

DOI: 10.25629/HC.2026.08.09

УДК: 159.9

БАК: 5.3.1 Общая психология, психология личности, история психологии

**Эльзессер Анастасия Сергеевна**, кандидат психологических наук, Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, AuthorID: 926450; ORCID: 0000-0002-3833-0502, [der\\_falter@mail.ru](mailto:der_falter@mail.ru)

**Кадыров Руслан Васитович**, кандидат психологических наук, доцент, Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, AuthorID: 334172; ORCID: 0000-0002-3778-5548

**Капустина Татьяна Викторовна**, кандидат психологических наук, доцент, Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, AuthorID: 774382; ORCID: 0000-0001-9833-8963, [12\\_archetypesplus@mail.ru](mailto:12_archetypesplus@mail.ru)

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАРТИНА СУБЪЕКТИВНЫХ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

### Аннотация

В работе представлен результат исследования психологических характеристик и субъективных жалоб у пациентов с разными формами туберкулеза. В связи с тенденцией хронификации заболевания у части пациентов с туберкулезом, становится актуальным выявление психологических факторов, приводящих к самовольным, нецелесообразным перерывам в приеме препаратов и другим формам поведения пациента, снижающим эффективность лечения. В исследовании принимали участие 95 пациентов Краевого Приморского противотуберкулезного диспансера, в ходе исследования разделённых на три группы в зависимости от характера течения заболевания: I (n = 31) – пациенты с первичным туберкулезом; II (n = 35) – пациенты с хроническим туберкулезом; III (n = 29) – пациенты с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом с лекарственной устойчивостью. По результатам исследования было выявлено, что пациенты с первичным туберкулезом характеризуются подавленным эмоциональным фоном, тревожностью с соматическим проявлением общей утомляемости, нарушением пищеварения, отрицанием, инертностью в принятии решений или, наоборот, ипохондричностью проявлений, ожиданием осуждения от окружающих и опорой в виде стабильного места работы. Для пациентов с хроническим туберкулезом характерно преобладание беспокойства, которое выражается в подозрительности, ожидании по отношению к себе враждебности, трудности в принятии решений, выполнении плана лечения, многочисленные жалобы соматического характера. У ВИЧ-инфицированных пациентов с ЛУ-ТБ распространены переживания, связанные с телесной дисфункцией, что может отражать субъективное восприятие тяжести основного и сопутствующих заболеваний, распространены жалобы на расстройства сексуальной сферы, преобладает защитный механизм «компенсация», есть внутриличностный конфликт, который образуется в результате столкновения высокой самооценки и социальных притязаний с объективными ограничениями, накладываемых комплексом хронических заболеваний. Сделан вывод о том, что знание психологических характеристик и субъективных жалоб пациентов с туберкулезом позволит оптимизировать существующие подходы к повышению эффективности лечения, предотвращению осложнений из-за прерванной терапии.

### Ключевые слова

пациенты, туберкулез, ВИЧ, психологические характеристики, субъективные жалобы

**Elzesser A.S.**, candidate of psychological sciences, Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, AuthorID: 926450; ORCID: 0000-0002-3833-0502

**Kadyrov R.V.**, candidate of psychological sciences, Associate Professor, Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, AuthorID: 334172; ORCID: 0000-0002-3778-5548

**Kapustina T.V.**, candidate of psychological sciences, Associate Professor, Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, AuthorID: 774382; ORCID: 0000-0001-9833-8963

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SUBJECTIVE COMPLAINTS OF PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF TUBERCULOSIS

### Abstract

This article presents the results of a study of the psychological and subjective complaints of patients with various forms of tuberculosis. Chronic progression of the disease is becoming more common. Some patients with tuberculosis take arbitrarily and inappropriately interruptions in medication intake, which reduces the effectiveness of treatment. The study involved 95 patients of the Primorsky Regional Tuberculosis Dispensary. The sample was divided into three groups depending on the nature of the disease: Group I (n = 31) – patients with primary tuberculosis; Group II (n = 35) – patients with chronic tuberculosis; Group III (n = 29) – HIV-infected patients with drug-resistant tuberculosis. The study revealed that patients with primary tuberculosis are characterized by a depressed emotional background, anxiety with somatic manifestations of general fatigue, indigestion, denial, inertia in decision-making or, conversely, hypochondriacal manifestations, the expectation of condemnation from others, and support in the form of a stable place of work. Patients with chronic tuberculosis are characterized by a predominance of anxiety, expressed as suspiciousness, anticipation of hostility, difficulty making decisions, following treatment plans, and numerous somatic complaints. HIV-infected patients with DR-TB often experience experiences related to bodily dysfunction, which may reflect the subjective perception of the severity of the underlying and comorbid conditions. Complaints of sexual dysfunction are common, the "compensation" defense mechanism is predominant, and there is intrapersonal conflict arising from the clash of high self-esteem and social aspirations with the objective limitations imposed by a complex of chronic diseases. It is concluded that understanding the psychological and subjective complaints of patients with tuberculosis will allow for the optimization of existing approaches to increasing treatment effectiveness and preventing complications due to interrupted therapy.

### Keywords

patients, tuberculosis, HIV, psychological characteristics, subjective complaints

### Введение

К 2023 году в Российской Федерации показатель заболеваемости туберкулёзом составил 29,6 на 100 000 населения (Васильева и др., 2024), однако в Приморском крае в 2023 году этот показатель превышает среднероссийский в 2,3 раза и составляет 68,6 на 100 тысяч населения. С.Н. Шугаева (Шугаева и др., 2021) и соавторы указывают, что напряженность эпидемиологической ситуации по туберкулезу значительно возрастает за счет высокой заболеваемости среди

лиц с ВИЧ-инфекцией, крайне высокой скорости прогрессии коинфекции туберкулеза и ВИЧ-инфекции, фатального течения туберкулеза у данной когорты.

Актуальность изучения психологических характеристик лиц с туберкулезом, в том числе ВИЧ-инфицированных, обусловлена рядом поведенческих черт пациентов, которые могут осложнять выявление, лечение, предупреждение распространения туберкулеза. Так, низкая приверженность пациентов к лечению связана со сниженной мотивацией к сохранению здоровья и, вероятно, является одним из факторов хронизации туберкулезного процесса (Филиппов и др., 2019), риска незапланированной повторной госпитализации в течение 30 дней после выписки (Ye et al., 2023), приобретения штамма инфекции множественной лекарственной устойчивости (Xi et al., 2022). Временные перерывы в лечении, временная отмена того или иного препарата, несоблюдение сроков химиотерапии провоцирует селективный отбор устойчивых вариантов возбудителя<sup>2</sup>, приобретенная множественная лекарственная устойчивость туберкулеза увеличивает сроки лечения, что ещё больше осложняет дальнейшее формирование приверженности к лечению<sup>3</sup>. Ye X. и соавторы (Ye et al., 2023) подчеркивают, что формальное отношение пациентов к требованию изоляции от неинфицированных лиц, несвоевременное и позднее обращение за помощью обуславливает высокую эпидемическую опасность туберкулеза.

На сегодняшний день в литературе накоплены данные о взаимосвязи социально-психологических, культуральных и других факторов и применительно к динамике и эффективности лечения туберкулеза. У пациентов с туберкулезом описаны следующие психологические характеристики: признаки социально-психологической дезадаптации, страхи, аффективная неустойчивость, нарушение работоспособности, снижение качества жизни; ряд соматических жалоб: нарушения сна и моторики, возбудимость, истощаемость, расстройства пищеварительной и сердечно-сосудистой систем (Захарова & Фильштинская, 2020). Симптомы депрессивных и тревожных расстройств отмечаются, по разным данным, среди 40-60% пациентов с туберкулезом (Liu et al., 2022), причем частота депрессивного эпизода достоверно выше, чем в популяции без туберкулеза (23,7% против 6,8%,  $p < 0,001$ ) (Koynagi et al., 2017). Депрессивность и тревожность ассоциированы с увеличением трудностей в уходе за собой (Koynagi et al., 2017), со значительным ухудшением состояния здоровья: более низкими показателями клеточного иммунитета и более выраженной воспалительной реакцией (Liu et al., 2022) и в целом с отрицательными результатами лечения туберкулеза, такими как смерть и потеря пациента для последующего наблюдения (Ruiz-Grosso et al., 2020). Особенно высокая распространённость тревожно-депрессивной симптоматики (60–80 %) отмечена у пациентов с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) (Liu et al., 2022). При этом зарубежные исследования связывают психические нарушения у данной группы как с побочными эффектами противотуберкулёзных препаратов (в частности, циклосерина) (Alene et al., 2018; Cao et al., 2019), так и с психологическими факторами: недостаточной осведомлённостью о болезни, низкой психологической устойчивостью, слабой семейной поддержкой и длительным курсом лечения (Li et al., 2024).

В настоящее время остаётся недостаточно изученным вопрос о специфических психологических профилях и характере субъективных жалоб пациентов в зависимости от формы заболевания туберкулезом, поскольку эти показатели могут различаться у пациентов с хроническим течением заболевания или дополнительными усугубляющими факторами, такими как лекарственно устойчивая форма туберкулеза и ВИЧ-положительный статус. Как правило, пациенты с туберкулёзом или рассматриваются в пределах одной когорты (Захарова & Фильштинская, 2020; Liu et al., 2022; Ruiz-Grosso et al., 2020; Li et al., 2024), также различные параметры у

<sup>2</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации. (2024). Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых». С. 9.

<sup>3</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации. (2024). Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых». С. 14.

пациентов с ТБ могут сравниваться с показателями здоровых лиц (Koynagi et al., 2017), пациентов с МЛУ-ТБ (Ye et al., 2023; Alene et al., 2018; Cao et al., 2019), пациентов с ТБ и ВИЧ-инфекцией (Kedthongma et al., 2026; Peltzer et al., 2012). При этом мы не смогли обнаружить работ, в которых одновременно сравнивались бы три клинически значимые группы: пациенты с впервые диагностированным туберкулёзом, пациенты с хроническим туберкулёзом, пациенты с лекарственно-устойчивым туберкулезом (ЛУ-ТБ) в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Гипотеза исследования состоит в том, что психологические и субъективные жалобы пациентов с разными формами заболевания туберкулезом различаются.

Цель настоящего эмпирического исследования – выявить психологические характеристики и субъективные жалобы среди групп пациентов с туберкулезом: 1) пациенты с первичным туберкулезом, 2) пациенты с хроническим туберкулезом, 3) ВИЧ-инфицированные пациенты с лекарственно-устойчивым туберкулезом.

## Организация и проведение исследования

Эмпирическая группа представлена 95 пациентами Краевого Приморского противотуберкулезного диспансера, в возрасте от 27 до 56 лет, из них 29 женщины, 64 мужчины, в ходе исследования разделённая на три группы в зависимости от характера течения заболевания: I (n = 31) – пациенты с первичным туберкулезом; II (n = 35) – пациенты с хроническим туберкулезом; III (n = 29) – пациенты с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом с лекарственной устойчивостью.

Большинство пациентов имеют среднее профессиональное образование (n = 65) и трудоустроены (n = 52), работают в среднем 2,2 года на последней должности, находятся в диспансерном отделении на учете в среднем 2,9 лет. Следует отметить, что при предварительном анкетировании пациенты, как правило, затруднялись с ответом, с какого года у них поставлен диагноз туберкулёза.

Батарея психодиагностических методик была отобрана в соответствии с целью и гипотезой исследования, при этом предпочтение было отдано диагностируемым характеристикам, исследование которых в контексте туберкулезного заболевания проводилось редко или не проводилось вовсе. Для исследования психологических характеристик использовались Тест смысловых жизненных ориентаций Д. А. Леонтьева (в адаптации М.С. Яницкого, А.В. Серого) и опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Р. Конте (в адаптации Л.И. Вассермана и др.) (Вассерман и др., 2005). Для исследования субъективных жалоб применялись следующие методики. Гиссенский опросник психосоматических жалоб пациентов E. Brähler, A. Hinz, J. W. Scheer (в адаптации В. А. Абабкова и соавт.), предназначенный для оценки психосоматических процессов, в том числе у пациентов с органическими заболеваниями (Brähler et al., 2008); Симптоматический опросник SCL-90-R (в адаптации Н. В. Тарабриной), разработанный для оценки общей психопатологии на основе самоотчетов и включающий шкалу соматизации (Золотарева, 2023); Симптоматический опросник невротических расстройств Е. Александровича, предназначенный для оценки состояний и особенностей личности, потенциально значимых для генеза неврозов и психосоматических расстройств.

При статистической обработке данных для установления различий между группами применялся непараметрический критерий Краскела-Уоллиса, для оценки степени выраженности различий проводилось сравнение медианных значений групп. Критерий Краскела-Уоллиса относится к непараметрическим методам математической статистики, не требует сравнения полученного эмпирического распределения с нормальным, позволяет установить значимые различия в уровне исследуемого признака одновременно между тремя группами и пригоден для сравнения показателей методик, измеряемых в порядковой шкале (Сидоренко, 2007). Уровень значимости составлял  $p \leq 0,05$ . Все подсчеты выполнялись в программе Statistica 10.0.

## Результаты и их обсуждение

Статистический анализ с применением Н-критерия Краскела-Уоллиса и сравнения медианных значений групп позволил выявить различия в трех группах по ряду психологических характеристик и по предъявлению ими субъективных жалоб. Ниже представлены описание и интерпретация показателей, по которым выявлены различия между группами. Интерпретация полученных различий носит гипотетический характер в силу одномоментного дизайна исследования. В таблице 1 представлены значимые результаты по шкалам опросника SCL-90-R (в адаптации Н.В. Тарабриной).

Таблица 1 – Значимые различия психопатологической симптоматики по опроснику SCL-90-R в зависимости от формы заболевания туберкулезом

| Шкалы                             | Пациенты с первичным туберкулезом<br>Me (медиана) | Пациенты с хроническим туберкулезом<br>Me (медиана) | Пациенты с ВИЧ-инфекцией и ЛУ-ТБ<br>Me (медиана) | Значения медианы после вторичной обработки перв/хрон/ВИЧ |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Тревожность                       | 24 (2,4)                                          | 9 (0,9)                                             | 11 (1,1)                                         | выс/норм/норм                                            |
| Паранойяльные тенденции           | 7 (1,17)                                          | 12 (2,0)                                            | 7 (1,17)                                         | норм/выс/норм                                            |
| Соматизация                       | 18 (1,5)                                          | 10 (0,83)                                           | 14 (1,17)                                        | выс/норм/выс                                             |
| Обсессивно-компульсивные симптомы | 16 (1,6)                                          | 17 (1,7)                                            | 9 (0,9)                                          | выс/выс /норм                                            |
| Межличностная сензитивность       | 17 (1,89)                                         | 11 (1,22)                                           | 10 (1,11)                                        | выс/норм/норм                                            |

Примечание: в скобках указана нормализация медианных значений, согласно используемой методике и нормам Н.В. Тарабриной

Как видно из таблицы 1, среди пациентов с первичным туберкулезом наиболее широко представлена тревожность, связанная с ожиданием неблагоприятного развития событий, чем среди пациентов, чье заболевание перешло в хроническую и лекарственно устойчивую формы ( $N = 55,09$ ;  $p < 0,001$ ). Низкий уровень тревожности среди пациентов с хронической формой заболевания и пациентов с ЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекцией может быть связан как с адаптацией пациентов к условиям длительного заболевания, так и с особенностями их отношения к болезни, которые могут располагать к меньшей приверженности лечению.

Среди пациентов с хроническим туберкулезом наиболее распространены и выражены паранойяльные тенденции ( $N = 42,43$ ;  $p < 0,001$ ), которые проявляются в недоверии, склонности подозревать враждебные намерения у окружения (желание унижить, отнять различные блага и проч.) и готовности защищаться.

Дистресс, связанный с ощущением телесной дисфункции (шкала Соматизация) отмечается как среди пациентов с первичным туберкулезом, так и среди ВИЧ-инфицированных пациентов с ЛУ-ТБ ( $N = 46,82$ ;  $p < 0,001$ ). Эти признаки могут быть соматическим отражением тревоги, связанной с отношением к болезни у пациентов с впервые выявленным туберкулезом, а для группы пациентов с ВИЧ-инфекцией и ЛУ-ТБ отражать тенденции к подавлению тревоги, проявлением её через телесные ощущения. Кроме того, пациенты с ВИЧ-инфекцией и ЛУ-ТБ могут остро переживать свои телесные недомогания, в случае, если они мешают им реализовать их высокий уровень притязаний (см. ниже в табл.5). Среди пациентов с хроническим туберкулезом шкала Соматизации практически не представлена, что может объясняться сравнительно длительным диспансерным наблюдением (в среднем 2,5 года) и преобладанием психологической защиты «Отрицание».

Обсессивно-компульсивные симптомы представлены среди респондентов с впервые выявленным и хроническим туберкулезом ( $N = 42,85$ ;  $p < 0,001$ ) и выражаются в навязчивых, многократно возникающих в сознании пациента содержаниях, которые могут затрагивать как интеллектуально-аффективную, так и двигательную сферу. Следует отметить, что подобные симптомы сопровождаются тягостным ощущением принудительности, воспринимаются как неправильные, утомительные и сами по себе могут вызывать опасения и беспокойство пациента, что может вносить вклад в тревожность лиц с первичным туберкулезом и паранойяльную подозрительность лиц с хроническим туберкулезом.

Межличностная сензитивность представлена среди пациентов с впервые выявленным туберкулезом и отражает тенденции к самоосуждению, особенно в сравнении с другими людьми ( $N = 22,15$ ;  $p < 0,001$ ). Можно предположить, что формальные коммуникации этой части пациентов сопровождаются беспокойством и заметным дискомфортом: например, у пациента возникают опасения взаимодействия с врачом, он может бояться столкнуться с непониманием и осуждением.

Гиссенский опросник психосоматических жалоб Е. Brähler, A. Hinz, J. W. Scheer (в адаптации В. А. Абабкова и соавт.) показал широкое разнообразие и интенсивность жалоб, в наибольшей степени у пациентов с хронической формой туберкулеза (табл. 2). Пациенты с первичным туберкулезом преимущественно обеспокоены общей потерей сил, утомляемостью, как и пациенты с ВИЧ-инфекцией и ЛУ-ТБ, которые также сообщают, что испытывают недомогания в сосудистой сфере.

Таблица 2 – Значимые различия психопатологической симптоматики по Гиссенскому опроснику жалоб в зависимости от формы заболевания туберкулезом

| Характер жалоб       | Объемы сравниваемых выборок перв/хрон/ЛУ-ТБ и ВИЧ | Значение Краскела-Уоллиса, $N$ | Уровень достоверности ( $p$ -level) | Значение медианы в сравниваемых группах перв/хрон/ВИЧ |
|----------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Желудочные жалобы    | 31/35/29                                          | 27,04                          | $< 0,001$                           | 10/16/9                                               |
| Ревматический фактор | 31/35/29                                          | 32,77                          | $< 0,001$                           | 9/19/7                                                |
| Сердечные жалобы     | 31/35/29                                          | 13,74                          | $< 0,01$                            | 5/17/16                                               |

Сравнение распространенности психосоматических жалоб в зависимости от формы заболевания туберкулезом показали статистически достоверное преобладание жалоб у пациентов с хронической формой заболевания. Выявлены различия в жалобах на желудочные недомогания (эпигастральный синдром), болезненные ощущения алгического или спастического характера, недомогания в сердечно-сосудистой сфере. Это может объясняться тем, что пациенты с хроническим туберкулезом ранее показали высокую выраженность обсессивно-компульсивных симптомов (табл. 1), что может проявляться в повышенном внимании к тревожащим сигналам телесного недомогания, таким как неравномерное сердцебиение или боль в животе.

Симптоматический опросник невротических расстройств Е. Александровича показал статистически достоверные различия в распространенности симптоматики расстройств у групп с первичным ( $n = 31$ ), хроническим ( $n = 35$ ) и лекарственно-устойчивым туберкулезом с ВИЧ-инфекцией ( $n = 29$ ), что отражено в таблице 3. Нашли подтверждение данные, что в группах пациентов с первичным туберкулезом и с хроническим туберкулезом широко распространено переживание внутреннего напряжения и беспокойства. При этом, как отмечалось выше, у второй группы беспокойство проецируется на окружение, проявляясь в виде недоверия, ожиданий враждебности и в целом паранойяльных тенденций. Следует отметить, что высокий уровень беспокойства в связи с болезнью значимо представлен лишь в группе пациентов с первичным

туберкулезом, тогда как пациенты с хроническим туберкулезом и пациенты с ЛУ-ТБ и ВИЧ демонстрируют низкий уровень озабоченности собственным здоровьем. Это может объясняться как адаптацией к болезни, так и активностью психологических защит. Так, в группе пациентов с хроническим туберкулезом чаще встречались Отрицание и Регрессия, у пациентов с ЛУ-ТБ и ВИЧ – Отрицание и Компенсация (табл. 4).

Таблица 3 – Значимые различия симптоматики невротических расстройств в зависимости от формы заболевания туберкулезом

| Характер жалоб               | Объемы сравниваемых выборок | Значение Краскела-Уоллиса, H | Уровень достоверности (p-level) | Значение медианы в сравниваемых группах перв/хрон/ВИЧ |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Беспокойство, напряжение     | 31/35/29                    | 21,13                        | < 0,001                         | 45/41/21                                              |
| Сексуальные расстройства     | 31/35/29                    | 14,49                        | < 0,01                          | 20/29/33                                              |
| Психастенические нарушения   | 31/35/29                    | 14,76                        | < 0,01                          | 25/34/22                                              |
| Ипохондрические расстройства | 31/35/29                    | 24,52                        | < 0,001                         | 28/18/15                                              |

Среди пациентов с хронической формой туберкулеза представлено снижение энергетического потенциала и психических функций, что может проявляться в сомнениях, затруднениях принятия решений и затруднениях в выполнении действий, в том числе врачебных рекомендаций. Во всей выборке часть пациентов испытывают трудности при осуществлении сексуальной жизни, при этом доля нарушений выше среди пациентов с хронической формой заболевания и пациентов с ЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекцией.

Методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Г. Келлерман и Х.Р. Конте (в адаптации Л.И. Вассермана и др.) позволяет косвенно оценить наличие внутриличностного конфликта, свидетельствующего о дезадаптации, по активности примитивных психологических защит, призванных минимизировать негативные переживания, угрожающие мысли, разочарование и тревогу (табл. 4). Как видно из таблицы 4, выявлены различия в выборках по ряду наиболее распространенных в группах психологических защит.

Наибольшая интенсивность и активность психологических защит наблюдается у пациентов с хроническим туберкулезом, в меньшей степени – у пациентов с впервые установленным диагнозом «туберкулез» и у пациентов с ВИЧ-инфекцией и ЛУ-ТБ.

В целом, следует отметить выраженность у пациентов с туберкулезом первичных (примитивных) защитных механизмов психики. Это может отражать определенную личностную незрелость некоторых пациентов и их привычный репертуар, но также указывает на то, что хроническое заболевание может переживаться как травмирующий опыт, от которого психика защищается через искажение восприятия реальности (отрицание и вытеснение). Наличие вторичных психологических защит (компенсация, регрессия, интеллектуализация) у части пациентов может быть связано с более низкой тревогой и беспокойством, наличием у них опор в виде включенности в семейные и другие социальные отношения, постоянной работы и других активностей, обеспечивающих психическую поддержку (Agbeko et al., 2022).

Таблица 4 – Значимые различия психологических защит у пациентов с разными формами заболевания туберкулезом

| Защитный механизм  | Объемы<br>сравниваемых<br>выборок<br>перв/хрон/ВИЧ | Значение<br>Краскела-<br>Уоллиса, H | Уровень<br>достоверности<br>(p-level) | Значение<br>медианы в<br>сравниваемых<br>группах<br>перв/хрон/ВИЧ |
|--------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Отрицание          | 31/35/29                                           | 14,97                               | < 0,001                               | 4/8/5<br>в процентилях:<br>50/90/61                               |
| Компенсация        | 31/35/29                                           | 6,98                                | < 0,05                                | 3/5/6<br>в процентилях:<br>63/88/95                               |
| Вытеснение         | 31/35/29                                           | 9,24                                | < 0,01                                | 6/6/4<br>в процентилях:<br>87/87/63                               |
| Регрессия          | 31/35/29                                           | 36,35                               | < 0,001                               | 8/7/4<br>в процентилях:<br>88/85/53                               |
| Интеллектуализация | 31/35/29                                           | 29,96                               | < 0,001                               | 7/5/3<br>в процентилях:<br>76/42/17                               |

В группе пациентов с впервые поставленным диагнозом наблюдается разнообразие активных психологических защит, которое отражает индивидуальные реакции психики на впервые поставленный диагноз туберкулеза как на тяжелую жизненную ситуацию (Хрусталева, 2022): вытеснение, регрессия и интеллектуализация. Вытеснение как защитный механизм предполагает устранение из сознания травмирующей информации. Пациент с активной психологической защитой через вытеснение может испытывать трудности осознания и запоминания аспектов лечения, например, планомерного приема лекарств или прохождения процедур: субъективная значимость такой информации может снижаться. При регрессии личность в сложившейся жизненной ситуации заменяет решение субъективно сложных задач на относительно более простые и доступные (Вассерман и др., 2005). Один из возможных вариантов, пациент с впервые выявленным туберкулезом и активной регрессией может откладывать решение наиболее неудобных, субъективно затратных методов лечения. Пациенты с активной защитой интеллектуализация достигают снижения психического напряжения за счет теоретизирования, абстрагирования, принятия определённых когнитивных установок. Уровень адаптивности личности, использующей интеллектуализацию, определяется индивидуальным выбором пациента. Так, интеллектуализация может стать философским способом преодоления трудностей и способствовать лечению, если пациент решит принять диагноз и следовать плану лечения. В другом случае, при расхождении убеждений с фактами, использование интеллектуализации снижает адаптивность пациента, становится приёмом самоманипулирования: пациент объясняет себе, почему следует саботировать диагностические данные и назначения врача.

Обращает на себя внимание, что в группе пациентов с хроническим туберкулезом широко представлены и выражены психологические защиты отрицание ( $M_e=8$ ) и регрессия ( $M_e=7$ ), у меньшей доли пациентов активны вытеснение и компенсация. Отрицание – защитный механизм, приводящий к дезадаптивному поведению пациента, поскольку предполагает отказ от объективной медицинской картины здоровья и болезни. Вытеснение также может являться бессознательным отказом от восприятия информации путем вытеснения её из сознания, активного забывания. Регрессия не считается однозначно дезадаптивным защитным механизмом, так как не искажает восприятие реальности, однако предполагает возврат к «детским» моделям поведения из-за упрощения мотивационно-потребностной сферы, повышения импульсивности, ослабления эмоционально-волевого контроля (Вассерман и др., 2005). В психодиагности-

ческой системе Келлермана-Плутчика преобладание регрессии связано с личностной диспозицией, которая характеризуется потребностью к постоянной разрядке внутренних импульсов и готовностью неосознанно провоцировать конфликтные ситуации, но которая способна возвращаться время от времени к более или менее зрелым моделям удовлетворения потребностей [цит. по: (Вассерман и др., 2005)]. Потенциальная конфликтность может осложнять длительное лечение таких пациентов с преобладанием регрессии. Однако можно предположить, что пациенты с регрессией будут демонстрировать широкий репертуар поведения, поскольку регрессия также связана с различными дезадаптивными типами отношения к болезни (тревожный, апатический, сенситивный и др.) (Вассерман и др., 2005), которые могут по-своему затруднять и задерживать обращение за помощью из-за переживаний пациента. Компенсация как психологическая защита у пациентов с хроническим туберкулезом отражает склонность справляться с тревогой через активность. Р. Плутчик и Г. Келлерман связывают доминирование компенсации с депрессивной диспозицией, когда личность испытывает страдания из-за утраты воображаемого объекта и потери самоуважения, компенсация служит способом избегания депрессии [цит. по: (Вассерман и др., 2005)]. При этом компенсация чаще всего проявляется в фантазировании (Вассерман и др., 2005).

Если утрата объекта у пациентов с затяжной, хронической формой заболевания – это утрата здоровья, можно предположить, что у компенсирующая активность касается других сфер жизни, и в психическом поле пациента может составлять конкуренцию целям и задачам лечения.

В группе пациентов с ВИЧ-инфекцией и ЛУ-ТБ преобладает компенсация как психологическая защита. Склонность пациента к компенсации может говорить о тенденции восполнять фрустрирующие обстоятельства заболевания через реальное (или воображаемое) сверхудовлетворение в других сферах жизни. Данный механизм обеспечивает снижение психического напряжения, однако может отвлекать внимание, силы и время пациента от прохождения лечения на другие компенсирующие жизненные цели.

Как видим, активность психологических защит преломляется через индивидуальный стиль личности, отношения к болезни, выбор пациента, которые в конечном счете определяют его поведение, адаптивное или дезадаптивное. Поэтому представляется целесообразным в дальнейших исследованиях данной тематики изучить когнитивные установки пациента с туберкулезом, а также его представления о своем заболевании.

Тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева в адаптации М.С. Яницкого, А.В. Серого (Яницкий & Серый, 2010), позволяющий определить уровень адаптивности личности, выявил различия среди пациентов с разной выраженностью заболевания туберкулезом. В таблице 5 представлена распространенность внутри групп пациентов высоких, средних и низких значений по субшкалам опросника СЖО. А сочетание показателей по субшкалам (1;2;3) позволяет определить преобладающие типы актуального смыслового состояния у пациентов данной группы. Здесь и далее описания пациентов будут раскрыты в интерпретации данных опросника, предложенных М.С. Яницким, А.В. Серым (Яницкий & Серый, 2010).

В группе пациентов с первичным туберкулезом в наибольшей степени распространены первый и второй типы актуального смыслового состояния. Так, пациенты с первым типом актуального смыслового состояния имеют мало внутренних опор из-за низкой осмысленности прошлого, настоящего и будущего. Это означает, что свое заболевание пациенты воспринимают через призму неудовлетворенности в прошлом, настоящем и, как предполагают, в будущем, о котором также имеют пессимистические представления. Пациенты этого типа инертны в принятии решений, для них характерны ориентации на избегание неудач и «дефицитарные» ценности. Пациенты со вторым типом актуального смыслового состояния используют самоободование, имеют позитивную самооценку благодаря хорошей осмысленности прошлого, однако не знают, чего ждать от настоящего и будущего, поэтому зачастую ожидают от других негативного отношения к себе, склонны к рационализации через обвинение. Как следствие, такие пациенты сохраняют крайнюю напряженность, низкую стрессоустойчивость, отгораживаются от контактов и сохраняют эгоцентризм (Яницкий & Серый, 2010).

Таблица 5 – Анализ значимых различий количественных значений теста СЖО у пациентов с разными формами заболевания туберкулезом

| Пациенты с первичным туберкулезом        |         |        | Пациенты с хроническим туберкулезом |         |        | Пациенты с ВИЧ-инфекцией и ЛУ-ТБ |         |        |
|------------------------------------------|---------|--------|-------------------------------------|---------|--------|----------------------------------|---------|--------|
| Наличие целей (субшкала 1)               |         |        |                                     |         |        |                                  |         |        |
| Высокие                                  | Средние | Низкие | Высокие                             | Средние | Низкие | Высокие                          | Средние | Низкие |
| 5                                        | 15      | 11     | 11                                  | 8       | 16     | 6                                | 7       | 16     |
| Удовлетворенность процессом (субшкала 2) |         |        |                                     |         |        |                                  |         |        |
| Высокие                                  | Средние | Низкие | Высокие                             | Средние | Низкие | Высокие                          | Средние | Низкие |
| 8                                        | 11      | 12     | 17                                  | 3       | 15     | 15                               | 6       | 8      |
| Результативность жизни (субшкала 3)      |         |        |                                     |         |        |                                  |         |        |
| Высокие                                  | Средние | Низкие | Высокие                             | Средние | Низкие | Высокие                          | Средние | Низкие |
| 8                                        | 15      | 8      | 26                                  | 2       | 7      | 16                               | 7       | 6      |
| Локус контроля – Я (субшкала 4)          |         |        |                                     |         |        |                                  |         |        |
| Высокие                                  | Средние | Низкие | Высокие                             | Средние | Низкие | Высокие                          | Средние | Низкие |
| 12                                       | 10      | 9      | 5                                   | 5       | 25     | 5                                | 7       | 17     |
| Локус контроля – жизнь (субшкала 5)      |         |        |                                     |         |        |                                  |         |        |
| Высокие                                  | Средние | Низкие | Высокие                             | Средние | Низкие | Высокие                          | Средние | Низкие |
| 9                                        | 7       | 15     | 11                                  | 8       | 15     | 7                                | 5       | 17     |

В целом, оба типа, наиболее ярко представленные среди пациентов с впервые обнаруженным туберкулезом, даже не имея внутренней мотивации, вероятно, будут склонны формально подчиняться правилам, придерживаться распорядка при госпитализации и последующем лечении. Однако выздоровление пациентов с первым и вторым типами актуального смыслового состояния могут осложнять изматывающая психоэмоциональная нагрузка, трудности установления доверия к окружающим и постоянные подозрения, - всё это может приводить к хроническому стрессу, снижать сопротивляемость организма. Отметим, что «обидчивый и подозрительный» второй тип актуального смыслового состояния распространен также среди пациентов с хроническим туберкулезом.

В группе пациентов с хроническим туберкулезом обращает на себя внимание широкая пространственность низких значений по шкале «локус контроля–Я». Они могут чувствовать, что не обладают в достаточной мере свободой выбора, осознают расхождение реальной жизни и своих представлений о её целях и смысле, не чувствуют себя достаточно сильной личностью. При этом более трети пациентов имеют высокие значения по шкале «Локус контроля–жизнь»: ощущают в себе силы последовательно принимать решения, воплощать их, а значит, планомерно влиять на своё здоровье. Однако ещё треть пациентов дезориентированы и ведомы: для них характерны неверие в себя и свои силы, а также в возможность выстраивать свою жизнь в соответствии со своими целями и смыслом. Они не могут опереться на себя и не склонны действовать, так как убеждены, что это ничего не изменит, имеют экстернальный локус контроля. Экстернальный локус контроля позволяет точно определить, с учетом преобладания высоких показателей по субшкале «Результативность жизни», что в данной группе у трети респондентов наиболее широко представлен второй тип актуального смыслового состояния, как показано выше, усугубляющий эмоциональные переживания и обуславливающий потенциально конфликтный стиль взаимодействия с окружением.

Среди пациентов с ВИЧ-инфекцией и ЛУ-ТБ преобладают низкие значения по субшкалам (4;5), что указывает на экстернальный локус контроля, низкую веру в себя и свои возможности влиять на негативные события своей жизни. Явно выражены четвертый и шестой типы актуального смыслового состояния. Пациенты с четвертым типом актуального смыслового состояния имеют высокий уровень притязаний, высокую самооценку, способны опереться на субъективный опыт прошлого, однако из-за низкой осмысленности жизненных целей живут сегодняшним днем. Склонны отрицать, рационализировать, вытеснять проблемы, связанную со своим заболеванием. Хроническое заболевание способно вызывать сильную тревогу у таких пациентов, для них оно субъективно неконтролируемо и тяжело тяготеет над их слабо осмысленным будущим. Шестой

тип актуальных смысловых состояний, представленный в группе, связан с низкой осмысленностью настоящего при хорошей осмысленности прошлого и будущего. Активно воображая своё прошлое и успешное будущее, пациенты упускают из виду настоящее, теряя контакт со своим актуальным состоянием: эмоциями, чувствами, потребностями. Однако это и позволяет им сохранять высокую самооценку и притязания, эмоциональную стабильность. Они могут вести себя выразительно, демонстративно. В сложившейся ситуации склонны винить внешние факторы среды, а нацеленность в будущее обуславливает их готовность самостоятельно переменить к лучшему свою жизнь. Однако состояние хронического заболевания в лекарственно устойчивой форме, усугубленной ВИЧ-инфекцией, входит в конфликт с высоким уровнем их социальных притязаний, с ориентированностью на социальный успех. Такое состояние внутриличностного конфликта способствует фрустрационной напряженности.

В целом, для представленных типов, особенно для шестого, характерно противоречие между высоким уровнем их социальных притязаний, ориентированностью на социальный успех и состоянием хронического заболевания в лекарственно устойчивой форме, усугубленной ВИЧ-инфекцией. Такой внутриличностный конфликт служит источником усугубляющейся фрустрационной напряженности и стресса, принимающего хронический характер.

## Ограничения исследования

Целью настоящего исследования было выявить психологические характеристики и субъективные жалобы среди групп пациентов с туберкулезом, поэтому исследование строилось с опорой на психологические опросники, без учета влияния и особенностей проводимой терапии.

Гипотеза исследования состоит в том, что психологические и субъективные жалобы пациентов с разными формами заболевания туберкулезом различаются. Поэтому сравнение производится между группами пациентов с разными формами заболевания и отсутствует контрольная группа соматически здоровых лиц. Это ограничение не позволяет оценить, насколько выявленные у пациентов с туберкулезом характеристики распространены среди здоровых лиц.

В данном исследовании рассматривается сравнительно небольшая общая выборка пациентов с разными формами туберкулеза, в которую вошла относительно редкая группа – пациенты с лекарственно устойчивой формой туберкулеза и ВИЧ-инфекцией. Это позволило нам описать характеристики данной группы и сформировать её психологический портрет. Однако в отсутствие группы пациентов с лекарственно устойчивой формой туберкулеза, но без ВИЧ-позитивного статуса, нет возможности охарактеризовать ЛУ-ТБ пациентов и оценить возможные различия, связанные с наличием ВИЧ-инфекции.

К ограничениям данного исследования следует отнести то, что поперечный дизайн исследования не позволяет выявлять и устанавливать причинно-следственные связи между наблюдаемыми показателями.

## Заключение

Научную новизну проведенного исследования составило описание различий в выраженности психологических характеристик и характере субъективных жалоб среди трех групп: пациенты с первичным туберкулезом; пациенты с хроническим туберкулезом; пациенты с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом с лекарственной устойчивостью. Впервые в одном исследовании системно проведено сопоставление этих трех групп по ряду показателей, впервые определены актуальные типы смыслового состояния. Подтверждены и дополнены симптоматика невротических расстройств, преобладающий репертуар психологических защит для каждой из групп. Представлены психологические портреты данных групп пациентов, дополненные наиболее распространенными субъективными жалобами, что позволяет очертить круг проблем, с которыми они могут сталкиваться наиболее часто.

У пациентов с первичным туберкулезом в эмоциональном фоне преобладают подавленность и тревожность, выражена соматизация, представлены субъективные жалобы пациентов на общую утомляемость и нарушения пищеварения, что может быть соматическим отражением их тревоги. Преобладают первый и второй типы актуального смыслового состояния. Среди негативных реакций на впервые поставленный диагноз туберкулеза распространены отрицание и инертность в принятии решений или наоборот, ипохондрические проявления и ожидание осуждения от окружающих. При этом пациенты имеют опору в виде стабильного места работы.

У пациентов с хроническим туберкулезом наиболее распространенной трудностью является преобладание в эмоциональном фоне беспокойства, которое выражается в подозрительности, ожидании по отношению к себе враждебности. Наиболее широко представлен второй тип актуального смыслового состояния. На фоне снижения энергетического потенциала и психических функций пациенты могут испытывать трудности в принятии решений, выполнении плана лечения. Отмечаются многочисленные жалобы соматического характера: на утомляемость, проблемы ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, расстройства сексуальной функции, ревматические симптомы. Ухудшение самочувствия может потребовать смены места работы, что приведет к утрате стабильности и привычного окружения, необходимости перестройки жизненных планов с учетом ограничений здоровья. Несмотря на это, для пациентов с хроническим туберкулезом не характерно пристально следить за собственным здоровьем. Отчасти это может быть вызвано привычкой, адаптацией к ситуации болезни. С другой стороны, психика пациента может отрицать или иным способом защищаться от чрезмерного беспокойства и тревоги (выявлены защиты: отрицание, регрессия, вытеснение, в меньшей степени – интеллектуализация, компенсация). Наконец, склонность пациентов с хроническим туберкулезом к конфликтному стилю поведения и подозрительность могут проявляться в недоверии к врачам, сомнениях в результатах диагностики и необходимости назначаемого лечения.

В эмоциональном фоне ВИЧ-инфицированных пациентов с ЛУ-ТБ распространены переживания, связанные с телесной дисфункцией, что может отражать субъективное восприятие тяжести основного и сопутствующих заболеваний. Выражены четвертый и шестой типы актуального смыслового состояния. Распространены жалобы на расстройства сексуальной сферы. Преобладает защитный механизм «Компенсация», который, в зависимости от возможностей личности, может проявляться как в защитном фантазировании, так и в попытках обрести успех в других областях. Одна из заметных проблем у них – внутриличностный конфликт, который образуется в результате столкновения высокой самооценки и социальных притязаний с объективными ограничениями, накладываемых комплексом хронических заболеваний. Наблюдается синхронизация смыслов прошлого и будущего, где они достигли успеха, и вытесняется образ настоящего, где они имеют основное и сочетанные заболевания. Из нарушенного контакта со своими мыслями, актуальным физическим и эмоциональным состоянием могут происходить их самоуверенность, спокойствие, возможное демонстративное поведение.

В дальнейших исследованиях представляется целесообразным дополнить полученные данные, изучив представления о болезни в рамках модели саморегуляции Г. Левенталя для выявления типов восприятия болезни у пациентов с разными формами туберкулеза. Знание психологических и психосоматических характеристик пациентов с туберкулезом позволит оптимизировать существующие подходы к повышению эффективности лечения, приверженности к лечению, предотвращению осложнений из-за прерванной терапии и психологическую помощь.

## Библиография

Васильева, И. А., Стерликов, С. А., Тестов, В. В., Михайлова, Н. А., Голубев, Н. А., Кучерявая, Д. А., & Пономарев, С. Б. (2024). *Ресурсы и деятельность противотуберкулёзных организаций Российской Федерации в 2022–2023 гг.* РИО ЦНИИОИЗ.

- Вассерман, Л. И., Ерышев, О. Ф., Клубова, Е. Б., Петрова, Н. Н., Беспалько, И. Г., Березин, М. А., Савельева, М. И., Таукенова, Л. М., Штрахова, А. В., Аристова, Т. А., & Осадчий, И. М. (2005). *Психологическая диагностика индекса жизненного стиля*. СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева.
- Захарова, Е. В., & Фильштинская, Е. Г. (2020). Психосоциальные характеристики больных туберкулезом в России и факторы формирования приверженности лечению. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: психология и педагогика*, 17(2), 330–347. <https://doi.org/10.22363/2313-1683-2020-17-2-330-347>
- Золотарева, А. А. (2023). Русскоязычная адаптация симптоматического опросника (Symptom Checklist-K-9, SCL-K-9). *Сибирский психологический журнал*, 89, 105–115. <https://doi.org/10.17223/17267080/89/6>
- Сидоренко, Е. В. (2007). *Методы математической обработки в психологии*. Речь.
- Филиппов, А. В., Мельникова, И. Н., Косенков, С. А., Кубракова, Е. П., Титомер, А. И., & Казаков, А. И. (2019). Оценка приверженности больных туберкулезом к лечению: опыт применения градуированной шкалы на стационарном этапе. *Туберкулез и социально-значимые заболевания*, 1, 42–49.
- Хрусталева, Н. С. (2022). *Психология кризисных и экстремальных ситуаций*. Издательство СПбГУ.
- Шугаева, С. Н., Савилов, Е. Д., Кошкина, О. Г., & Чемезова, Н. Н. (2021). Коинфекция ВИЧ/туберкулез на территории высокого риска распространения обеих инфекций. *Тихоокеанский медицинский журнал*, (1), 56–58. <https://doi.org/10.34215/1609-1175-2021-1-56-58>
- Яницкий, М. С., & Серый, А. В. (2010). *Диагностика уровня развития ценностно-смысловой сферы личности*. Институт повышения квалификации.
- Agbeko, Ch. K., Mallah, M. A., He, B., Liu, Q., Song, H., & Wang, J. (2022). Mental Health Status and Its Impact on TB Treatment and Its Outcomes: A Scoping Literature Review. *Frontiers in Public Health*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.855515>
- Alene, K. A., Clements, A. C. A., McBryde, E. S., Jaramillo, E., Lönnroth, K., Shaweno, D., Gulliver, A., & Viney, K. (2018). Mental health disorders, social stressors, and health-related quality of life in patients with multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Infection*, 77, 357–367. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2018.07.007>
- Brähler, E., Hinz, A., & Scheer, J. W. (2008). *GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen Manual*. Huber.
- Cao, Y., Yu, Ch., & Wu, Y. (2019). Incidence rate of depression as an adverse effect of multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Journal of Infection*, 79, 61–74. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2019.04.001>
- Kedthongma, W., Usaprom, S., & Phakdeekul, W. (2026). Factors associated with depression among tuberculosis patients with HIV co-infection in rural community Thailand. *BMC Psychology*, 14, 900, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40359-026-04574-7>
- Koyanagi, A., Vancampfort, D., Carvalho, A. F., DeVlyder, J. E., Haro, J. M., Pizzol, D., Veronese, N., & Stubbs, B. (2017). Depression comorbid with tuberculosis and its impact on health status: cross-sectional analysis of community-based data from 48 low- and middle-income countries. *BMC Medicine*, 15(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0975-5>
- Li, N., Fu, B., Xu, Y., Xiang, H., Luo, H., Fan, Y., Zhu, R., & Zhu, Zh. (2024). A Multidimensional Analysis of Factors Influencing Depression and Anxiety among Multidrug-Resistant Tuberculosis Patients. *International Journal of Frontiers in Medicine*, 9, 14–19. <https://doi.org/10.25236/IJFM.2024.060903>
- Liu, X., Bai, X., Ren, R., Tan, L., Zhang, Y., Lan, H., Yang, Q., He, J., & Tang, X. (2022). Association between depression or anxiety symptoms and immune-inflammatory characteristics in in-patients with tuberculosis: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 985823. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.985823>

- Peltzer, K., Naidoo, P., Matseke, G., Louw, J., Mchunu, G., & Tutshana, B. (2012). Prevalence of psychological distress and associated factors in tuberculosis patients in public primary care clinics in South Africa. *BMC Psychiatry*, 12, 89. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-89>
- Ruiz-Grosso, P., Cachay, R., de la Flor, A., Schwalb, A., & Ugarte-Gil, C. (2020). Association between tuberculosis and depression on negative outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 15(1), e0227472, 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227472>
- Xi, Y., Zhang, W., Qiao, R. J., & Tang, J. (2022). Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis: A worldwide systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 17(6), e0270003. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270003>
- Ye, X., Su, X., Shi, J., Jiang, X., Liu, S., Cheng, F., Pan, N., Qiu, C., & Pan, C. (2023). Incidence, causes, and risk factors for unplanned readmission in patients admitted with pulmonary tuberculosis in China. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 17, 1007–1013. <https://doi.org/10.3855/jidc.17190>

Поступила в редакцию: 10.07.26

Принята к публикации: 20.08.26