

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.895.8.-055.1:616.24-002.5

[В.И. Багаев], М.В. Злоказова, Е.Г. Фесюк,  
А.В. Семенихин

## О КОМОРБИДНОСТИ ШИЗОФРЕНИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У МУЖЧИН

*Кировская государственная медицинская академия*

[V.I Bagaev], M.V Zlokazova, E.G Fesuk,  
A.V Semenikhin

## ABOUT COMORBIDITY OF SCHIZOPHRENIA AND PULMONARY TUBERCULOSIS

*Kirov state medical academy*

Авторами проанализирована 81 история болезни пациентов мужского пола с психической патологией и легочными формами туберкулеза, находившихся на лечении в туберкулезном отделении Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева в 2005–2011 годы. Среди них было выявлено 40,7% пациентов с шизофренией, у которых преобладала параноидная форма с непрерывно-прогредиентным течением и выраженным эмоционально-волевым дефектом с нарастанием негативной симптоматики. Большая часть пациентов проживала в неблагоприятных социально-бытовых условиях, курила, злоупотребляла алкоголем и вела асоциальный образ жизни.

Во всех случаях на фоне терапии у больных наблюдалась положительная динамика туберкулезного процесса и ремиссия психических расстройств.

**Ключевые слова:** коморбидность, шизофрения, туберкулез легких.

The authors of the article studied medical histories of 81 male patients suffering from mental disorder and lung tuberculosis. All the patients were treated in the tuberculosis department of Kirov Regional Clinical Psychiatric Hospital in 2005–2011. The study showed that 40.7% of the patients had schizophrenia. They often had prodromal paranoid schizophrenia with strongly marked emotional and volitional defect with the increase of negative symptoms. Most of the patients lived in bad social conditions, smoked, drank heavily and lead an asocial lifestyle. In all these cases the doctors observed positive dynamics of tuberculosis process and remission of psychiatric disorders.

**Key words:** medical comorbidity, schizophrenia, lung tuberculosis.

### Введение

В последнем десятилетии XX века заболеваемость туберкулезом во всем мире стала резко увеличиваться. Рост числа инфицированных и заболевших туберкулезом составил свыше 60%. Главная причина новой волны туберкулезной инфекции связана с

появлением штаммов микобактерий, устойчивых к большинству известных противотуберкулезных препаратов [2].

В 2012 году в России отмечено 97 542 случая впервые выявленного активного туберкулеза (в 2011 г. – 104 320 случаев). Показатель заболеваемости туберкулезом составил 68,1 на 100 тыс. населения (в 2011 г. – 73,0 на 100 тысяч) (табл. 1). Наиболее высокие показатели заболеваемости в 2012 году, как и в предыдущие годы, отмечались в Дальневосточном, Сибирском и Уральском федеральных округах. В пятнадцати субъектах Российской Федерации показатель заболеваемости в 1,5 и более раза превышает средний по стране [4].

Кировская область по распространенности туберкулеза занимает 16-е место среди 83 субъектов Российской Федерации и 4-е место среди 14 субъектов Приволжского федерального округа [6] (табл. 2).

*Таблица 1*

### Заболеваемость туберкулезом в РФ в 2008-2012 годах

Показатели	Годы				
	2008	2009	2010	2011	2012
абсолютное число случаев	120 835	117 227	109 904	104 320	97 542
заболеваемость на 100 000 населения	85,1	82,6	77,2	73,0	68,1

Снижение показателя заболеваемости туберкулезом в РФ и Кировской области происходит на фоне улучшения организации профилактических осмотров и снижения доли запущенных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных туберкулезом [4]. Показатели распространенности относительно стабильны.

*Таблица 2*

### Распространенность туберкулеза в РФ и Кировской области в период с 2010-го по 2012 год

Показатели	2010		2011		2012	
	РФ	Кир. обл.	РФ	Кир. обл.	РФ	Кир. обл.
Заболеваемость (на 100 тыс. человек)	76,9	50,7	73,0	42,5	68,1	47,5
Распространенность туберкулеза (на 100 тыс. человек)	177,4	140,7	167,9	139,1	157,7	131,2

Данные литературы свидетельствуют о том, что наиболее высокий уровень заболеваемости туберкулезом и смертности от него отмечается у социально-дезадаптированных групп населения, в том числе у лиц, имеющих психические отклонения [7].

В различных странах на протяжении многих лет отмечается достаточно высокая заболеваемость туберкулезом у психически больных, а также высокая смертность от этой патологии, в 5–12 раз превышающая смертность от данного заболевания у психически здорового населения [3].

Чаще всего туберкулез наблюдается у пациентов с шизофренией в 48–60% случаев [7]. На момент выявления туберкулеза у 77–85% больных длительность заболевания психическим расстройством составляла более 10 лет [1].

Проблема коморбидности туберкулеза и шизофрении представляет несомненный клинический интерес, как пример многолетнего взаимодействия экзогенного (инфекционного) и эндогенного процессов. Длительность и тяжесть заболеваний – шизофрении и туберкулеза – определяет социальную значимость их сочетания на долгие годы [5].

Роль туберкулеза в происхождении психических заболеваний обсуждалась на протяжении первых трех десятилетий двадцатого века. Почти до середины прошлого века всерьез дискутировался вопрос о том, что между ними есть линейная связь, а шизофрения является чем-то вроде паратуберкулеза [2]. Гипотеза об этиологической роли туберкулезных микобактерий или их нейротропной вирусной разновидности в происхождении шизофрении представляется уже только исторический интерес [5].

Психосоматическое взаимодействие часто развывается по типу «психосоматического параллелизма», о котором писали С.В. Берлин-Чертов, И.Т. Викторов и другие. Сегодня недостаточно изучены сложные механизмы взаимодействия и патопластические картины коморбидных состояний. Большинство пациентов с неблагоприятным типом течения туберкулезного процесса изначально имеют невысокие «шансы на победу», так как данный контингент в большинстве своем имеет низкий энергетический потенциал, низкий иммунитет и большую частоту сочетанных соматических расстройств. Исследователи обращали внимание на сравнительно более быстрое формирование шизофренического дефекта при коморбидных состояниях. О «злокачественности» течения шизофрении при ее сочетании с туберкулезом отечественные и зарубежные психиатры писали еще 30–40 лет назад. Согласно некоторым клиническим и патологоанатомическим наблюдениям, туберкулезная интоксикация может привести к токсической энцефалопатии, «эндотоксикозу», усугубляя течение шизофрении [5].

С другой стороны, взаимодействие двух процессов проявляется в их своеобразном «хронифицировании» и «стабилизации». Можно допустить, что изменение иммунной реактивности у больных шизофренией, особенно при непрерывно-прогредиентном течении, носит ан- и гипергический характер, что соответствует в значительной степени иммунобиологическим особенностям хронического стабилизировавшегося туберкулезного процесса [5].

В то же время доказано, что нарушения функции центральной нервной системы сопровождаются снижением адаптации организма к окружающей сре-

де и приводят к изменениям гомеостаза [2]. Почвой для подобных суждений служило то обстоятельство, что среди душевнобольных был очень высоким процент страдающих «чахоткой». Кроме того, многие исследователи отмечали сходство шизоидной и «фтизической» конституции. Выражение *habitus phthisicus* означает не только модный для XIX века «чахоточный вид» с томной бледностью, нездоровым румянцем и лихорадочным блеском глаз, но и определенный тип телосложения – астенический, с плоской и суженной грудью, малой дыхательной экскурсией ребер и, соответственно, слабой вентиляцией верхушек легких, наиболее «тропных» к очагам туберкулезной инфекции. Такой соматотип, как ранее отмечалось в литературе, коррелирует с непрерывно-прогредиентной шизофренией [2].

Представление о единой природе «чахотки с кровохарканьем» и сумасшествия нашло свое отражение в том числе и в художественной литературе (повесть А.П. Чехова «Черный монах»).

Однако строгий анализ соотношения шизофрении и туберкулеза не дает подтверждений ни о взаимосвязи причинности обоих заболеваний, ни о взаимозависимости при их утяжелении или послаблении. Образно выражаясь, речь идет о патологическом тандеме, параллельно разрушающем душу и тело [2].

Вопрос о влиянии туберкулезного процесса, как и других инфекционных заболеваний, на клиническую картину и течение шизофрении в литературе освещен противоречиво. Туберкулезный процесс, как одна из разновидностей экзогений, по мнению ряда авторов [1, 2, 3, 5, 7], может оказывать определенное влияние на формирование клинической картины и течения шизофрении. Однако от чего это зависит, мнения исследователей неоднозначны.

*Цель исследования:* проанализировать клинические особенности шизофрении у пациентов с туберкулезом легких.

### Материалы и методы исследования

Проведен анализ 81 истории болезни пациентов мужского пола с различной психической патологией и легочными формами туберкулеза, находившихся на лечении в туберкулезном отделении Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева в 2005–2011 годах. Среди них было выявлено 33 (40,7%) пациента с различными формами и типами течения шизофрении.

Применялись клинико-психопатологический и катamnестический методы исследований (анализ историй болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в туберкулезном отделении Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева (КОКПБ)).

### Результаты и их обсуждение

Среди обследованных пациентов преобладала возрастная группа от 45 до 60 лет – 25 пациентов (75,7%), от 35 до 44 лет – 8 (24,3%). Все пациенты имели группу инвалидности по психическому заболеванию: 22 чел. (66,7%) – II группу, 11 чел. (33,3%) – III группу.

У пациентов с сочетанием шизофрении и туберкулеза легких чаще всего встречалась параноидная форма шизофрении – 30 чел. (91,7 %) (с непрерывно-прогредиентным течением – 25 чел. (83,3%),

эпизодическим – 5 чел. (16,7%) и другие формы шизофрении (пропфшизофрения) у 3 чел. (8,3%) (диаграмма 1).

Диаграмма 1

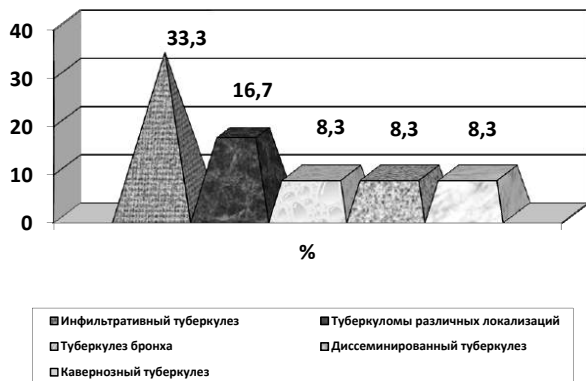
**Типы течения шизофрении у пациентов с туберкулезом**



Среди пациентов с шизофренией страдали инфильтративным туберкулезом 11 (33,3%) пациентов, кавернозным – 3 (8,3%), диссеминированным – 3 (8,3%), туберкулезом бронхов – 3 (8,3%), туберкуломы различных локализаций – 5 (16,7%), клиническое излечение различных форм легочного туберкулеза с остаточными изменениями – 8 (25,1%). Активными бактериовыделителями (МБТ +) являлись 14 (42,4%) пациентов (диаграмма 2).

Диаграмма 2

**Формы туберкулезного процесса у пациентов с сочетанием шизофрении и туберкулеза**



Во всех случаях наличие психического заболевания предшествовало развитию туберкулезного процесса. Среди больных шизофренией средняя длительность заболевания на момент присоединения туберкулеза составила 8±1,7 лет. В клинике шизофрении преобладала негативная симптоматика: эмоциональное обеднение – 30 чел. (91,7%), нарушения ассоциативного процесса мышления – 25 (75,7%), пассивность, нарастание отчужденности, замкнутости – 22 (66,7%). Достаточно часто регистрировалась неспособность к самообслуживанию – у 11 пациентов (33,3%) (диаграмма 3). Прослеживалось нарастание дефекта во всех сферах личности, что способствовало ухудшению социально-бытовой адаптации пациентов, снижению качества жизни и создавало предпосылки как для заболевания туберкулезом, так и для неблагоприятного его течения.

Из продуктивной симптоматики чаще всего отмечались слуховые галлюцинации – 19 случаев (58,3%), аффективные нарушения и изменения поведения – 17 (51,5%), бредовые идеи воздействия – 11 (33,3%), зрительные расстройства восприятия – 8 (24,2%), бредовые идеи отношения – 8 (24,2%), переоценка собственных возможностей – 3 (8,3%) (диаграмма 4). У всех больных наблюдался выраженный астенический синдром.

Диаграмма 3

**Негативная симптоматика шизофрении у пациентов, страдающих туберкулезом**

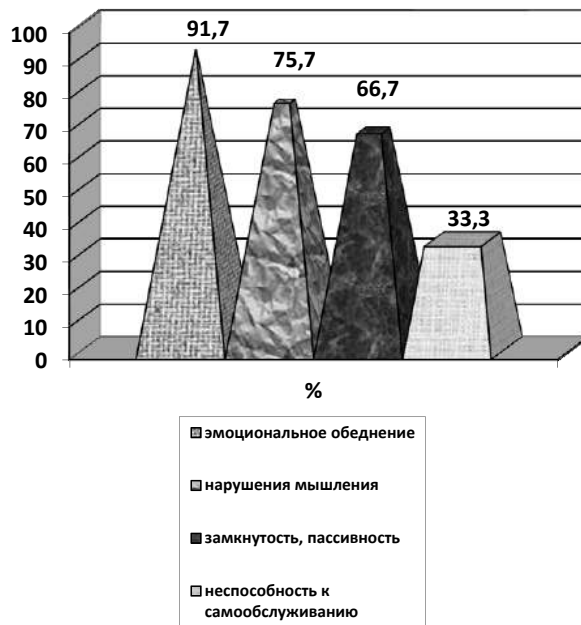
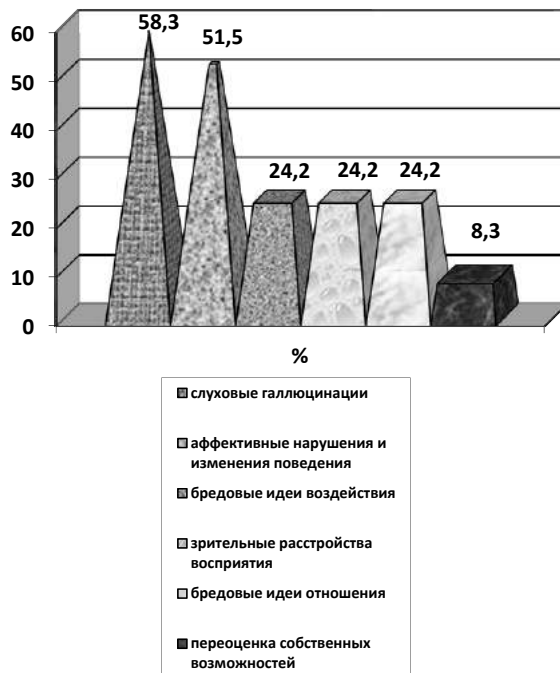


Диаграмма 4

**Позитивная симптоматика шизофрении у пациентов, страдающих туберкулезом**





Факторами, предрасполагающими и усугубляющими течение туберкулезного процесса на фоне шизофрении, являлись:

- курение – 27 случаев (83,3%);
- злоупотребление спиртными напитками – 25 случаев (75,7%);
- неблагоприятный трудовой анамнез (частые смены работы, низкоквалифицированный труд, безработица) – 27 случаев (83,3%);
- проблемные семейные отношения (частые конфликты, разводы и т.п.) – 25 случаев (75,7%);
- ведение асоциального образа жизни – 22 чел. (66,7%);
- проживание в сельской местности – 22 чел. (66,7%);
- нахождение в исправительных учреждениях – 19 чел. (57,6%);
- низкий уровень образования – 17 чел. (51,5%) (вспомогательные школы – 3 (17,8%), незаконченное среднее – 4 (23,5%), среднее – 10 (58,7%)).

Клиническое течение шизофрении на фоне обострения туберкулезного процесса в целом характеризовалось «сглаживанием» симптоматики психических расстройств, что было связано с назначением нейролептиков и улучшением бытовых условий и режима питания в стационаре.

Однако в период, когда происходило улучшение в течении туберкулезного процесса (положительная рентгенологическая динамика), в значительном количестве случаев (58,3%) наблюдалось обострение шизофренического процесса с усилением продуктивной и негативной симптоматики (у 68,4% пациентов отмечалась галлюцинаторно-бредовая симптоматика, у 89,5% – нарастание эмоционально-волевого дефекта), что, вероятно, связано с длительным приемом больших доз противотуберкулезных препаратов и низкими дозами назначаемых нейролептиков в связи с большой опасностью нарастания токсического действия при совместном применении препаратов. После достижения положительной динамики в течении туберкулеза дозы нейролептиков увеличивали с целью купирования психотического состояния.

В 100% случаев у больных, находившихся на лечении в туберкулезном отделении в КОКПБ им. В.М. Бехтерева, наблюдалась положительная динамика туберкулезного процесса и ремиссия психических расстройств.

### Выводы

В большинстве коморбидных случаев шизофренический процесс развивался за несколько лет до диагностики туберкулеза. В стационаре преобладали пациенты от 45 до 60 лет, проживающие в неблагоприятных социально-бытовых условиях, имеющие вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) и ведущие асоциальный образ жизни. Среди

форм шизофрении преобладала параноидная форма с непрерывно-прогредиентным течением и нарастающим эмоционально-волевым дефектом. В структуре туберкулезного процесса чаще всего диагностировалась инфильтративная форма. При достижении положительной динамики туберкулезного процесса у многих пациентов происходило обострение психических расстройств, что требовало коррекции терапии. Для лечения пациентов с данной сочетанной патологией необходима длительная индивидуальная программа реабилитации, назначение медикаментозных препаратов с учетом их индивидуальной переносимости и влияния на течение психических расстройств.

### Список литературы

1. Амлаев К.Р., Баронова О.Д. Туберкулез легких у психических больных: эпидемиологические и клинические аспекты. «Профилактическая медицина, 2», 2011. С. 45–48.
2. Лагун И.Я. Причинность шизофрении. Конспект-анализ проблемы. ОАО «ПК «Ориус», 2008. С. 148–151.
3. Массино С.В. Туберкулез легких у психических больных. Руководство по туберкулезу. – М., Медгиз, 1959. Т. 11, ч. 2. С. 146–57.
4. Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2012 году. 2013.
5. Ситникова О.Н., Кутепова М.Ф., Комаров Е.А. Особенности клинических форм и типов течения шизофрении, коморбидной туберкулезу легких. // Прикладные информационные аспекты медицины № 11. (Сетевое электронное издание). 2008. (<http://www.vsm.a.ru/publ/priam/011-1/site/index34.html>)
6. Скорняков С.Н., Красноторова С.Ю., Еремеева Н.И., Камаева Н.Г. О состоянии противотуберкулезной помощи населению Кировской области и организационно-методических мероприятиях по ее совершенствованию. 2013.
7. Шаманова Н.В. Особенности туберкулеза легких у больных с многолетним типом течения шизофрении. Автореферат. 2012. 22 с.

### Сведения об авторах

**Багаев Владимир Иванович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии Кировской ГМА.

**Злоказова Марина Владимировна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии Кировской ГМА. E-mail: [kgma\\_psi@mail.ru](mailto:kgma_psi@mail.ru)

**Фесюк Елена Геннадьевна** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой фтизиатрии Кировской ГМА. E-mail: [tbc@kirovgma.ru](mailto:tbc@kirovgma.ru)

**Семенihin Антон Владиславович** – ассистент кафедры психиатрии Кировской ГМА. E-mail: [kgma\\_psi@mail.ru](mailto:kgma_psi@mail.ru)