

УДК 616.89-008.454-07:616.24-002.5-036.12

# Оценка депрессивных тенденций у больных с туберкулезом и хронической обструктивной болезнью легких в сравнении со здоровыми

Т.Ю. Удалова<sup>1</sup>, Н.В. Багишева<sup>2</sup>, А.В. Мордык<sup>2</sup>,  
М.В. Лисняк<sup>2</sup>, А.Р. Ароян<sup>2</sup>, Т.А. Горюнова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Омский государственный педагогический университет

<sup>2</sup> Омский государственный медицинский университет

<sup>3</sup> Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Омск

## Evaluation of depressive tendencies in patients with tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease in comparison with healthy

T.Y. Udalova<sup>1</sup>, N.V. Bagisheva<sup>2</sup>, A.V. Mordyk<sup>2</sup>,  
M.V. Lisnyak<sup>2</sup>, A.R. Aroyan<sup>2</sup>, T.A. Goryunova<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Omsk State Pedagogical University

<sup>2</sup> Omsk State Medical University

<sup>3</sup> Oblast Clinical TB Dispensary, Omsk

© Коллектив авторов, 2016 г.

### Резюме

Анализ результатов анкетирования пациентов показывает, что у большинства больных ХОБЛ повышен уровень депрессивных тенденций во всех возрастных группах до 56 баллов. Мужчины старше 85 лет имели истинное депрессивное состояние, они нуждаются в специально организованной психологической или медицинской помощи по преодолению депрессивных и субдепрессивных тенденций. У пациентов с туберкулезом уровень депрессивных тенденций во всех возрастных группах входит в диапазон нормы 38 баллов и не отличается от здоровых, за исключением женщин, больных туберкулезом, у которых имеется легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, поэтому трети пациентов противотуберкулезного стационара также необходима коррекция психологического статуса.

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, туберкулез, здоровые, депрессивные состояния, психологическая и медицинская помощь

### Summary

Analysis of the patient questioning results shows that in majority of patients with COPD levels of depressive tendencies is increased in all age groups up to 56 points. Men over 85 years old had a real depression. who needed a specially organized psychological or medical care to overcome depression and subdepressive trends. In patients with tuberculosis the depressive tendencies levels in all age groups ranged in diapason to 38 points, without any difference from healthy population, except women with tuberculosis who had a mild depression of situational or neurotic genesis, so the one third part of the patients of TB hospital also needs a psychological status correction.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, tuberculosis, healthy population, depression, psychological and medical care

## Введение

Проблемы бронхолегочной патологии постоянно привлекают к себе внимание специалистов самого разного профиля [1–4]. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) часто встречается в популяции и входит в круг наиболее вероятных причин смерти среди взрослого населения [5, 6]. Туберкулез — инфекционное заболевание, и наиболее приоритетные направления по борьбе с ним — это своевременное выявление новых случаев и их полноценное клиническое излечение [7]. Заболевания могут сочетаться, способствовать развитию и прогрессированию друг друга, значительно ухудшать прогноз пациента при коморбидности [1, 2, 8].

Туберкулезом чаще поражаются легкие, значительно реже, в 5–7% случаев, выявляются изолированные внелегочные локализации процесса [2, 7, 9]. При распространенных туберкулезных процессах может нарушаться функция внешнего дыхания как по рестриктивному, так и по обструктивному типу. Легочный туберкулез может сопровождаться гипоксией различного генеза, сказывающейся на состоянии центральной нервной системы [8]. В литературе описываются пограничные психические расстройства у больных туберкулезом, сопровождающие начало и развитие специфического процесса, препятствующие его полноценному клиническому излечению [9–12]. При хронической обструктивной болезни легких одним из системных эффектов сопровождающей заболевания гипоксии является изменение функционального состояния центральной нервной системы, которое должно проявляться в психосоматических отклонениях [3, 4, 13].

Представляется актуальным с использованием простого и доступного инструмента оценить наличие и сравнить выраженность депрессивных тенденций у двух категорий легочных больных в сравнении со здоровыми людьми для совершенствования стратегии и тактики ведения подобных пациентов специалистами различного профиля.

**Цель исследования:** провести анализ наличия, распространенности и выраженности депрессивных расстройств у пациентов с туберкулезом легких и хронической обструктивной болезнью легких в сравнении со здоровыми людьми.

## Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе пульмонологических кабинетов БУЗОО «ГКБ № 1» и БУЗОО «ГП № 2» (группа с ХОБЛ) и КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер» (группа ТБ). В исследовании приняли участие 195 пациентов с ХОБЛ: 139 мужчин

и 56 женщин в возрасте от 28 до 87 лет, медиана (Me) (P25; 75) возраста составила 59,5 (56,00; 66,00) лет. Кроме того, в исследовании приняли участие 150 пациентов с активным туберкулезом: 87 мужчин и 63 женщины, данная группа моложе — от 24 до 72 лет, медиана (Me) (P25; 75) возраста составила 36,0 (26,00; 48,00) лет. В качестве контрольной группы к участию в исследовании были допущены 210 относительно здоровых людей: 155 мужчин и 55 женщин в возрасте от 25 до 69 лет, медиана (Me) (P25; 75) возраста составила 55,5 (45,00; 57,00) лет.

Распределение включенных в исследование людей по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Всем респондентам были разъяснены цели исследования, а также круг лиц, имеющих доступ к индивидуальным результатам опроса. Пациенты привлекались к участию в исследовании на добровольной основе с обязательным подписанием согласия.

Изучение проводилось с помощью методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (адаптация Т.И. Балашовой) [5], которая в связи с простотой и доступностью используется для обследования больших групп пациентов. Обследуемые самостоятельно заполняют опросник. В последующем производится подсчет уровня депрессии (УД) по специально разработанной формуле:

$$УД = [(\Sigma пр + \Sigma обр) / 80] \times 100,$$

где:  $\Sigma пр$  — сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям;  $\Sigma обр$  — сумма цифр «обратных».

Результат УД может колебаться от 20 до 80 баллов. До 50 баллов — состояние без депрессии. УД 50–59 баллов — легкая депрессия ситуативного или невротического генеза; незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения. УД 60–69 баллов — субдепрессивное состояние или маскированная депрессия; значительное снижение настроения. УД более 70 баллов — истинное депрессивное состояние; глубокое снижение настроения.

Статистическая обработка проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6. Количественные данные представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  — среднее арифметическое,  $\sigma$  — стандартное отклонение. Для сравнения показателей в группах использовались критерии хи-квадрат ( $\chi^2$ ) и Крускала–Уоллеса. Статистически значимыми считались результаты при  $p < 0,05$ .

## Результаты и их обсуждение

В группе пациентов с ХОБЛ медиана (Me) (P25; 75) УД равна 56,5 (53,00; 60,00) балла, когда отмечается незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения. В группе пациентов с активным ту-

Таблица 1

## Распределение участников опроса по полу и возрасту

Возраст, годы	ХОБЛ (n=195)		ТБС (n=150)		Здоровые (n=210)		$\chi^2$ , p	
	муж. (n=139) абс.ч. (%)	жен. (n=56) абс.ч. (%)	муж. (n=87) абс.ч. (%)	жен. (n=63) абс.ч. (%)	муж. (n=155) абс.ч. (%)	жен. (n=55) абс.ч. (%)	муж.	жен.
До 34	4 (2,88)	1 (1,79)	2 (1,29)	–	2 (1,29)	–	$\chi^2=0,850$ p=0,654	$\chi^2=2,082$ p=0,568
35–44	11 (7,91)	4 (7,14)	8 (10,32)	7 (12,73)	16 (10,32)	7 (12,73)	$\chi^2=0,877$ p=0,645	$\chi^2=0,818$ p=0,664
45–54	20 (14,39)	10 (17,86)	17 (23,23)	20(30,91)	36 (23,23)	17(30,91)	$\chi^2=3,637$ p=0,162	$\chi^2=2,107$ p=0,349
55–64	54 (38,85)	22 (39,29)	40 (39,35)	27 (40)	61 (39,35)	22 (40)	$\chi^2=0,144$ p=0,931	$\chi^2=0,074$ p=0,963
65–74	28 (20,14)	12 (21,43)	18 (24,52)	7 (12,73)	38 (24,52)	7 (12,73)	$\chi^2=2,967$ p=0,374	$\chi^2=2016$ p=0,365
75–84	19 (13,67)	7 (12,50)	2 (1,29)	2 (3,64)	2 (1,29)	2 (3,64)	$\chi^2=21,379$ p=0,0200	$\chi^2=4,568$ p=0,102
85 и более	3 (2,16)	0	0	0	–	–	$\chi^2=5,484$ p=0,064	–

беркулезом в целом по группе медиана (Me) (P25; 75) равна 44,5 (40,00; 56,00) балла, что соответствует состоянию без депрессии. В группе здоровых людей в нашем исследовании медиана (Me) (P25; 75) равна 38,0 (20,00; 44,00) балла, что соответствует состоянию без депрессии и снижения настроения. При этом полученные нами данные несколько ниже результатов выборки стандартизации данного опросника — 40,25 балла.

Сравнительные показатели по шкале Зунга в группах исследования в зависимости от пола и возраста представлены в табл. 2.

Анализируя таблицу, мы можем констатировать у пациентов с ХОБЛ повышенный уровень субдепрессивных тенденций во всех возрастных группах пациентов, за исключением самых молодых женщин в возрасте 25–44 года, у которых нормальное эмоциональное состояние. Легкая депрессия ситуативного или невротического генеза в среднем отмечается у мужчин возрастной категории 25–74 года, у женщин — 45–54 года. У мужчин 75–84 лет и у женщин старше 55 лет отмечается значительное снижение настроения вплоть до маскированной депрессии. Мужчины старше 85 лет имеют истинное депрессивное состояние. Достаточно значительные показатели стандартного отклонения в большинстве подгрупп свидетельствуют о необходимости анализа распределения пациентов по уровням выраженности депрессивных тенденций.

У больных туберкулезом уровень депрессивных тенденций во всех возрастных группах входит в диапазон нормы, но несколько повышен. Исключение составляют мужчины в возрасте 65–74 года, у которых эмоциональное состояние значительно лучше. Однако у их ровесниц, больных туберкулезом, отмечается легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. В среднем у мужчин с туберкулезом настроение несколько лучше, чем у их сверстниц с тем же диагнозом.

В группе здоровых людей средние показатели по всем возрастным группам входят в диапазон состояния без депрессии. Лишь у мужчин 35–44 лет показатели среднего арифметического приближаются к верхней границе нормы.

Распределение по категориям обследованных респондентов представлено в табл. 3.

На основании анализа таблицы можно утверждать, что оптимальный эмоциональный фон имеют только 27,69% пациентов с ХОБЛ: 30,22% мужчин и несколько меньший процент — 21,43% у женщин. То есть 2/3 пациентов с ХОБЛ имеют проблемы в эмоциональном статусе. У 22,56% пациентов отмечается легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, что составляет 24,46% мужской выборки и 17,86% женской выборки. У значительного числа пациентов (30,77% выборки, 25,18% мужчин и 44,64% женщин) констатируется наличие субдепрессивного состоя-

**Степень выраженности депрессии в группах пациентов с ХОБЛ, туберкулезом и здоровых людей в зависимости от пола и возраста**

Возраст, годы	ХОБЛ, кол-во баллов (M±σ)		ТБС, кол-во баллов (M±σ)		Здоровые, кол-во баллов (M±σ)		Критерий Крускала-Уоллиса, p	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
До 34	53,75±15,91	30	31,25±8,84	–	42,58±11,51	43,15±12,79	H=17,830 p=0,000	H=20,733 p=0,000
35–44	51,00±18,96	42,50±13,50	49,77±13,39	48,57±11,24	45,13±11,28	47,30±11,13	H=3,997 p=0,137	H=22,247 p=0,000
45–54	51,01±10,47	57,63±9,10	43,99±15,43	40,96±10,83	47,92±12,30	48,85±9,08	H=22,422 p=0,000	H=1,752 p=0,416
55–64	56,39±11,31	60,57±11,62	36,15±7,67	37,92±8,51	38,96±9,20	35,63±13,26	H=22,247 p=0,000	H=4,021 p=0,134
65–74	57,01±15,67	64,27±8,60	35,49±7,09	36,56±5,04	32,50	57,81±12,68	H=20,757 p=0,000	H=2,864 p=0,239
75–84	69,68±11,50	67,14±18,61	31,88±0,88	47,5±1,77	–	–	H=26,802 p=0,000	H=21,267 p=0,000
85 и более	71,67±6,88	–	–	–	–	–	–	–
Среднее по группе	58,64±14,03	53,68±13,34	39,02±11,4	40,7±9,95	43,39±11,31	46,53±12	H=18,602 p=0,000	H=6,892 p=0,032

ния. Таких людей отличают снижение работоспособности, ощущение хронической усталости, нарушение ночного сна и дневная сонливость, ухудшение памяти, сложности в концентрации внимания. Эти прояв-

ления могут быть начальной стадией углубляющейся эндогенной депрессии. Истинное депрессивное состояние отмечено у 18,97% опрошенных, из числа мужчин это пятая часть (20,14%), женщин несколько

Таблица 3

**Распределение по наличию и выраженности депрессии, n (%)**

Состояние	ХОБЛ			ТБС			Здоровые			$\chi^2$ , p	
	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	муж.	жен.
Состояние без депрессии	54 (27,69)	42 (30,22)	12 (12,43)	97 (64,67)	57 (65,52)	40 (63,49)	177 (84,29)	127 (81,94)	50 (90,91)	$\chi^2=22,929$ p=0,000	$\chi^2=16,162$ p=0,000
Легкая депрессия ситуативного или невротического генеза	44 (22,56)	34 (24,46)	10 (17,86)	35 (23,33)	21 (24,14)	14 (22,22)	18 (8,57)	17 (10,97)	1 (1,82)	$\chi^2=7,495$ p=0,024	$\chi^2=8,537$ p=0,014
Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия	60 (30,77)	35 (25,18)	25 (44,64)	15 (10)	9 (10,34)	6 (9,52)	12 (5,71)	8 (5,16)	4 (7,27)	$\chi^2=19,228$ p=0,000	$\chi^2=18,991$ p=0,000
Истинное депрессивное состояние	37 (18,97)	28 (20,14)	9 (16,07)	3 (2)	–	3 (4,76)	3 (1,43)	3 (1,94)	–	$\chi^2=34,766$ p=0,000	–
Всего	195	139	56	150	87	63	210	155	55	$\chi^2=2,152$ p=0,341	$\chi^2=5,570$ p=0,062

меньше — 16,07%. Их отличают снижение настроения (гипотимия), скорости интеллектуальной и моторной деятельности, витальных побуждений, пессимизм в отношении себя. Таким образом, практически половина пациентов с ХОБЛ (в общей сложности 49,74%) нуждается в специальных медицинских и психологических мероприятиях по коррекции депрессивных тенденций.

Большинство пациентов с туберкулезом имеет оптимальный эмоциональный фон: 64,67% (97 человек) общей выборки, 65,52% (57 человек) мужчин и чуть меньший процент — 63,49% (40 человек) женщин. Однако это означает, что порядка одной трети больных активным туберкулезом имеют проблемы в эмоциональном статусе. У значительного числа пациентов отмечается легкая депрессия ситуативного генеза: 23,33% общей выборки, в том числе 24,14% мужской и 22,22% женской выборки. У 10% выборки (10,34% мужчин и 9,52% женщин) констатируется наличие субдепрессивного состояния или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние отмечено у 2% опрошенных — это исключительно женщины (4,76% женской выборки). Несмотря на относительно небольшой процент, данная категория пациентов требует пристального врачебного контроля. Таким образом, практически третья часть больных туберкулезом (в общей сложности 35,33%) нуждаются в специаль-

ных медицинских и психологических мероприятиях по коррекции депрессивных тенденций.

Среди здоровых людей подавляющее большинство не испытывают эмоциональных проблем: 84,29% общей выборки (177 человек), 81,94% мужской подгруппы (127 человек), 90,91% женской подгруппы (50 человек). Однако у незначительной части — 8,57% (10,97% мужской и 1,82% женской подгруппы) наблюдается незначительное снижение настроения ситуативного или невротического генеза. Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия отмечены у 5,71% выборки здоровых людей: 5,16% мужской подгруппы и 7,27% женской. И лишь у 1,43% опрошенных здоровых людей диагностирована депрессия, причем это исключительно мужчины: 1,94% от мужской подгруппы. Таким образом, у здоровых людей может отмечаться весь возможный диапазон уровня депрессивности (рисунок), однако у подавляющего большинства людей состояние без депрессии.

Процент лиц с истинным депрессивным состоянием в группе пациентов с ХОБЛ значимо выше, чем у туберкулезных больных. Данная закономерность характерна и для людей с субдепрессивным состоянием: оно встречается чаще у больных ХОБЛ, чем у туберкулезных пациентов. А вот доля лиц с легкой депрессией ситуативного или невротического генеза значимо не отличается. В то же время среди пациентов с тубер-

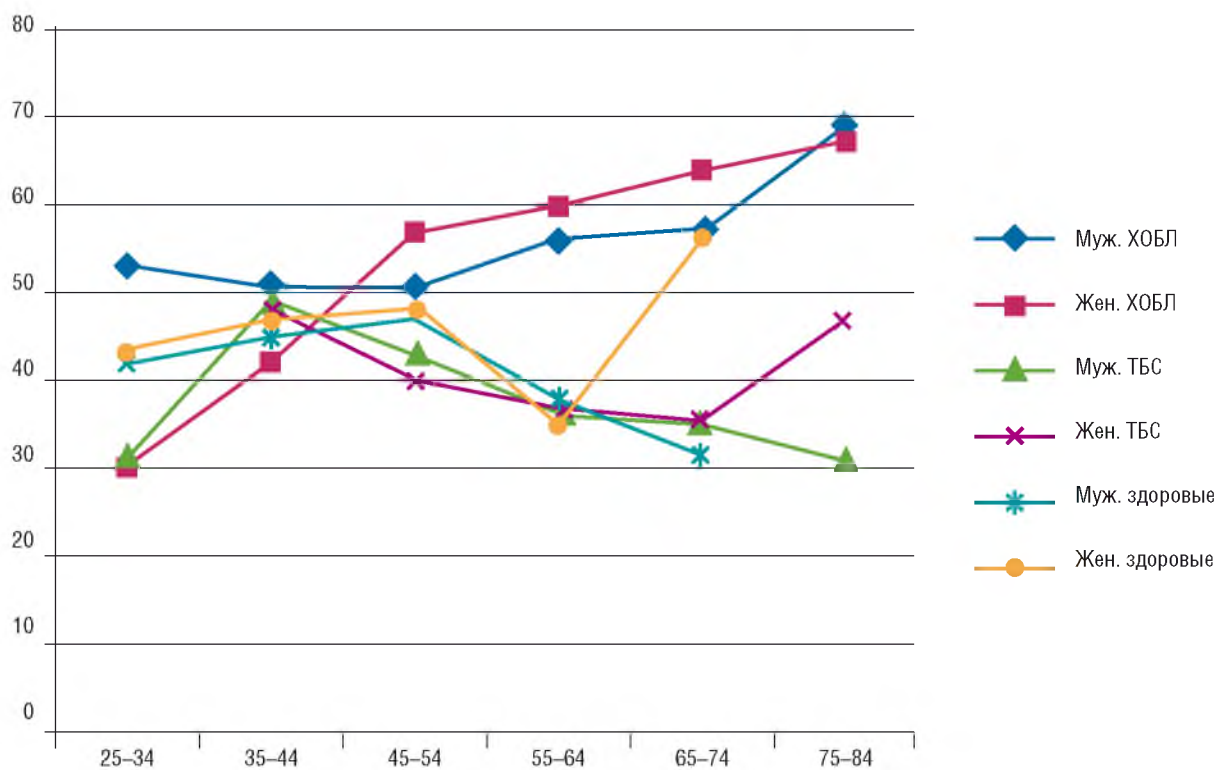


Рисунок. Уровень депрессивных тенденций у пациентов обоего пола с ХОБЛ, туберкулезом и здоровых людей

кулезом статистически значимо больше людей с нормальным психоэмоциональным статусом.

Кроме того, мы произвели подсчет коэффициента корреляции, который показал наличие связи между показателями депрессивных тенденций и возрастом пациентов с ХОБЛ ( $r=0,38$ ,  $p<0,001$ ). Таким образом, чем старше пациент с ХОБЛ, тем больше вероятность развития у него депрессивных тенденций. В то же время в группе пациентов с туберкулезом отсутствует связь между показателями депрессивных тенденций и возрастом ( $r=0,1511$ ,  $p>0,05$ ). Итак, уровень депрессивных тенденций у пациентов с туберкулезом не зависит от возраста. В группе здоровых людей выявлена иная тенденция: связь сильная, но обратная ( $r=-0,34$ ,  $p<0,001$ ), т. е. чем старше здоровый человек, тем в меньшей степени он подвержен депрессии.

## Заключение

Таким образом, проведенное нами на репрезентативной выборке исследование пациентов с ХОБЛ, туберкулезом легких в сравнении со здоровыми людьми позволило нам сделать ряд выводов.

1. Пациенты с диагнозом ХОБЛ относятся преимущественно к зрелому и пожилому возрасту. Мужчины болеют туберкулезом и ХОБЛ чаще, чем женщины.
2. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга в адаптации Т.И. Балашовой может быть использована для вы-

явления пациентов с туберкулезом легких и ХОБЛ, нуждающихся в мероприятиях по коррекции эмоционального статуса.

3. У подавляющего большинства пациентов с ХОБЛ отмечаются значительные проблемы эмоционального плана, выраженные в наличии депрессивных тенденций, причем практически половина пациентов нуждается в специально организованной психологической или медицинской помощи по преодолению депрессивных и субдепрессивных тенденций. У подавляющего большинства пациентов с туберкулезом депрессивных тенденций не выявлено. Однако у третьей части пациентов противотуберкулезного стационара выявлена легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, есть единичные пациенты с субдепрессивным состоянием, а также с истинной депрессией. Таким образом, пациенты с туберкулезом нуждаются в специально организованной психологической, а некоторые — и в медицинской помощи по преодолению различного уровня депрессивных тенденций.
4. У пациентов с туберкулезом не выявлено связи между уровнем депрессивных тенденций и возрастом. Чем старше пациенты с ХОБЛ, тем больше они нуждаются в специализированной помощи по коррекции депрессивных тенденций. У здоровых людей обратная тенденция: с возрастом они в меньшей степени подвержены депрессиям.

## Список литературы

1. Багешева Н.В., Мордык А.В., Иванова О.Г., Батищева Т.Л. Туберкулез и ХОБЛ: проблемы коморбидности // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2014. — Т. 9, № 4 (36). — С. 329–331. *Bagisheva N.V., Mordyk A.V., Ivanova O.G., Batishcheva T.L. Tuberkulez i KhOBL: problemy komorbidnosti // Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza. — 2014. — T. 9, N 4 (36). — S. 329–331.*
2. Бекмухамбетова Н.В., Иванова О.Г., Мордык А.В., Багешева Н.В. Некоторые особенности клинического течения туберкулеза органов дыхания и сопутствующей соматической патологии // Омский научный вестник. — 2014. — № 2 (134). — С. 8–10. *Bekmukhambetova N.V., Ivanova O.G., Mordyk A.V., Bagisheva N.V. Nekotorye osobennosti klinicheskogo techeniya tuberkuleza organov dykhaniya i soputstvuyushchei somaticheskoi patologii // Omskii nauchnyi vestnik. — 2014. — N 2 (134). — S. 8–10.*
3. Макарова М.А., Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Гипоксемия как потенциальный фактор развития эндотелиальной дисфункции и артериальной ригидности у больных хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. — 2013. — № 3. — С. 36–40. *Makarova M. A., Avdeev S. N., Chuchalin A.G. Gipoksemiya kak potentsial'nyi faktor razvitiya endotelial'noi disfunktsii i arterial'noi rigidnosti u bol'nykh khronicheskoi obstruktivnoi bolezni'yu legkikh // Pul'monologiya. — 2013. — N 3. — S. 36–40.*
4. Перцева Т.А., Гашинова Е.Ю., Губа Ю.В. Психологические расстройства у пациентов с синдромом бронхиальной обструкции // Пульмонология. — 2013. — № 2. — С. 81–84. *Pertseva T.A., Gashinova E.Yu., Guba Yu.V. Psikhologicheskie rasstroistva u patsientov s sindromom bronkhial'noi obstruktsii // Pul'monologiya. — 2013. — N 2. — S. 81–84.*
5. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: пересмотр 2014 г. — М.: Атмосфера, 2015. — 80 с. *Global'naya strategiya diagnostiki, lecheniya i profilaktiki khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh: peresmotr 2014 g. — Moscow: Atmosfera, 2015. — 80 s.*
6. Иванова О.Г., Мордык А.В., Пузырева Л.В., Татаринцева М.П., Михеева Н.В., Руднева С.Н., Казарикова Т.Н., Батищева Т.Л. Эффективность мероприятий по выявлению туберкулеза органов дыхания в Омской области // Кубанский научный медицинский вестник. — 2011. — № 4. — С. 102–104. *Ivanova O.G., Mordyk A.V., Puzyreva L.V., Tatarintseva M.P., Mikheeva N.V., Rudneva S.N., Kazarikova T.N., Batishcheva T.L. Effektivnost' meropriyatii po vyavleniyu tuberkuleza organov dykhaniya v Omskoi oblasti // Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik. — 2011. — N 4. — S. 102–104.*

7. Мордык А. В., Иванова О.Г., Сулим Д.А., Багешева Н.В. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующая инфекционная патология // Лечащий врач. — 2014. — № 10. — С. 14–16. *Mordyk A. V., Ivanova O.G., Sulim D.A., Bagisheva N.V. Khronicheskaya obstruktivnaya bolezni' legkikh i soputstvuyushchaya infektsionnaya patologiya // Lechashchii vrach. — 2014. — N 10. — S. 14–16.*
8. Мордык А.В., Брюханова Н.С., Антропова В.В. Тревожные расстройства у больных туберкулезом и их динамика в зависимости от переносимости химиотерапии // Кубанский научный медицинский вестник. — 2009. — № 6. — С. 137–140. *Mordyk A.V., Bryukhanova N.S., Antropova V.V. Trevozhnye rasstroistva u bol'nykh tuberkulezom i ikh dinamika v zavisimosti ot perenosimosti khimioterapii // Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik. — 2009. — N 6. — S. 137–140.*
9. Брюханова Н.С., Мордык А.В. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — Т. 88, № 4. — С. 71–72. *Bryukhanova N.S., Mordyk A.V. Diagnostika i korrektsiya pogranychnykh psikhicheskikh rasstroistv u bol'nykh vperve vyavlenym infil'trativnym tuberkulezom legkikh // Tuberkulez i bolezni legkikh. — 2011. — T. 88, N 4. — S. 71–72.*
10. Мордык А.В., Лысов А.В., Иванова О.Г., Пузырева Л.В., Казаков А.В. Выявление и коррекция психовегетативных расстройств у больных туберкулезом // Пульмонология. — 2007. — № 6. — С. 34–39. *Mordyk A.V., Lysov A.V., Ivanova O.G., Puzyreva L.V., Kazakov A.V. Vyavlenie i korrektsiya psikhovegetativnykh rasstroistv u bol'nykh tuberkulezom // Pul'monologiya. — 2007. — N 6. — S. 34–39.*
11. Мордык А.В., Ситникова С.В., Удалова Т.Ю. Психологическое сопровождение процесса лечения у больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 9. — С. 39–40. *Mordyk A.V., Sitnikova S.V., Udalova T.Yu. Psikhologicheskoe soprovozhdenie protsessu lecheniya u bol'nykh s sochetaniem tuberkuleza i VICH-infektsii // Tuberkulez i bolezni legkikh. — 2014. — N 9. — S. 39–40.*
12. Овчаренко С. И., Галецкайте Я.К., Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Лас Е.А. Типология расстройств личности и реагирования на заболевание при хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. — 2013. — № 2. — С. 74–80. *Ovcharenko S.I., Galetskaite Ya.K., Volel' B.A., Pushkarev D.F., Las E.A. Tipologiya rasstroistv lichnosti i reagirovaniya na zabolevanie pri khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh // Pul'monologiya. — 2013. — N 2. — S. 74–80.*
13. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Речь, 2007. — 950 с. *Diagnostika zdorov'ya. Psikhologicheskii praktikum / pod red. G.S. Nikiforova. — St. Petersburg: Rech', 2007. — 950 s.*

Поступила в редакцию 17.10.2016 г.

### Сведения об авторах:

*Удалова Татьяна Юрьевна* — кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии ГОУ ВПО «Омский государственный педагогический университет», 644043, г. Омск, ул. Партизанская, д. 4а; e-mail: udalova\_tu@mail.ru;

*Багешева Наталья Викторовна* — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12; e-mail: ppi100@rambler.ru;

*Мордык Анна Владимировна* — заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12; e-mail: amordik@mail.ru;

*Лисняк Марина Викторовна* — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии, ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12; e-mail: lisnyak80@mail.ru;

*Ароян Анна Робертовна* — аспирант кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12; e-mail: anna.arojan@mail.ru;

*Горюнова Татьяна Андреевна* — врач-фтизиатр КУЗ Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер», 644058, г. Омск, ул. Целинная, д. 2; e-mail: kptd\_mail@minzdrav.omskportal.ru.