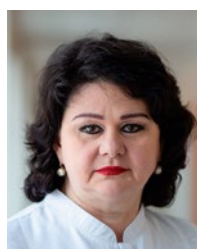


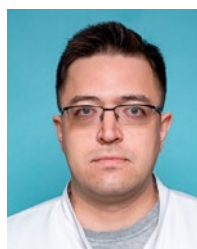
Оценка тревожно-депрессивного статуса у пациентов с различными формами туберкулеза легких



А. Ю. Березанцев



Н. Л. Карпина



Д. А. Минович



А. В. Масыкин

А. Ю. Березанцев^{1,2}, Н. Л. Карпина³, Д. А. Минович^{2,3}, А. В. Масыкин¹

¹ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатрическая больница», Москва

²ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения Москвы»

³ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» Министерства науки и высшего образования России, Москва

РЕЗЮМЕ

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью тревожно-депрессивных расстройств у больных с соматической патологией, в том числе туберкулезом. Целью проведенного исследования стало изучение уровня тревоги и депрессии среди пациентов с туберкулезом легких, проходящих лечение в условиях стационара с учетом клинической формы туберкулеза легких, параметров возраста и пола. С помощью шкалы HADS было проведено скрининговое тестирование 500 пациентов, проходящих стационарное лечение в связи с туберкулезом легких. Выборка состояла из 274 пациентки женского и 226 мужчины мужского пола в возрасте от 18 до 72 лет. Проведенное исследование показало наличие тревоги и (или) депрессии различной степени выраженности по шкале HADS практически у половины (42,4%) опрошенных. Приблизительно у 30% пациентов с симптомами тревоги также была диагностирована вероятная депрессия. Распространенность сопутствующей депрессии и тревоги среди больных туберкулезом была особенно высокой среди пациентов с инфильтративной формой патологии. Наиболее высокие показатели тревоги и депрессии выявлялись у пациенток женского пола и молодого возраста. Проведенное исследование показало, что туберкулезным клиникам необходимо разработать рекомендации по скринингу, диагностике и лечению тревожно-депрессивных расстройств у больных туберкулезом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез легких, тревога, депрессия, тревожно-депрессивные расстройства, шкала HADS.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Assessment of anxiety-depressive status in patients with various forms of pulmonary tuberculosis

A. Yu. Berezantsev^{1,2}, N. L. Karpina³, D. A. Minochkin^{2,3}, A. V. Masyakin¹

¹Central Clinical Psychiatric Hospital, Moscow, Russia

²Psychiatric Clinical Hospital No. 1 n.a. N. A. Alekseev, Moscow, Russia

³Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia

SUMMARY

The urgency of the problem is caused by the high prevalence of anxiety-depressive disorders in patients with somatic pathology, including tuberculosis. The aim of the study was to study the level of anxiety and depression among patients with pulmonary tuberculosis undergoing treatment in a hospital setting, taking into account the clinical form of pulmonary tuberculosis, age and gender parameters. Screening testing of 500 patients undergoing inpatient treatment for pulmonary tuberculosis was carried out using the HADS scale. The sample consisted of 274 female and 226 male patients aged 18 to 72 years. The study showed the presence of anxiety and/or depression of varying severity on the HADS scale in almost half of the respondents (42.4%). Approximately 30% of patients with anxiety symptoms were also diagnosed with probable depression. The prevalence of concomitant depression and anxiety among tuberculosis patients was especially high among patients with an infiltrative form of pathology. The highest rates of anxiety and depression were detected in female and young patients. The study showed that tuberculosis clinics need to develop recommendations for screening, diagnosis and treatment of anxiety and depressive disorders in tuberculosis patients.

KEYWORDS: pulmonary tuberculosis, anxiety, depression, anxiety-depressive disorders, HADS scale.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Введение

Любое хроническое заболевание затрудняет социальную адаптацию пациента во всех возрастных периодах, в первую очередь за счет нарушения личностно-средового взаимодействия и изменений системы отношений личности в связи с болезнью [1]. Проблема туберкулеза

на протяжении десятилетий продолжает сохранять актуальность. Так, в настоящее время Организация Объединенных Наций и другие международные организации придают огромное значение вопросам распространения в мире туберкулеза. По состоянию на начало 2022 года

туберкулезом заболело в среднем 125 человек на каждые 100 тыс. населения, при этом основные эпидемиологические показатели по туберкулезу за последние 11 лет имели тенденцию к снижению. Средняя цифра заболеваемости падает примерно на 1–2 % в год. В Российской Федерации за последние 10 лет также отмечается стабильное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза. На начало 2022 года уровень заболеваемости туберкулезом в нашей стране составляет 48 человек на 100 тыс. жителей. Тем не менее каждый год регистрируется около 10 млн новых случаев заболевания туберкулезом в мире, почти 2 млн человек умирают от него [2]. Высокая заболеваемость туберкулезом оказывает колоссальную нагрузку на систему здравоохранения, а также имеет социальные последствия и приводит к экономическим потерям стран, поскольку туберкулез в основном поражает трудоспособное население [3]. Кроме того, Россия, наряду с Китаем и Индией, входит в тройку лидеров по количеству случаев устойчивых форм туберкулеза. Ряд специалистов считают, что скрытую форму туберкулеза (которая может ни разу в жизни не перейти в активную стадию) имеют до 80 % россиян [2, 4].

Тревога и депрессия имеют крайне высокую распространенность среди населения, являясь одной из основных проблем здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ, депрессией страдают 3–6 % людей в общей популяции. Риск заболевания в течение жизни оценивается в 20 %. Другой вид аффективных нарушений – тревожные расстройства, по данным ВОЗ, наблюдаются у 10 % пациентов в общей медицинской практике, при этом субклинически выраженная тревога может встречаться у 76 % пациентов [1, 4]. Необходимо отметить тесную коморбидность депрессивных и тревожных расстройств. Тревога входит в структуру психопатологических проявлений депрессии более чем в 80 % случаев [2, 5].

Исследования расстройств тревожно-депрессивного спектра среди пациентов в общей медицинской практике также не теряют своей актуальности, являясь значимой как медицинской, так и социальной проблемой. Важной является проблема коморбидности расстройств тревожно-депрессивного спектра и соматических заболеваний: их сочетание утяжеляет клиническую картину, удлиняет период реабилитации, значительно снижает качество жизни больных, нарушает социальное функционирование, работоспособность, является тяжелым бременем для семьи пациентов и общества в целом [5–8]. Крупномасштабные эпидемиологические исследования, такие как, например, российское исследование КОМПАС, свидетельствуют о том, что до 45–50 % пациентов, обратившихся за помощью по поводу соматического заболевания к врачам первичного звена, страдают депрессивными расстройствами, при этом выраженная депрессия обнаруживается у 23 % респондентов [9]. Имеется множество доказательств, что существует биологическая двусторонняя связь между депрессией и многими соматическими заболеваниями, поскольку коморбидная депрессия утяжеляет проявления соматического заболевания и функциональное состояние больного, а наличие соматического заболевания является

маркером терапевтической резистентности депрессивного расстройства и обуславливает его менее благоприятный прогноз.

На 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) в 2013 году был принят комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013–2020 годы, который был продлен на 72-й сессии ВАЗ до 2030 года [10]. Четыре основные цели этого плана действий остаются неизменными: укрепление эффективных методов руководства и управления в сфере охраны психического здоровья; обеспечение комплексной, интегрированной и гибкой системы по охране психического здоровья и социальному обеспечению на уровне общин; реализация стратегий укрепления и профилактики психического здоровья; укрепление информационных систем, базы фактических данных и исследований в сфере психического здоровья. Для обеспечения этих целей предполагается дальнейшая реорганизация и расширение масштабов медобслуживания: передислокация медико-санитарных услуг в области психического здоровья из психиатрических больниц в неспециализированные условия, организация амбулаторного обслуживания в области психического здоровья и отделений психического здоровья для госпитализированных в больницах общего профиля. Существенное влияние на распространенность аффективных расстройств оказала пандемия новой коронавирусной инфекции, о чем говорится в декларации ВОЗ, опубликованной 16 июня 2022 года «Всемирный доклад о психическом здоровье: преобразование психического здоровья для всех» [11]. В докладе указывается, что «одним из многочисленных последствий пандемии COVID-19 стало то, что она создала глобальную кризисную ситуацию в области психического здоровья, усугубив краткосрочные и долгосрочные факторы стресса и подорвав психическое здоровье миллионов людей. Так, согласно оценкам, число случаев как тревожных, так и депрессивных расстройств выросло более чем на 25 % в течение первого года пандемии. В то же время произошли серьезные сбои в работе служб охраны психического здоровья и обострились проблемы, вызванные перерывами в лечении психических расстройств». В докладе также указывается, что в экономическом отношении из всех психических расстройств дороже всего обществу обходится шизофрения, учитывая издержки в расчете на одного пациента. Депрессивные и тревожные расстройства обходятся дешевле, но они распространены гораздо шире и поэтому составляют значительную долю в общих издержках, поэтому необходимо расширить масштабы помощи при этих распространенных состояниях.

Не вызывает сомнений, что пациенты с различными формами туберкулеза оказываются весьма уязвимыми в плане развития аффективных расстройств в новых социально-эпидемиологических условиях. Широта распространения легочных форм туберкулеза, а также частота встречающихся при этом психических нарушений обуславливают актуальность изучения особенностей психического состояния инфицированных лиц. Стоит отметить, что психические расстройства тревожно-депрессивного спектра могут быть вызваны непосредственно самим туберкулезным процессом,

например общей интоксикацией организма или локальным поражением тех или иных органов и систем, а также реакцией личности на столь серьезное заболевание. В связи с этим скрининг уровня тревоги и депрессии среди пациентов с туберкулезом легких не теряет актуальности, являясь важной как медицинской, так и социальной проблемой. Также представляет интерес исследование соотношений между наличием и выраженностью указанных аффективных расстройств в группах с различными формами туберкулеза легких. Кроме того, департамент ВОЗ по вопросам психического здоровья рекомендует несколько эффективных недорогих немедикаментозных вмешательств в области психического здоровья, которые могут быть выполнены неспециалистами в первичной медико-санитарной помощи, и существует большая потребность в тестировании таких моделей в контексте отечественных противотуберкулезных служб, чтобы пациенты могли получать помощь по принципу «одного окна» в условиях ограниченных ресурсов для улучшения результатов терапии. В то же время необходимо отметить, что скрининговые исследования для выявления аффективных расстройств, для которых могут использоваться многие широко применяемые шкалы, имеют определенные ограничения. Так, рабочая группа США по профилактике заболеваемости рекомендует (уровень доказательности В) осуществлять скрининг на депрессивные расстройства в амбулаторных условиях общемедицинской сети среди взрослого населения. Однако отмечается, что в тех случаях, когда выявление пациентов с депрессией не сопряжено с последующим наблюдением и лечением, эффективность скрининга обычно утрачивает положительный эффект, поэтому одним из вариантов является ограничение скрининга группами высокого риска [12, 13, 14, 15]. Пациенты с туберкулезом легких несомненно являются группой с высоким риском развития аффективных расстройств, однако на сегодняшний день этот вопрос исследован недостаточно.

Цель исследования: скрининг уровня тревоги и депрессии у пациентов с туберкулезом легких, проходящих лечение в условиях стационара, с учетом клинической формы заболевания и их демографических характеристик (возраста и пола). Исследование проводилось в рамках научной работы, тема которой «Тревожно-депрессивные психические расстройства у больных туберкулезом легких» утверждена 26.11.2021 ученым советом и этическим комитетом ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н. А. Алексеева ДЗМ».

Материалы и методы

Проведено скрининговое тестирование 500 пациентов, проходящих стационарное лечение в ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза». Критерием включения в исследование было согласие пациента. Никто из обследованных не имел какого-либо установленного ранее психиатрического диагноза.

В работе использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), которая состоит из 14 утверждений, формирующих две подшкалы – тревога (нечетные пункты) и депрессия (четные пункты); каждому утверждению со-

ответствуют четыре варианта ответа. При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделялись три области его значений: 0–7 баллов – отсутствие достоверно выраженных симптомов; 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога или депрессия; 11 баллов и более – клинически выраженная тревога или депрессия [8].

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 20. Проводили вычисление и описание средних значений (Me), стандартных отклонений (SD); различий между исследуемыми группами по U-критерию Манна – Уитни для двух независимых выборок. Значимость различий определялась при достижении уровня $p < 0,05$.

Результаты

Проведено скрининговое тестирование 500 пациентов, находящихся на стационарном лечении в ЦНИИ туберкулеза. Выборка состояла из 274 пациентов женского и 226 – мужского пола (соотношение 1,2: 1) в возрасте от 18 до 72 лет. Средний возраст составил $40,61 \pm 13,75$ года (табл. 1).

Согласно данным, представленным в таблице 1, анализируемая выборка пациентов в большинстве своем была представлена лицами женского пола в возрасте 40–50 лет, состоящими в браке, не работающими, имеющими среднеспециальное образование, проживающими в условиях города. Соотношение пациентов, в зависимости от клинической формы туберкулеза, представлено в таблице 2.

У наибольшего количества пациентов анализируемой выборки (47% пациентов, из них у 53,3% женщин и 39,4% мужчин) выявлена инфильтративная клиническая форма туберкулеза, у 11,6% – фиброзно-кавернозная форма, у 10,4% пациентов – очаговая или диссеминированная форма. Цирротическая клинические форма и туберкуле-

Таблица 1
Демографические характеристики пациентов, проходящих стационарное лечение

Характеристики	Количество	Процент
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

Таблица 2

Соотношение пациентов, проходящих стационарное лечение, согласно клинической форме туберкулеза

Клиническая форма туберкулеза	Мужской пол		Женский пол		Общее количество	
	Количество	Процент	Количество	Процент	Количество	Процент
Инфильтративная	89	39,4	146	53,3	235	47,0
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

Таблица 3

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

Шкала	Уровень					
	Отсутствие достоверно выраженных симптомов (0–7 баллов)		Субклинические выраженные тревога или депрессия (8–10 баллов)		Клинически выраженная тревога или депрессия (11 и более баллов)	
	Количество	Процент	Количество	Процент	Количество	Процент
Тревога	288	57,6	127	25,4	85	17,0
Депрессия	320	64,0	137	27,4	43	8,6

Таблица 4

Группы пациентов с отсутствием или наличием тревоги в зависимости от клинической формы туберкулеза

Клиническая форма	Отсутствие тревоги (n = 288)		Наличие тревоги (n = 212)		p
	Количество	Процент	Количество	Процент	
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	

ма были выявлены у 8,2% пациентов. Доля остальных форм не превышала 2% случаев. Рассматривая соотношение показателей по шкале HADS среди пациентов, проходящих стационарное лечение в ЦНИИ туберкулеза, были выявлены различные уровни выраженности тревоги и депрессии (табл. 3).

Нормальные значения по обоим субшкалам HADS имели 258 (51,6% опрошенных) пациентов, остальные 242 (49,40%) пациента имели признаки тревоги и депрессии. При этом из 242 пациентов 127 (25,40%) и 137 (27,40%) имели субклинически выраженную тревогу либо депрессию, тогда как у 85 (17,00%) и 43 (8,60%) пациентов выявлены клинически выраженная тревога или депрессия соответственно.

Из всей выборки 212 пациентов имели субклинические и клинические признаки тревоги (42,40%), средний возраст составлял $34,46 \pm 12,02$ года, из них мужчин было 87 (41,04%) в возрасте $34,59 \pm 12,78$ года, 48 мужчин женаты, 29 опрошенных работают, 48 человек имеют средне-специальное образование, среднее – 13, высшее – 26. Женщин – 125 (58,96%) в возрасте $34,37 \pm 11,46$ года, из них 73 женщины замужем, 33 опрошенные женщины работают, 21 пациентка имеет высшее образование, 24 – среднее, средне-специальное – 80.

180 пациентов имели субклинические и клинические признаки депрессии (36,00%), средний возраст составил $35,81 \pm 12,19$ года, из них мужчин – 67

(37,20%) в возрасте $37,73 \pm 13,67$ года, в браке состоят 34, 16 из опрошенных работают, среднее образование имеют 9 человек, средне-специальное – 38, высшее – 20. Женщин – 113 (62,78%) в возрасте $34,67 \pm 11,06$ года, 71 женщина замужем, 28 работают, среднее образование имеют 26, средне-специальное – 67, высшее – 20.

В дальнейшем анализ распространенности клинических форм туберкулеза проведен в двух группах: первую составили пациенты с нормальными показателями по шкалам тревоги (288 пациентов) или депрессии (320 пациентов); вторую – пациенты с субклиническими и клиническими показателями по шкалам тревоги и депрессии (212 и 180 пациентов соответственно). Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием или наличием тревоги, в зависимости от клинической формы туберкулеза, представлены в таблице 4.

Среди пациентов с нормальными показателями по шкале тревоги, так и с выявленной субклинически и клинически выраженной тревогой у наибольшей доли выявлена инфильтративная клиническая форма туберкулеза – 45,8 и 48,6% соответственно. Статистически значимые отличия между группами не выявлены ($p = 0,465$). Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием или наличием депрессии, в зависимости от клинической формы туберкулеза, представлены в таблице 5.

Среди пациентов с нормальными показателями по шкале депрессии, так и с выявленной субклинически и клинически выраженной депрессией у наибольшей части, как и в случае с тревогой, выявлена инфильтратив-

ная клиническая форма туберкулеза – 46,3 и 42,8% соответственно. Статистически значимые отличия между группами не выявлены ($p = 0,465$). Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием или наличием тревоги, в зависимости от пола и возраста, представлены в *таблице 6*.

Среди пациентов с нормальными показателями по шкале тревоги и с выявленной субклинически и клинически выраженной тревогой наибольшая их доля – среди женского пола (51,7 и 59,0% соответственно), в возрасте $41,19 \pm 11,56$ года. Статистически значимые отличия между группами, в зависимости от пола и возраста, не выявлены, отмечаются закономерности на уровне тенденций. Результаты сравнения двух групп пациентов с отсутствием или наличием депрессии, в зависимости от пола и возраста, представлены в *таблице 7*.

Среди пациентов с нормальными показателями по шкале тревоги и с выявленной субклинически и клинически выраженной депрессией наибольшая их доля – среди 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.

Обсуждение

Проведенное исследование показало наличие тревоги и (или) депрессии различной степени выраженности по шкале HADS практически у половины опрошенных – 212 (42,40%) пациентов. Приблизительно у 30% пациентов с симптомами тревоги также была диагностирована вероятная депрессия. В анализируемой выборке преобладали пациенты с инфильтративной клинической формой туберкулеза – 73 (34,40%) пациента. Другие факторы, связанные с депрессивными симптомами, включали возраст и пол. В целом было установлено, что распространенность тревоги и депрессии выше у пациентов женского пола (147 пациентов, что составило 60,74%) и лиц молодого возраста ($37,23 \pm 11,30$ года).

При этом, несмотря на отсутствие статистически достоверных отличий, проведенное сравнение между груп-

Таблица 5
Группы пациентов с отсутствием или наличием депрессии в зависимости от клинической формы туберкулеза

Клиническая форма	Отсутствие депрессии (n = 320)		Наличие депрессии (n = 180)		p
	Количество	Процент	Количество	Процент	
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	

Таблица 6
Группы пациентов с отсутствием или наличием тревоги в зависимости от возраста и пола

Параметры	Отсутствие тревоги (n = 288)		Наличие тревоги (n = 212)		p
Возраст (средний показатель)	45,13 $\pm$ 13,40		34,50 $\pm$ 12,70		0,660
Пол	Количество	Процент	Количество	Процент	0,650
Мужской	139	48,3	87	41,0	
Женский	149	51,7	125	59,0	

Таблица 7
Группы пациентов с отсутствием или наличием депрессии в зависимости от пола и возраста

Параметры	Отсутствие депрессии (n = 320)		Наличие депрессии (n = 180)		p
Возраст (средний показатель)	43,30 $\pm$ 12,60		35,90 $\pm$ 14,20		0,100
Пол	Количество	Процент	Количество	Процент	0,720
Мужской	159	49,7	67	37,2	
Женский	161	50,3	113	62,8	

пами пациентов с нормальными показателями по шкалам тревоги и депрессии и пациентами с выявленными субклиническими и клиническими проявлениями тревоги и (или) депрессии различной степени выраженности были выявлены некоторые закономерности. Так, среди пациентов с наличием тревоги и (или) депрессии в сравнении с группой контроля преобладали молодые пациенты женского пола с инфильтративной клинической формой туберкулеза. Полученные данные подтверждают ряд других исследований, проведенных в разных странах мира [4, 6, 8]. Таким образом, депрессивные и тревожные симптомы в наибольшей степени распространены среди молодых пациентов женского пола с туберкулезом и особенно с инфильтративной клинической формой.

Заключение

Сочетание расстройств тревожно-депрессивного спектра и туберкулеза легких является важной проблемой, так как приводит к плохой приверженности лечению противотуберкулезными препаратами, что является важным препятствием для глобальной борьбы с патологией и увеличивает риск заболеваемости и смертности от туберкулеза, утяжеляет клиническую картину и удлиняет период реабилитации.

Скрининг на депрессию и тревогу необходим для выявления пациентов, которым требуется дальнейшая психосоциальная оценка и поддержка в противотуберкулезном стационаре, что будет способствовать повышению приверженности пациентов к длительной терапии. При этом меры по уменьшению психологического стресса у пациентов с туберкулезом должны включать более комплексный подход к уходу – психологическое сопровождение, поддержку семьи, социальную поддержку и т.п. Оценка и лечение психических расстройств у больных туберкулезом, которые встречаются значительно чаще, чем в общей популяции, могут повысить привержен-

ность лечению и уменьшить вероятность рецидивов инфекционной патологии. Это поможет улучшить прогноз и качество жизни пациентов с этим хроническим заболеванием.

Актуальными являются дополнительные исследования для понимания биологических факторов, которые могут влиять на депрессию и тревогу у больных туберкулезом с учетом возраста и пола. Основные барьеры на пути интеграции служб охраны психического здоровья в программы лечения туберкулеза, 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 полной ликвидации туберкулеза. Выявление и коррекция психических расстройств у людей, больных туберкулезом, и задачи лечения туберкулеза у пациентов с различными формами психических расстройств помогут усилить воздействие и интеграцию программ в области борьбы с туберкулезом и укрепления психического здоровья. Интеграция задач лечения туберкулеза и психических расстройств у данного контингента пациентов призвана снизить затраты на лечение, повысить показатели качества жизни и социальной адаптации пациентов, а в некоторых случаях – и предотвратить самые неблагоприятные исходы. Требуется также разработка оптимальных программ психотерапевтических и психофармакологических вмешательств при коморбидных тревожно-депрессивных расстройствах у пациентов с туберкулезом легких.

Список литературы / References

1. Сельцовский П. П., Белиловский Е. М. Мониторинг и системный анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу. 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.
2. Selftsovsky P. P., Belilovsky E. M. Monitoring and system analysis of the epidemiological situation of tuberculosis. Scientific works (On the 80th anniversary of the birth of Honored scientist, professor, academical of the Russian Academy of Sciences V. I. Litvinov). – Moscow: LLC «Sam Polygraphist», 2021. P. 80–92. <https://elibrary.ru/mpypop> (in Russ.)
3. Статистика заболеваний туберкулезом 2022. [Электронный ресурс] <https://stromynka7.ru/blog/statistika-zabolevanij-tuberkulezom-2022> (in Russ.) Дата обращения 03.07.2022.

Сведения об авторах

Березанцев Андрей Юрьевич, д.м.н., проф., ведущий судебный психиатр – эксперт¹, врач-психотерапевт². E-mail: berintend@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-1985-7894

Карпина Наталья Леонидовна, д.м.н., проф., зам. директора по научной работе, рук. центра диагностики и реабилитации заболеваний органов дыхания³

Миночкин Дмитрий Александрович, врач-психиатр², заочный аспирант³. ORCID: 0000-0002-2697-9902

Масякин Антон Валерьевич, д.м.н., гл. врач¹. ORCID: 0000-0002-9614-7343

¹ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатрическая больница», Москва

²ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения Москвы»

³ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» Министерства науки и высшего образования России, Москва

Автор для переписки: Березанцев Андрей Юрьевич. E-mail: berintend@yandex.ru

Для цитирования: Березанцев А. Ю., Карпина Н. Л., Миночкин Д. А., Масякин А. В. Оценка тревожно-депрессивного статуса у пациентов с различными формами туберкулеза легких. Медицинский алфавит. 2022; (21): 37–42. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-21-37-42>.

3. Джуманиязова Г. М., Бекчанова Б. Б. Туберкулез в практике врача поликлиники. *European Science*. 2020; 1 (50): 73–76. <https://elibrary.ru/upipod>
4. Dzhumaniyazova G. M., Bekchanova B. B. Tuberculosis in the practice of a polyclinic doctor. *European Science*. 2020; 1 (50): 73–76. (in Russ.) <https://elibrary.ru/upipod>
5. Мордык А. В., Удалова Т. Ю., Багисева Н. В., Руденко С. А., Иванова О. Г., Ароян А. Р., Горюнова Т. А. Характеристика депрессивных тенденций у пациентов с впервые выявленным туберкулезом. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 2016; 2 (8): 82–88. <https://elibrary.ru/wlsqxt>
6. Mordyk A. V., Udalova T. Yu., Bagisheva N. V., Rudenko S. A., Ivanova O. G., Aroyan A. R., Goryunova T. A. Characteristics of depressive tendencies in patients with newly diagnosed tuberculosis. *Bulletin of the I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University*. 2016; 2 (8): 82–88. (in Russ.) <https://elibrary.ru/wlsqxt>
7. Шубина А. Т., Бородулина Е. А., Герасимов А. Н., Яковлева Е. В. Туберкулез легких в пульмонологической практике. Сибирский научный медицинский журнал. 2021; (3) 41: 78–84. <https://doi.org/10.18699/SSMJ20210311>; <https://elibrary.ru/ydlgxl>
8. Shubina A. T., Borodulina E. A., Gerasimov A. N., Yakovleva E. V. Pulmonary tuberculosis in pulmonological practice. *Siberian Scientific Medical Journal*. 2021; (3) 41: 78–84. (in Russ.) <https://doi.org/10.18699/SSMJ20210311>; <https://elibrary.ru/ydlgxl>
9. Husain M. O., Dearman S. P., Chaudhry I. B., Rizvi N., Waheed W. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical practice and epidemiology in mental health*. 2008; 4. 4. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-4-4>
10. Olsson I., Mykletun A., Dahl A. A. The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*. 2005; 5(46). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-46>
11. Wang X., Li X., Zhang Q., Zhang J., Chen H., Xu W., Fu Y., Wang Q., Kang J. and Hou G. A Survey of Anxiety and Depressive Symptoms in Pulmonary Tuberculosis Patients with and Without Tracheobronchial Tuberculosis. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9: 308. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00308>
12. Боечко Д. И., Приленский Б. Ю., Козлова О. Ф., Кашуба Е. В., Художикова П. А., Асымова Е. И. Влияние инфекционных заболеваний респираторного тракта на развитие тревожно-депрессивных расстройств. Актуальные научные исследования в современном мире. 2021; 2–4 (70). С. 38–41. <https://elibrary.ru/skkyk>
13. Boechko D. I., PriLensky B. Yu., Kozlova O. F., Kozlova A. V., Kashuba E. V., Artifitkova P. A., Asymova E. I. The influence of infectious diseases of the respiratory tract on the development of anxiety and depressive disorders. *Current scientific research in the modern world*. 2021. No. 2–4 (70): 38–41. (in Russ.) <https://elibrary.ru/skkyk>
14. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization. 2021. <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030> (Available at 03.07.2022)
15. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report> (Available at 03.07.2022).
16. Iosifescu D. V., Clementi Craven N., Fraguas R. et al. Cardiovascular risk factors may moderate pharmacological treatment effects in major depressive disorder. *Psychosom Med*. 2005; 67: 703–6. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170338.75346.d0>
17. Arroll B., Khin N., Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003; 327: 1144–1146. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1144>
18. O'Connor E. A., Whitlock E. P., Beil T. L., Gaynes B. N. Screening for depression in adult patients in primary care settings: A systematic evidence review. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 151 (11). 793–803. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00007>
19. Depression in adults: Screening. US Preventive Services Task Force [Electronic resource]. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening> (Available at 03.07.2022)

Статья поступила / Received 16.06.22

Получена после рецензирования / Revised 05.07.22

Принята к публикации / Accepted 15.07.22

About authors

Berezantsev Andrey Yu., DM Sci (habil.), professor, leading forensic psychiatrist-expert¹, psychotherapist². E-mail: berintend@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-1985-7894

Karpina Natalya L., DM Sci (habil.), professor, deputy director for scientific work, head of Centre for Diagnosis and Rehabilitation of Respiratory Diseases³

Minochkin Dmitry A., psychiatrist², correspondence post-graduate student³. ORCID: 0000-0002-2697-9902

Masyakin Anton V., DM Sci (habil.), chief physician¹. ORCID: 0000-0002-9614-7343

¹Central Clinical Psychiatric Hospital, Moscow, Russia

²Psychiatric Clinical Hospital No. 1 n.a. N. A. Alekseev, Moscow, Russia

³Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia

Corresponding author: Berezantsev Andrey Yu. E-mail: berintend@yandex.ru

For citation: Berezantsev A. Yu., Karpina N. L., Minochkin, D. A., Masyakin A. V. Assessment of anxiety-depressive status in patients with various forms of pulmonary Tuberculosis. *Medical alphabet*. 2022; (21): 37–42. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-21-37-42>.

