

Софронова А.А., Козлова А.В.
**ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПСИХИЧЕСКИЙ
СТАТУС БОЛЬНОГО**

Кафедра респираторной медицины ИНПР
Тюменский Государственный Медицинский Университет
Тюмень, Российская Федерация

Sofronova A.A., Kozlova A.V.
**INFLUENCE OF TUBERCULOSIS INFECTION ON THE MENTAL
STATUS OF THE PATIENT**

Department of respiratory medicine
Tyumen state medical university
Tyumen, Russian Federation

E-mail: mariya_nt@mail.ru

Аннотация. В статье рассматриваются психические расстройства, характерные для больных туберкулёзом и применяемые в мире методы их коррекции. Рассматривается связь нарушений психического статуса с проводимым лечением туберкулезной инфекции, наличием сопутствующих заболеваний у больного, их социальным статусом.

Annotation. The article deals the mental disorders characteristic of patients with tuberculosis and the methods of their correction used in the world. The connection of mental status disorders with the treatment of tuberculosis infection, the presence of concomitant diseases in the patient, and their social status is investigated.

Ключевые слова: туберкулез, психические расстройства, психотерапевтическая помощь.

Keywords: tuberculosis, mental disorders, psychotherapeutic assistance.

Введение

Туберкулез является лидером среди инфекционных заболеваний, а также входит в десятку главных причин смертности в мире [1]. Россия по количеству случаев туберкулеза с МЛУ-ТБ стоит на 3 месте (9%), выше её показатели только у Индии (27%) и Китае (14%) [1]. Каждый год от туберкулеза умирает более миллиона людей [1]. Общие психические расстройства (ОПР), включают в себя депрессию, тревожность и соматоформные расстройства [6]. В мире разнообразные психические расстройства психотического и непсихотического характера встречаются у 46% — 80% больных туберкулёзом [7]. Такие различия связаны с несколькими факторами: старший возраст, низкий уровень образования и дохода, отсутствие супруга (холост, разведен, вдовец), употребления табака и алкоголя, коинфекция ВИЧ, многолетнее течение туберкулеза, плохо поддающегося лечению, отказ от лечения, наличие

туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) [8]. Психические нарушения возникают в результате активации воспалительного процесса и нарушения регуляции оси гипоталамус-гипофиз-надпочечник при туберкулёзном процессе [11]. Однако, психические нарушения сами оказывают модулирующее влияние и на процессы воспаления [11]. ОПР снижают комплаентность у больных, снижают эффективность ПХТ (противотуберкулезная химиотерапия), повышают риск прогрессирования и рецидива туберкулезного процесса. Следовательно, необходимо контролировать психический статус больных туберкулезом и принимать своевременные меры для его коррекции [13].

Цель исследования - оценка влияния туберкулёзной инфекции и психического статуса больного.

Материалы и методы исследования

Был сделан обзор и анализ исследований из баз данных Web of Science, Pubmed и elibrary, Cyberleninka российских и зарубежных авторов за 2010-2019 годы. Поиск литературы производился по ключевым словам: «туберкулез», «психические расстройства», «суицид», «депрессия», «тревога», «психоз».

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее распространенным среди больных туберкулёзом психическим расстройством является депрессия. В ходе работы ученых из СЗГМУ им. И.И. Мечникова было проанкетировано 150 пациентов (87 мужчин и 63 женщины) с выявленным туберкулёзом лёгких к концу второго месяца химиотерапии [4]. Средний возраст обследованных составил $37,21 \pm 11,15$ лет. В группу контроля (относительно здоровые лица) вошло 210 человек. Использовалась методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга. В результате среди больных туберкулезом был обнаружен повышенный уровень депрессивных расстройств: легкая депрессия ситуативного или невротического генеза выявлена у 22,4%, субдепрессивное состояние у 10%, истинная депрессия у 2% (исключительно женщины). В группе здоровых лиц только 8,6% имели легкую депрессию, 5,7% субдепрессивное состояние и 1,43% истинную депрессию. Статистически значимой зависимостью между полом, возрастом пациентов и выраженностью депрессивных расстройств выявлено не было [4]. Наиболее опасным проявлением ОПР является суицидальное поведение. В исследовании в Южной Африке было опрошено 4900 больных (54,5% мужчин и 45,5% женщин) с впервые выявленным туберкулезом или получающих повторную ПХТ. 131(3,1%) человек из них сообщили о совершении суицидальной попытки в прошлом, 322 (9,0%) о наличии у них суицидальных замыслов [9]. В результате многофакторного анализа, проведенного среди этих пациентов, была установлена положительная связь между выраженностью суицидальных идей и следующими факторами: психологический дискомфорт (Соотношение шансов (OR) = 2,36, доверительный интервал (CI) = 1,04-2,29), посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) (OR = 4.98, CI = 3,76-6,59), вредное употребление

алкоголя (OR = 1,97, CI = 1,25-3,09), повторная терапия ТБ (OR = 1,76, CI = 1,32-2,34), сопутствующая ВИЧ-инфекция (OR = 4,48, CI = 3,04-6,61). [9] Ученными из НИИ туберкулеза г. Новосибирск у больных туберкулезом были выявлены нарушения высших психических функций и вегетативной нервной регуляции [3]. Было обследовано пациентов 17 — 39 лет с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких, спустя 4 месяца после проведенной терапии, без сопутствующих ХНИЗ. Сравнивали 2 группы больных: группа 1 - пациенты, принимавшие стандартную противотуберкулезную терапию (n=33), группе 2 (n=35) совместно с ПХТ проводилось нейро-технологическая коррекция (НТК) при помощи аудио-визуально-вибротактильной стимуляции (АВВС) системой SENSORIUM (InnerSense, США). Группа контроля (здоровые) - 20 человек. Оценка внимания оперативного (сложная зрительно-моторная реакция — СЗМР) и распределенного (реакция выбора) проводилась при помощи программно-аппаратного комплекса «БиоМышь». [10] Анализ variability сердечного ритма (BCP) позволил судить об изменениях вегетативной нервной системы (ВНС). До лечения в обеих группах пациентов наблюдалось значимое ухудшение распределенного внимания ($p < 0,01$), ваготония ($p < 0,01$), снижение интегральных показателей BCP (SDNN и TP) ($p < 0,01$). Это показывает способность к адаптации ВНС. Спустя 4 месяца терапии в группе 2 достоверно улучшилось значение показателей SDNN и TP ($p < 0,05$) и время реакции ($p < 0,05$). В группе 1 нормализации функции не было. В группе 2 по сравнению с группой 1, спустя 8 месяцев лечения, была обнаружена достоверно более благоприятная динамика закрытия полостей распада по данным рентгенологического исследования. Полости распада легочной ткани закрылись без хирургического вмешательства в группе 2 у 90,5 %, а в группе 1 только у 45 % [3]. В работе Брюхановой среди 100 больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких, принимающих стандартную ПХТ были выявлены следующие синдромы: у 95% - тревожно-депрессивный, у 77% - астенический, у 26% - депрессивно-фобический и 15% - ипохондрический [2]. В данном исследовании продемонстрировано, как включение тенотена в ПХТ позволяет быстрее нивелировать нарушения психического статуса у пациентов и улучшить эффективность ПХТ. Спустя 6 месяцев лечения у 19 (47,5%) пациентов, принимавших тенотен совместно со стандартной ПХТ полностью закрылись полости распада легочной ткани, по сравнению с 10 (26,3%) пациентами, не принимавших тенотен ($x = 2,892$; $p = 0,089$). А у 36 (83,7%) пациентов, принимавших тенотен совместно со стандартной ПХТ, было выявлено абациллирование, в сравнении с 28 (62,2%) ($x^2 = 4,097$; $p = 0,043$) принимавших только ПХТ. Таким образом, включение различных методов психотерапевтической коррекции в стандартные схемы ПХТ повышает эффективность последней [2]. В результате приёма противотуберкулёзных препаратов (цикloserин (CS), изониазид (INH), этионамид, ципрофлоксацин, этамбутол, рифампицин (RMP) и фторхинолоны) также могут наблюдаться нарушения психического статуса больных [13]. Часто

их вызывает Циклосерин [5]. Это описывается в исследовании Мухамедовой М.М., Ахметовой А.А. У больных с впервые выявленным МЛУ-ТБ было отмечено возникновение тревоги, депрессии и маниакально-депрессивного психоза с последующим совершением суицидальной попытки у 13,3%, 12,0% и 12,0% соответственно после начала приема Циклосерина. В течении 3 дней после полной его отмены произошёл полный регресс появившихся психических нарушений [5]. Также в научной литературе описаны взаимодействия между противотуберкулезными и психотропными препаратами. ИН и линезолид в сочетании с селективными ингибиторами 5-HT-рецепторов (СИОЗС) или триптановыми обезболивающими могут вызывать серотониновый синдром, когда в результате избыточного накопления серотонина, появляются симптомы легкого возбуждения, повышения температуры, судорог и потери сознания. Таким образом СИОЗС в сочетании с этими противотуберкулёзными препаратами относительно противопоказаны [10]. Есть информация о том, что Рифампицин снижает концентрацию антипсихотических препаратов в плазме, поэтому нужно корректировать их дозу [10].

Выводы:

1. Развитие туберкулезной инфекции способствует изменению психического статуса у пациентов: депрессии, тревожности, астении, ипохондрии, развитию суицидального поведения, расстройств вегетативной регуляции, когнитивных нарушений.

2. Распространение психических расстройств у больных связано с следующими факторами: вторичный туберкулёз, употребление алкоголя, отсутствие партнёра, низкий уровень образования и доходов, сопутствующие ВИЧ-инфекция, психические расстройства, ПТСР.

3. Включение в состав стандартной ПХТ медикаментозных, психотерапевтических, нейротехнологических методов коррекции психического статуса больных туберкулезом способствует более быстрому выздоровлению, предотвращению развития рецидивов и осложнений туберкулезной инфекции, повышает качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом [Электронный ресурс] // ВОЗ. – 2019. – URL: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_ru.pdf (дата обращения: 15.02.2020)

2. Брюханова Н. С. Медико-психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии и его влияние на психический статус впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких/ Н. С. Брюханова, В. В. Антропова // Сибирское медицинское обозрение. - 2011. - № 72 (6). - С. 83-87

3. Колесникова О. В. Антистрессовая психофизиологическая коррекция в терапии больных инфильтративным туберкулезом легких/ О. В. Колесникова,

В. А. Краснов, Т. А. Колпакова// Acta Biomedica Scientifica. - 2011. - № 78(2). - С. 43-47

4. Мордык А.В. Характеристика депрессивных тенденций у пациентов с впервые выявленным туберкулезом/ Мордык А.В. [и др.]// Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2016. - № 8 (2). - С. 82-88

5. Мухамедова М. М. Суицидальное поведение как побочный эффект фармакотерапии циклосерином у больных туберкулезом/ М. М. Мухамедова, А. А. Ахметова // RussianJournalofEducationandPsychology. - 2015. - № 4 (48). - С. 511-523

6. Ambaw F. Is depression associated with pathways to care and diagnosis delay in people with tuberculosis in Ethiopia?/ F. Ambaw [et al.]// Glob Ment Health (Camb). - 2019. - № 23(6). - P.20

7. Doherty A. M. A review of the interplay between tuberculosis and mental health/ A. M. Doherty [et al.]// Gen Hosp Psychiatry. - 2013. - № 35(4). - P.398-406

8. Duko B. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with tuberculosis at Wolaita Sodo University Hospital and Sodo Health Center, Wolaita Sodo, South Ethiopia, Cross sectional study./ B. Duko, A. Gebeyehu, G. Ayano// BMC Psychiatry. - 2015. - №15 (214). - doi:10.1186/s12888-015-0598-3

9. Peltzer K. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa/ K. Peltzer, J. Louw// Indian J Med Res. - 2013. - № 138(2) - P.194–200

10. Sharma B. Cycloserine-induced psychosis in a young female with drug-resistant tuberculosis/ B. Sharma [et al.]// Gen Hosp Psychiatry. - 2014. - № 36(4). - P.451.e3-4

11. Sweetland A. C. Addressing the tuberculosis–depression syndemic to end the tuberculosis epidemic/ A. C. Sweetland [et al.]// Int J Tuberc Lung Dis. - 2017. - № 21(8). - P. 852–861

12. Sweetland A. C. Tuberculosis: an opportunity to integrate mental health services in primary care in low-resource settings/ A. C. Sweetland [et al.]//Lancet Psychiatry. - 2018. - № 5(12). - P.952–954

13. Walker, I. F. Multidrug-resistant tuberculosis treatment programmes insufficiently consider comorbid mental disorders/ I. F. Walker [et al.]// Int J Tuberc Lung Dis. - 2017. – № 21(6). - P. 603-609

УДК 616. 993:616.34-002.1-036-07-085

Сытая Ю.С., Гоманова Л.И.
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ
ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

Кафедра инфекционных болезней
Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова