

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ANALYTICAL REVIEW

УДК 616-002.5:616.981.21/.958.7:616.052

<http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-1-23-35>

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С СОЧЕТАННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

¹О. Н. Браженко*, ²К. А. Солодилина, ¹А. И. Лощакова¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия²Противотуберкулезный диспансер № 14, Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на проводимые ВОЗ меры по борьбе с туберкулезом, уровень заболеваемости и смертности от него во всем мире до сих пор остается довольно высоким. Эффективность лечения также не достигает целевых показателей, что заставляет фтизиатров задаваться вопросом о причинах неэффективности проводимого лечения и путях их решения. Медико-социальные характеристики больных и их личностные особенности безусловно оказывают влияние на проводимую терапию и приверженность к ней, а в дальнейшем и на ее эффективность и исход заболевания. В настоящее время целостного психосоциального портрета больного туберкулезом, в том числе сочетанного с ВИЧ-инфекцией, до сих пор не сложилось. Знание психологических и социальных особенностей больных туберкулезом позволит выявить их личностные характеристики и существующие проблемы, что в дальнейшем позволит выполнять психологическую адаптацию проводимой терапии на всех этапах лечения.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, приверженность лечению, медико-социальная характеристика больных туберкулезом, психологическая характеристика больных туберкулезом, COVID-19

*Контакт: Браженко Ольга Николаевна, spbmbrazhenko@mail.ru

PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL FEATURES OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AND HIV INFECTION IN MODERN CONDITIONS

¹O. N. Brazhenko*, ²K. A. Solodilina, ¹A. I. Loshchakova¹Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia²Tuberculosis Dispensary No. 14, St. Petersburg, Russia

Despite the measures taken by WHO to combat tuberculosis, the level of morbidity and mortality from it throughout the world still remains quite high. The effectiveness of treatment also does not reach the target indicators, which forces TB specialists to wonder about the reasons for the ineffectiveness of the treatment and ways to solve them. The medical and social characteristics of patients and their personal characteristics certainly influence the therapy and adherence to it, and subsequently its effectiveness and the outcome of the disease. At present, a holistic psychosocial portrait of a patient with tuberculosis, including those combined with HIV infection, has not yet been developed. Knowledge of the psychological and social characteristics of tuberculosis patients will allow us to identify their personal characteristics and existing problems, which will further allow them to carry out psychological adaptation of the therapy at all stages of treatment.

Key words: tuberculosis, HIV infection, commitment to treatment, medico-social characteristic of TB patients, psychological characteristic of TB patients, COVID-19

*Contact: Olga Nikolaevna Brazhenko, spbmbrazhenko@mail.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Браженко О.Н., Солодилина К.А., Лощакова А.И. Психологические и социальные особенности больных туберкулезом с сочетанной ВИЧ-инфекцией в современных условиях // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2024. Т. 16, № 1. С. 23–35, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-1-23-35>.

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

For citation: Brazhenko O.N., Solodilina K.A., Loshchakova A.I. Psychological and social features of patients with tuberculosis and HIV infection in modern conditions // *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2024. Vol. 16, No. 1. P. 23–35, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2024-16-1-23-35>.

Туберкулез по-прежнему остается актуальной проблемой здравоохранения и одной из ведущих причин смерти среди инфекционных заболеваний во всем мире. Примерно одна четверть населения планеты инфицирована туберкулезом. Группу риска медицинского характера по развитию этого заболевания составляют люди с иммунодефицитными заболеваниями, а в первую очередь это ВИЧ-инфицированные лица, лица с сопутствующей патологией, имеющие вредные привычки, недостаточное питание, и в том числе беременные.

В 1998 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ввела понятие «глобальное бремя туберкулеза». Оно включает такие эпидемиологические показатели, как заболеваемость, смертность от туберкулеза и распространенность заболевания, которые рассчитываются на 100 тыс. населения. В 1998 г. ВОЗ опубликовала список стран с высоким бременем туберкулеза, куда входили 22 страны с наибольшей заболеваемостью туберкулезом. С 2015 г. на основе этих данных были определены 3 списка стран с наибольшим бременем туберкулеза, которое включало в себя бремя с высокой заболеваемостью только туберкулезом, бремя туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ) и бремя туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ). В этот перечень входят такие страны, как Индия, Индонезия, Китай, Нигерия, Пакистан, ЮАР, Бангладеш, Филиппины, Россия, Эфиопия и др. Российская Федерация в 2015 г. вошла в списки стран с высоким уровнем распространенности туберкулеза и туберкулеза с МЛУ. В 2021 г. ВОЗ объявила об обновлении списков на период с 2021 по 2025 г. В список стран с высокой заболеваемостью туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией были включены такие страны, как Россия, Габон, Гвинея, Филиппины, что обусловлено регистрацией новых случаев туберкулеза, его рецидивов, а кроме того увеличением распростране-

ния ВИЧ-инфекции. Число ВИЧ-инфицированных во всем мире к 2015 г. составило 36,7 млн человек, а к 2021 г. уже достигло 38,4 млн человек. Частота развития туберкулеза у ВИЧ-позитивных людей в 18 раз выше, чем среди людей живущих без ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ в 2015 г. количество заболевших туберкулезом в мире составила 10,4 млн человек, из них туберкулез с сочетанной ВИЧ-инфекцией — 1,2 млн человек. Количество умерших от туберкулеза достигло 1,4 млн человек. К 2021 г. в мире отмечается увеличение числа заболевших туберкулезом, который составляет 10,6 млн человек, из них у 710 000 он ассоциирован с ВИЧ-инфекцией. Так как число ВИЧ-инфицированных продолжает увеличиваться, это заставляет думать о возможности и дальнейшего роста больных туберкулезом ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, поскольку туберкулез у них стоит на первом месте среди интеркуррентных инфекций. Одной из ведущих причин смерти людей, живущих с ВИЧ-инфекцией является туберкулез и составляет 40%. В 2021 г. число умерших от туберкулеза, в том числе с ВИЧ-инфекцией достигло 1,6 млн человек. В России в 2021 г. заболеваемость туберкулезом составила 47 человек на 100 тыс. населения, из них с сочетанной ВИЧ-инфекцией 12 на 100 тыс. человек, а смертность — 5,9 человек на 100 тысяч населения [1, 2].

В 2014 г. в связи с высокой распространенностью и туберкулеза, и ВИЧ-инфекции ВОЗ утвердила программу по ликвидации туберкулеза во всем мире «End TB». Целями этой программы являются снижение заболеваемости на 80% и смертности на 90% к 2035 г. Она включала такие контрольные показатели, как снижение уровня заболеваемости туберкулезом на 20% и снижение смертности на 35% к 2020 г. С 2015 по 2020 г. наблюдалась тенденция к снижению количества больных туберкулезом в мире на 11%, а смертность от туберкулеза сократилась лишь на 9,2%, что в два раза меньше

запланированных показателей. В 2021 г. пандемия COVID-19 оказала негативное влияние на своевременную диагностику и лечение туберкулеза, что, в свою очередь, привело к отставанию в достижении глобальных целей программы. Показатель заболеваемости за период с 2015 по 2021 г. снизился на 10%, а показатель смертности всего на 5,9%, что связано с повышением смертности в 2021 г. Определенное влияние на снижение целевых показателей программы «End TB» тесным образом связано с ежегодным нарастанием доли больных ВИЧ-инфекцией, увеличением количества больных с лекарственной устойчивостью микобактерии, пандемией COVID-19, а также и психологической травматичностью туберкулеза, что, в свою очередь, ведет к увеличению числа неэффективных курсов химиотерапии и формированию неблагоприятных исходов заболевания [1].

Лекарственная устойчивость возбудителя зачастую формируется при нарушении больными режима лечения и его прерывании на длительный срок. Кроме этого, отрываясь от лечения, больные продолжают оставаться заразными и заражают окружающих, что в свою очередь увеличивает долю впервые выявленных больных с уже первичной лекарственной устойчивостью возбудителя. В 2020 г. выявлено 437 000 больных с множественной лекарственной устойчивостью, а в 2021 г. — 450 000 человек соответственно. Как правило, среди больных ТБ/ВИЧ лекарственная устойчивость возбудителя определяется в большем количестве случаев, чем у больных без ВИЧ-инфекции. По данным исследований у больных ТБ/ВИЧ с МЛУ эффективность курсов химиотерапии с благоприятными исходами составляет всего лишь 36%, а с сохраненной лекарственно чувствительностью — 76% [3–7].

Согласно данным И. Б. Лебедевой пандемия COVID-19 оказала неблагоприятное влияние на исход туберкулеза. При сочетании туберкулеза и COVID-19 риск летального исхода увеличивается в 2 раза в сравнении с больными страдавшими только COVID-19. В соответствии с исследованиями ВОЗ, вероятность выздоровления от COVID-19 у больных туберкулезом на 25% ниже. Многие авторы не исключают влияния пандемии COVID-19 на ухудшение эпидемической ситуации по туберкулезу в ближайшие годы, что в дальнейшем может привести к росту заболеваемости и смертности [1, 8].

Безусловно отрицательное влияние на достижение целевых показателей программы «End TB»

оказывает психологическая травматичность туберкулеза. Она провоцирует развитие различных психозомоциональных состояний, в том числе и негативных, таких как отчаяние, страх, тревожность, депрессивность. По данным ВОЗ с каждым годом нарастает количество тревожных и депрессивных расстройств у людей во всем мире. Больные туберкулезом подвержены развитию этих расстройств уже на фоне существующего заболевания. В основном такие расстройства проявляются тревожными состояниями. Высокий уровень тревоги и депрессии связан с социальным стигмизированием этих больных, недостаточной социальной поддержкой со стороны общества и длительным течением самого туберкулезного процесса. У части больных первой реакцией на установленный диагноз туберкулеза являются напряжение и тревога, которые определяются в 30% случаев, потеря интереса к окружающему миру, депрессия — в 26%, отрицание болезни — в 6%, неспособность объяснить, что они чувствуют эмоционально, — в 20%, и лишь 18% заболевших надеялись на излечение, то есть всего лишь 8% больных имели достаточно устойчивое психозомоциональное состояние [1, 9, 10].

А. С. Богданов и С. А. Петунова определили, что в большинстве случаев установленный диагноз туберкулеза обладает сильным психотравмирующим действием. Это действие связано с тем, что больные вынуждены были сообщить о своем диагнозе родным и друзьям, они должны длительное время пребывать в стационаре и непрерывно принимать большое количество препаратов. В ряде случаев утрата трудоспособности на период лечения зачастую влекла за собой понижение уровня дохода, что в свою очередь еще больше усугубляло их негативное отношение к болезни и проводимой терапии [11–14].

По данным Л. Н. Семченко, в исследовании которой приняло участие 130 больных, было установлено, что после подтверждения и регистрации диагноза туберкулеза большинство членов семьи больного отнеслись с пониманием и оказывали психологическую поддержку в 92% случаев, и лишь 8% изолировались и прекратили любые контакты со своим больным родственником.

Другие исследования показали, что у среди 150 больных с впервые выявленным туберкулезом в большинстве случаев определялись депрессивные переживания невротического уровня и субдепрессивное состояние (маскированная депрессия) в 23% и 10% соответственно. Такие больные находились

в состоянии хронической усталости. Они имели плохой ночной сон и чрезмерную сонливость в дневное время, резкое ухудшение памяти, сложности в концентрации внимания на определенном виде занятий. Типичная же депрессия отмечалась всего лишь у 2% больных. Для этих больных были свойственны гиподинамия, торможение интеллектуальной и моторной деятельности, снижение витальных побуждений, пессимистическая оценка себя в окружающей действительности, соматоневрологические расстройства [16, 17].

В. М. Коломийцем был оценен уровень тревожности больных туберкулезом. Установлено, что у большинства больных преобладает средний уровень личностной тревожности, который составил 74% случаев, высокий и низкий уровни определялись в 14% и 11% соответственно [18].

Согласно А. Р. Лурия, отношение к болезни, как и каждое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо и является совокупностью представления больного о своем заболевании, его ощущений, переживаний, связанных с ним и эмоциональной реакцией на болезнь. Отношение каждого конкретного человека можно описать через принадлежность этого отношения к определенным психологическим типам. Отношение к болезни и составляет «внутреннюю картину болезни» (ВКБ), которая характеризуется общим самочувствием больного, самонаблюдением, представлением о своей болезни и ее причинах, а также местными болезненными переживаниями и ощущениями больного.

Исследование типов отношения пациентов к болезни выявило следующие типы: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эргоцентрические, паранойяльный, анозогностический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Наиболее преобладающим типом явился эргопатический, который составил 36%. Для этих больных свойственно стремление продолжать работу, сохранять профессиональный статус и возможность активной трудовой деятельности. Беспокойство о своей дальнейшей судьбе негативно влияет на эмоциональный фон больного. Анозогностический тип отношения к болезни имеют 17% больных. Отсутствие ухудшения самочувствия и микобактериовыделения заставляет этих больных сомневаться в наличии у них заболевания и необходимости лечения. Именно эти больные чаще всего склоны преждевременно прерывать лечение [13, 19–22].

Среди больных с анозогностическим типом отношения к болезни отрицание болезни привело к прогрессированию туберкулезного процесса у 26% пациентов, при этом самовольно покинули стационар 21,4% [13, 19–21].

Сенситивный тип характеризовал 12% больных. Этот тип проявлялся тем, что на первый план выходит эмоциональный компонент с колебаниями в настроении, опасениями осуждения со стороны знакомых людей. Они стремятся скрывать свой диагноз, из-за чего прекращают все контакты с окружающими. Среди больных женского пола в большинстве случаев определяется тревожный тип. Он выявлен у 5,6% больных. Такие больные постоянно думали о возможных осложнениях, искали новые способы лечения [13, 19–21].

Многие авторы отмечают, что ипохондрический тип отношения к болезни наблюдался у 15% больных. Он характеризуется сосредоточенностью на субъективных болезненных и неприятных ощущениях, эти больные стремятся постоянно рассказывать о них окружающим. Наименее распространенные типы — меланхолический и апатический, встречаются с частотой по 10% каждый. Меланхолический тип характеризуется проявлением удрученности болезнью, неверием в благоприятный исход от лечения. Для апатии характерно полное безразличие к себе и своему будущему, к эффекту лечения и исходу заболевания. При этом вне зависимости от формы туберкулезного процесса больным свойственно легкомысленное отношение к болезни, отрицание ее и любых связанных с ней последствий. У 9% больных туберкулезом преобладает неврастенический тип отношения к болезни с чертами обсессивно-фобичности. Для них характерны раздражительность, нетерпеливость, беспокойство, несдержанность [13, 19, 20, 21, 23].

Возможность проведения психотерапевтической коррекции больным туберкулезом с различными типами отношения к болезни была изучена в работах Валиева Р.Ш., в которых участвовало 149 больных. Он установил, что среди аномальных типов реагирования, которые встречаются у 79% больных туберкулезом, преобладают эргопатический и эйфорически-анозогностический типы отношения к болезни — в 27% и 15% соответственно. При этих типах проводилось сопровождение таких больных с врачом-психиатром, которое включало беседы, направленные на примирение с необходимостью пребывания и лечения в стационаре, соблюдения больными режима. Гармоничный тип

отношения к болезни был выявлен у 21 % впервые выявленных больных. Психотерапия при этом типе носила профилактический и корректирующий характер с целью противодействия нежелательного индуцирования со стороны других больных. В результате проведения психотерапии при повторном обследовании через 3–4 месяца гармоничный тип отношения определялся в 2,5 раза чаще, чем в начале лечения [24–26].

Оценка психологического статуса подразумевает также и оценку эмоционального интеллекта больных туберкулезом. Эмоциональный интеллект отражает когнитивную способность восприятия собственных эмоций и эмоций других людей. Его оценка актуальна и для фтизиатрических больных, так как в личности данных лиц происходят изменения на уровне эмоциональной сферы. Хронический характер течения туберкулезного процесса делает часть больных несдержанными, конфликтными, раздражительными, недисциплинированными, а это в свою очередь снижает способность управлять своими эмоциями. Снижение эмоционального интеллекта сопровождается трудностью восприятия эмоций, как собственных, так и окружающих людей, ведет к снижению психической и социальной адаптации и изменению реакции на собственное заболевание [27].

Т. Л. Миронова и Н. Б. Кункурдонова также проводили оценку эмоциональной сферы у 50 больных туберкулезом. Она оценивалась ими с помощью шкалы фрустрации. Эта шкала включает высокий, средний и низкий уровни. Было установлено, что у 40 % больных определялся низкий уровень фрустрации. Для этой части больных не была свойственна эмоциональная напряженность, они не испытывали дискомфорт, связанный со своим заболеванием, или они не в полной мере осознавали серьезность происходящего в их жизни события. Средний уровень фрустрации отмечался у 44 % больных. Они испытывали некоторый внутренний дискомфорт, относились к своей болезни с тревогой. Высокий уровень фрустрации характеризовал 16 % больных. Эти больные сильно беспокоились за свое здоровье и были уверены, что им необходима помощь других людей для того, чтобы справиться с болезнью. Среди негативных эмоций у 22 % больных доминировал гнев. Эти люди испытывали гнев и злость по отношению не только к себе, но и к окружающим. У них имелась склонность искать виноватых в создавшейся ситуации. Страх испытывали 20 % больных, для которых

была свойственна неуверенность в себе, страх перед будущим, страх за свое здоровье и здоровье окружающих. У 42 % больных отмечался высокий уровень возбудимости. Высокий уровень эмоциональной возбудимости свидетельствовал о высоком уровне раздражительности, вспыльчивости и склонности к агрессивному поведению [28].

Так, по мнению Т. В. Шерстневой и С. Н. Скорякова, среди сопутствующей патологии у больных туберкулезом отмечается довольно высокий уровень заболеваний психики, которые оказывали существенное влияние на эффективность проводимой противотуберкулезной терапии. При диагностике психопатологии у 37 % больных туберкулезом установлено изменение психики, у 33 % отмечаются деменции и органические психические расстройства, у 31 % выявлены невротические и связанные со стрессом расстройства. Психические заболевания в виде зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) имеют 10 % больных, а у 7 % шизофрения и бредовые расстройства. Также была проведена оценка когнитивных функций у больных туберкулезом, а особенно ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, которая выявила когнитивные расстройства у 100 % больных. Из них в 65 % случаев определялись легкие когнитивные расстройства, а у 35 % выявлены клинически значимые деменции [29, 30].

Больные ТБ/ВИЧ представляют собой достаточно сложную группу больных. Они зачастую являются активными потребителями ПАВ, алкоголя, а иногда сочетанием ПАВ и алкоголя, что в свою очередь еще больше снижает приверженность лечению, увеличивает частоту отрывов от него и риск формирования лекарственной устойчивости возбудителя, с возможностью летального исхода заболевания. По данным исследований установлено, что после окончания курса лечения больных туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией, только в 9 % случаев получено клиническое излечение, в 54 % — значительное улучшение, а в 6 % прогрессирование процесса и в 30 % летальный исход [3, 31].

А. В. Мордык и соавт. провели сравнение личностных особенностей 24 впервые выявленных больных туберкулезом и больных ТБ/ВИЧ. При оценке коммуникативных свойств личности выявлены их низкие показатели, что характеризует обе группы больных как замкнутых и необщительных людей, мало интересующихся жизнью окружающих, которые не любят коллективные мероприятия. Больные ТБ/ВИЧ имеют низкий уровень

способности контролировать эмоциональные реакции. Они, как правило, эмоционально несдержанные, импульсивные, недостаточно хорошо управляют своими чувствами. Показатели дисциплинированности у больных ТБ/ВИЧ также низкие. Они недостаточно дисциплинированные и ответственные люди, непостоянные, легко бросают начатое дело, не выполняют общественные требования и культурные нормы, небрежно относятся к моральным ценностям, что в дальнейшем может привести к преждевременному окончанию лечения и соответственно его неэффективности у этой группы больных [16, 32].

Оценку влияния типа реагирования на психотравмирующие факторы у больных туберкулезом в своем исследовании провела Т. В. Пязова. Среди них выявлены гипостенический и стенический типы реагирования. Гипостенический тип характеризовался тем, что больным требовалось нахождение в обществе других людей, понимание со стороны окружающих, доброжелательность. Стенический тип характеризовался беспечностью, завышенной самооценкой. Все это по-разному повлияло на проводимое лечение, и больные со стеническим типом в большинстве случаев прерывали и не заканчивали лечение [33].

Зачастую для уменьшения отрицательных переживаний, связанных с наличием такого заболевания, как туберкулез, больные неосознанно применяют различные психологические защиты. Они представлены адаптивными и неадаптивными типами. К адаптивным относятся присоединение, подавление, юмор, ориентация на задачу, предвидение, последствие, сублимация. Неадаптивные типы защит представлены такими, как проекция, поведенческое отреагирование, потребление, сдерживание, пассивная агрессия.

Е. В. Захарова описала типы психологических защит, которые чаще всего используют больные. В исследовании участвовало 800 больных, женщин — 400 человек и 400 мужчин. Наиболее выражены у больных туберкулезом неадаптивные типы психологических защит. У 65% больных туберкулезом диагностируется проекция. Больные приписывают свои неосознаваемые чувства и мысли другим людям, их поведение отличается предупредительностью к окружающим людям, подозрительностью и отстраненностью. Им свойственны обесценивание поступков других, преувеличение внешней опасности, ожидание негативного отношения к себе. Для 31% больных характерна пассивная

агрессия, которая проявляется в выраженной агрессии в отношении к окружающим людям. Этим больным свойственны демонстративность, провокационность, шутовство, за которыми скрывают свои неудачи и несостоятельность. У 46% больных диагностируется сдерживание. Для их поведения характерны робость, нерешительность, нередко заторможенность. Этот тип является невротическим. Для 45% больных свойственно поведенческое отреагирование. Они отличаются несдержанностью в поведении, неумением контролировать себя, стремлением к разрушению и нанесению повреждений, которые часто направлены в отношении значимых людей. Избегание выявлено у 15% больных. Они не желают обсуждать тревожную тему, избегают тревожные мысли, активно уходят от проблемы и возможности способов ее решения. Больные склоны избегать общения с окружающими и близкими людьми. Потребление отмечается у 55% больных туберкулезом. Они избавляются от стресса путем активного потребления еды, курением и употреблением психоактивных веществ.

У 6% больных выявляется еще один тип защит — регрессия. В любой сложной ситуации они ведут себя «как дети» — капризничают, активно требуют жалости и внимания, хотят спрятаться и убежать. Для 25% свойственна фантазия как тип психологической защиты. Эти больные избегают возможности решить конфликтную или стрессовую ситуацию посредством ухода в свои фантазии, отдаляются от окружающих и пребывают в своих мечтах. Все вышеперечисленные типы являются неадаптивными и малоэффективными, они противодействуют решению возникающих проблем. Все это является помехой для адекватного восприятия заболевания и формирования адаптивного поведения в болезни.

Среди адаптивных типов защит наибольшую выраженность имеют присоединение и подавление. При этом присоединение составляет 52%. Для этого типа свойственно обращение за помощью к окружающим без перекладывания на них ответственности за происходящее. Подавление характерно для 43% больных, они намеренно уклоняются от травмирующих мыслей и переживаний, но тем не менее больные не забывают о проблемах, а откладывают обдумывание их решения на другое удобное время. В 17% случаев больные туберкулезом используют как тип защиты ориентацию на задачу. Такие больные осознают проблему и пытаются найти выход из сложившейся ситуации, обращаясь за помощью к окружающим и при-

кладывая максимум своих сил. Они соблюдают режим питания и лечения, выполняют все рекомендации врача, требуют от медицинского персонала разъяснения всех манипуляций и необходимость назначений. Для 15% больных туберкулезом характерен тип защиты предвидение/прогнозирование. Больные тщательно планируют свою жизнь в условиях заболевания, стараются получить максимум информации о заболевании и лечении. Для 10% характерно последствие. Они придумывают ритуалы, которые обязательно соблюдают во время лечения, тем самым снимая внутреннее напряжение.

Е. В. Сухова в своем исследовании описывает копинг-стратегии у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в условиях стационара. По ее данным знание особенностей совладающего поведения больных туберкулезом может быть использовано для мотивации к лечению, направлений психосоциальной коррекции, социальной адаптации больных. Каждый человек может использовать одновременно несколько копинг-стратегий, таких как поиск социальной поддержки, конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Для больных туберкулезом мужчин характерны обращение к религии, использование нетрадиционных методов лечения и следование советам других больных, для женщин — выполнение правил личной гигиены, врачебных назначений, обращение к религии.

Для того чтобы совладать со стрессовой ситуацией, больные используют различные действия, изменения поведения, позволяющие адаптироваться к изменяющимся условиям. Чаще всего фтизиатрические больные используют копинг-стратегию «поиск социальной поддержки». Среди больных фиброзно-кавернозным туберкулезом 80% недовольны тем, что заболевание туберкулезом привело к ограничению контактов. Копинг-стратегия «стремление получить информацию о своем заболевании и прогнозе» выявлена у 69% больных. Такой высокий процент использования этой копинг-стратегии говорит о том, что больные недостаточно информированы о своем состоянии. Следующая копинг-стратегия «следование советам других» больше свойственна мужчинам. Они советуются с более опытными больными, имеющими длительный опыт лечения. Эту стратегию используют при недостатке достоверной научной

информации и невозможности обсудить с лечащим врачом появляющиеся проблемы. У 15% больных выявлено желание отомстить окружающим за свое заболевание, месть проявлялась в несоблюдении правил гигиены и стремлении заразить как можно больше людей. Копинг-стратегия «принятие ответственности» характерна для 14% мужчин и 18% женщин. Использование нетрадиционных методов больше свойственно мужчинам, это копинг-стратегия «вера в чудо». Она свидетельствует о высокой внушаемости больного. Копинг-стратегия «обращение к религии» выявлена у 77% мужчин и 65% женщин. С помощью религии больные преодолевают социальную изоляцию, учатся смирению, принятию ситуации. Психологическая коррекция их состояния состояла в том, чтобы научить больного не скрывать свое заболевание, информировать родных и близких о ходе лечения, динамике, факте абациллирования.

Социальный статус больных туберкулезом, наряду с психологическими особенностями, играет немаловажную роль в приверженности лечению и соответственно его эффективности. Среди медико-социальных характеристик больных туберкулезом исследовались такие, как пол, возраст, семейное положение, жилищные условия, уровень образования и источник дохода, наличие сопутствующих заболеваний, нахождение в местах лишения свободы и вредные привычки. В основном это были больные мужчины трудоспособного возраста (81%), которые являются основной трудовой составляющей нашего общества. Отмечено, что мужчины болеют туберкулезом в 1,8 раза чаще, чем женщины. Однако статистика последних лет показывает, что доля женщин начала возрастать и составила уже 51%. При этом женщины по большей части находятся в фертильном возрасте, что окажет неблагоприятное влияние на демографические показатели в стране [15, 36–39].

Оценка уровня образования показала, что большинство больных (64%) имеют среднее или среднее специальное образование, а высшее образование имеют всего лишь 10%. Официально трудоустроенными признано до 49% больных, источниками дохода которых является официальная заработная плата, пенсию по инвалидности получают до 38% больных, остальные больные работают без официального оформления. Среди профессий преобладают разнорабочие, водители, уборщики и проч. Особенностью трудовых отношений без официального оформления является

отсутствие выплат пособий по временной утрате трудоспособности. Страх потери источника дохода ведет к тому, что такие больные чаще всего избегают обращения за медицинской помощью и предпочитают лечиться самостоятельно. Остальные больные обеспечивают себя «прочими» источниками дохода. Структура прочих источников дохода имеет различия у мужчин и женщин. Женщины чаще, чем мужчины, живут на средства родителей и родственников. Мужчины чаще в качестве основного дохода имеют «случайные заработки» или живут на средства друзей [15, 40].

Так, по данным Э. В. Бородулиной 63% больных туберкулезом являются длительно безработными. Материальная зависимость от других лиц, непостоянный доход является признаком низкого уровня жизни таких больных и ведет к снижению качества их жизни, различным психологическим нарушениям и дезадаптации.

При оценке качества жизни больных туберкулезом было установлено равномерное снижение как физического, так и психического компонента. Больные отмечают ограничение физических нагрузок, повышенную утомляемость, усталость. У 81% больных отмечается снижение жизненной активности. По данным О. А. Пасечник основными факторами, влияющими на качество жизни, являются депрессия, низкий доход, отсутствие поддержки со стороны членов семьи, уменьшение активности в повседневной жизни, обусловленное госпитализацией и длительным лечением, ограничение контактов с друзьями и родственниками [42, 43].

Среди других социальных характеристик также были оценены бытовые условия, семейный статус, вредные привычки, наличие сопутствующей патологии, и прежде всего условия проживания больного туберкулезом. По данным исследований установлено, что 74% больных проживали в отдельных квартирах, 23% в коммунальных или общежитиях, 3% являются лицами без определенного места жительства. При этом материально-бытовые условия расценивали как «хорошие» 49% больных, «удовлетворительные» — 43% и «плохие» — 10%. Проживающие в общежитиях и коммунальных квартирах вынуждены часто разделять жилую площадь с большим количеством соседей, что свою очередь также сказывается на психоэмоциональном состоянии и качестве жизни больных. Кроме того, эти больные представляют большую эпидемическую опасность, чем проживающие в отдельной квартире [41].

Оценка семейного статуса больных туберкулезом показала, что большинство больных никогда не состояли в браке. На момент выявления туберкулеза в официальном браке состояло 27% больных, в гражданском браке — 18%, были в разводе 11%, а остальные 13% проживали с родителями, не смотря на зрелый возраст. Эти показатели характеризуют больных как лиц с низкой социальной ответственностью [15, 41, 51].

При изучении вредных привычек и наличия сопутствующей патологии было установлено, что больные туберкулезом достаточно часто алкоголизируются, и в среднем число таких больных достигает 35%, активными курильщиками являлись 85% больных. Среди сопутствующих заболеваний преобладают ХОБЛ у 49% больных, сахарный диабет — у 30%, язвенная болезнь — у 19%, алкоголизм — у 15% [15, 41, 45].

Таким образом, мы видим, что представление об облике больного туберкулезом формируется из отдельных штрихов. Мы привыкли представлять его как одинокого мужчину трудоспособного возраста, 34–44 лет, неработающего, страдающего алкоголизмом и/или наркозависимостью, курильщиком, имеющего сопутствующие заболевания — хронические неспецифические заболевания легких, гепатит. Он проживает в коммунальной квартире или без постоянного места жительства, зачастую вышел из мест лишения свободы [36, 41].

Ввиду распространенности ВИЧ-инфекции во всем мире были проведены исследования среди ВИЧ-инфицированных женщин, которые показали, что 90% женщин были инфицированы в результате употребления психоактивных веществ, 85% имели склонность к употреблению алкоголя. Перед фтизиатрами также встал вопрос о социальном портрете больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ) и о том, есть ли у них отличия от больных без сочетанной патологии [44, 45, 48].

Среди больных ТБ/ВИЧ также преобладают мужчины трудоспособного возраста, не имеющие профессионального образования или окончившие только среднюю школу, 87% из них являются безработными, только 13% имели постоянную работу. Большинство больных ТБ/ВИЧ в прошлом находились в местах лишения свободы, что составляет 58%.

По данным В. В. Охтяркиной среди 335 человек, участвующих в исследовании, 22% больных ТБ/ВИЧ состояло в официальном браке, 13%

в гражданском браке, 39% опрошенных не имели семьи вообще и проживали с родственниками. Оценка жилищных условий больных ТБ/ВИЧ показала, что 45% проживают в общежитиях и коммунальных квартирах. Среди вредных воздействий на организм в основном отмечено употребление психоактивных веществ (ПАВ), что определялось в 90% случаев. Употребление этих веществ носит постоянный или периодический характер в 83% и 17% случаев соответственно. Среди сопутствующих заболеваний у этой группы больных отмечалось наличие такой патологии, как вирусные гепатиты в 81% случаев, психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ в 69%, и болезни нервной системы в 63% [47, 49].

Таким образом, характеризуя больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, можно представить его как одинокого мужчину трудоспособного и репродуктивного возраста, не работающего, употребляющего ПАВ, живущего в общежитии или коммунальной квартире, в прошлом находившегося в местах лишения свободы, страдающего сопутствующей патологией помимо ВИЧ-инфекции. То есть мы видим, что больные с сопутствующей ВИЧ-инфекцией выглядят более неблагоприятно, дезадаптированнее, чем больные туберкулезом [3, 40, 46, 50, 52].

За последние 10–15 лет социальный портрет больного туберкулезом видоизменился под влияни-

ем урбанизации общества и развития новых технологий, и наряду с дезадаптированными появились и социально сохраненные больные, отличительными особенностями которых явилось то, что они имеют высшее или среднее профессиональное образование, проживают в отдельных квартирах, состоят в официальном браке. Они никогда не были в местах лишения свободы, имеют постоянную работу, но они по-прежнему трудоспособного возраста, 33–44 года, преобладают лица с такими сопутствующими заболеваниями, как язвенная болезнь, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и др. [15, 53].

Таким образом, мы имеем представление о социальном статусе больных туберкулезом и больных ТБ/ВИЧ, но на сегодняшний день нет полномасштабной характеристики личности нашего больного. В доступной литературе имеются отдельные количественные психологические характеристики больных, но отсутствует качественное описание их психосоциального портрета. Знание социальных и психологических особенностей больных туберкулезом и с сочетанной ВИЧ-инфекцией позволит установить отношение этих больных к болезни, качество их жизни, их приверженность лечению, разработать способы психологического сопровождения на всех этапах лечения, что в дальнейшем повлияет на эффективность проводимой терапии и улучшит прогнозы заболевания. Все это и послужило целью проведения нашего дальнейшего исследования.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный доклад ВОЗ о борьбе с туберкулезом 2021. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021> [World Health Organization. WHO Global TB Report 2021. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021> (In Russ.)].
2. Савинцева Е.В., Битнева А.М., Микина М.В., Инюшев Д.В. Медико-социальный портрет лиц, больных туберкулезом легких с множественной лекарственной // *Инновационное развитие: потенциал науки и современного образования: сборник статей II Международной научно-практической конференции*, Пенза, 20 апреля 2018 года. Пенза: Наука и просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2018. С. 332–334. [Savintseva E.V., Bitnev A.M., Mikina M.V., Inyushev D.V. Medical and social portrait of persons with pulmonary tuberculosis with multidrug. *Innovative development: the potential of science and modern education: a collection of articles of the II International Scientific and Practical Conference*, Penza, April 20, 2018. Penza: «Science and Enlightenment» (IP Gulyaev G.Yu.), 2018, pp. 332–334 (In Russ.)].
3. Мишин В.Ю., Мишина А.В., Левченко М.В., Собкин А.Л., Эргешов А.Э. Социально-возрастной статус, клиническая картина, эффективность лечения и диспансерное наблюдение больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией // *Практическая пульмонология*. 2016. № 4. [Mishin V.Yu., Mishina A.V., Levchenko M.V., Sobkin A.L., Ergeshov A.E. Social and age status, clinical picture, treatment effectiveness and dispensary follow-up of patients with tuberculosis combined with HIV infection. *Practical pulmonology*, 2016, No. 4 (In Russ.)].
4. Казенный Б.Я., Киселева Ю.Ю., Кирьянова Е.В. Непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез // *Туберкулез и социально-значимые заболевания*. 2018. № 3. С. 68–69. [Kazenny B.Ya., Kiseleva Yu.Yu., Kiryanova E.V. Immediate and long-term results of treatment of patients with HIV/tuberculosis co-infection. *Tuberculosis and socially significant diseases*, 2018, No. 3, pp. 68–69 (In Russ.)].
5. 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.,

- Lomakin O.B. Formation of stimuli for recovery and chemotherapy in tuberculosis patients. *Problems of tuberculosis and lung diseases*, 2007, Vol. 84, No. 3, pp. 46–64 (In Russ.).
6. Богородская Е.М., Смердин С.В., Стерликов С.А. *Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях*. М., 2011. 215 с [Bogorodskaya E.M., Smerdin S.V., Sterlikov S.A. *Organizational aspects of the treatment of patients with tuberculosis in modern socioeconomic conditions*. Moscow, 2011. 215 p. (In Russ.)].
7. 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., Barinboim O.N., Loktorova N.P. Adherence to treatment of newly diagnosed patients with drug-resistant tuberculosis. *Tuberculosis and lung diseases*, 2011, Vol. 88, No. 5, pp. 100–101 (In Russ.)].
8. Лебедева И.Б., Шмакова М.А., Дроздова О.М., Брусина Е.Б. Смертность при COVID-19 на фоне туберкулеза: систематический обзор и мета-анализ // *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2022. № 1. [Lebedeva I.B., Shmakova M.A., Drozdova O.M., Brusina E.B. Mortality in COVID-19 due to tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Fundamental and clinical medicine*, 2022, No. 1 (In Russ.)].
9. Pachi A., Bratis D., Moussas G., Tselebis A. Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients // *Tuberc. Res. Treat.* 2013.
10. Любаева Е.В., Ениколопов С.Г. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // *Консультативная психология и психотерапия*. 2011. № 2. С. 111–127. [Lyubaeva E.V., Enikolopov S.G. The role of individual psychological characteristics of patients in the formation of adherence to tuberculosis and HIV therapy. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2011, No. 2, pp. 111–127 (In Russ.)].
11. Стрельцов В.В., Золотова Н.В., Баранова Г.Б., Ахтямова А.А., Харитонов Н.Ю., Васильева И.А. Особенности оказания психологической помощи больным туберкулезом легких в фазе интенсивной химиотерапии (в условиях стационара) // *Туберкулез и болезни легких*. 2014. № 2. С. 22–27. [Streltsov V.V., Zolotova N.V., Baranova G.B., Akhtyamova A.A., Kharitonova N.Yu., Vasilyeva I.A. Features of psychological care for patients with pulmonary tuberculosis in the phase of intensive chemotherapy (in a hospital). *Tuberculosis and lung diseases*, 2014, No. 2, pp. 22–27 (In Russ.)].
12. Богданов А.С., Правада Н.С., Будрицкий А.М., Макович-Миролевская М.С. Когнитивные и личностные нарушения у пациентов с туберкулезом легких // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019. № 4. [Bogdanov A.S., Pravada N.S., Budritsky A.M., Makovich-Miroevskaya M.S. Cognitive and personal disorders in patients with pulmonary tuberculosis. *Modern problems of health care and medical statistics*, 2019, No. 4 (In Russ.)].
13. Петунова С.А., Николаев Е.Л., Еленкина Ж.В. Приемы повышения приверженности лечению больных туберкулезом легких // *Медицинская сестра*. 2017. № 8. [Petunova S.A., Nikolaev E.L., Elenkina J.V. Techniques to increase adherence to the treatment of patients with pulmonary tuberculosis. *Nurse*, 2017, No. 8 (In Russ.)].
14. Лапина А.С., Ломакина О.Б. Опыт психологического просвещения пациентов с диагнозом туберкулеза // *Туберкулез и социально-значимые заболевания*. 2019. № 4. С. 67. [Lapina A.S., Lomakina O.B. Experience in psychological education of patients diagnosed with tuberculosis. *Tuberculosis and socially significant diseases*, 2019, No. 4, pp. 67 (In Russ.)].
15. 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 features 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.)].
16. Мордык А.В., Удалова Т.Ю., Багисшева 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. [Mordyk A.V., Udalova T.Yu., Bagisheva N.V., Rudenko S.A., Ivanova O.G., Aroyan A.R., Goryunova T.A. Characteristics of depressive trends in patients with newly diagnosed tuberculosis. *Bulletin of the North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov*, 2016, No. 2 (In Russ.)].
17. Захарова Е.В. Структура и степень выраженности невротических и неврозоподобных нарушений у больных туберкулезом // *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2020. Т. 9, № 1А. С. 19–26. [Zakharova E.V. The structure and severity of neurotic and neurotic disorders in patients with tuberculosis. *Psychology. Historical-critical reviews and contemporary research*, 2020, Vol. 9, No. 1A, pp. 19–26 (In Russ.)]. doi: 10.34670/AR.2020.45.1.003
18. Коломиец В.М., Медведева Н.Н. Клинико-психологические особенности у больных различными формами туберкулеза легких // *Туберкулез и социально-значимые заболевания*. 2019. № 1. С. 79–80. [Kolomiets V.M., Medvedeva N.N. Clinical and psychological features in patients with various forms of pulmonary tuberculosis. *Tuberculosis and socially significant diseases*, 2019, No. 1, pp. 79–80 (In Russ.)].
19. Сысоев П.Г., Ганеева Л.М., Насибуллина М.Р. и др. Психологический статус больных туберкулезом легких // *Синергия наук*. 2018. № 21. С. 210–214. [Sysoev P.G., Ganeeva L.M., Nasibullina M.R. et al. Psychological status of patients with pulmonary tuberculosis. *Synergy of Sciences*, 2018, No. 21, pp. 210–214 (In Russ.)].

20. Крячкова М.В. Приверженность к лечению больных туберкулезом с различным типом личности // *БМИК*. 2014. № 5. [Kryachkova M.V. Adherence to the treatment of patients with tuberculosis with different personality types. *BMIC*, 2014, No. 5 (In Russ.)].
21. Лаврентьев А.И. Тип отношения к болезни и защитно-совладающее поведение больных с туберкулезом легких (в связи с задачами психокоррекции) // *FORCIPE*. 2019. [Lavrentiev A.I. Type of attitude to the disease and protective behavior of patients with pulmonary tuberculosis (in connection with psychocorrection tasks). *FORCIPE*. 2019 (In Russ.)].
22. Смердин С.В. Опыт работы по предупреждению преждевременного прекращения лечения больных туберкулезом в Кемеровской области // *Туберкулез и болезни легких*. 2008. Т. 85, № 3. С. 11–14. [Smerdin, S.V. Experience in preventing premature termination of treatment of patients with tuberculosis in the Kemerovo region. *Tuberculosis and lung diseases*, 2008, Vol. 85, No. 3, pp. 11–14 (In Russ.)].
23. Сухова Е.В., Почанин И.И. Особенности личности у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // *Вестник Самарского государственного экономического университета*. 2010. № 1 (63). С. 127–131. [Sukhova E.V., Pochanin I.I. Personality features in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis *Bulletin of Samara State Economic University*, 2010, No. 1 (63), pp. 127–131 (In Russ.)].
24. Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни // *Проблемы туберкулеза*. 1999. № 2. С. 27–31. [Valiev R.Sh. Treatment of patients with pulmonary tuberculosis taking into account the peculiarities of their personality and attitude to the disease. *Problems of tuberculosis*, 1999, No. 2, pp. 27–31 (In Russ.)].
25. Киселева Н.А. Роль психолога и/или психотерапевта в сопровождении больного туберкулезом // *Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации*. Сборник статей. М., 2013. С. 66–72. [Kiseleva N.A. The role of a psychologist and/or psychotherapist accompanied by a tuberculosis patient. *Psychosocial care for tuberculosis patients in the Russian Federation*. Collection of articles. Moscow, 2013, pp. 66–72 (In Russ.)].
26. Золотарева Н.А., Живаева Ю.В. Изучение показателей жизнестойкости у людей при заболевании туберкулезом // *Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал*. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Версо, 2012. С. 382–391. [Zolotareva N.A., Zhivaeva Yu.V. Study of indicators of resilience in people with tuberculosis disease. *Psychological human health: life resource and life potential*. Materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference. Verso, 2012, pp. 382–391 (In Russ.)].
27. Кириллова Е.П., Ячменева А.А. Эмоциональный интеллект фтизиатрических больных и его взаимосвязь с отношением к болезни // *Форум молодежной науки*. 2020. № 2. [Kirillova E.P., Yachmeneva A.A. Emotional intelligence of phthisiatric patients and its relationship with the attitude to the disease. *Youth Science Forum*, 2020, No. 2 (In Russ.)].
28. Миронова Т.Л., Кункурдонова Н.Б. Взаимосвязь личностных свойств и особенностей эмоциональной сферы у больных туберкулезом // *Вестник БГУ. Образование. Личность. Общество*. 2012. № 5. [Mironova T.L., Kunkurdonova N.B. Relationship of personal properties and characteristics of the emotional sphere in patients with tuberculosis. *Bulletin of BSU. Education. Personality. Society*, 2012, No. 5 (In Russ.)].
29. Шерстнева Т.В., Скорняков С.Н., Подгаева В.А., Шерстнев С.В., Цветков А.И. Мультидисциплинарный подход в работе по формированию приверженности лечению больных туберкулезом // *Туберкулез и болезни легких*. 2017. Т. 95, № 1. С. 34–41. [Sherstneva T.V., Skorniyakov S.N., Podgaeva V.A., Sherstnev S.V., Tsvetkov A.I. Multidisciplinary approach to developing adherence to the treatment of patients with tuberculosis. *Tuberculosis and lung diseases*, 2017, Vol. 95, No. 1, pp. 34–41 (In Russ.)].
30. Zinbarg R.E., Barlow D.H., Hertz R.M. Cognitive-behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders // *Annual Review of Psychology*. 1992. Vol. 43. P. 235–267.
31. Ломакина О.Б., Золотова А.Ю., Синицын М.В., Белиловский Е.М. Особенности представлений больных ВИЧ-инфекцией о туберкулезе и его лечении. *Туберкулез и социально-значимые заболевания*. 2018. № 4. С. 61–67. [Lomakina O.B., Zolotova A.Yu., Sinitsyn M.V., Belilovsky E.M. Features of ideas of patients with HIV infection about tuberculosis and its treatment. *Tuberculosis and socially significant diseases*, 2018, No. 4, pp. 61–67 (In Russ.)].
32. Лебедева Н.О., Сухова Е.В. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких // *Проблемы туберкулеза*. 2006. № 12. С. 13–16. [Lebedeva N.O., Sukhova E.V. Formation of motivation for treatment in patients with pulmonary tuberculosis. *Problems of tuberculosis*, 2006, No. 12, pp. 13–16 (In Russ.)].
33. Пьянзова Т.В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких // *Бюллетень сибирской медицины*. 2012. Т. 11, № 6. С. 216–217. [Pyanzova T.V. Psychological predictors of low compliance of patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis. *Siberian Medicine Bulletin*, 2012, Vol. 11, No. 6, pp. 216–217 (In Russ.)].
34. Захарова Е.В. Структура психологических защит больных туберкулезом // *Ученые записки университета Лесгафта*. 2019. № 11 (177). [Zakharova E.V. Structure of psychological protection of patients with tuberculosis. *Scientific notes of the University of Lesgafta*, 2019, No. 11 (177) (In Russ.)].
35. Сухова, Е. В. Копинг-стратегии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и направления психосоциальной коррекции // *Туберкулез и болезни легких*. 2014. Т. 91. № 2. С. 28–33. [Sukhova E.V. Koping strategies of patients with fibro- and cavernous pulmonary tuberculosis and the direction of psychosocial correction. *Tuberculosis and lung diseases*, 2014, Vol. 91, No. 2, pp. 28–33 (In Russ.)].

36. Баласанянц Г.С., Божков И.А., Бучкина Н.Н., Гуткин М.Г., Деревянко А.В., Зайцев А.В., Новицкая И.Н., Синицын А.В., Щедрина С.В. Социальный портрет больного туберкулезом в мегаполисе // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2020. Т. 27, № 6. С. 94–108. [Balasanyants G.S., Bozhkov I.A., Buchkina N.N., Gutkin M.G., Derevyanko A.V., Zaitsev A.V., Novitskaya I.N., Sinitsyn A.V., Shchedrina S.V. Social portrait of a tuberculosis patient in a metropolis. *Kuban Scientific Medical Bulletin*, 2020, Vol. 27, No. 6, pp. 94–108 (In Russ.).]
37. Захарова Е.В. Психосоциальные характеристики больных туберкулезом и факторы формирования приверженности лечению // *Вестник РУДН. Серия Психология и педагогика*. 2020. Т. 17. № 2. С. 330–347. [Zakharova E.V. Psychosocial characteristics of patients with tuberculosis and factors for the formation of adherence to treatment. *Bulletin of RUDN University. Series Psychology and Pedagogy*, 2020, Vol. 17, No. 2, pp. 330–347 (In Russ.).] doi: 10.22363/2313–1683–2020–17–2-330–347.
38. Винокурова М.К., Кондаков С.Н., Бурнашева А.У. и др. Медико-социальные особенности и результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью // *Бюл. ВСНЦ СО РАМН*. 2011. № 2 (78). С. 22–25 [Vinokurova M.K., Kondakov S.N., Burnasheva A.U. et al. Medical and social features and treatment results of newly diagnosed patients with multidrug-resistant tuberculosis. *Bul. VSCS CO RAM*, 2011, No. 2 (78), pp. 22–25 (In Russ.).]
39. Соловей С.Д. Социально-психологическая характеристика впервые выявленных больных туберкулезом легких (по материалам ГУЗ ЛО «Зеленохолмская туберкулезная больница») // *Фтизиатрическая служба Ленинградской области — состояние и перспективы развития: сборник научных трудов*. СПб., 2005. С. 271–284. [Nightingale S.D. Socio-psychological characteristics of newly diagnosed patients with pulmonary tuberculosis (according to the materials of the State Educational Institution of Law «Zelenokholmskaya Tuberculosis Hospital»). *Phthisiatric Service of the Leningrad Region — State and Development Prospects: Collection of Scientific Papers*. St. Petersburg, 2005, pp. 271–284 (In Russ.).]
40. Охтыркина В.В., Новоселов П.Н. Медико-социальная характеристика пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012. [Okhtyarkina V.V., Novoselov P.N. Medical and social characteristics of patients with a combination of tuberculosis and HIV infection. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2012 (In Russ.).]
41. 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 innovation in medicine*, 2019, Vol. 4, No. 2, pp. 43–47 (In Russ.).]
42. Савинцева Е.В., Козлова Т.П., Битнева А.М. и др. Оценка качества жизни больных туберкулезом легких // *Проблемы науки*. 2019. № 2 (38). С. 75–77. [Savintseva E.V., Kozlova T.P., Bitnev A.M. et al. Assessment of the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis. *Problems of science*, 2019, No. 2 (38), pp. 75–77 (In Russ.).]
43. Пасечник О.А., Блох А.И., Мордык А.В., Ароян А.Р., Ситникова С.В., Иванова О.Г. Качество жизни больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом // *Медицинский альманах*. 2017. № 4 (49). [Pasechnik O.A., Bloch A.I., Mordyk A.V., Aroyan A.R., Sitnikova S.V., Ivanova O.G. Quality of life of patients with HIV-associated tuberculosis. *Medical almanac*, 2017, No. 4 (49) (In Russ.).]
44. Боева Е.В. *Клинические и психосоциальные особенности женщин репродуктивного возраста с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГС*: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 3.1.22 / Боева Екатерина Валериевна. СПб., 2021. 20–21 с. [Boeva E.V. *Clinical and psychosocial features of women of reproductive age with HIV/HCV co-infection*: autoref. dis. cand. med. sciences: 3.1.22 / Boeva Ekaterina Valerievna. St. Petersburg, 2021, pp. 20–21 (In Russ.).]
45. Пьянзова Т.В. Влияние информационно-образовательной работы с впервые выявленными больными туберкулезом на эффективность лечения // *Туберкулез и болезни легких*. 2009. Т. 86, № 10. С. 32–36. [Pyanzova T.V. The impact of information and educational work with newly diagnosed patients with tuberculosis on the effectiveness of treatment. *Tuberculosis and lung diseases*, 2009, Vol. 86, No. 10, pp. 32–36 (In Russ.).]
46. Корнилова З.Х., Демикхова О.В., Оприщенко С.А., Поляков А.А. Медико-социальные аспекты у больных с впервые выявленным туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции // *Медицинский вестник Башкортостана*. 2017. № 5 (71). [Kornilova Z.H., Demikhova O.V., Oprishchenko S.A., Polyakov A.A. Medical and social aspects in patients with newly diagnosed tuberculosis at the late stages of HIV infection. *Medical Bulletin of Bashkortostan*, 2017, No. 5 (71) (In Russ.).]
47. 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 affecting adherence to the treatment of patients with tuberculosis. *Head physician of the South of Russia*, 2017, No. 2 (54) (In Russ.).]
48. Петунова С.А. Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулезом легочной локализации // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015. № 4 [Petunova S.A. Psychosocial features of the attitude to the disease in patients with pulmonary tuberculosis. *Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia*, 2015, No. 4 (In Russ.).]
49. Мордык А.В., Удалова Т.Ю., Пузырева Л.В., Леденева Т.Н., Ситникова С.В. Сравнение личностных особенностей впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких и с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез // *Сибирское медицинское обозрение*. 2015. № 2 (92). [Mordyk A.V., Udalova T.Yu., Puzyreva L.V., Ledeneva T.N., Sitnikova S.V. Comparison of personality characteristics of newly diagnosed patients with infiltrative pulmonary tuberculosis and with combined HIV/tuberculosis infection. *Siberian Medical Review*, 2015, No. 2 (92) (In Russ.).]

50. Браженко О.Н., Браженко Н.А., Чуйкова А.Г. и др. Исход туберкулеза легких у больных ВИЧ-инфекцией при комплексном лечении с активацией защитных систем организма // *Туберкулез и болезни легких*. 2015. № 5. С. 49–50. [Brazhenko O.N., Brazhenko N.A., Chuikova A.G. et al. The outcome of pulmonary tuberculosis in patients with HIV infection in complex treatment with activation of protective systems of the body. *Tuberculosis and lung diseases*, 2015, No. 5, pp. 49–50 (In Russ.)].
51. Garner P., Volmink J. Families help cure tuberculosis // *Lancet*. 2006. No. 367. P. 878–905.
52. Paul S., Akter R., Aftab A. et al. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh // *BMC Public Health*. 2015. Vol. 15. P. 52.
53. Feng D., Xu L. The relationship between perceived discrimination and psychological distress among Chinese pulmonary tuberculosis patients: the moderating role of self-esteem // *Psychol. Health. Med.* 2015. Vol. 20, No. 2. P. 177–185.

Поступила в редакцию / Received by the Editor: 13.11.2023 г.

Авторство: Вклад в концепцию и план исследования — О. Н. Браженко, К. А. Солодилина, А. И. Лощакова. Вклад в сбор данных — О. Н. Браженко, К. А. Солодилина, А. И. Лощакова. Вклад в анализ данных и выводы — О. Н. Браженко, К. А. Солодилин, А. И. Лощакова. Вклад в подготовку рукописи — О. Н. Браженко, К. А. Солодилина, А. И. Лощакова.

Сведения об авторах:

Браженко Ольга Николаевна — доктор медицинских наук, 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, корп. 4; e-mail: spbmubrzhenko@mail.ru; ORCID 0000–0002–3668–1536;

Солодилина Ксения Андреевна — заведующая отделением дневного стационара, Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер № 14»; 192012, Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, д. 231; e-mail: ksolodilina@bk.ru; ORCID 0009–0009–7551–0420;

Лощакова Анна Игоревна — ассистент 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; врач-фтизиатр Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер № 14»; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, корп. 4; e-mail: 9752827@mail.ru; ORCID 0009–0004–5327–9524.