

## АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА ПАЦИЕНТОВ С ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ И ТУБЕРКУЛЕЗЕ

А. Ю. ЧЕРНИКОВ<sup>1</sup>, Л. Г. ЗЕМЛЯНСКИХ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Комитета здравоохранения Курской области, г. Курск, Россия

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Курск

С целью выявления взаимосвязи между клинической симптоматикой, психологической адаптацией и типом акцентуации характера пациентов с гранулематозным поражением органов дыхания при саркоидозе и туберкулезе обследовано 404 пациента с саркоидозом и 404 – с туберкулезом. Всем пациентам выполнено субъективное и объективное обследование, проведены опросы: по опроснику Шмишека для выявления акцентуации характера, по клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний, по шкале Тейлора для выявления уровня тревоги. Установлено, что для больных саркоидозом характерны как бессимптомное течение, так и богатая клиническая картина: болевой синдром, узловатая эритема, интоксикация с выраженной общей слабостью, дыхательная недостаточность. Это сочетается с застревающим, педантичным, циклотимным, экзальтированным, эмотивным типами акцентуации характера; с психической дезадаптацией по шкалам вегетативных нарушений, невротической депрессии, астении; со средним высоким уровнем тревоги. Пациентам с туберкулезом свойственны: синдромы поражения бронхиального дерева и дыхательной недостаточности; дистимный, демонстративный, возбудимый, экзальтированный, тревожно-боязливый типы акцентуации характера; психическая дезадаптация по шкалам вегетативных нарушений, обсессивно-фобических нарушений и истерии; средний высокий уровень тревоги. Установлена тесная взаимосвязь выраженности клинической симптоматики, уровней тревоги и психической дезадаптации с типом акцентуации характера пациентов.

*Ключевые слова:* саркоидоз, туберкулез, акцентуация характера

## ACCENTUATION OF PERSONALITY TRAITS IN THE PATIENTS WITH GRANULOMATOUS LESIONS OF RESPIRATORY ORGANS IN CASE OF SARCOIDOSIS AND TUBERCULOSIS

A.YU. CHERNIKOV, L. G. ZEMLYANSKIKH<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Regional Clinical TB Dispensary, Kursk, Russia

<sup>2</sup>Kursk State Medical University, Kursk, Russia

404 sarcoidosis and 404 tuberculosis patients were examined in order to detect correlations between clinical manifestations, psychological adaptation and accentuation of personality traits and granulomatous lesions of respiratory organs in case of sarcoidosis and tuberculosis. All patients had subjective and objective examinations and answered the following questionnaires: Schmieschek questionnaire to identify accentuation of personality traits, clinical questionnaire to detect and evaluate neurotic disorders, Taylor Manifest Anxiety Scale to detect the level of anxiety. It has been found out that sarcoidosis patients are characterized both by asymptomatic course of the disease as well as diverse clinical manifestations: pain syndrome, nodal fever, intoxication with expressed general fatigue, respiratory insufficiency. It is combined with stuck, pedant, cycloid, exalted, emotive accentuations of personality traits, with psychological maladaptation as per the scores of autonomic imbalance, neurotic depression, asthenia, with average high level of anxiety. The following is typical of tuberculosis patients: syndrome of bronchial tree lesions and respiratory insufficiency; distymny, demonstrative, excitable, exalted, anxiety-hypochondriac accentuations of personality traits, with psychological maladaptation as per the scores of autonomic imbalance, obsessive-phobic disorders and hysteria; average high level of anxiety. The strong correlation has been found between the degree of symptoms expression, level of anxiety and psychological maladaptation and the type of patient's accentuation of personality traits.

*Key words:* sarcoidosis, tuberculosis, accentuation of personality traits

Туберкулез и саркоидоз – заболевания, в основе патогенеза которых лежит формирование эпителиоидно-клеточной гранулемы, характеризуются многообразной клинической картиной. Формирование гранулемы из эпителиоидных клеток в силу высокой секреторной активности последних неизбежно приводит к нарушению функциональной активности ряда систем организма, в частности нервной и эндокринной [9, 20]. Вместе с тем при пат нарушениях деятельности нервной-психической и эндокринной систем организма над скоростью и объемом формирования гранулематоза также отмечен в источниках литературы [15]. В клинических исследованиях установлено, что уровень тревоги и депрессии у пациентов с туберкулезом и саркоидозом значительно выше, чем у здоровых

лиц [12]. Например, исследование психологического состояния больных саркоидозом при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии выявило клинически значимый высокий результат данных состояний [6]. Нередко при саркоидозе и туберкулезе констатируются психозы и проявления психиатрической патологии [16-19]. При длительном течении респираторных гранулематозов, особенно туберкулеза, нарастают, помимо депрессии, деменция и психопатическая девиация [11]. Так, пациенты с туберкулезом, находящиеся в учреждениях УФСИН, характеризовались большой частотой выявления возбудимого, аффективно-экзальтированного и циклотимного типов по опроснику Шмишека в сравнении с группой пациентов, не лишенных свободы [3]. Психологическое обследование

120 больных с впервые выявленным туберкулезом легких выявило устойчивую характеристику личности данных больных в виде повышенной претенциозности, обидчивости и подозрительности, что поддерживает патологически высокий уровень аффективной напряженности, нарушающей вегетативный баланс в организме и приводящей к неэффективности лечения туберкулеза [4]. Изучение психологического статуса больных впервые выявленным туберкулезом с помощью стандартизованного многофакторного метода исследования установило влияние личностных особенностей на приверженность к терапии [7]. Аффективное перенапряжение, возникающее в результате дезадаптивного стиля отношений между индивидом и окружающим миром, может выступать патогенным фактором развития психосоматического заболевания [4]. Установлено значительное снижение качества жизни при туберкулезе и саркоидозе [2, 13]. Однако в литературе недостаточно представлены данные об изучении зависимости разнообразия клинической симптоматики, уровня тревоги и психологической дезадаптации пациента от типа личности или степени акцентуации характера (то есть сильной выраженности основных черт характера) пациентов [5]. Изучение данной проблемы может дать понимание того, насколько определяемый уровень адекватности психологической адаптивной реакции связан с органическим патологическим процессом или с генетически существующей акцентуацией характера.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между клинической симптоматикой, психологической

адаптацией и типом акцентуации характера пациентов с гранулематозным поражением органов дыхания при саркоидозе и туберкулезе.

## Материалы и методы

Исследование проведено на территории Курской области, численность населения которой составляла 1 119 089 человек. Выделено две когорты пациентов: когорта 1 – больные саркоидозом, когорта 2 – больные туберкулезом. Все пациенты заболели с 1994 по 2014 г. Отбор в когорты проводился по мере накопления информации о больных саркоидозом в связи с более низкой заболеваемостью этим недугом. Основные критерии включения в когорты: 1) гистологическая или бактериологическая верификация заболевания; 2) согласие пациента на включение в группу исследования; 3) отсутствие сопутствующих заболеваний, способных нарушить процесс формирования гранулемы (ВИЧ-инфекция); 4) возраст старше 18 лет. Основным критерий исключения из когорты: отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании. На этапе статистической обработки материала с помощью одного из методов рандомизации (компьютерная генерация случайных чисел) выделены две группы: группа 1 (404 пациента) – больные саркоидозом, группа 2 (404 пациента) – больные туберкулезом. Дизайн исследования: проспективное, рандомизированное, сравнительное.

Половая и возрастная структура пациентов в группах и подгруппах исследования представлена в табл. 1.

**Таблица 1. Половая и возрастная структура пациентов в группах исследования**

*Table 1. Gender and age structure of patients from the study groups*

Группа	Всего	Мужчины		Женщины		Средний возраст	Средний возраст мужчин	Средний возраст женщин
	N	N	%	N	%	M ± s	M ± s	M ± s
Группа 1	404	161	39,8	243	60,2	40,3 ± 5,7	38,0 ± 4,8	42,6 ± 6,6
Группа 2	404	245	60,6	159	39,4	34,6 ± 7,8	36,5 ± 7,7	32,6 ± 7,8

У всех пациентов применяли субъективные (сбор жалоб и анамнеза) и объективные (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) методики обследования. Больные, предъявлявшие жалобы на одышку, оценивали выраженность одышки по 10-балльной шкале Борга.

Выявление акцентуации характера проводили с помощью опросника К. Леонгарда – Г. Шмишека [1]. Ответы пациента на 88 предложенных вопросов распределяли по 10 типам акцентуации характера: демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный, эмотивный. Определение типа личности и акцентуации характера было необходимо для выявления степени их влияния на

возможные невротические и тревожно-депрессивные изменения у пациентов.

Для определения невротических состояний применяли клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний [14]. Испытуемому предлагали оценить ответы на 68 предложенных вопросов по пятибалльной шкале. Затем ответы на вопросы оценивали по следующим шкалам: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, obsессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений. Показатели по шкалам больше +1,28 указывают на уровень здоровья, менее -1,28 – на болезненный характер выявляемых расстройств.

Для оценки проявлений тревоги использовали шкалу Д. Тейлора по версии Т. А. Немчинова [8].

Утвердительные или отрицательные ответы на 60 вопросов оценивали по шкале тревоги и лжи. Сумма баллов должна находиться в следующих градациях: 41-60 – очень высокий уровень тревоги, 25-40 – высокий уровень тревоги, 15-24 – средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги, 5-14 – средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги, 0-4 – низкий уровень тревоги.

Для статистической обработки использовали следующие статистические величины: вероятность события  $P$ ; 85%-ный доверительный интервал для вероятности события  $I\beta$ ;  $t$ -критерий Стьюдента; критерий  $\chi^2$  Пирсона; коэффициент корреляции  $\phi$  для дихотомических данных; уровень значимости  $p$  (статистически значимым считался  $p < 0,05$ ).

### Результаты исследования

Полученные в результате субъективного и объективного исследования пациентов данные представлены в табл. 2.

**Таблица 2. Распределение клинических синдромов по группам исследования**

**Table 2. Breakdown of clinical symptoms as per the study groups**

Синдром	Группа 1	Группа 2
	$P \pm I\beta, \%$	
Интоксикационный	60,7 $\pm$ 3,3	49,5 $\pm$ 3,6
Общая слабость как составляющая часть интоксикационного синдрома	60,7 $\pm$ 3,3	26,0 $\pm$ 3,1
Поражения трахеобронхиального дерева	42,1 $\pm$ 3,5	66,3 $\pm$ 3,4
Болевой	56,7 $\pm$ 3,5	5,9 $\pm$ 1,7
Дыхательной недостаточности	48,5 $\pm$ 3,6	36,9 $\pm$ 3,5
Узловой эритемы	12,6 $\pm$ 2,4	0,2 $\pm$ 0,3
Снижение массы тела	0,7 $\pm$ 0,6	56,1 $\pm$ 3,6
Отсутствие клинической симптоматики	22,5 $\pm$ 3,0	17,8 $\pm$ 0,8

Синдром поражения бронхиального дерева (кашель, выделение мокроты) статистически достоверно чаще встречался в группе 2 ( $\chi^2 = 47,88, p < 0,01$ ), чем в группе 1. Болевой синдром (неприятные болевые ощущения в грудной клетке, разные по степени индивидуальной оценки интенсивности) чаще встречались в группе 1 ( $\chi^2 = 241,83, p < 0,01$ ). Установлено, что в группе 1 значительно чаще встречался синдром узловой эритемы ( $\chi^2 = 51,38, p < 0,01$ ), а в группе 2 – синдром потери массы тела ( $\chi^2 = 304,97, p < 0,01$ ). Бессимптомное течение процесса равномерно наблюдалось в обеих группах ( $\chi^2 = 2,77, p > 0,05$ ). Интоксикационный синдром (слабость, длительный субфебрилитет, потливость, похудение, артралгии, а также более редкие жалобы в виде нарушения сна, озноба, плаксивости, учащенного сердцебиения) чаще отмечен в группе 1 ( $\chi^2 = 10,13, p < 0,01$ ). Выраженная общая слабость, как важный элемент интоксикационного синдрома, достоверно чаще встречалась в группе 1 ( $\chi^2 = 98,79, p < 0,01$ ).

При выявлении уровня одышки по шкале Борга установлено, что уровни 8, 9, 10 не встречались. Максимальный уровень одышки 7 чаще встречался в группе 2, чем в группе 1 ( $\chi^2 = 19,65, p < 0,01$ ). Уровни 1, 2 достоверно чаще наблюдались в группе 1 ( $\chi^2 = 121,80, p < 0,01$ ); уровень 3 – в группе 2, ( $\chi^2 = 15,79, p < 0,01$ ); уровень 4 – в группе 1 ( $\chi^2 = 7,84, p < 0,01$ ); уровень 6 – в группе 2 ( $\chi^2 = 15,79, p < 0,01$ ). Достоверных различий по частоте уровня 5 не отмечено ( $\chi^2 = 0,76, p > 0,05$ ).

Таким образом, для больных группы 1 более характерны интоксикационный синдром с преобладающей общей слабостью, болевой синдром в виде неприятных болевых ощущений в грудной клетке, синдром узловой эритемы, синдром дыхательной недостаточности (одышки) 1-3-го уровня, равно как и отсутствие клинических проявлений, для больных группы 2 – преобладание синдромов поражения бронхиального дерева, дыхательной недостаточности 4-7-го уровней, а также снижение массы тела.

Результаты исследования акцентуации характера с помощью опросника Шмишека представлены в табл. 3.

**Таблица 3. Соотношение типов акцентуации характера в процентах и выраженность акцентуации в балах в основных группах**

**Table 3. Correlations of accentuations of personality traits in per cent and expression of accentuations in scores in main groups**

Тип акцентуации	Группа 1		Группа 2	
	$P \pm I\beta, \%$	$M \pm s, баллы$	$P \pm I\beta, \%$	$M \pm s, баллы$
Возбудимый	7,5 $\pm$ 1,8	6,4 $\pm$ 3,1	12,9 $\pm$ 2,4	11,9 $\pm$ 3,4
Гипертимный	4,9 $\pm$ 1,5	4,1 $\pm$ 3,1	6,1 $\pm$ 1,7	4,2 $\pm$ 3,0
Дистимный	3,3 $\pm$ 1,3	2,5 $\pm$ 2,2	16,5 $\pm$ 2,7	13,7 $\pm$ 2,6
Тревожно-боязливый	3,1 $\pm$ 1,3	2,2 $\pm$ 3,1	10,7 $\pm$ 2,2	8,8 $\pm$ 4,1
Эмотивный	10,6 $\pm$ 2,3	11,1 $\pm$ 4,1	4,9 $\pm$ 1,5	3,5 $\pm$ 3,6
Циклотимный	11,4 $\pm$ 2,3	12,5 $\pm$ 4,9	6,1 $\pm$ 1,7	4,2 $\pm$ 3,5
Экзальтированный	11,1 $\pm$ 2,2	12,0 $\pm$ 5,5	12,2 $\pm$ 2,3	11,5 $\pm$ 6,3
Демонстративный	5,8 $\pm$ 1,7	5,3 $\pm$ 3,1	14,8 $\pm$ 2,5	12,3 $\pm$ 4,0
Застревающий	20,1 $\pm$ 3,0	17,2 $\pm$ 2,3	4,2 $\pm$ 1,4	2,9 $\pm$ 2,2
Педантичный	18,2 $\pm$ 2,8	13,4 $\pm$ 2,8	3,8 $\pm$ 1,4	2,5 $\pm$ 2,1
Отсутствует акцентуация	4,0 $\pm$ 1,4	–	7,8 $\pm$ 1,9	–

Согласно представленным в табл. 3 данным, в группе 1 наибольшее число пациентов имели застревающий (20,1  $\pm$  3,0%), педантичный (18,2  $\pm$  2,8%), циклотимный (11,4  $\pm$  2,3%), экзальтированный (11,1  $\pm$  2,2%), эмотивный (10,6  $\pm$  2,3%) типы акцентуации характера; в группе 2 – дистимный (16,5  $\pm$  2,7%), демонстративный (14,8  $\pm$  2,5%), возбудимый (12,9  $\pm$  2,4%), экзальтированный (12,2  $\pm$  2,3%), тревожно-боязливый (10,7  $\pm$  2,2%) типы акцентуации. Выборка данных извлечена из совокупности, распределенной по нормальному

признаку (рассчитанный  $\chi^2$  – в пределах 1,89-2,78 и не превышает теоретический,  $p < 0,05$ ). Установлена статистически достоверная выраженность в баллах в группе 1 застревающего ( $t = 80,83, p < 0,05$ ), педантичного ( $t = 61,22, p < 0,05$ ), циклотимного ( $t = 26,94, p < 0,05$ ), эмотивного ( $t = 26,84, p < 0,05$ ) типов, а в группе 2 – дистимного ( $t = 65,75, p < 0,05$ ), демонстративного ( $t = 27,33, p < 0,05$ ), возбудимого ( $t = 23,56, p < 0,05$ ), тревожно-боязливого ( $t = 25,00, p < 0,05$ ) типов.

Таким образом, для группы 1 характерны следующие общие психологические черты с учетом представленных акцентуаций характера: занудливость, формализм, чрезмерная чувствительность, обидчивость, подозрительность, неразговорчивость, частая

смена настроения, периодическая потеря работоспособности, тяжкое переживание неудач и жизненных катаклизмов; для группы 2 – замедленность мышления, немногословность, неповоротливость, конфликтность, эгоизм, самоуверенность, раздражительность, выносливость, склонность к хамству и брани, но также робость, нерешительность, самобичевание.

Результаты опроса пациентов с помощью опросника для выявления и оценки невротических состояний разделили на три категории: психическая дезадаптация (менее -1,28), неустойчивая психическая адаптация (от -1,28 до 1,28), стабильная адаптация (выше 1,28). В табл. 4 представлено распределение пациентов по категориям и шкалам согласно данным проведенного опроса.

**Таблица 4. Распределение пациентов по шкалам опросника для выявления и оценки невротических состояний**

**Table 4. Breakdown of patients as per questionnaire scores in order to detect and assess neurotic disorders**

Шкала	Группа 1			Группа 2		
	психическая дезадаптация	неустойчивая адаптация	стабильная адаптация	психическая дезадаптация	неустойчивая адаптация	стабильная адаптация
	P ± Iβ, %					
Тревоги	10,6 ± 2,2	6,7 ± 1,8	82,7 ± 2,7	15,8 ± 2,6	5,7 ± 1,7	78,5 ± 2,9
Невротической депрессии	22,0 ± 3,0	25,2 ± 3,2	52,8 ± 3,6	13,9 ± 1,3	36,6 ± 3,4	49,5 ± 3,6
Астении	21,1 ± 2,9	13,6 ± 2,5	65,3 ± 3,4	12,1 ± 2,3	9,4 ± 2,1	78,5 ± 2,9
Истерического типа реагирования	12,9 ± 2,4	5,2 ± 1,6	81,9 ± 2,8	17,1 ± 2,7	11,9 ± 2,3	71,0 ± 0,4
Обсессивно-фобических нарушений	19,3 ± 2,8	19,3 ± 2,8	61,4 ± 3,5	25,5 ± 3,1	24,0 ± 3,1	50,5 ± 3,6
Вегетативных нарушений	29,5 ± 3,3	14,1 ± 2,5	56,4 ± 3,6	26,0 ± 3,1	12,6 ± 2,4	61,4 ± 3,5

В обеих группах большинство составляют пациенты с психической дезадаптацией по шкале вегетативных нарушений, но различия между группами статистически не достоверны ( $\chi^2 = 1,21, p > 0,05$ ). В группе 1 статистически достоверно выражено большее число дезадаптированных пациентов по шкалам невротической депрессии ( $\chi^2 = 9,15, p < 0,01$ ), астении ( $\chi^2 = 11,59, p < 0,01$ ). В группе 2 – по шкалам обсессивно-фобических нарушений ( $\chi^2 = 4,45, p < 0,05$ ), тревоги ( $\chi^2 = 4,75, p < 0,05$ ). Различия по шкале истерического типа реагирования ( $\chi^2 = 2,8, p > 0,05$ ) статистически не достоверны.

В табл. 5 представлено распределение пациентов по уровню тревоги по результатам опроса по шкале тревоги Д. Тейлора.

Согласно данным, представленным в табл. 5, в группе 1 статистически достоверно преобладал средний уровень тревоги ( $\chi^2 = 25,97, p < 0,01$ ), в то время как в группе 2 – высокий уровень ( $\chi^2 = 13,86, p < 0,01$ ). Различия по другим градациям статистически не достоверны. Среднее значение баллов по шкале тревоги: группа 1 –  $19,8 \pm 3,2$ , группа 2 –  $24,4 \pm 2,6$ . По количеству баллов зафиксировано статистически достоверное преобладание в группе 2 над группой 1.

Установлены заметная корреляционная связь между числом пациентов с акцентуациями харак-

**Таблица 5. Распределение пациентов по шкале тревоги Тейлора**

**Table 5. Breakdown of patients as per Taylor Manifest Anxiety Scale**

Шкала	Группа 1	Группа 2
	P ± Iβ, %	
Очень высокий уровень тревоги (41-50 баллов)	0	3,0 ± 1,2
Высокий уровень тревоги (26-40 баллов)	11,4 ± 2,3	21,0 ± 2,9
Средний высокий уровень тревоги (16-25 баллов)	73,8 ± 3,1	56,7 ± 3,5
Средний низкий уровень тревоги (6-15 баллов)	11,6 ± 2,3	11,4 ± 2,3
Низкий уровень тревоги (0-5 баллов)	0,5 ± 0,5	2,7 ± 1,2
Высокий уровень лжи	2,7	5,2

тера и уровнем психической адаптации ( $\phi = 0,6754; p < 0,05$ ) и высокая корреляционная связь между уровнем психической адаптации и выраженностью клинической симптоматики в обеих группах ( $\phi = 0,7564; p < 0,05$ ).

## Заключение

Установлено, что в целом группа 1 (больные саркоидозом) характеризуется как частым бессимптомным течением, так и частым проявлением болевого синдрома (неприятные болевые ощущения

в грудной клетке), узловатой эритемы, интоксикационного синдрома с выраженной общей слабостью, дыхательной недостаточностью у больных. Выраженность одышки по шкале Борга в пределах 1-3. При использовании опросника Шмишека выявлены наиболее частые типы: застревающий, педантичный, циклотимный, экзальтированный, эмотивный. Весьма характерны следующие общие психологические черты с учетом представленных акцентуаций характера: занудливость, формализм, чрезмерная чувствительность, обидчивость, подозрительность, неразговорчивость, частая смена настроения, периодическая потеря работоспособности, тяжкое переживание неудач и жизненных катаклизмов. При применении клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний определяется наибольший компонент в категории психической дезадаптации по шкалам: вегетативные нарушения, невротическая депрессия, астения. Уровень тревоги по шкале Тейлора значительно чаще средний высокий, на втором месте – высокий и средний низкий.

Пациенты группы 2 характеризуются частым проявлением синдрома поражения бронхиального дерева, дыхательной недостаточностью. Выраженность одышки по шкале Борга в пределах 4-7-го уровня. При использовании опросника Шмишека выявлены наиболее частые типы: дистимный,

демонстративный, возбудимый, экзальтированный, тревожно-боязливый. Характерны следующие общие психологические черты с учетом представленных акцентуаций характера: замедленность мышления, немногословность, неповоротливость, конфликтность, эгоизм, самоуверенность, раздражительность, выносливость, склонность к хамству и брани, но также робость, нерешительность, самобичевание. При применении клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний определяется наибольший компонент в категории психической дезадаптации по шкалам: вегетативные нарушения, обсессивно-фобические нарушения, истерия. Уровень тревоги по шкале Тейлора значительно чаще средний высокий, на втором месте – высокий, на третьем – средний низкий.

Полученные данные свидетельствуют о том, что клиническая симптоматика исследуемых заболеваний, а также уровни тревоги и психической адаптации данных пациентов тесно взаимосвязаны со свойственным им типом акцентуации характера, что необходимо учитывать при взвешенном подходе к назначению симптоматической терапии и решению вопроса об активизации психологической реабилитации на этапе активной медикаментозной терапии.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов / Москва-Воронеж: Московский психолого-социальный институт, 2002. – С. 310-314.
2. Гурьева М. Э. Сравнительные исследования КЖ больных саркоидозом с использованием опросника ВОЗ «КЖ-100» и Интернет-технологий // Казанский мед. журнал. – 2004. – № 1. – С. 11-19.
3. Золотарева Л. В., Меркулова Н. В., Логуткова М. А., Золотарев Ю. В. Факторы риска заболевания туберкулезом лиц, находящихся в пенитенциарных учреждениях // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 2007. – № 5. – С. 18-22.
4. Золотова Н. В., Сиресина Н. Н., Стрельцов В. В. Исследование распространенности форм агрессии у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2007. – № 9. – С. 16-19.
5. Кузьмишин Л. Е. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Мед.-социал. экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 1. – С. 53-54.
6. Листопадова М. В., Пунин А. А., Кузьменков А. Ю., Ерченко С. В. Анализ психологического состояния больных саркоидозом // Врач-аспирант. – 2014. – № 2.1. – С. 151-155.
7. Пьянзова Т. В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких // Бюл. сибирской медицины. – 2012. – № 6. – С. 216-218.
8. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога. М.: Владос, 1996. – С. 64-68.
9. Серов В. В., Пауков В. С. Воспаление. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995. – С. 17-18.
10. Сухова Е. В. Копинг-стратегии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и направления психосоциальной коррекции // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 2. – С. 28-33.
11. Сухова Е. В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2004. – № 10. – С. 34-36.
12. Трифонова Н. Ю., Стаханов В. А., Полунина Н. В. Медико-социальные и психологические аспекты заболеваемости населения туберкулезом в современных условиях // Рос. мед. журнал. – 2005. – № 5. – С. 9-11.

#### REFERENCES

1. Bleykher V.M., Kruk I.V., Bokov S.N. *Klinicheskaya patopsikologiya: Rukovodstvo dlya vrachey i klinicheskikh psikhologov*. [Clinical Pathologic Psychology. Guidelines for doctors and clinical psychologists]. Moscow, Voronezh, Moskovsky Psikhologo-Sotsialny Institut Publ., 2002, pp. 310-314.
2. Guryeva M.E. Comparative analysis of life quality of sarcoidosis patients using I.Q-100 WHO questionnaire and Internet technology. *Kazansky Med. Journal*, 2004, no. 1, pp. 11-19. (In Russ.)
3. Zolotareva L.V., Merkulova N.V., Logutkova M.A., Zolotarev Yu.V. Risk factors of developing tuberculosis in those staying in the penitentiary system. *Epidemiol. i Infekts. Bolezni*, 2007, no. 5, pp. 18-22. (In Russ.)
4. Zolotova N.V., Siresina N.N., Streltsov V.V. Investigation of prevalence of aggression forms in new pulmonary tuberculosis patients. *Probl. Tub.*, 2007, no. 9, pp. 16-19. (In Russ.)
5. Kuzmishin L.E. The need of psychological management in patients suffering from pulmonary tuberculosis. *Med.-Sotsial. Ekspertiza i Reabilitatsiya*, 2006, no. 1, pp. 53-54. (In Russ.)
6. Listopadova M.V., Punin A.A., Kuzmenkov A.Yu., Erchenko S.V. Analysis of the psychological state in sarcoidosis patients. *Vrach Aspirant*, 2014, no 2.1., pp. 151-155. (In Russ.)
7. Pyanzova T.V. Psychological predictors of low compliance of new pulmonary tuberculosis patients. *Bull. Sibirskoy Meditsiny*, 2012, no. 6, pp. 216-218. (In Russ.)
8. Rogov E.I. *Nastolnaya kniga prakticheskogo psikhologa*. [Handbook of practicing psychologist]. Moscow, Vlados Publ., 1996, pp. 64-68.
9. Serov V.V., Paukov V.S. *Vospaleniye: Rukovodstvo dlya vrachey*. [Inflammation. Doctors' guidelines]. Moscow, Meditsina Publ., 1995, pp. 17-18.
10. Sukhova E.V. Coping strategies in those suffering with fibrous cavernous tuberculosis and psycho-social correction. *Tub. i Bolezni Legkikh*, 2014, no. 2, pp. 28-33. (In Russ.)
11. Sukhova E.V. The need of psychological management in patients suffering from pulmonary tuberculosis. *Probl. Tub.*, 2004, no. 10, pp. 34-36. (In Russ.)
12. Trifonova N.Yu., Stakhanov V.A., Polunina N.V. Medical, social and psychological aspects of tuberculosis incidence in the population under current situation. *Ros. Med. Journal*, 2005, no. 5, pp. 9-11. (In Russ.)

13. Чушкин М. И., Мандрыкин Ю. В., Ярцев С. С. и др. Качество жизни у лиц, излеченных от туберкулеза легких // Пульмонология. – 2010. – № 2. – С. 88-90.
14. Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клини. и мед. психология: практическое руководство. – М.: Медицина, 1998. – С. 545-552.
15. Baydur A., Alavy B., Nawathe A. et al. Fatigue and plasma cytokine concentrations at rest and during exercise in patients with sarcoidosis // Clin. Respir. J. – 2011. – Vol. 5, № 3. – P. 156-164.
16. Hinz A., Brähler E., Möde R. et al. Anxiety and depression in sarcoidosis: the influence of age, gender, affected organs, concomitant diseases and dyspnea // Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis. – 2012. – Vol. 29, № 2. – P. 139-146.
17. Isaac M. L., Larson E. B. Medical conditions with neuropsychiatric manifestations // Med. Clin. North Am. – 2014. – Vol. 98, № 5. – P. 1193-1208.
18. Kapoor S. Psychosis: a rare but serious psychiatric anomaly in patients with sarcoidosis // Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis. – 2014. – Vol. 31, № 1. – P. 76-77.
19. Pandey S., Muchopadhyay S., Iannuzzi M. C. et al. New brain lesions in a patient with sarcoidosis: is it neurosarcoidosis? // Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis. – 2014. – Vol. 31, № 1. – P. 62-66.
20. Sheridan J.F., Dobbs C., Brown D. et al. Psychoneuroimmunology: stress effects on pathogenesis and immunity during infection // Clin. Microbiol. Rev. – 1994. – Vol. 7, № 2. – P. 200-212.
13. Chushkin M.I., Mandrykin Yu.V., Yartsev S.S. et al. Life quality of those cured of tuberculosis. *Pulmonologiya*, 2010, no. 2, pp. 88-90. (In Russ.)
14. Yakhin K.K., Mendelevich D.M. *Klinicheskiy oprosnik dlya vyavleniya i otsenki nevroticheskikh sostoyaniy. Klin. i med. psikhologiya: prakticheskoe rukovodstvo*. [Clinical questionnaire for detection and assessment of neurotic disorders. Clinical and medical psychology: practical guidelines]. Moscow, Meditsina Publ., 1998, pp. 545-552.
15. Baydur A., Alavy B., Nawathe A. et al. Fatigue and plasma cytokine concentrations at rest and during exercise in patients with sarcoidosis. *Clin. Respir. J.*, 2011, vol. 5, no. 3, pp. 156-164.
16. Hinz A., Brähler E., Möde R. et al. Anxiety and depression in sarcoidosis: the influence of age, gender, affected organs, concomitant diseases and dyspnea. *Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis.*, 2012, vol. 29, no. 2, pp. 139-146.
17. Isaac M.L., Larson E.B. Medical conditions with neuropsychiatric manifestations. *Med. Clin. North Am.*, 2014, vol. 98, no. 5, pp. 1193-1208.
18. Kapoor S. Psychosis: a rare but serious psychiatric anomaly in patients with sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis.*, 2014, vol. 31, no. 1, pp. 76-77.
19. Pandey S., Muchopadhyay S., Iannuzzi M.C. et al. New brain lesions in a patient with sarcoidosis: is it neurosarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis.*, 2014, vol. 31, no. 2, pp. 62-66.
20. Sheridan J.F., Dobbs C., Brown D. et al. Psychoneuroimmunology: stress effects on pathogenesis and immunity during infection. *Clin. Microbiol. Rev.*, 1994, vol. 7, no. 2, pp. 200-212.

## ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Черников Александр Юрьевич**

ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Комитета здравоохранения Курской области, кандидат медицинских наук, врач-пульмонолог, 305000, Курская область, г. Курск, ул. Черняховского, д. 50А. Тел./факс: 8 (4712) 37-00-25, 8 (4712) 37-00-25. E-mail: ale-cherny@yandex.ru

**Землянских Любовь Григорьевна**

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фтизиопульмонологии, 305041, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3. Тел./факс: 8 (4712) 24-16-49, 8 (4712) 24-16-49. E-mail: lub-zem@mail.ru

## FOR CORRESPONDENCE:

**Aleksandr Yu. Chernikov**

Regional Clinical TB Dispensary, Health Committee of Kursk Region, Candidate of Medical Sciences, Pulmonologist, 50A, Chernyakhovskaya St., Kursk, Kursk Region, 305000 Phone/Fax: +7 (4712) 37-00-25; +7 (4712) 37-00-25. E-mail: ale-cherny@yandex.ru

**Lyubov G. Zemlyanskikh**

Kursk State Medical University, Candidate of Medical Sciences, Assistant of Phthiopulmonology Department, 3, Karla Marksa St., Kursk, 305041. Phone/Fax: +7 (4712) 24-16-49; +7 (4712) 24-16-49. E-mail: lub-zem@mail.ru

Поступила 07.07.2016

Submitted as of 07.07.2016