

## ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПЕРИОДА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ И АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА НА ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ

### ВПЛИВ РАНЬОГО ПЕРІОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ПСИХІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ

І. О. СІРЕНКО, В. В. РИБАЛКА

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
Криворожский противотуберкулезный диспансер № 2*

**Выявлены изменения психоэмоционального статуса у детей в разные периоды туберкулезной инфекции и их эволюция в процессе профилактического и основного курса лечения. Проведенный внутригрупповой и многофакторный дисперсионный анализ позволил выявить существующие прямые и обратные взаимосвязи по всем типам отношений и влияние на них таких факторов, как возраст, пол, диагноз.**

*Ключевые слова: дети, отношение к болезни, вираж туберкулиновых реакций, активный туберкулез.*

**Виявлено зміни психоемоційного статусу в дітей у різні періоди туберкульозної інфекції та їх еволюція в процесі профілактичного та основного курсу лікування. Проведений внутрішньогруповий і багатофакторний дисперсійний аналіз дозволив виявити наявні прямі та зворотні взаємозв'язки за всіма типами відношень і вплив на них таких чинників, як вік, стать, діагноз.**

*Ключові слова: діти, ставлення до хвороби, віраж туберкулінових реакцій, активний туберкульоз.*

Изучение психосоматических характеристик пациентов при различных, в том числе инфекционных, заболеваниях позволяет более глубоко осмыслить как причины патологических процессов, так и пути их преодоления. Сегодня такой подход становится особо востребованным при лечении туберкулеза — болезни, вышедшей за рамки социальной [1, 2].

По данным современных исследователей, более 80 % больных с впервые выявленным туберкулезом легких имеют значительные невротические расстройства или реактивные психопатологические состояния, которые отрицательно сказываются на лечении [3, 4].

Особое внимание исследователи уделяют изучению психологических особенностей больных туберкулезом в плане их отношения к болезни, адаптации к психотравмирующей ситуации длительного лечения в условиях стационара [5–9]. Имеются единичные работы по изучению отношения к болезни у подростков с активными формами туберкулеза [10], а исследования у детей с активным туберкулезом и в начальном периоде туберкулезной инфекции ранее не проводились.

Наиболее ответственным этапом туберкулезной инфекции является ее ранний период — вираж, определяющий дальнейшее течение инфекции и вероятность развития заболевания [11].

Вираз туберкулинових реакцій — это ранний период первичной туберкулезной инфекции, проявляющийся инфекционной аллергией при отсутствии локальных проявлений туберкулеза и функциональных нарушений [12].

Активный туберкулез у детей, по сравнению со взрослыми больными, имеет преимущественно скудную клиническую картину, зачастую поражает несоответствием жалоб и объективных данных объему органоспецифических изменений. Относительно удовлетворительное самочувствие, глубокая привязанность к семье, дому, окружению и социальная «организованность» детей обуславливают более тяжелые психоэмоциональные и невротические реакции на факт установления диагноза туберкулез и необходимость длительного стационарного лечения.

Согласно концепции В. Н. Мясищева [13] психоэмоциональные переживания занимают центральное место (эмоционально крайне значимое) в системе отношений человека к объективной реальности, частью которой становится болезнь.

Целью проведенного исследования было изучение отношения детей к раннему периоду инфицирования туберкулезом — виражу туберкулиновых реакций и детей с активным туберкулезом к болезни.

Под нашим наблюдением было 64 ребенка в возрасте от 10 до 14 лет, из них 32 ребенка

с различными формами активного туберкулеза и 32 ребенка с выражением туберкулиновых реакций. По полу и возрасту исследуемые группы не различались. Обследование проведено с применением методики ТОБОЛ института им. В. М. Бехтерева [14] до и после трехмесячного курса профилактического лечения у детей с выражением туберкулиновых реакций, до и после основного курса лечения у детей с активным туберкулезом.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью статистического пакета SPSS 13.0.

У больных детей наиболее частой клинической формой туберкулеза являлся туберкулезный плеврит — 29,9 %, инфильтративный туберкулез диагностирован в 19,6 % случаев, очаговый — в 13,7 %, первичный туберкулезный комплекс — в 11,8 %, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов — в 9,8 %, диссеминированный туберкулез легких и туберкулез органов брюшной полости — по 5,9 %, туберкулез периферических лимфатических узлов — в 3,9 % случаев.

В результате исследования установлено (табл. 1), что в 50 % случаев в раннем периоде инфицирования туберкулезом у детей имеют место преимущественно адаптивные типы отношения к данному состоянию: гармоничный (15,6 %), эргопатический (18,8 %), анозогнозический (15,6 %). Дети с гармоничным типом отношения адекватно оценивают риск и угрозу для своего здоровья, активно участвуют в профилактическом лечении, стремятся справиться с данным состоянием. При эргопатическом типе отношения отмечаются поведенческие нарушения в виде ухода в учебу, сверхценного отношения к занятиям, семинарам и другим видам деятельности, не позволяющим вовремя пройти обследование, получить противотуберкулезные препараты для лечения. Дети с анозогнозическим типом отношения считают

себя абсолютно здоровыми, недооценивая риск развития заболевания, а действия медицинских работников — преувеличенными, необоснованными и вредными. Несмотря на значительное различие в отношении к выражению туберкулиновых реакций и в моделях поведения, у данных пациентов сохраняется активное социальное функционирование.

Чистые дезадаптивные типы отношения к раннему периоду туберкулезной инфекции у детей встречаются редко. В 6,3 % случаев это сенситивный тип отношения, имеющий интерпсихическую направленность и характеризующийся выраженной сенсibilизированностью к мнению окружающих, страхами «отторжения» значимым социумом. Еще реже (3,1 % случаев) встречается тревожный тип отношения, имеющий интрапсихическую направленность реагирования и характеризующийся выраженной мнительностью, беспокойством, преувеличенными страхами перед посещением противотуберкулезных учреждений, рентгенологическим обследованием, туберкулинодиагностикой, страхом перед приемом противотуберкулезных препаратов и преувеличением их побочных действий, поиском альтернативных форм лечения, подчеркнута демонстративным ношением масок. Чистые дезадаптивные типы отношения к выражению туберкулиновых реакций, сенситивный и тревожный, вероятнее всего, формируются у детей, имеющих невротическую предрасположенность.

Наиболее часто у детей в раннем периоде туберкулезной инфекции встречаются смешанные типы отношения к данному состоянию — 31,3 % случаев. При анализе структуры смешанных форм установлено, что в 9 из 10 случаев это сочетание сенситивного типа с вариантами адаптивного (с эргопатическим — 50 %, анозогнозическим — 10 %) и интрапсихического деза-

Таблица 1

**Частотный анализ типов отношения к раннему периоду туберкулезной инфекции и к болезни у детей с активным туберкулезом**

Типы	Выраж				Активный туберкулез			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Гармоничный	5	15,6	1	5,3	1	3,1	—	—
Эргопатический	6	18,8	5	26,3	7	21,9	8	26,7
Анозогнозический	5	15,6	4	21,0	4	12,5	6	20,0
Тревожный	1	3,1	—	—	—	—	—	—
Сенситивный	2	6,2	1	5,3	4	12,5	2	6,6
Смешанный	10	31,3	5	26,3	13	40,6	11	36,7
Диффузный	3	9,4	3	15,8	3	9,4	3	10
Всего	32	100	19	100	32	100	30	100

даптивного блоков (с неврастеническим — 10 %, тревожным — 10 %). 1 случай (10 %) представлен комбинацией анозогнозического и эргопатического типов отношения к раннему периоду туберкулезной инфекции. Из 10 случаев лишь 1 (10 %) имеет противоречивый характер соотношения между составляющими смешанного типа (сенситивно-эгоцентрически-тревожный). Таким образом, в период виража туберкулиновых реакций преобладают условно адаптивные и субадаптивные типы отношения к данному состоянию. Превалирующий сенситивный компонент объясняет высокую чувствительность к мнению окружающих, обусловленную общественно негативной установкой к туберкулезу, тревожные и неврастенические компоненты свидетельствуют о психоэмоциональном напряжении, а эргопатические и анозогнозические компоненты обуславливают копинг-стратегию отрицания и избегания сложившейся стрессовой ситуации.

Диффузный тип отношения к раннему периоду туберкулезной инфекции встречается в 9,4 % случаев. Вероятнее всего, данный тип отношения присущ детям с выраженной незрелостью личностных установок, низким уровнем осознания себя в системе общественных отношений, социального функционирования.

При обследовании детей с различными формами активного туберкулеза установлено, что по сравнению с первичным инфицированием частота встречаемости в данной группе адаптивных форм отношения к болезни снижается до 37,5 % случаев за счет уменьшения гармоничного типа в 5 раз (3,1 %). 1/3 пациентов группы с впервые выявленным активным туберкулезом имеет условно адаптивные типы отношения к болезни: эргопатический — 21,9 %, анозогнозический — 12,5 % (табл. 1). То есть относительно удовлетворительное самочувствие способствует неадекватной оценке детьми своего состояния. Пациенты с этими вариантами отношений считают себя здоровыми, недооценивают тяжесть заболевания, риск развития осложнений, риск заражения окружающих. Они стремятся во что бы то ни стало продолжить обучение, общение с друзьями и сверстниками. Большинство детей тяжело переживают отрыв от семьи. Все это сопровождается психоэмоциональными реакциями разной степени выраженности, нарушенными формами поведения.

Чистые дезадаптивные варианты имеют лишь интерпсихическую направленность, представлены только сенситивным типом отношения к болезни, встречаются в 2 раза чаще, чем в раннем периоде туберкулезной инфекции, — в 12,5 % случаев.

У детей с впервые выявленным активным туберкулезом смешанные типы отношения к болезни встречаются чаще — в 40,6 % случаев. И если в ранний период туберкулезной инфекции смешанные типы отношения имеют преимущественно субадаптивный характер, то на пике активности туберкулезного процесса они приобретают ярко выраженный дезадаптивный характер. У 1/3 детей, больных туберкулезом, со смешанным типом отношения к болезни (30,8 %) соотношения между составляющими компонентами носят противоречивый характер: эргопатически-апатический — 15,4 %, тревожно-эгоцентрический — 7,7 %, дисфорически-эргопатический — 7,7 %, то есть дети находятся в состоянии острого стресса. В 38,4 % случаев отмечается сочетание сенситивного типа отношения к болезни с эргопатическим, тревожным и неврастеническим. Высокая чувствительность к средовым влияниям у таких больных приводит к нарушениям в эмоционально-аффективной сфере. Это проявляется дезадаптивными поведенческими реакциями по типу раздражительной слабости, тревожным, подавленным, угнетенным состоянием, уходом в болезнь, двойственным отношением к лечению.

1/3 всех случаев смешанных форм (30,8 %) имеет анозогнозически-эргопатический тип отношения к болезни, для которого характерна неадекватная оценка своего состояния, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни, зачастую отрицание заболевания вплоть до реакций «вытеснения», неприятие роли больного, неконформность личностных установок, чрезвычайно легкое нарушение режима и врачебных рекомендаций.

Частота встречаемости диффузного типа отношения к болезни у детей с активным туберкулезом такая же, как и при вираже туберкулиновых реакций, — 9,4 % случаев.

После трехмесячного курса профилактического лечения из 32 детей, включенных в исследование, приверженность к лечению сохранило 19 человек (59,4 %).

Относительное численное распределение детей по группам с адаптивными и дезадаптивными формами отношения к виражу туберкулиновых реакций существенно не изменилось (табл. 1). Среди адаптивных форм частота случаев с гармоничным типом отношения к данному состоянию уменьшилась в три раза — 5,3 %, а эргопатического и анозогнозического типов — увеличилась на 7,5 и 5,4 % соответственно. Перестали выявляться чистые с интрапсихической направленностью реагирования типы отношения (тревожные). На 6,4 % возросла частота встречаемости случаев с диффузным типом отношения, что составило 15,8 %.

Среди смешанных типов отношения к виражу

туберкулиновых реакций у детей после профилактического лечения количество субадаптивных форм, представленных сенситивно-эргопатическим типом отношения, снижается до 40 %. Деадаптивные формы эволюционируют в условно адаптивные и представлены анозогнозически-эргопатическим типом отношения — 60 %. Таким образом, к моменту завершения превентивного лечения у детей формируются психологические реакции отрицания и вытеснения сознания наличия у них туберкулезной инфекции и как следствие — поведенческие реакции уклонения и избегания последующих диспансерных мероприятий.

У детей с активным туберкулезным процессом длительность основного курса лечения в среднем составила 10 месяцев, средняя продолжительность интенсивной фазы — 2–4 месяца, поддерживающей — 6–8 месяцев.

К моменту выписки детей с гармоничным типом отношения к болезни не было (табл. 1). Частота встречаемости эргопатического и анозогнозического типов отношения к болезни возросла на 4,8 и 7,5 % соответственно и составила 26,7 и 20,0 %. Количество детей с сенситивным типом отношения к болезни уменьшилось в 2 раза — 6,6 % случаев, с диффузным типом осталось неизменным — 10 %. На 3,9 % стало меньше детей со смешанным типом отношения к болезни — 36,7 %.

В структуре субадаптивных смешанных форм у детей при выписке из стационара стал преобладать сенситивно-эргопатический тип отношения к болезни — 36,4 %. В 3 раза реже — 9,0 % случаев — встречался анозогнозически-эргопатический тип отношения к болезни, что свидетельствовало о формировании приверженности к лечению. Появилась новая субадаптивная форма — сенситивно-анозогнозический тип отношения к болезни — 18,2 %. После лечения деадаптивные смешанные формы представлены сочетанием сенситивного с тревожным, меланхолическим, паранойяльным, анозогнозическим, эргопатическим типами отношения к болезни — по 9,1 % случаев и 36,4 % от всех смешанных форм. На этапе выздоровления смешанные формы у детей не включали апатические, неврастенические, дисфорические компоненты, что косвенно свидетельствовало об инволюции туберкулезной интоксикации, восстановлении адекватной нервной и вегетативной регуляции.

Для детей, завершивших основной курс лечения по поводу туберкулезного процесса, характерна высокая чувствительность к средовым влияниям. Они чрезмерно ранимы, уязвимы, высказывают опасения, что окружающие будут с опаской и пренебрежением относиться к ним, избегать общения с ними, испытывают страх перед

возвращением к активной жизни, предстоящим восстановлением утраченных межличностных контактов, принятием значимым для них социумом. Защитными механизмами становятся отрицание перенесенного заболевания, отстранение от прошлого и гиперсоциальное поведение.

Проведенный внутригрупповой и многофакторный дисперсионный анализ позволил принять гипотезу  $H_0$  о равенстве дисперсий с уровнем значимости  $p = 0,05$ . Для исследуемых групп были проанализированы отношения дисперсий по всем типам отношения, что позволило выявить существующие прямые и обратные взаимосвязи (табл. 2), а также наиболее влияющие на тип отношения факторы: возраст, пол, диагноз.

Таблица 2

**Внутригрупповой дисперсионный анализ типов отношения к раннему периоду туберкулезной инфекции и к болезни у детей с активным туберкулезом**

Блоки	Типы	Отношение дисперсий	
		$k_1 = \frac{\tau_2}{\tau_1}$	$k_2 = \frac{\tau_4}{\tau_3}$
Адаптивный	Гармоничный	0,61	0,78
	Анозогнозический	0,13	1,4
	Эргопатический	1,13	1,1
Деадаптивный с интрапсихической направленностью	Тревожный	0,92	0,67
	Ипохондрический	0,34	1,09
	Меланхолический	0,81	1,43
	Неврастенический	0,13	1,2
	Апатический	0,37	1,27
Деадаптивный с интерпсихической направленностью	Сенситивный	0,54	0,9
	Эгоцентрический	0,22	0,64
	Дисфорический	0,41	0,54
	Паранойяльный	2,93	1,1

Примечание.  $\tau_1$  — вираж до лечения;  $\tau_2$  — вираж после лечения,  $\tau_3$  — активный туберкулез до лечения;  $\tau_4$  — активный туберкулез после лечения. При  $k_{1,2} > 1$  взаимосвязь прямая, при  $k_{1,2} < 1$  взаимосвязь обратная.

Созданные мультипликативные модели позволили выявить существующие значимые взаимосвязи между влияющим фактором или группой факторов и результативным признаком по F-критерию Фишера и его значимости для  $H_0$  гипотезы.

По результатам дисперсионного анализа в группах с виражом туберкулиновых реакций к моменту завершения профилактического лечения было выявлено значительное нарастание паранойяльной компоненты — 2,93. Это под-



твердило предположение о негативной установке детей и их родителей к лечебно-профилактическим мероприятиям.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

Начальный период инфицирования туберкулезом у детей сопровождается легким обратимым изменением психоэмоционального статуса, без нарушения социальной адаптации, проявляющимся адаптивными и субадаптивными типами отношения к данному состоянию.

При активном туберкулезе у детей 10–14 лет имеют место более глубокие эмоциональные переживания, дезадаптивные и условно адаптивные формы отношения к болезни, неадекватные и неконструктивные аффективные и поведенческие реакции.

Во все периоды туберкулезной инфекции у детей сохраняется высокая чувствительность к средовым влияниям (превалирование чувствительного типа отношения), обусловленная общественно негативной установкой к туберкулезу.

Профилактическое лечение способствует увеличению количества детей с условно адаптивными типами отношения к вирусу туберкулезной инфекции, формированию психологических реакций отрицания и вытеснения наличия у них туберкулезной инфекции и как следствие — поведенческих реакций уклонения и избегания последующих диспансерных мероприятий.

Проведение основного курса лечения у детей с активным туберкулезом способствует уменьшению количества больных с чувствительным типом отношения к болезни в два раза, улучшению структуры смешанных форм за счет сочетания чувствительного с различными вариантами адаптивных типов отношения к болезни, значительному уменьшению количества детей с типами отношений астенического регистра. Защитными механизмами становятся отрицание перенесенного заболевания, отстранение от прошлого и гиперсоциальное поведение.

Наиболее значимое влияние на все типы отношения к раннему периоду туберкулезной инфекции оказывает совместное действие факторов: возраст — пол — диагноз. При этом фактор диагноз является наиболее значимым для дезадаптивных форм отношения (тревожного и чувствительного).

При туберкулезных процессах у детей наиболее значимое влияние на все типы отношения к болезни оказывают факторы возраст и пол, комбинации факторов: возраст — пол и пол — диагноз. Самостоятельно фактор диагноз оказывает максимальное влияние на эргопатический, неврастенический, дисфорический, ипохондрический и паранойяльный типы отношения к болезни.

## Литература

1. Мельник В. М., Волошина В. В. Социальные и медицинские проблемы туберкулеза в Украине // Пробл. туб. и бол. легких.— 2004.— № 2.— С. 22–24.
2. Фау Е. А., Фау Г. А. Психологические характеристики больных туберкулезом легких // Матер. VII Росс. съезда фтизиатров.— М., 2003.— С. 132.
3. Палихович К. О корреляциях пограничных психопатологических расстройств с химиорезистентностью больных туберкулезом легких // Матер. III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України.— Київ, 2003.— С. 294.
4. Сухова Е. В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. и бол. легких.— 2004.— № 10.— С. 34–36.
5. Бастрыкина О. В. О психологических типах отношения к болезни у больных туберкулезом // Матер. VII Росс. съезда фтизиатров.— М., 2003.— С. 154–155.
6. Мельник В. М., Валецкий Ю. Н., Липко Л. С. Эволюция психоневрологических расстройств у неэффективно леченных больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких // Пробл. туб. и бол. легких.— 2004.— № 9.— С. 28–30.
7. Сухова Е. В. Туберкулез как элемент субкультуры // Пробл. туб. и бол. легких.— 2004.— № 12.— С. 35–40.
8. Сухова Е. В., В. М. Сухов, Корнев А. В. Особенности отношения к болезни больных туберкулезом легких // Пробл. туб. и бол. легких.— 2006.— № 5.— С. 20–23.
9. Психологические аспекты лечебного процесса при туберкулезе органов дыхания / А. В. Шилов, Ц. П. Короленко, В. Г. Кононенко, Ю. И. Фетисов // Матер. VII Росс. съезда фтизиатров.— М., 2003.— С. 250.
10. Сиренко И. А., Пилипенко О. Н. Отношение к своей болезни подростков с туберкулезом легких // Охр. здоровья детей и подр.— 1996.— № 25.— С. 65–68.
11. Значимость групп риска в детской фтизиатрии / И. А. Сиренко, Н. М. Подопригора, О. Ю. Марченко, С. А. Шматько // Пробл. туб. и бол. легких.— 2006.— № 9.— С. 31–33.
12. Лобода М. В., Ходзицкая В. К., Зосимов А. Н. Первичный туберкулез у детей и его профилактика.— Киев: Тамед, 1997.— 222 с.
13. Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие.— СПб.: Питер, 2004.— 480 с.
14. Психологическая диагностика отношения к болезни: Методические рекомендации / Л. И. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова.— СПб.: Психоневрол. ин-т им. В. И. Бехтерева, 2002.— 33 с.

Поступила 18.06.2008