

Соціально-психологічні особливості у хворих на туберкульоз легень

I.O. Новожилова

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Конфлікт інтересів: відсутній

ОБҐРУНТУВАННЯ. Результативність терапії хворих на туберкульоз (ТБ) легень різних категорій значною мірою пов'язана з психотравматичним характером захворювання та лікування, проте їхні соціально-психологічні особливості та потреба в психологічній допомозі вивчені недостатньо.

МЕТА. Вивчити соціально-психологічні особливості у хворих на ТБ легень залежно від категорії випадку та строків лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Анонімно опитано 200 хворих на ТБ легень, у тому числі 45 (22,5 %) – із новими випадками, 27 (13,5 %) – із повторним лікуванням, 128 (64,0 %) – із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ), за спеціальною формою первинної соціально-психологічної оцінки хворого на ТБ – Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Виявлено різницю щодо несприятливих соціальних чинників серед хворих на ТБ різних категорій: серед повторних випадків захворювання та МЛС-ТБ малозабезпеченість, безробіття, інвалідність, шкідливі звички, пенсійний вік, негативна соціальна історія (перебування в місцях позбавлення волі, мігранти або внутрішньо переміщені особи, відсутність постійної роботи) траплялися у 2-3 рази частіше, ніж у хворих із новими випадками захворювання.

Депресивні розлади на початковому етапі лікування виявлено в 95,0 % усіх хворих на ТБ, причому здебільшого ознаки депресії мали виразний характер, про що свідчать: дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ у 52,0 % осіб; поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності в 91,5 %; труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон у 90,0 %; відчуття втоми чи знесилення – занепад сил у 94,5 %; поганий апетит або, навпаки, переїдання у 89,5 %; негативні думки про себе в 57,5 %; труднощі з концентрацією уваги в 57,0 %. Тривалість цих симптомів понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів у багатьох опитаних свідчить про значну виразність депресивних розладів у переважної більшості хворих на ТБ. Установлено та статистично доведено залежність психологічного стану хворих на ТБ від категорії випадку та строків лікування. У пацієнтів із повторним лікуванням і МЛС-ТБ ознаки депресивних розладів не лише траплялися частіше, але й були тяжчими, ніж у пацієнтів із новими випадками. Якщо 74,8 % хворих із повторними випадками та 57,0 % – із МЛС-ТБ мали депресію помірної та середньої тяжкості, то 77,8 % хворих із новими випадками мали легку (субклінічну) депресію. У пацієнтів, які лікувалися понад 4 місяці, ознаки депресивних розладів були виразнішими порівняно з тими, хто лікувався менше.

ВИСНОВКИ. Це дослідження не лише підтверджує необхідність диференційованого психологічного супроводу лікувального процесу у фтизіатрії (залежно від категорії випадку та строків лікування), але й спонукає шукати нові підходи до медико-соціальної та психологічної реабілітації хворих на ТБ з огляду на негативний вплив війни в Україні на соціально-психологічний стан таких хворих і особливості їх ведення в умовах воєнного часу. Виникає потреба запровадити ставки психолога та психіатра для постійного консультування хворих на ТБ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз легень, соціально-психологічний стан, категорія випадку.

Socio-psychological features in patients with pulmonary tuberculosis

I.O. Novozhylova

SI "National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Conflict of interest: none

BACKGROUND. The effectiveness of the therapy of patients with pulmonary tuberculosis (TB) of various categories is largely related to the psychotraumatic nature of the disease and treatment, however, their social and psychological features and the need for psychological help have not been sufficiently studied.

OBJECTIVE. To study the socio-psychological features of patients with pulmonary TB depending on the category of the case and the terms of treatment.

MATERIALS AND METHODS. 200 patients with pulmonary TB were interviewed anonymously, including 45 (22.5 %) – with new cases, 27 (13.5 %) – with repeated treatment, 128 (64.0 %) – with multiple drug resistance (MDR-TB), according to the special form of primary social and psychological assessment of a patient with TB – Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

RESULTS AND DISCUSSIONS. The difference in the presence of unfavorable social factors among TB patients of different categories was revealed: low income, unemployment, disability, bad habits, retirement age, negative social history (were in prisons, migrants or internally displaced, lack of permanent work) met 2-3 times more often among repeated cases of the disease and MDR-TB, than in patients with new cases of the disease.

Depressive disorders at the initial stage of treatment were found in 95.0 % of all TB patients, and mostly the signs of depression were pronounced, as evidenced by: very low interest or satisfaction in ordinary things in 52.0 %; bad mood, depression or a feeling of helplessness in 91.5 %; difficulty falling asleep, interrupted or too long sleep in 90.0 %; a feeling of fatigue or exhaustion – loss of strength in 94.5 %; poor appetite or, on the contrary, overeating in 89.5 %; negative thoughts about oneself in 57.5 %; difficulty concentrating in 57.0 %. The duration of these symptoms for more than 7 days during the last 2 weeks in many interviewees indicates a significant expressiveness of depressive disorders in the vast majority of TB patients. The dependence of the psychological state of TB patients on the category of the case and the duration of treatment was established and statistically proven. In patients with repeated treatment and MDR-TB, symptoms of depressive disorders were not only more frequent, but also more severe than in patients with new cases. If 74.8 % of patients with repeated cases and 57.0 % of patients with MDR-TB had mild and moderate depression, then 77.8 % of patients with new cases had mild (subclinical) depression. In patients who were treated for more than 4 months, signs of depressive disorders were more pronounced compared to those who were treated for less.

CONCLUSIONS. This study not only confirms the need for differentiated psychological support of the treatment process in phthisiology (depending on the category of the case and the duration of treatment), but also encourages the search for new approaches to the medical, social and psychological rehabilitation of TB patients, taking into account the negative impact of the war in Ukraine on the social and psychological condition of such patients and the characteristics of their management in wartime conditions. There is a need to introduce rates of psychologists and psychiatrists for constant counseling of TB patients.

KEY WORDS: lung tuberculosis, social and psychological state, case category.

Вступ

Особливу актуальність у разі інфекційного захворювання має проблема внутрішньої стигматизації, пов'язана зі сприйнятливостю до наявних у суспільстві уявлень про туберкульоз (ТБ) як хворобу неблагополучних і асоціальних осіб. Негативні асоціації породжують у пацієнта відчуття сорому, провини, страху, прагнення приховати захворювання [1]. Такий комплекс деструктивних емоцій разом із соціальною ізоляцією не є сприятливими чинниками для формування позитивної установки на процес лікування.

Терапія ТБ має свою специфіку: пацієнт змушений або тривало перебувати в стаціонарі, або під амбулаторним контролем протягом 6-8 місяців безперервно вживати декілька препаратів на день, які нерідко мають побічні реакції. Ефективність лікування ТБ значно залежить від здатності пацієнта суворо дотримуватися режиму вживання ліків, оскільки перерви в лікуванні можуть призвести до появи стійких форм захворювання [2, 3].

Приводами для звернення хворих на ТБ легень до психологічної допомоги до спеціалістів зазвичай є різні прояви астено-невротичного стану (страх, тривога, знижений фон настрою, підвищена дратівливість, порушення сну й апетиту), негативний досвід міжособистісного спілкування пацієнтів, а також актуальні життєві проблеми, які їх турбують [4]. Досвід лікування таких хворих свідчить, що вони рідко самі звертаються до психіатра чи психотерапевта, хоча більшість із них потребує психологічної допомоги.

Дослідження впливу інформаційної складової на формування мотивації до лікування хворих на ТБ довело, що високу прихильність до терапії виявляють лише 36,4 % хворих із високим рівнем знань про ТБ. При цьому 34,4 % пацієнтів мають низький рівень відповідних знань. Третина пацієнтів відчувають потребу отримувати інформацію про стратегії подолання депресії, що може бути пов'язано зі складним психоемоційним станом, який вони усвідомлюють [5, 6].

Отже, враховуючи те, що недостатня результативність терапії ТБ легень значною мірою пов'язана з психотравматичним характером захворювання та самого лікування, а потреба хворих на ТБ у психологічній допомозі вивчена недостатньо, проведено дослідження, метою якого було вивчити соціально-психологічні особливості в пацієнтів із ТБ легень залежно від категорії випадку та строків лікування.

Матеріали та методи

Соціально-психологічний стан хворих на ТБ вивчали за спеціальним опитувальником – Patient Health Questionnaire (PHQ-9)¹. Опитування проводили анонімно серед хворих на ТБ, які проходили інтенсивну фазу лікування у фтизіатричних відділеннях ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»². Усього було опитано 200 хворих, у тому числі 45 (22,5 %) – із новими випадками захворювання, 27 (13,5 %) – із повторним лікуванням, 128 (64,0 %) – із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ).

¹ Використовувалася форма первинної соціально-психологічної оцінки хворого на ТБ, яка містить шкалу самооцінки депресії Patient Health Questionnaire – PHQ-9 (Мельник Л. та ін. Методичні рекомендації щодо соціально-психологічної підтримки хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. – Київ, 2016. – 111 с.).

² Щира подяка старшому науковому співробітнику відділу хіміорезистентного туберкульозу ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» Юлії Сенько за допомогу в проведенні опитування хворих на ТБ.

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати та їх обговорення

Соціальні характеристики хворих, які брали участь в опитуванні, різнилися залежно від категорії випадку. За багатьма чинниками хворі з повторним лікуванням і МЛС-ТБ мали значно гірші характеристики, ніж хворі з новими випадками ТБ. Щодо соціальних показників серед хворих із повторним лікуванням і МЛС-ТБ спостерігалися значно вищі відсотки малозабезпечених (85,2 та 78,9 % проти 60,0 % із новими випадками), безробітних (14,8 та 15,6 % проти 4,4 %) й інвалідів (3,7 та 32,0 %, із новими випадками – не було). Щодо шкідливих звичок і поведінкових проявів серед хворих із повторним лікуванням і МЛС-ТБ спостерігалися значно вищі відсотки тих, хто зловживав алкоголем (66,7 та 35,9 % проти 13,3 %

із новими випадками) та палив (70,4 та 43,0 % проти 28,9 %). Хворі з повторним лікуванням і МЛС-ТБ мали гіршу соціальну історію: перебували в місцях позбавлення волі (11,1 та 6,5 %, серед хворих із новими випадками – не було), були мігрантами або внутрішньо переміщеними особами (25,9 та 11,7 % проти 8,9 %). Хворі з повторним лікуванням і МЛС-ТБ також мали гіршу зайнятість: непостійна робота (48,2 та 28,1 % проти 22,2 % із новими випадками), безробіття (14,8 та 16,4 % проти 2,2 %), небажання працювати (11,1 та 3,1 %, серед хворих із новими випадками – не було), перебування на обліку в центрі зайнятості (7,4 та 8,6 % проти 2,2 %), перебування на пенсії (18,5 та 21,9 % проти 6,7 %).

Порівняльний аналіз первинної соціально-психологічної оцінки хворих на ТБ легень залежно від категорії випадку,

Таблиця. Соціально-психологічна оцінка хворих на ТБ легень залежно від випадку

Характеристики	Нові випадки		Повторне лікування		МЛС-ТБ		Разом	
	Абс.	М±m, %	Абс.	М±m, %	Абс.	М±m, %	Абс.	%
Поганий настрій, безнадійність	37	82,2	26	96,3	120	93,8	183	91,5
Брак інтересу	17	37,8±11,8	20	74,1±9,8*	67	52,3±6,1	104	52,0
<i>Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ останні 2 тижні</i>								
Ні	29	64,4	4	14,8	36	28,1	69	34,5
Так	16	35,6±11,9	23	85,2±7,4*	92	71,9±4,7*	131	65,5
декілька днів	14	31,1	16	59,3	59	46,1	89	44,5
>½ цього часу	2	4,4	6	22,2	30	23,4	38	19,0
щодня	0	0,0	1	3,7	2	1,6	3	1,5
<i>Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності останні 2 тижні</i>								
Ні	6	13,3	0	0,0	13	10,2	19	9,5
Так	39	86,7	27	100,0	116	90,6	182	91,0
декілька днів	26	57,8	12	44,4	36	28,1	74	37,0
>½ цього часу	16	35,6	13	48,1	61	47,7	90	45,0
щодня	5	11,1	2	7,4	18	14,1	25	12,5
<i>Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон останні 2 тижні</i>								
Ні	6	13,3	0	0,0	14	10,9	20	10,0
Так	39	86,7	27	100,0	114	89,1	180	90,0
декілька днів	14	31,1	10	37,0	44	34,4	68	34,0
>½ цього часу	19	42,2	13	48,2	54	42,2	86	43,0
щодня	6	13,3	4	14,8	16	12,5	26	13,0
<i>Відчуття втоми чи знесилення (занепад сил) останні 2 тижні</i>								
Ні	1	2,2	0	0,0	10	7,8	11	5,5
Так	44	97,8	27	100,0	118	92,2	189	94,5
декілька днів	13	28,9	2	7,4	28	21,9	43	21,5
>½ цього часу	24	53,3±10,2	19	70,4±10,5*	60	46,9±6,4	103	51,5
щодня	7	15,6	6	22,2	30	23,4	43	21,5
<i>Поганий апетит або, навпаки, переїдання</i>								
Ні	1	2,2	3	11,1	17	13,3	21	10,5
Так	44	97,8	24	88,9	111	86,7	179	89,5
декілька днів	12	26,7	9	33,3	37	28,9	58	29,0
>½ цього часу	25	55,5	7	25,9	53	41,4	85	42,5
щодня	7	15,6	8	29,6	21	16,4	36	18,0
<i>Погані (негативні) думки про себе</i>								
Ні	29	64,4±8,9*	8	29,6±16,2	48	37,5	85	42,5
Так	16	35,6±11,9	19	70,4±10,5*	80	62,5±5,4*	115	57,5
декілька днів	14	31,1	15	55,6	65	50,8	94	47,0
>½ цього часу	2	4,4	4	14,8	12	9,4	18	9,0
щодня	0	0,0	0	0,0	3	2,3	3	1,5

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

<i>Труднощі з концентрацією уваги останні 2 тижні</i>								
Ні	40	88,9	7	25,9	39	30,5	86	43,0
Так	5	11,1	20	74,1±9,8*	89	69,5±4,9*	114	57,0
декілька днів	3	6,7	17	63,0	70	54,7	90	45,0
>½ цього часу	2	4,4	3	11,1	17	13,3	22	11,0
щодня	0	0,0	0	0,0	2	1,6	2	1,0
<i>Рухи/мова повільні чи, навпаки, метушливі/збуджені</i>								
Ні	44	97,8±2,2	16	59,3±12,3*	69	53,9±6,0*	129	64,5
Так	1	2,2	11	40,7	59	46,1	71	35,5
декілька днів	0	0,0	10	37,0	51	39,8	61	30,5
>½ цього часу	1	2,2	1	3,7	5	3,9	7	3,5
щодня	0	0,0	0	0,0	3	2,3	3	1,5
<i>Думки про смерть або заповідання собі шкоди останні 2 тижні</i>								
Ні	42	93,3±3,9	11	40,7±14,8*	105	82,0±3,7	158	79,0
Так	3	6,7	5	18,5	23	18,0	31	15,5
декілька днів	3	6,7	5	18,5	23	18,0	31	15,5
<i>Вищенаведені проблеми ускладнили виконання справ або спілкування з людьми</i>								
Ні	30	66,7	7	25,9	28	21,9	65	32,5
Дещо	12	26,7±12,8	15	55,6±12,8	81	63,3±5,4*	108	54,0
Дуже	3	6,7	5	18,5	19	14,8	27	13,5
<i>Тяжкість депресії</i>								
Відсутня	1	2,2	0	0,0	9	7,0	10	5,0
Легка	35	77,8±7,0	6	22,2±16,9*	46	35,9±7,1*	87	43,5
Помірна	7	15,6±13,7	19	70,4±10,5*	59	46,1±6,5	85	42,5
Середня	2	4,4	2	7,4	14	10,9	18	9,0
Тяжка	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Разом	45	100,0	27	100,0	128	100,0	200	100,0

Примітка: * $p < 0,05$.

що ґрунтується на відповідях пацієнтів на 12 запитань (згідно з анкетною), які характеризують їхній психологічний стан і ступінь виразності виявлених ознак психічних розладів, а також на визначенні наявності депресії та її тяжкості за бальною системою, представлено в таблиці.

Депресивні розлади на початковому етапі лікування виявлено в 95,0 % усіх хворих на ТБ, причому здебільшого ознаки депресії мали виразний характер, про що свідчать: дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ у 52,0 % осіб; поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності в 91,5 %; труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон у 90,0 %; відчуття втоми чи знесилення – занепад сил у 94,5 %; поганий апетит або, навпаки, переїдання у 89,5 %; негативні думки про себе в 57,5 %; труднощі з концентрацією уваги в 57,0 %. Тривалість цих симптомів понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів у багатьох опитаних свідчить про значну виразність депресивних розладів у переважній більшості хворих на ТБ. Установлено та статистично доведено залежність психологічного стану хворих на ТБ від категорії випадку та строків лікування. У пацієнтів із повторним лікуванням і МЛС-ТБ ознаки депресивних розладів не лише траплялися частіше, але й були тяжчими, ніж у пацієнтів із новими випадками. Якщо 74,8 % хворих із повторними випадками та 57,0 % – із МЛС-ТБ мали депресію помірної та середньої тяжкості, то 77,8 % хворих із новими випадками мали легку (субклінічну) депресію. У хворих, які лікувалися понад 4 місяці,

ознаки депресивних розладів були виразнішими порівняно з тими, хто лікувався менше.

Опрацювання результатів опитування хворих на ТБ легень виявило в переважній більшості з них депресивні розлади на початковому етапі лікування, оскільки поганий настрій, тугу чи відчуття безнадійності впродовж останнього місяця відзначали 91,5 % хворих, а брак інтересу чи задоволення від речей, які зазвичай цікавили та втішали, – 52,0 %.

Здебільшого ознаки депресії мали виразний характер, оскільки переважну більшість опитаних останні 2 тижні часто турбували такі її прояви, як: дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (брак бажання щось робити) – 65,5 %; поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності – 91,0 %; труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон – 90,0 %; відчуття втоми чи знесилення (занепад сил) – 94,5 %; поганий апетит або, навпаки, переїдання – 89,5 %; негативні думки про себе (на зразок: «Ви вважаєте себе невдахою, розчаровані в собі чи гадаєте, що не виправдали сподівань своєї родини») – 57,5 %; труднощі з концентрацією уваги (наприклад, зосередження на читанні газети чи перегляді телепередач) – 57,0 %.

Підтвердженням виразності депресивних розладів є таке: дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (брак бажання щось робити) в ¼ хворих були понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів, а в 3,7 % – майже щодня; поганий настрій, пригніченість або відчуття

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

безпорадності в 1/2 хворих із повторним лікуванням і МЛС-ТБ, в 1/3 хворих із новими випадками були понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів, а у 12,5 % усіх хворих – майже щодня; труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон у 1/2 пацієнтів відзначалися понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів, а в 13,0 % – майже щодня; відчуття втоми чи знесилення (занепад сил) відзначалися понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів у 51,5 %, а майже щодня – у 21,5 %; поганий апетит або, навпаки, переїдання відзначалися понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів у 42,5 %, а майже щодня – у 18,0 %; погані (негативні) думки про себе понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів були в 9,0 %, майже щодня – у 2,3 % хворих на МЛС-ТБ; труднощі з концентрацією уваги понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів були в 11,0 %, майже щодня – в 1,6 % хворих на МЛС-ТБ; рухи або мова були настільки повільними, що інші люди могли помітити, або, навпаки, метушливі чи збуджені в 35,5 %. У 67,5 % хворих зазначені проблеми не ускладнили виконання різних справ або спілкування з іншими людьми, проте все це викликає значне занепокоєння.

Психологічний стан має суттєві відмінності залежно від категорії випадку. У хворих із повторним лікуванням і МЛС-ТБ частіше, ніж у хворих із новими випадками, спостерігалися: брак інтересу чи задоволення від речей, які зазвичай цікавили та втішали, впродовж останнього місяця (74,1 та 52,3 % проти 37,8 %, $p < 0,05$); дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (брак бажання щось робити) останні 2 тижні (85,2 та 71,9 % проти 35,6 %, $p < 0,05$); майже в 1/4 з них – понад 7 днів, у близько 3,7 % – майже щодня; негативні думки про себе (70,4 та 62,5 % проти 35,6 % із новими випадками, $p < 0,05$); понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів у 14,8 % із повторним лікуванням, у 9,4 % із МЛС-ТБ проти 4,4 % із новими випадками, майже щодня – у 2,3 % хворих на МЛС-ТБ (у хворих із новими випадками та повторним лікуванням – не було); труднощі з концентрацією уваги відзначалися понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів у 11,1 % із повторним лікуванням і 13,3 % із МЛС-ТБ проти 4,4 % із новими випадками, майже щодня – у 1,6 % хворих на МЛС-ТБ (у хворих із новими випадками та повторним лікуванням – не було). Мали настільки повільні рухи або мову, що інші люди могли це помітити, або, навпаки, були настільки метушливі чи збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай, останні 2 тижні майже 1/2 хворих із повторним лікуванням (40,7 %) і МЛС-ТБ (46,1 %) проти 2,2 % із новими випадками. Думки про те, що краще було би померти, або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином, останні 2 тижні мали 18,5 % хворих із повторним лікуванням і 18,0 % – із МЛС-ТБ проти 6,7 % із новими випадками. Зазначені проблеми ускладнили виконання різних справ або спілкування з іншими людьми більш ніж у 1/2 хворих із повторним лікуванням і МЛС-ТБ проти 26,7 % із новими випадками ($p < 0,05$), дуже ускладнили – у 18,5 % хворих із повторним лікуванням і 14,8 % – із МЛС-ТБ проти 6,7 % – із новими випадками.

Обрахування ступеня тяжкості депресії в балах довело, що лише поодинокі хворі її не мали (0-4 бали): 2,2 % – серед нових випадків, 7,0 % – серед МЛС-ТБ, серед повторного

лікування – не було. Причому якщо переважна більшість хворих із новими випадками мали легку (субклінічну) депресію (5-9 балів) – 77,8 % проти 22,2 % із повторним лікуванням та 35,9 % із МЛС-ТБ ($p < 0,05$), то більшість хворих із повторним лікуванням і МЛС-ТБ мали депресію помірної тяжкості (10-14 балів) – 70,4 та 46,1 % відповідно проти 15,6 % із новими випадками ($p < 0,05$). Депресію середньої тяжкості (15-19 балів) мали 4,4 % хворих із новими випадками, 7,4 % із повторним лікуванням та 10,9 % із МЛС-ТБ. Тяжкої депресії (20-27 балів) не спостерігалося в жодного з опитаних хворих.

Порівняння соціально-психологічного стану хворих на ТБ легень залежно від строків лікування довело, що у хворих, які лікуються понад 4 місяці, ознаки депресивних розладів були виразнішими, ніж у тих, хто лікувався близько 1-2, 2-4 місяців. Зокрема, понад 1/2 цих хворих відзначали брак інтересу/задоволення від речей, які зазвичай цікавили та втішали, впродовж останнього місяця. Вони частіше мали: дуже низьку зацікавленість або задоволення від звичайних справ (брак бажання щось робити) останні 2 тижні (75,8 %, $p < 0,05$ порівняно з 34,4 % у групі 1-2 місяців та 57,5 % у групі 2-4 місяців; у 1/3 з них це було понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів (у групах 1-2 та 2-4 місяців – 6,3 та 7,5 % відповідно), а у 2,3 % – майже щодня (у хворих інших груп – не було); поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів (46,1 % проти 37,3 та 25,0 % у групах 1-2 та 2-4 місяців) або майже щодня (14,8 % проти 10,0 та 6,3 % у групах 2-4 і 1-2 місяців); відчуття втоми чи знесилення (занепад сил) майже щодня останні 2 тижні (24,2 % проти 18,8 % у групі 1-2 місяців та 15,0 % у групі 2-4 місяців); негативні думки про себе (64,8 % проти 37,5 % у групі 1-2 місяців та 50,0 % у групі 2-4 місяців, у тому числі понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів – у 10,2 % проти 3,1 та 10,0 % відповідно та майже щодня – у 2,3 % (в інших групах не було); труднощі з концентрацією уваги останні 2 тижні (73,4 % проти 15,6 % у групі 1-2 місяців та 37,5 % у групі 2-4 місяців, $p < 0,05$); рухи або мова були настільки повільними, що інші люди могли це помітити, або, навпаки, метушливі та збуджені останні 2 тижні (50,0 % проти 3,1 % у групі 1-2 місяців та 15,0 % у групі 2-4 місяців). Зазначені проблеми ускладнили виконання хворими різних справ або спілкування з іншими людьми в 60,9 % випадків проти 31,3 % у групі 1-2 місяців та 50,0 % у групі 2-4 місяців, а в 16,4 % – дуже ускладнили (проти 10,0 % у групі 2-4 місяців, 6,3 % у групі 1-2 місяців). За ступенем тяжкості депресії в балах лише 32,8 % хворих, які лікувалися понад 4 місяці, мали легку (субклінічну) депресію (в групі 1-2 місяців – 71,9 %, 2-4 місяців – 55,5 %, $p < 0,05$), а депресію помірної тяжкості – 48,4 % (у групі 1-2 місяців – 25,0 %, 2-4 місяців – 37,5 %) або середньої тяжкості – 11,7 % (у групі 2-4 місяців – 7,5 %, 1-2 місяців – не було).

Висновки

1. Виявлено різницю щодо наявності несприятливих соціальних чинників у категоріях хворих на ТБ легень: серед повторних випадків захворювання та МЛС-ТБ малозабезпеченість, безробіття, інвалідність, шкідливі

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- звички (алкоголізм, паління), пенсійний вік, негативна соціальна історія (перебування в місцях позбавлення волі, мігранти або внутрішньо переміщені особи, відсутність постійної роботи) траплялися у 2-3 рази частіше, ніж у хворих із новими випадками захворювання.
2. Депресивні розлади на початковому етапі лікування виявлено в 95,0 % усіх хворих на ТБ, причому здебільшого ознаки депресії мали виразний характер, про що свідчать: дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ у 52,0 % осіб; поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності в 91,5 %; труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон у 90,0 %; відчуття втоми чи знесилення – занепад сил у 94,5 %; поганий апетит або, навпаки, переїдання у 89,5 %; негативні думки про себе в 57,5 %; труднощі з концентрацією уваги в 57,0 %. Тривалість цих симптомів понад 7 днів протягом останніх 2 тижнів у багатьох опитаних свідчить про значну виразність депресивних розладів у переважній більшості хворих на ТБ легень.
 3. Установлено та статистично доведено залежність психологічного стану хворих на ТБ від категорії випадку та строків лікування. У пацієнтів із повторним лікуванням і МЛС-ТБ ознаки депресивних розладів не лише траплялися частіше, але й були тяжчими, ніж у пацієнтів із новими випадками. Якщо 74,8 % хворих із повторними випадками та 57,0 % – із МЛС-ТБ мали депресію помірної та середньої тяжкості, то 77,8 % хворих із новими випадками мали легку (субклінічну) депресію. У хворих, які лікувалися понад 4 місяці, ознаки депресивних розладів були виразнішими порівняно з тими, хто лікувався менше.
 4. Це дослідження не лише підтверджує необхідність диференційованого психологічного супроводу лікувального процесу у фтизіатрії (залежно від категорії випадку та строків лікування), але й спонукає шукати нові підходи до медико-соціальної та психологічної реабілітації хворих на ТБ з огляду на негативний вплив війни в Україні на соціально-психологічний стан таких хворих і особливості їх ведення в умовах воєнного часу.

Література

1. Сенько Ю.О. Психологічний супровід пацієнтів, хворих на мультирезистентний туберкульоз легень. *Український пульмонологічний журнал*. 2019; додаток 1: 71-74.
2. Petunova S.A., Nikolaev E.L. Mental health risks in unemployed residents of Chuvashia. *Psihijatrija Dana*. 2012; 5 (44): 147.
3. Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? *Qual. Saf. Health Care*. 2002; 1 (11): 81-84.
4. Ясинов Д.А., Половинко І.А., Смагіна Л.Т. Ефективність психологічного супроводження приверженності к лечению туберкулеза на стационарном этапе. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2014; 1 (16): 55-59.
5. Мельник Л., Нечосіна О., Пилипас Ю., Долинська М. Соціо-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. *Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ ІV рівня акредитації та лікарів*. 2017. – 111 с.
6. Щоденник пацієнта «Мій шлях до одужання». Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом». 2014. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2014/06/FINAL-2014_05_01_Dnevnik-Pacienta.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ / INFORMATION ABOUT AUTHORS

Новожилова Ірина Олексіївна

Старший науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».

Канд. мед. наук.

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

ORCID iD: orcid.org/0000-0003-3754-3482

References

1. Senko Yu.O. Psychological support of patients with multidrug-resistant pulmonary tuberculosis. *Ukrainian Journal of Pulmonology*. 2019; addition 1: 71-74.
2. Petunova S.A., Nikolaev E.L. Mental health risks in unemployed residents of Chuvashia. *Psihijatrija Dana*. 2012; 5 (44): 147.
3. Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? *Qual. Saf. Health Care*. 2002; 1 (11): 81-84.
4. Yasynov D.A., Polovynko I.A., Smagina L.T. Effectiveness of psychological support of adherence to tuberculosis treatment at the inpatient stage. *Tuberculosis, lung diseases, HIV infection*. 2014; 1 (16): 55-59.
5. Melnyk L., Nechosina O., Pylypas Yu., Dolynska M. Socio-psychological support of tuberculosis patients for the formation of adherence to treatment. *Study guide for students and interns of IV accreditation level VNMZ and for doctors*. 2017. 111 p.
6. Patient's diary "My way to recovery". USAID Project "Strengthening Tuberculosis Control". 2014. Available at: http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2014/06/FINAL-2014_05_01_Dnevnik-Pacienta.

Novozhylova Iryna Oleksiivna

Senior researcher of epidemiological and organizational problems of phthisiopulmonology department, SI "National institute of phthisiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine".

PhD.

10, M. Amosova st., Kyiv, 03038, Ukraine.

ORCID iD: orcid.org/0000-0003-3754-3482

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ / CORRESPONDENCE TO

Новожилова Ірина Олексіївна

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

E-mail: novozhilova@ifp.kiev.ua

DOI: 10.32902/2663-0338-2023-2-13-18