [и др.] // Омский научн. вестн. – 2014. – № 2 (134). – С. 8–10.
4. Брюханова, Н.С. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких / Н.С. Брюханова, А.В. Мордык // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – Т. 88, № 4. – С. 71–72.
5. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: пересмотр 2011 г. – М.: Атмосфера, 2012. – 80 с.
6. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – 950 с.
7. Лысов, А.В. Факторы, влияющие на эффективность химиотерапии у больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких / А.В. Лысов, О.Г. Иванова, А.В. Мордык // Профилакт. и клин. медицина. – 2006. – № 4. – С. 140–143.
8. Мордык, А.В. Роль гипоксии в патогенезе кардиотоксического действия противотуберкулезных препаратов / А.В. Мордык // Патогенез. – 2011. – Т. 9, № 3. – С. 48.
9. Мордык, А.В. Роль личности пациента в процессе выявления и лечения туберкулеза органов дыхания / А.В. Мордык [и др.] // Кубанский научн. мед. вестн. – 2011. – № 4. – С. 148–151.
10. Мордык, А.В. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующая инфекционная патология / А.В. Мордык [и др.] // Леч. врач. – 2014. – № 10. – С. 14.
11. Мордык, А.В. Современные международные и национальные концепции борьбы с туберкулезом / А.В. Мордык, Л.В. Пузырева, Л.П. Аксюткина // Дальневост. журн. инфекц. патологии. – 2013. – № 22 (22). – С. 92–97.
12. Овчаренко, С.И. Типология расстройств личности и реагирования на заболевание при хронической обструктивной болезни легких / С.И. Овчаренко [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 2. – С. 74–80.
13. Попова, А.Н. Качество жизни и коррекция диссомнических нарушений у больных ХОБЛ пожилого возраста / А.Н. Попова, Л.В. Трибунцева, А.В. Будневский // Медицина и качество жизни. – 2013. – № 1. – С. 36–37.

N. V. Bagisheva, T. Yu. Udalovala, A. V. Mordyk, A. R. Aronyan, S. A. Rudenko

Severity of depressive tendencies in patients with tuberculosis and in patients with tuberculosis combined with chronic obstructive pulmonary disease

Abstract. We presented the results of the study of the level of depression in patients with tuberculosis, and when it is combined with chronic obstructive pulmonary disease. It was found that among the tuberculosis patients most part are men, especially in the development of tuberculosis with chronic obstructive pulmonary disease. Tuberculosis patients are predominantly young age, patients with a combination of tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease is much older. It was found that 23,33% of tuberculosis patients and 25,98% of patients with tuberculosis combined with chronic obstructive pulmonary disease observed mild depression of situational or neurotic genesis. Subdepressive state (masked depression) was diagnosed in 10% of tuberculosis patients and 10,24% of patients with tuberculosis combined with chronic obstructive pulmonary disease. True depression was found in 4,76% of tuberculosis patients and 0,85% of patients who have tuberculosis combined with chronic obstructive pulmonary disease. It is shown that this category of patients is in need of specialized medical and psychological measures to increase mutual understanding with the medical staff and the effectiveness of treatment.

Key words: tuberculosis, chronic obstructive pulmonary disease, depressive disorders, effectiveness of treatment, index of mood lowering.

Контактный телефон: 8-932-672-00-20; e-mail: ppi100@rambler.ru