

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЕ ХИМИОТЕРАПИИ

^{1,2}П. А. Майер*, ¹Е. Р. Исаева, ¹О. Н. Браженко, ³Т. Б. Потепун

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

²Противотуберкулезный диспансер № 14, Санкт-Петербург, Россия

³Туберкулезная больница № 2, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучение особенностей приверженности лечению, неудовлетворенности потребностей в социально-экономической сфере, определение наличия связи между ними в интенсивной фазе химиотерапии у больных туберкулезом с сохраненной лекарственной чувствительностью возбудителя.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты в возрасте от 26 до 67 лет ($n=130$, $M_{\text{возраст}}=42,9$ года; $SD=9,6$), с впервые установленным диагнозом лекарственно-чувствительного туберкулеза органов дыхания в начале интенсивной фазы лечения. Психодиагностические методы: методика «Уровень комплаентности», Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук; «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ-1, УСФ-2); математическая обработка данных — описательные статистики (частотный анализ), корреляционный анализ (метод парных и частных корреляций), обработка данных выполнена с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics v27.

Результаты и их обсуждение. Отношение к болезни у пациентов характеризуется диффузным типом с ориентацией на механистическое выполнение назначений врача. Установлено, что приверженность лечению у больных лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания в интенсивной фазе химиотерапии тесно взаимосвязана с уровнем неудовлетворенности в социально-экономической сфере жизни.

Заключение. Выявленный в ходе исследования комплекс фрустраций и барьеров оказывает непосредственное негативное влияние на приверженность пациентов лечению, что обуславливает необходимость социального и клинико-психологического сопровождения пациентов с первого дня противотуберкулезной химиотерапии. Это, в свою очередь, позволит сделать процесс лечения туберкулеза менее психологически травматичным для пациента, снизить уровень неудовлетворенности и укрепить приверженность лечению.

Ключевые слова: лекарственно-чувствительный туберкулез; туберкулез органов дыхания; старт терапии; комплаентность; фрустрация

* Контакт: Майер Павел Александрович, whitefield@inbox.ru

PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS OF ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS WITH DRUG-SENSITIVE TUBERCULOSIS DURING THE INTENSIVE PHASE OF CHEMOTHERAPY

^{1,2}P. A. Maier*, ¹E. R. Isaeva, ¹O. N. Brazhenko, ³T. B. Potepun

¹Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

²Tuberculosis Dispensary No. 14, St. Petersburg, Russia

³Tuberculosis Hospital No. 2, St. Petersburg, Russia

The aim of the study was to investigate the characteristics of treatment adherence, the unmet needs in the socio-economic domain, and to determine the presence of an association between these factors during the intensive phase of chemotherapy in patients with tuberculosis exhibiting preserved drug sensitivity of the pathogen.

Materials and methods. The study involved patients aged 26 to 67 years ($N=130$, $M_{\text{age}}=42.9$ years, $SD=9.6$) with a newly established diagnosis of drug-sensitive respiratory tuberculosis at the start of the intensive phase of treatment.

Psychodiagnostic methods included the «Compliance Level» technique by R. V. Kadyrov, O. B. Asriyan, and S. A. Kovalchuk; the «Level of Social Frustration» scales (USF-1, USF-2). Data analysis comprised descriptive statistics (frequency analysis) and correlational analysis (methods of paired and partial correlations). Data processing — IBM SPSS Statistics version 27.

Results and discussion. A diffuse type, oriented towards mechanistic adherence to the physician's prescriptions, characterizes patients' attitudes toward the illness. It was established that treatment adherence in patients with drug-sensitive respiratory tuberculosis during the intensive phase of chemotherapy is closely associated with the level of dissatisfaction in the socio-economic domain of life.

Conclusions. The complex of frustrations and barriers identified during the study exerts a direct negative impact on patients' adherence to treatment, which in turn underscores the necessity for social and clinical-psychological support for patients from the very first day of anti-tuberculosis chemotherapy. Which, in turn, will make the tuberculosis treatment process less psychologically traumatic for the patient, reduce the level of dissatisfaction, and strengthen treatment adherence.

Keywords: drug-sensitive tuberculosis; pulmonary tuberculosis; treatment initiation; compliance; frustration

* Contact: Maier Pavel Aleksandrovich, whitefield@inbox.ru

© Майер П.А. и соавт., 2025 г.

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Майер П.А., Исаева Е.Р., Браженко О.Н., Потепун Т.Б. Психологические и социальные факторы приверженности лечению больных лекарственно-чувствительным туберкулезом в интенсивной фазе химиотерапии // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2025. Т. 17, № 3. С. 108–117, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2025-17-3-108-117>.

Conflict of interest: the authors stated that there is no potential conflict of interest.

For citation: Maier P.A., Isaeva E.R., Brazhenko O.N., Potepun T.B. Psychological and social factors of adherence to treatment in patients with drug-sensitive tuberculosis during the intensive phase of chemotherapy // *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2025. Vol. 17, No. 3. P. 108–117, doi: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2025-17-3-108-117>.

Введение. Обзор мировой эпидемической ситуации заболеваемости туберкулезом показывает, что доля больных с лекарственной устойчивостью возбудителя планомерно увеличивается, несмотря на все предпринимаемые профилактические меры [1]. Подобная тенденция во многом связана с низким уровнем приверженности лечению большого числа больных [2]. Кроме того, немаловажными являются и случаи произвольного прерывания лечения, так как при обнаружении резистентности возбудителя к одному или даже нескольким противотуберкулезным препаратам стоимость и длительность лечения прогрессивно увеличиваются, создавая дополнительное обременение как для самого пациента, так и для системы здравоохранения в целом [3, 4].

Для оказания высокоэффективной медицинской помощи при лечении туберкулезной инфекции необходимы не только применение современных медикаментозных препаратов с опорой на фундаментальные основы медицинской науки, но и индивидуализация лечебного процесса, с акцентом на социально-бытовые, социально-демографиче-

ские, а также социально-психологические и индивидуально-личностные особенности пациентов [5].

На сегодняшний день не существует психодиагностических методик, благодаря которым мы могли бы однозначно сказать, будет ли привержен пациент лечению на всем протяжении противотуберкулезной терапии, длительность которой составляет от полугода до полутора лет и более [6]. Однако у нас есть возможность исследовать факторы, влияющие на приверженность лечению пациента. Это позволит определить социально-психологические риски, которые способствуют прерыванию терапии, а также риск-факторы в индивидуально-личностной и ценностно-смысловой сферах больных, такие как аддикции, анозогнозический тип реагирования на заболевание, низкая приверженность лечению, а также обесценивание здоровья в системе ценностных координат [7–9].

Приверженность лечению рассматривается как многомерный, лабильный конструкт, который включает в себя не только внутренние картины болезни и здоровья, но и разнообразие социально-психологических, социально-демографических, социально-экономических и индивидуально-личностных

характеристик пациента [10, 11]. Это способствует поддержанию эффективного взаимодействия между врачом и пациентом [12–14].

Влияние фрустрации на приверженность лечению при социально-значимых инфекциях изучалась и ранее. Было установлено, что 48,3% пациентов с ВИЧ-инфекцией испытывают выраженную социальную фрустрацию и дезадаптированы, что негативно отражается на их приверженности антиретровирусной терапии [15, 16].

Целью исследования является изучение специфики и модальности приверженности лечению, выраженности фрустрации потребностей в социально-экономической сфере, а также определение наличия связи между ними в интенсивной фазе химиотерапии у больных туберкулезом с сохранной лекарственной чувствительностью возбудителя.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие мужчины ($n=70$, $M_{\text{возраст}}=43,03$; $SD=8,62$) и женщины ($n=60$, $M_{\text{возраст}}=42,75$; $SD=10,75$), в возрасте от 26 до 67 лет ($n=130$, $M_{\text{возраст}}=42,9$ года; $SD=9,6$), с впервые установленным диагнозом лекарственно-чувствительного туберкулеза органов дыхания (МКБ-10: A15-A16) в начале интенсивной фазы лечения и старте химиотерапии. В исследование включались пациенты без сопутствующей соматической патологии и/или в фазе ремиссии, без выраженных когнитивных нарушений (оценка производилась с помощью методики «Монреальская когнитивная шкала» (MoCA), учитывались показатели >26 баллов), давшие добровольное информированное согласие на участие в психологическом исследовании. Сбор и анализ анамнестических данных — психодиагностические методы: методика «Уровень комплаентности», Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук; «Уровень социальной фрустрированности (УСФ-1, УСФ-2); методы математической обработки данных — описательные статистики (частотный анализ), корреляционный анализ (метод парных и частных корреляций), обработка данных выполнена с помощью пакета программ SPSS v27. Достоверными считались различия при критическом уровне значимости $p \leq 0,01$.

Результаты и их обсуждение. Для всестороннего изучения социального портрета больных туберкулезом органов дыхания были проанализированы анамнестические данные с включением социально-бытовых и социально-демографических характеристик, полученные результаты представлены в табл. 1.

При анализе анамнестических сведений портрет больного с впервые выявленным лекарственно-

чувствительным туберкулезом с включением социально-бытовых и социально-демографических характеристик (см. табл. 1) выглядит следующим образом: это пациенты преимущественно молодого (36–45 лет) возраста (43,1%), с высшим образованием, находящиеся в официально зарегистрированном браке (51,5%), имеющие одного ребенка (49,2%), официально трудоустроенные (51,5%), с доходом менее 45 тысяч рублей на человека ежемесячно, обремененные кредитными обязательствами в виде ипотечного и потребительского кредитов (64,7%), преимущественно проживающие в арендованном жилье (51,5%), не находившиеся ранее в местах лишения свободы.

При анализе клинических характеристик больных (табл. 2) получены следующие данные. Последнее флюорографическое обследование органов грудной клетки больные проходили в среднем от года до двух лет назад (46,9%). Распределение по форме туберкулезного процесса и наличию бактериовыделения: очаговая форма зарегистрирована у 45 человек (36,4%), инфильтративная — у 52 (40%), диссеминированный туберкулез — у 22 (16,9%), туберкулез внутригрудных лимфоузлов — у 6 (4,6%), туберкулема — у 5 (3,8%), при этом большая часть больных не являлась бактериовыделителями — 95 (73,1%).

Соматических жалоб при первичном приеме не предъявляли 45 человек (34,6%), а наиболее распространенной жалобой выступила одышка по смешенному и экспираторному типам — 29 человек (22,3%). Лишь у 45 пациентов (34,6%) не выявлено сопутствующих заболеваний, в свою очередь, ВИЧ-инфекция составила 34,1% от общего количества 85 человек с какой-либо сопутствующей патологией, а ВИЧ-инфекция, коморбидная с хроническими вирусными гепатитами В и С, выявлена у 17 человек (13,1%). Наиболее распространенной вредной привычкой выступили табакокурение — у 48 человек (36,9%) и употребление алкоголя — у 40 (30,7%). Потребителями психоактивных веществ (ПАВ) были 29 человек (22,3%), и лишь у 50 человек (38,5%) не выявлено вредных привычек.

Распределение по форме оказания медицинской помощи следующее: на стационарном лечении находились 36 человек (27,6%), лечение в дневном стационаре и амбулаторно на базе противотуберкулезного диспансера получали по 47 человек (36,2%), при этом главной причиной отказа от госпитализации в круглосуточный стационар больные в основ-

Таблица 1
Частотное распределение социально-бытовых и социально-экономических характеристик больных

Table 1

Frequency distribution of social, living and socio-economic characteristics

Социальные характеристики		Количество пациентов (n=130)	
		абс.	%
Пол	Мужчины	70	53,8
	Женщины	60	46,2
Возраст	21–30 лет	10	7,7
	31–40 лет	43	33,1
	41–50 лет	56	43,1
	51–60 лет	10	7,7
	>60 лет	11	8,5
Уровень образования	Среднее	41	31,5
	Среднее специальное	40	30,8
	Высшее	49	37,7
Брак	Вне брака	63	48,5
	В браке	67	51,5
Количество детей	Нет детей	46	35,4
	Один ребенок	64	49,2
	Два ребенка	18	13,8
	Три и более	2	1,5
Трудовая занятость	Безработный	15	11,6
	Работает официально	67	51,5
	Работает не официально	34	26,2
	Пенсионер	12	9,2
	Работающий пенсионер	2	1,5
Уровень дохода на человека (ежемесячный)	<15 тыс. рублей	11	8,5
	15–25 тыс. рублей	17	13,1
	25–35 тыс. рублей	23	17,7
	35–45 тыс. рублей	17	13,1
	45–55 тыс. рублей	25	19,2
	55–65 тыс. рублей	25	19,2
	65–75 тыс. рублей	12	9,2
Наличие кредитных обязательств	Нет кредитов	46	35,4
	Ипотечный кредит	47	36,2
	Потребительский кредит	30	23,1
	Ипотечный и потребительский	7	5,4
Обеспеченность жильем	Приватизированная квартира	16	12,3
	Приватизированная комната	36	27,7
	Арендованная квартира	51	39,2
	Арендованная комната	16	12,3
	С родными/родственниками	11	8,5
Нахождение в местах лишения свободы	Нет	106	81,5
	Да	24	18,5

ном назвали неустойчивое материальное положение — 55 человек (42,3%), ввиду необходимости заработка для обеспечения витальных потребностей.

Для формирования представлений об отношении больных с впервые выявленным лекарственно-чувствительным туберкулезом к своему заболеванию проанализированы данные, полученные с помощью методики «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)» (рис. 1).

Наиболее характерным типом отношения к болезни выступает диффузный, с включением

практических всех типов, кроме гармоничного, выраженного в наименьшей степени, который, в свою очередь, не может быть составной частью, а лишь выступать как самостоятельный тип реагирования. В то же время наибольшей степенью выраженности отличаются сенситивный и эргопатический компоненты, что говорит о склонности пациентов к колебаниям настроения, связанным с межличностными контактами, страхе стать обузой для близких. Также для данного профиля характерны чрезмерная ранимость и озабоченность

Частотное распределение клинических характеристик

Таблица 2

Table 2

Frequency distribution of clinical characteristics

Клинические характеристики		Количество пациентов (n=130)	
		абс.	%
Давность флюорографических обследований	До года	21	16,2
	От года до двух	61	46,9
	От двух до трех	29	22,3
	Более трех лет	19	14,6
Клиническая форма туберкулезного процесса	Очаговый туберкулез	45	36,4
	Инфильтративный туберкулез	52	40,0
	Диссеминированный туберкулез	22	16,9
	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	6	4,6
	Туберкулема	5	3,8
Бактериовыделение	Есть	35	26,9
	Нет	95	73,1
Сопутствующие заболевания	Нет	45	34,6
	ВИЧ-инфекция	29	22,3
	Хронический вирусный гепатит В/С	2	1,5
	ВИЧ+Хронический вирусный гепатит В/С	17	13,1
	Сахарный диабет	12	9,2
	Сердечно-сосудистая патология	5	3,8
	Сердечно-сосудистая патология+хроническая обструктивная болезнь легких	4	3,1
	Хроническая обструктивная болезнь легких	16	12,3
Вредные привычки	Нет	50	38,5
	Табакокурение	20	15,4
	Алкоголь	16	12,3
	Психоактивные вещества	10	7,7
	Табакокурение+Алкоголь	15	11,5
	Табакокурение+Психоактивные вещества	10	7,7
	Алкоголь+Психоактивные вещества	6	4,6
	Алкоголь+Табакокурение+Психоактивные вещества	3	2,3

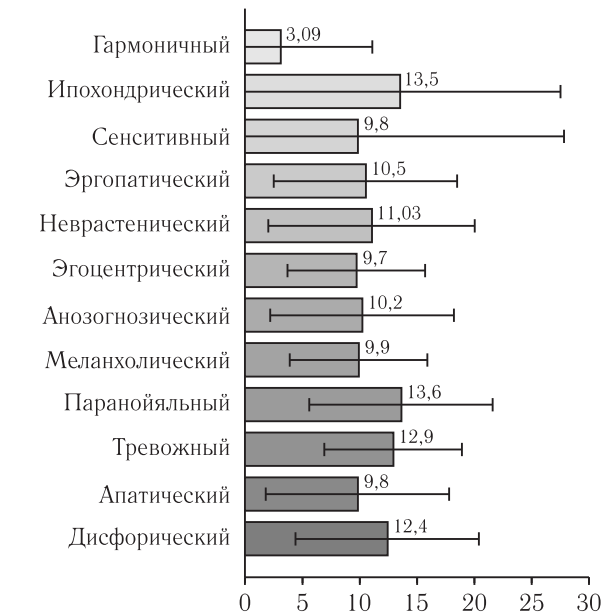


Рис. 1. Распределение средних значений по методике «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)
Fig. 1. Distribution of Mean Scores According to the «Type of Attitude Towards Illness» (TOBOL) methodology

возможностью неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Кроме того, в структуре просматривается стеническая составляющая, выражающаяся в сверхответственном отношении к работе или субъективно эквивалентной ей деятельности, также характерна избирательность в отношении обследования и/или лечения, в стремлении сохранить трудоспособность любыми средствами.

Таким образом, на старте интенсивной фазы химиотерапии невозможно однозначно дифференцировать «чистый» тип отношения к болезни, а полученные результаты по данной методике можно объяснить неполной сформированностью отношения к заболеванию, так как у больных отсутствуют специфические клинические проявления, характерные именно для туберкулеза, а также при отсутствии выраженных клинических проявлений болезни общесоматического характера.

Для понимания степени вовлеченности больного в терапевтический процесс, а также для определе-

ния ведущих компонентов комплаентного поведения больных туберкулезом проведен анализ данных, полученных с помощью методики «Уровень комплаентности» (рис. 2).

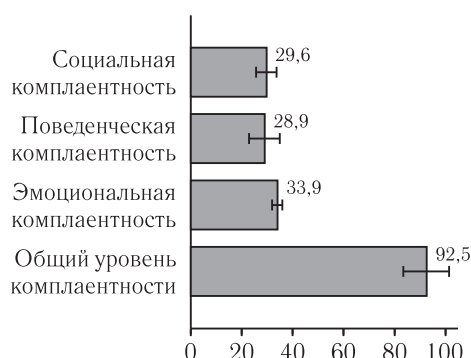


Рис. 2. Распределение средних значений по методике «Уровень комплаентности»

Fig. 2. Distribution of Mean Scores According to the «Level of Compliance» methodology

Все больные ($n=130$) демонстрируют высокий уровень общей комплаентности, при этом ведущим выступает поведенческий компонент. Это означает, что больные в целом с высокой вероятностью готовы следовать назначенному лечению, но стоит отметить, что превалирование данной шкалы в общей структуре может свидетельствовать и о том, что больные готовы следовать рекомендациям и назначениям лечащего врача механистически, без осознания. Необходимо отметить, что по шкалам социальной и эмоциональной комплаентности больные получили высокие значения, что, в свою очередь, говорит об их всестороннем вовлечении в процесс лечения. Так, высокие показатели по шкале социальной комплаентности отражают значимость мнения социального окружения для больного, а также фигуры лечащего врача как референтного лица, что может являться дополнительным мотивирующим фактором при выстраивании межличностных отношений в диаде врач-пациент. В свою очередь, высокие показатели по шкале эмоциональная комплаентность говорят о том, что для больных также важна и эмоциональная составляющая лечения, но уже как процесса. Это может выражаться в демонстрации больными впечатлительности, импульсивности и чувствительности, а также в склонности к перекладыванию ответственности за лечебный процесс на лечащего врача, оставляя себе роль исполнителя.

При анализе средних значений по методике «Уровень социальной фрустрированности УСФ-1» (рис. 3) получены следующие результаты. В отношениях с родными и близкими большая часть больных (84 чел. — 64,6%) демонстрирует нормальный (52

чел. — 40%) или низкий (32 чел. — 24,6%) уровень неудовлетворенности. В отношениях со своим социальным окружением испытывают выраженную (17 чел. — 13,1%) и умеренную (13 чел. — 10%) фрустрацию. В отношении социального статуса лишь 11 человек (8,5%) демонстрируют умеренный уровень при полном отсутствии больных с высоким уровнем

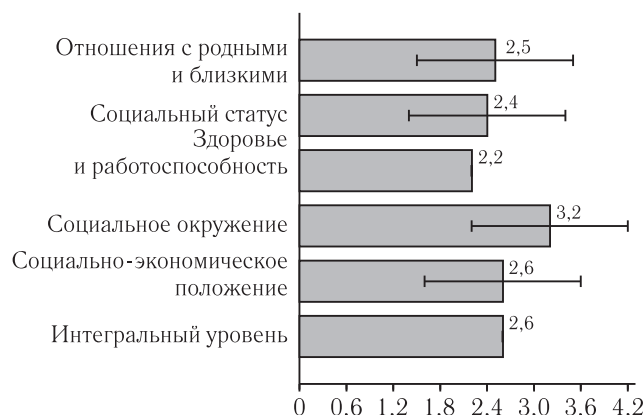


Рис. 3. Распределение средних значений по методике «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ-1)

Fig. 3. Distribution of Mean Scores According to the «Level of Social Frustration» (USF-1) methodology

фрустрации по данной шкале. В свою очередь, в отношении социально-экономического положения умеренная и высокая социальная фрустрированность наблюдается у 62 человек (47,7%), из них 28 (21,5%) умеренно фрустрированы и 34 (26,2%) высоко фрустрированы. В отношении своего здоровья и работоспособности у 35 человек (26,9%) выявлен умеренный и высокий уровень, из них умеренный уровень демонстрируют 25 (19,2%), высокий уровень — 10 (7,7%), а нормальный уровень и отсутствие фрустрации — 67 человек (51,5%).

Полученные данные показывают, что у больных наиболее выражена социальная фрустрированность в отношении своего социально-экономического положения, она находится на уровне неопределенности, в то же время наименьшую социальную фрустрированность больные демонстрируют в отношении своего социального статуса, значения шкалы находятся на нормальном уровне. Значения остальных шкал соответствуют неопределенному уровню выраженности социальной фрустрированности. Это выражается в отсутствии мотивации к продуктивному целеполаганию, а также отсутствию побудительных мотивов деятельности. Также стоит отметить, что больные в целом не испытывают неудовлетворенности в отношении своей позиции в социальной структуре общества. Кроме того, больные не испытывают выраженной неудовлетворенности во внутрисемейных отношениях,

что безусловно благотворно отражается на их психологическом состоянии, и может во многом способствовать успешности терапевтического процесса, и может выступать в роли дополнительного психологического фактора, способствующего выполнению рекомендаций врача.

Для получения более достоверных и точных сведений в отношении социальной фрустрированности у больных туберкулезом проанализированы данные методики «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ-2), в которой больным предлагалось проранжировать, т.е. самостоятельно определить иерархию неудовлетворенности сферами своей жизни (табл. 3, рис. 4).

При анализе распределения средних значений по методике «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ-2) получены следующие результаты. Наиболее фрустрированными компонентами больные выделили материальное положение, жилищно-бытовые условия, досуг и эмоциональное состояние, а также неудовлетворенность взаимоотношениями с противоположным полом. Кроме того, обращает на себя внимание отсутствие высоких показателей в иерархии по каким-либо шкалам, так, наибольший показатель удовлетворенности жизнью в целом находится на уровне «выше среднего» и не достигает высоких значений.

Таким образом, при сопоставлении объективных (УСФ-1) и субъективных (УСФ-2) методов психологического обследования установлено, что наибольшую неудовлетворенность больные испытывают в социально-экономической сфере, а именно, в отношении материального положения и жилищно-бытовых условий, кроме того, обращает на себя

Таблица 3
Распределение средних значений по методике «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ-2)

Table 3
Distribution of Mean Scores According to the «Level of Social Frustration» (USF-2) methodology

Шкалы	Количество пациентов (n=130), M (SD)
Взаимоотношения с супругом	12,9 (4,5)
Взаимоотношения с родителями	13,2 (4,9)
Взаимоотношения с детьми	14,3 (4,5)
Взаимоотношения с родственниками	12,8 (4,5)
Взаимоотношения с друзьями	13,6 (5,2)
Взаимоотношения с противоположным полом	6,5 (4,8)
С коллегами	12,5 (4,0)
С администрацией на работе	12,5 (4,0)
Уровнем образования	14,0 (3,7)
Профессиональной подготовкой	12,6 (3,8)
Профессиональной деятельностью	11,8 (4,3)
Работой в целом	8,8 (5,4)
Материальным положением	2,2 (1,2)
Жилищно-бытовыми условиями	3,2 (1,9)
Досугом	4,2 (1,7)
Положением в обществе	11,1 (5,2)
Физическим состоянием	12,7 (5,2)
Эмоциональным состоянием	5,7 (4,3)
Работоспособностью	10,2 (4,7)
Жизнью в целом	14,4 (4,6)

внимание неудовлетворенность больных проведением досуга и своим эмоциональным состоянием.

Также обращают на себя внимание показатели по шкале неудовлетворенности физическим состоянием, расположение которых в иерархии можно

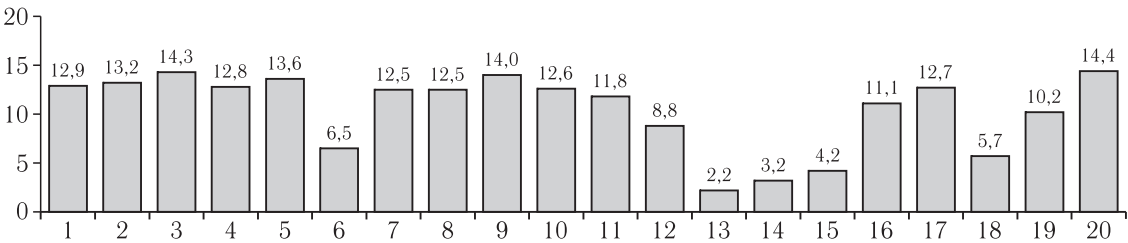


Рис. 4. Иерархия неудовлетворенности сферами жизни по методике «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ-2): 1 — с супругом; 2 — с родителями; 3 — с детьми; 4 — с родственниками; 5 — с друзьями; 6 — с противоположным полом; 7 — с коллегами; 8 — с администрацией на работе; 9 — уровнем образования; 10 — профессиональной подготовкой; 11 — профессиональной деятельностью; 12 — работой в целом; 13 — материальным положением; 14 — жилищно-бытовыми условиями; 15 — досугом; 16 — положением в обществе; 17 — физическим состоянием; 18 — эмоциональным состоянием; 19 — работоспособностью; 20 — жизнью в целом

Fig. 4. Hierarchy of Dissatisfaction with Life Domains According to the «Level of Social Frustration» (USF-2) Methodology: 1 — with a spouse; 2 — with parents; 3 — with children; 4 — with relatives; 5 — with friends; 6 — with the opposite sex; 7 — with colleagues; 8 — with the administration at work; 9 — level of education; 10 — professional training; 11 — professional activity; 12 — work in general; 13 — financial situation; 14 — housing and living conditions; 15 — leisure; 16 — position in society; 17 — physical condition; 18 — emotional state; 19 — working capacity; 20 — life in general

относится к «золотой середине». Обращаясь к клиническим данным, мы видим, что более половины больных 65,3% все же предъявляли жалобы на физическое состояние, и подобное расхождение может быть вызвано в первую очередь слабой выраженностью и отсутствием специфической симптоматики, а характер заболевания может субъективно расцениваться пациентом как «обычная простуда».

Для оценки наличия связей между социальной фрустрированностью и комплаентностью больных лекарственно-чувствительным туберкулезом в интенсивной фазе проведен корреляционный анализ методом парных корреляций с использованием критерия Тау-б Кендалла, полученные результаты представлены в табл. 4.

Для исключения влияния иных факторов на наличие взаимосвязи между исследуемыми признаками был дополнительно проведен корреляционный анализ методом частных корреляций. Установлено, что при исключении социально-бытовых и социально-демографических характеристик, не относящихся к экономической сфере, обратная взаимосвязь между интегральным уровнем социальной фрустрированности и общей комплаентностью сохраняется на умеренном уровне ($r = -0,629$, $p < 0,001$).

Полученные данные могут быть использованы при составлении методических рекомендаций в клинико-психологическом сопровождении пациентов с туберкулезом органов дыхания с сохраненной лекарственной чувствительностью возбудителя. Кроме того,

Результаты корреляционного анализа (метод парных корреляций)

Таблица 4

Table 4

Results of correlation analysis (twice correlation method)

Социальная фрустрированность	Уровень комплаентности			
	Социальная	Эмоциональная	Поведенческая	Общий уровень
Отношения с родными	-0,370** <0,001	-0,0289** <0,001	0,145* 0,038	-0,338** <0,001
Социальное окружение	-0,296** <0,001	-0,329** <0,001	0,151* 0,030	-0,313** <0,001
Социальный статус	0,144* 0,037	0,248** <0,001	-0,170* 0,016	0,192** 0,005
Соц. эконом. положение	-0,520** <0,001	-0,414** <0,001	0,008 0,902	-0,553** <0,001
Здоровье и работоспособность	-0,368** <0,001	-0,346** <0,001	0,123 0,074	-0,036** <0,001
Интегральный уровень	-0,495** <0,001	-0,447** <0,001	0,148* 0,042	-0,522** <0,001

Примечание: * корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя); ** корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя).

Note: * correlation is significant at the 0.05 level (two-sided); ** correlation is significant at the 0.01 level (two-sided).

Полученные результаты корреляционного анализа можно интерпретировать следующим образом: при повышении интегрального уровня социальной фрустрированности, неудовлетворенности состоянием здоровья, социально-экономическим положением, взаимодействием с социальным окружением и взаимоотношениями с родными и близкими будет снижаться уровень общей комплаентности, а также ее отдельных элементов в виде социального и поведенческого компонентов, иными словами, чем выше уровень фрустрированности, тем ниже уровень комплаентности. Наиболее выраженной является обратная взаимосвязь между социально-экономическим положением и общим уровнем комплаентности, которую можно охарактеризовать как умеренную ($r = -0,553$, $p < 0,001$).

результаты исследования могут быть учтены при формировании индивидуального плана лечения, а также при разработке индивидуализированного кейс-менеджмента в сопровождении больного как психологами, так и социальными работниками в противотуберкулезных медицинских учреждениях. Однако необходимо отметить, что в исследуемой группе больных наблюдается некоторая неоднородность в возрастном диапазоне, а также неравномерность распределения по клиническим формам туберкулезной инфекции. Для получения исчерпывающих сведений считаем целесообразным проведение дополнительных исследований, но с более строгим контролем равномерности распределения по социально-бытовым и клиническим характеристикам, так как данная неравномерность могла оказать влияние

на интерпретацию полученных данных. Кроме того, необходимо проведение лонгитюдного исследования со сравнением факторов приверженности лечению и проверкой на наличие ее взаимосвязей с социально-экономическими аспектами жизни больных на всех этапах противотуберкулезной терапии, вплоть до клинического излечения.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенного клиничко-психологического исследования было установлено, что больные с впервые выявленным лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания демонстрируют достаточно выраженную приверженность лечению с ориентацией на механистическое следование рекомендациям лечащего врача и перекладыванием ответственности за собственное здоровье на медицинский персонал, а также для них характерны интерпсихическая дезадаптация, эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость поведенческих реакций с гетерогенными, агрессивно-манипулятивными тенденциями в отношении окружающих.

Установлена взаимосвязь между уровнем неудовлетворенности финансово-экономической сферой жизни и комплаентностью больных, при которой усиление фрустрации будет пагубно сказываться на приверженности лечению, снижая тем самым вероятность благоприятного исхода противотуберкулезной химиотерапии.

Находясь в ситуации болезни, пациенты умеренно фрустрированы нестабильным социально-экономическим положением, а ориентация на здоровье не является для них доминирующей ценностью. В связи с этим, с психологической точки зрения, при выборе формы оказания медицинской помощи при отсутствии противопоказаний, врачу-фтизиатру целесообразно ориентировать пациента на прохождение лечения в дневном стационаре, тем самым снижая уровень фрустрации и способствуя повышению приверженности лечению.

Полученные данные свидетельствуют также о необходимости внедрения индивидуализированного кейс-менеджмента в план лечения с включением программ сопровождения пациентов не только врачом-фтизиатром, но и другими специалистами, такими как психологи и социальные работники, так как в ходе исследования был выявлен значительный комплекс фрустраций и барьеров, препятствующий сохранению высокого уровня приверженности лечению не только клинического характера, но и психологического и социального.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Williams P.M., Pratt R.H., Walker W.L. et al. Tuberculosis — United States, 2023 // *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2024. Vol. 73, No. 12. P. 265–270. doi: 10.15585/mmwr.mm7312a4.
2. Паролина Л.Е., Баринбойм О.Н., Локторова Н.П. Приверженность к лечению впервые выявленных больных лекарственно устойчивым туберкулезом // *Туберкулез и болезни легких*. 2011. Т. 88, № 5. С. 100–101. [Parolina L.E., Barinboym O.N., Loktorova N.P. Adherence to treatment in newly diagnosed patients with drug-resistant tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2011, Vol. 88, No. 5, pp. 100–101 (In Russ.).]
3. Нечаева О.Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России // *Туберкулез и болезни легких*. 2018. Т. 96, № 8. С. 15–24. [Nechaeva O.B. Epidemic situation of tuberculosis in Russia. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2018, Vol. 96, No. 8, pp. 15–24 (In Russ.).] doi: 10.21292/2075-1230-2018-96-8-15-24.
4. Семченко Л.Н., Вагина К.В., Максимова В.А. Социально-гигиенические особенности больных с впервые выявленным туберкулезом в Челябинской области на современном этапе // *Вестник Челябинской областной клинической больницы*. 2017. № 4 (38). С. 49–53 [Semchenko L.N., Vagina K.V., Maksimova V.A. Socio-hygienic characteristics of patients with newly diagnosed tuberculosis in the Chelyabinsk region at the present stage. *Bulletin of the Chelyabinsk Regional Clinical Hospital*, 2017, No. 4 (38), pp. 49–53 (In Russ.).]
5. Любаева Е.В., Ениколопов С.Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // *Консультативная психология и психотерапия*. 2011. Т. 19, № 2. С. 111–127. [Lyubaeva E.V., Enikolopov S.N. The role of individual psychological characteristics of patients in the formation of adherence to tuberculosis and HIV therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2011, Vol. 19, No. 2, pp. 111–127 (In Russ.).]
6. Богородская Е.М., Данилова М.Д., Ломакина О.Б. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2007. Т. 84, № 3. С. 46–64. [Bogorodskaya E.M., Danilova M.D., Lomakina O.B. Formation of incentives for recovery and adherence to chemotherapy in tuberculosis patients. *Problems of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2007, Vol. 84, No. 3, pp. 46–64 (In Russ.).]
7. Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Баранова Г.В., Харитонов Н.Ю., Багдасарян Т.Р. Психологические факторы формирования терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких в условиях стационарного лечения // *Туберкулез и болезни легких*. 2020. Т. 98, № 12. С. 34–40. [Zolotova N.V., Streltsov V.V., Baranova G.V., Kharitonova N.Yu., Bagdasaryan T.R. Psychological factors in the formation of therapeutic cooperation of tuberculosis patients in the conditions of stationary treatment // *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2020. Vol. 98, No. 12. P. 34–40.]

- peutic collaboration in patients with pulmonary tuberculosis during inpatient treatment. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2020, Vol. 98, No. 12, pp. 34–40 (In Russ.). doi: 10.21292/2075-1230-2020-98-12-34-40.
8. Хантаева Н.С. Медико-социальная характеристика больных туберкулезом органов дыхания // *Байкальский медицинский журнал*. 2004. Т. 45, № 4. С. 82–84. [Khantaeva N.S. Medico-social characteristics of patients with pulmonary tuberculosis. *Baikal Medical Journal*, 2004, Vol. 45, No. 4, pp. 82–84 (In Russ.).]
9. Петунова С.А. Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулезом легочной локализации // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015. Т. 11, № 4. С. 60–78. [Petunova S.A. Psychosocial features of attitude to the disease in patients with pulmonary tuberculosis. *Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia*, 2015, Vol. 11, No. 4, pp. 60–78 (In Russ.).]
10. Солодиллина К.А., Лощакова А.И., Майер П.А., Чухнова Д.Ю., Браженко О.Н., Николау А.В., Григорьева Г.В. Психосоциальные особенности больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2024. Т. 16, № 1. С. 123–125. [Solodilina K. A., Loshakova, A. I., Mayer, P. A., Chukhnova D.Yu., Brazhenko O.N., Nikolau A.V., Grigorieva G.V. Psychosocial features of patients with tuberculosis and HIV infection. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2024, Vol. 16, No. 1, pp. 123–125 (In Russ.).]
11. Бородулина Э.В. Социальный портрет пациента с впервые выявленным туберкулезом // *Наука и инновации в медицине*. 2019. Т. 4, № 2. С. 43–47 [Borodulina E.V. Social portrait of a patient with newly diagnosed tuberculosis. *Science and Innovations in Medicine*, 2019, Vol. 4, No. 2, pp. 43–47 (In Russ.).]
12. Рыжков С.И., Глебова О.А., Шовкун Л.А. Факторы, влияющие на приверженность к лечению больных туберкулезом // *Главврач Юга России*. 2017. № 2 (54). [Ryzhkov S.I., Glebova O.A., Shovkun L.A. Factors influencing treatment adherence in tuberculosis patients. *Chief Physician of the South of Russia*, 2017, No. 2 (54) (In Russ.).]
13. Юдин С.А., Борзенко, А.С., Деларю В.В., Калуженина А.А. Соблюдение врачебных рекомендаций больными туберкулезом и трудности, возникающие при лечении // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2013. Т. 9, № 4. С. 741–743. [Yudin S.A., Borzenko A.S., Delaryu V.V., Kaluzhenina A.A. Compliance with medical recommendations and treatment difficulties in tuberculosis patients. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 2013, Vol. 9, No. 4, pp. 741–743 (In Russ.).]
14. Мотанова Л.Н., Грабовская М.С., Фольц И.В., Скоробач Ю.М. Характеристика контингентов больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции на территории с высокой заболеваемостью туберкулезом // *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2017. № 4. С. 51–53. [Motanova L.N., Grabovskaya M.S., Folts I.V., Skorobach Yu.M. Characteristics of patients with tuberculosis and HIV co-infection in a high tuberculosis incidence area. *Pacific Medical Journal*, 2017, No. 4, pp. 51–53 (In Russ.). doi: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.4.51-53.
15. Пritулина Ю.Г., Фролихина Е.Н. Влияние индивидуальных психологических особенностей личности на уровень социальной фрустрированности у больных ВИЧ-инфекцией // *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2017. Т. 20, № 2. С. 152–154. [Pritulina Yu.G., Frolikhina E.N. Influence of Individual Psychological Personality Traits on the Level of Social Frustration in Patients with HIV Infection. *Applied Informational Aspects of Medicine*, 2017, Vol. 20, No. 2, pp. 152–154 (In Russ.). EDN ZXECTB.
16. Калашникова В.В., Гусейнова Л.Э., Карнаух Н.Г. Особенности психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных на госпитальном этапе // *Sciences of Europe*. 2021. № 84–2(84). С. 44–48. [Kalashnikova V.V., Guseinova L.E., Karnaukh N.G. Features of Psychological Support for HIV-Infected Patients at the Hospital Stage. *Sciences of Europe*, 2021, No. 84–2(84), pp. 44–48 (In Russ.). doi: 10.24412/3162-2364-2021-84-2-44-48. EDN NJCEIW.

Поступила в редакцию/Received by the Editor: 17.04.2025 г.

Авторство: вклад в концепцию и план исследования — П. А. Майер, Е. Р. Исаева, О. Н. Браженко. Вклад в сбор данных — П. А. Майер, О. Н. Браженко, Т. Б. Потепун. Вклад в анализ данных и выводы — П. А. Майер, Е. Р. Исаева, О. Н. Браженко. Вклад в подготовку рукописи — П. А. Майер, О. Н. Браженко.

Сведения об авторах:

Майер Павел Александрович — медицинский психолог, аспирант кафедры общей и клинической психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; e-mail: whitefield@inbox.ru; ORCID 0009–0009–7064–0488; SPIN-код 1785–1765;

Исаева Елена Рудольфовна — доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой общей и клинической психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; e-mail: isajeva@yandex.ru; ORCID 0000–0002–7731–7693; SPIN-код 3322–6935;

Браженко Ольга Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; e-mail: spb-mubrazhenko@mail.ru; ORCID 0009–0004–9564–4833; SPIN-код 7830–0697;

Потепун Татьяна Борисовна — врач-фтизиатр, заведующий терапевтическим отделением Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Туберкулезная больница № 2»; 194214, Санкт-Петербург, Тореза пр., д. 93; e-mail: Tatyana.potepun@gmail.com.