

Практическая медицина



© МОРДЫК А. В., УДАЛОВА Т. Ю., ПУЗЫРЕВА Л. В., ЛЕДЕНЕВА Т. Н., СИТНИКОВА С. В.

УДК 616-002.5:616.98:578.828 + 615.851

СРАВНЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И С СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ

А. В. Мордык¹, Т. Ю. Удалова², Л. В. Пузырева¹, Т. Н. Леденева³, С. В. Ситникова¹

¹ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия МЗ РФ, ректор – д. м. н., проф. А. И. Новиков; кафедра фтизиатрии и фтизиохирургии, зав. – д. м. н. А. В. Мордык;

²ГБОУ ВПО Омский государственный педагогический университет, ректор – д. п. н., к. ю. н., проф. О. В. Волохов; кафедра практической психологии, зав. – д. пс. н., проф. И. А. Вишняков;

³КУЗОО Клинический противотуберкулезный диспансер № 4, гл. врач – к. м. н. Г. Е. Гапоненко.

Цель исследования. Сравнить личностные особенности больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом и с сочетанием ВИЧ/туберкулез.

Материалы и методы. С помощью личностного опросника Р. Кэттелла было проведено исследование у 40 больных с инфильтративным туберкулезом и 35 больных сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Результаты. Достоверные различия получены по шкалам опросника, характеризующих конформность, выраженность эмоциональных реакций, уверенности, напряженности, уровню интеллекта.

Заключение. Пациенты с ко-инфекцией в отличие от больных только туберкулезом адаптированы к характеру своего заболевания и вследствие проблемности статуса «ВИЧ+» научились скрывать свои эмоции. Эти пациенты самоуверенны, нечувствительны к социальному одобрению, обладают низкими самооценкой, логическим мышлением и умственными способностями. Необходимо контролировать выполнение медикаментозных назначений пациентами с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез и проводить устные разъяснительные беседы.

Ключевые слова: личностные особенности, туберкулез, впервые выявленные больные, инфильтративный туберкулез, сочетанная инфекция ВИЧ/туберкулез.

COMPARISON OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF NEWLY DIAGNOSED PATIENTS WITH INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS AND CO-INFECTED WITH HIV / TUBERCULOSIS

A. V. Mordyk¹, T. Yu. Udalova², L. V. Puzyreva¹, T. N. Ledeneva³, S. V. Sitnikova¹

¹Omsk state medical academy, rector doctor of medical sciences;

²Omsk state pedagogical university; ³Clinical antitubercular clinic № 4.

The aim of the research. To compare personal characteristics of patients with newly diagnosed infiltrative tuberculosis and with a combination of HIV / TB.

Materials and methods. With the help of R. Cattell personality questionnaire the study was conducted in 40 patients with infiltrative tuberculosis and 35 patients with a combination of tuberculosis and HIV infection.

The Results. Reliable differences were obtained on the scales of the questionnaire characterizing conformity, the severity of emotional reactions, confidence, strength, intelligence level.

Conclusion. Patients with co-infection, in contrast to patients with tuberculosis only adapted to the nature of their disease and due to problematic status of "HIV +" learned to hide their emotions. These patients are self-confident, insensitive to social approval, have low self-esteem, logical thinking and mental abilities. It is necessary to monitor compliance with medication and perform explanatory conversations.

Key words: personality traits, tuberculosis, new cases, infiltrative tuberculosis, co-infection of HIV / TB.

Введение

В современных условиях отмечается повсеместное снижение заболеваемости туберкулезом [3, 8], при этом

следует объединить усилия врачей всех специальностей и фтизиатров по выявлению новых случаев туберкулеза и их клиническому излечению [7]. Самой частой формой

впервые выявленного туберкулеза остается инфильтративный туберкулез легких (ИТЛ) [3, 4, 12], при этом реализация наиболее приоритетного направления во фтизиатрии, лечения впервые выявленных больных, должна осуществляться через повышение эффективности лечения пациентов с этой формой туберкулеза [5]. Однако проблемой сегодняшнего дня является рост среди фтизиатрических больных пациентов с сочетанной инфекцией туберкулез/ВИЧ [1, 8, 9], а это сопровождается разнообразием клинических форм туберкулеза, большей частотой диссеминированных и генерализованных процессов [2, 8]. Достичь высокой эффективности лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции является еще более сложной задачей [8]. Одной из проблем не эффективного лечения туберкулеза у обеих категорий пациентов является отсутствие приверженности к лечению [6].

Цель исследования: сравнительное изучение личностных особенностей впервые выявленных больных с инфильтративным туберкулезом легких и с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции для обеспечения высокого уровня комплайенса с лечащим врачом, что позитивно скажется на повышении эффективности лечения этих двух наиболее важных категорий больных.

Материалы и методы

Набор материала проводился на базе Казенного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4». Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ОмГМА, протокол № 2 от 16.09.2013 г. К участию допущены интеллектуально сохранные пациенты с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких (1-я группа) и ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез (2-я группа). Обязательным критерием участия было подписание информированного согласия. Выбран 16-факторный личностный опросник Р. Кэттелла (отечественная модификация), как наиболее информативная многоаспектная методика с высокими показателями надежности и валидности [10, 11].

В 1-ю группу вошло 40 человек с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких: 20 мужчин и 20 женщин. Мужчины в возрасте от 18 до 42 лет, женщины от 22 до 39 лет. Вторую группу составили пациенты с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез в количестве 35 человек: 20 мужчин и 15 женщин. Мужчины в возрасте от 26 до 46 лет, женщины от 21 до 45 лет ($t=0,869$; $p=0,391$). У всех включенных во 2-ю группу пациентов диагностирована 4Б стадия ВИЧ-инфекции, диссеминированный туберкулез легких (ДТЛ), генерализация процесса являлась критерием

исключения. Небольшая численность выборок обусловлена, с одной стороны — объемом многофакторного личностного опросника Р. Кэттелла, с другой — добровольностью участия в исследовании и личностными особенностями пациентов с туберкулезом легких и с сочетанием ВИЧ/туберкулез (нахождение в стрессе в виду постановки диагноза туберкулез у первых и низкая работоспособность вследствие быстрой утомляемости ввиду тяжести состояния у вторых). Все включенные в исследование получали противотуберкулезную терапию в соответствии с принятыми стандартами, пациенты с ВИЧ/туберкулез — и антиретровирусную терапию.

Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica v.6. Проверка гипотезы нормального распределения значений в группах проводилась по асимметрии в программе Statistica v.6. Количественные данные представлены в виде Me — медиана и 25%, 75% квантили. Для сравнения показателей в двух независимых группах использовался критерий критерий Манна-Уитни (U). Статистическая значимость результатов представлена точными значениями p, результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты тестирования пациентов в группах сравнения отражены в табл. 1. При обработке данных установили, что результаты являлись достоверными, показатели надежности (характеристика устойчивости результатов к действию различных помех — состоянию испытуемых, их отношению к тестированию) в целом высокие. Точная адекватная оценка испытуемыми свойств и отношений доказывается высокими баллами по шкале «Надежность ответов». Ряд пациентов продемонстрировали желание

Таблица 1

Значения показателей по отдельным шкалам опросника Кеттелл в сравниваемых группах

Шкала	1-я группа, (n=40)			2-я группа, (n=35)			U	p
	25%	Me	75%	25%	Me	75%		
Надежность ответов	6,0	8,0	9,0	6,0	8,5	9,0	664,0	0,697
Замкнутость – открытость в общении	6,0	7,0	9,0	6,0	7,0	8,0	666,0	0,714
Сдержанность – активность в контактах с людьми	6,0	7,0	9,0	6,0	8,0	9,0	692,0	0,931
Конформность – неконформность	3,0	6,0	7,0	5,0	6,0	8,0	513,0	0,044
Доверчивость – подозрительность по отношению к другим людям в общении	5,0	6,0	7,0	5,0	6,0	7,0	625,0	0,418
Бедность – богатство эмоциональных реакций человека	4,0	5,0	6,0	2,0	4,0	5,0	464,0	0,011
Низкая / высокая эмоциональная чувствительность	4,0	6,0	7,0	5,0	6,0	6,0	612,0	0,339
Уверенность – неуверенность в себе	7,0	8,0	9,0	5,0	6,0	7,0	459,0	0,009
Расслабленность – напряженность	5,0	6,0	9,0	4,0	5,0	7,0	448,0	0,006
Неуравновешенность	4,0	6,0	6,0	4,0	5,0	7,0	691,0	0,922
Низкая – высокая дисциплинированность	7,0	8,0	10,0	6,0	8,0	9,0	526,0	0,060
Низкий – высокий самоконтроль	7,0	7,5	9,0	5,0	7,0	9,0	652,0	0,604
Низкий – высокий логический интеллект	7,0	8,0	9,0	4,0	5,0	8,0	458,0	0,009

произвести лучшее впечатление на исследователя, завысив результаты, поэтому их показатели по ряду шкал были откорректированы в соответствии с алгоритмом обработки данной методики [10].

При оценке коммуникативных свойств личности было выяснено, что результаты по шкале «Замкнутость – открытость в общении» в среднем у всех исследуемых категорий характеризуются как низкие. Это довольно замкнутые и не очень общительные люди, мало интересующиеся жизнью окружающих людей, не любят коллективные мероприятия, хорошо работают в одиночестве. Значимых различий в сравниваемых группах не выявлено ($p=0,714$).

Уровень сдержанности – активности в контактах с людьми в среднем соответствует принятым в социуме. Показатели во всех подгруппах примерно одинаковы, значимых различий нет ($p=0,931$).

В общении с людьми большинство пациентов с заболеванием туберкулез проявляют обычную для большинства манеру конформного поведения и, в зависимости от ситуации, могут вести себя конформно и неконформно. У больных с ИТЛ несколько пониженные оценки конформности, чем у пациентов с сочетанием ВИЧ/туберкулез ($U=513,0$, $p=0,044$).

По шкале «Доверчивость – подозрительность» результаты пациентов с ИТЛ, также как и больных с сочетанием ВИЧ/туберкулез в целом относятся к средним показателям – они не являются чрезмерно доверчивыми или подозрительными. Статистически значимых различий между пациентами в группах исследования нет ($p=0,418$).

При изучении эмоциональных свойств личности установлено, что больные с ИТЛ имеют средние оценки «Бедность – богатство эмоциональных реакций человека». Это означает, что количество эмоциональных реакций обычное для большинства людей и характер эмоционального реагирования не отличается от принятого в ближайшем социальном окружении. А вот результаты больных с ко-инфекцией очень низкие ($Me=4,0$): они эмоционально бедны, реагируют лишь на очень сильные эмоциональные стимулы, в обычных ситуациях спокойны, неэмоциональны. Таким образом, результаты пациентов с ИТЛ являются статистически значимо выше, чем у пациентов с ВИЧ/туберкулез ($U=464,0$, $p=0,011$).

Сравнивая результаты с нормативными, необходимо отметить низкие оценки «Эмоциональная чувствительность» у больных изолированным туберкулезом. Это характеризует данную категорию как исключительно мужественных, суровых, практичных и реалистичных людей, очень «толстокожих», многого не замечающих, не обращающих внимание и на свое состояние здоровья. При этом результаты больных с ВИЧ/туберкулез являются достаточно однородными. Статистически значимых различий между пациентами с ВИЧ/туберкулез и ИТЛ не выявлено ($U=612,0$, $p=0,339$).

Пациенты с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез в среднем имеют низкие показатели «Уверенность – неуверенность в себе», что характеризует их как уверенных, спокойных, нечувствительных к социальному

одобрению, они веселые, жизнерадостные и бесстрашные даже в сложных жизненных ситуациях ($Me=6,0$). В отличие от них, большинство результатов пациентов с ИТЛ относятся к среднему уровню признака ($Me=8,0$). В целом пациенты с ко-инфекцией являются менее самоуверенными по сравнению с пациентами с ИТЛ ($U=459,0$, $p=0,009$) (табл. 1).

При оценке волевой сферы установлено, что у пациентов с ИТЛ результаты «Расслабленность – напряженность» в целом соответствуют средним значениям ($Me=6,0$), то есть эмоциональная напряженность выражена в средней степени, как у большинства людей. В отличие от них, у пациентов с ВИЧ/туберкулез результаты относятся к низким оценкам: это довольно спокойные, расслабленные, вялые и апатичные люди, безразличные к делу, не стремятся к достижениям и переменам ($Me=5,0$). Различия между пациентами с разным диагнозом являются статистически значимыми ($U=448,0$, $p=0,006$) (табл. 1).

По шкале «Неуравновешенность – контроль эмоциональных реакций» больные с заболеванием ВИЧ/туберкулез в среднем имеют низкие оценки (с туберкулезом $Me=6,0$, с ВИЧ/туберкулезом $Me=5,0$). Это эмоционально невыдержанные, импульсивные, недостаточно хорошо управляющие своими чувствами люди, которые не всегда могут держать себя в руках и быть достаточно спокойными в общении с людьми и ответственным в доведении дела до конца, так как переменчивы в настроениях и неустойчивы в интересах. Пациенты совершенно не умеют контролировать и управлять своими чувствами, в одном настроении принимают одни, в другом – другие решения по одинаковым вопросам, капризны, непредсказуемы, внутренне чувствуют себя усталыми и неспособными справиться с жизненными трудностями. Различий между пациентами с различным диагнозом нет ($U=691,0$, $p=0,922$).

Показатели дисциплинированности у пациентов с ИТЛ в среднем соответствуют результатам обычных людей: это в меру дисциплинированные и ответственные люди, которые выполняют правила и обязанности не хуже, но и не лучше большинства людей ($Me=8,0$). В то же время, у пациентов с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез средние показатели относятся к низким оценкам: это недостаточно дисциплинированные и ответственные люди, непостоянные, легко бросают начатое дело, не стараются особенно выполнять общественные требования и культурные нормы, небрежно относятся к моральным ценностям, в отдельных случаях ради личной выгоды способны на нечестные поступки. Однако, выявленные различия нельзя экстраполировать на генеральную совокупность, так как нет статистически значимых различий между пациентами с различным диагнозом ($U=526,0$, $p=0,060$) (табл. 1).

Уровень самоконтроля, сила воли у больных туберкулезом соответствует среднему уровню, свойственному большинству людей ($Me=7,5$), что характеризует их как людей с достаточно высоким самоконтролем и силой воли, хорошо понимающих правила и социальные требования, заботящихся о своей общественной репутации. Причем

эта же категория пациентов является наиболее однородной по результатам. А наиболее разнообразны по показателю самоконтроля больные с ВИЧ/туберкулез. Значимых различий между группами по данной характеристике нет ($U = 652,0, p = 0,604$) (табл. 1).

По результатам исследования интеллектуальной сферы, опрошенные пациенты с изолированным диагнозом туберкулез имеют средние оценки по шкале «Низкий – высокий логический интеллект», однако пациенты с сочетанием ВИЧ/туберкулез имеют низкие значения ($Me = 5,0$). Это говорит о недостаточно развитом логическом мышлении, умственных способностях ниже среднего, слабых познавательных интересах, медленной обучаемости. В целом, результаты пациентов ИТЛ статистически значимо выше, чем у пациентов с ВИЧ/туберкулез ($U = 458,0, p = 0,009$).

Заключение

У пациентов с впервые выявленным ИТЛ имело место выраженное стрессовое состояние на информацию о наличии у них туберкулеза, при этом большинство пациентов с ко-инфекцией уже адаптировались к характеру своего заболевания и вследствие проблемности статуса «ВИЧ+» научились скрывать свои мысли и чувства, проявляют меньше эмоций. Характер заболевания при ВИЧ-инфекции заставляет их заботиться о будущем, планировать свои дела и поступки, подготавливать предохранительные меры на случай возможных неудач, в чем им может помочь понимание причин поведения других людей. Поэтому в лечебной практике необходимо, с одной стороны, учитывать скрытность пациентов при сборе анамнеза и назначениях, с другой – стремиться расположить к себе данную категорию с тем, чтобы они больше доверяли и шли на контакт с медицинским персоналом. Этого можно добиться, объясняя на доступном для них уровне план лечебных назначений, причины их физического и психического состояния в благожелательной форме.

У больных ВИЧ/туберкулез наблюдается самоуверенность, нечувствительность к социальному одобрению, бесстрашие – в большей степени – бравада и «гусарство» (заболевание в настоящий момент неизлечимо). На самом деле их самооценка низкая: они считают себя неспособным добиться успеха в различных видах деятельности. Возможно, данное обстоятельство связано с их зависимостью от состояния здоровья, в то время как пациенты с впервые выявленным туберкулезом в начале лечения не ставят свою жизнь в зависимость от медикаментозного лечения (состояние здоровья определяет активность и реализацию планов). Поэтому медицинскому персоналу возможно иногда манипулировать их бравадой для достижения лечебных целей, но «взывание к совести» или другим социальным нормам не эффективно. Необходимо контролировать выполнение медикаментозных назначений пациентами с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез вследствие их низкой дисциплинированности, безответственности и небрежности в выполнении социальных норм.

В сравнении с пациентами с ИТЛ, пациенты с ассоциированной инфекцией обладают менее развитым логическим мышлением и умственными способностями, слабым познавательным интересом, медленной обучаемостью, поэтому общение необходимо выстраивать на доступном уровне, вследствие низкого познавательного интереса не надеяться на стендовую информацию, буклеты и др., а проводить устные разъяснительные беседы.

У пациентов с ВИЧ-туберкулез практически отсутствовали признаки нахождения в стрессовой ситуации, что налицо у пациентов с ИТЛ (высокая тревожность, эмоциональная возбудимость, ощущение чувства страха и вины). Это абсолютно не значит, что пациенты с ассоциированной инфекцией не находятся в стрессовой ситуации, просто по большей части в силу тяжести заболевания стресс проявляется у них как депрессивное состояние. Одна из задач медицинского персонала состоит в том, чтобы стартовый стресс у пациентов с ИТЛ не перешел в депрессию. Способы реализации данной задачи могут быть различны – один из них установление доверительных отношений между пациентом и медицинским персоналом, с помощью разъяснительных бесед, убеждений, с мотивированием пациентов на полное выздоровление. Пациенту необходимо видеть свои перспективы, он должен понимать, что заболевание – это только определенный период в его жизни, а не вся его жизнь. Если не уделить должного внимания данному вопросу в работе с пациентами с ИТЛ, в дальнейшем возможно изменение свойств их личности, практически схожее с пациентами с ассоциированной инфекцией, корректировать которые значительно сложнее и малоэффективно.

Литература

1. Калачева Г.А., Довгополок Е.С., Мордык А.В., Плеханова М.А., Ситникова С.В., Николаева И.И. Эпидемиологическая ситуация сочетанной патологии ВИЧ-инфекции, туберкулеза и наркомании в Сибирском федеральном округе // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6. – С. 40-44.
2. Корецкая Н.М., Наркевич А.Н. Выявление и характеристика туберкулеза органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 1. – С. 52-53.
3. Корецкая Н.М., Наркевич А.Н., Наркевич А.Н. Гендерные особенности впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких // Пульмонология. – 2014. – № 1. – С. 77-80.
4. Корецкая Н.М., Чушкина А.А. Современная клинико-социальная характеристика больных инфильтративным туберкулезом легких и оценка их эпидемиологической опасности // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2011. – № 2. – С. 20-22.
5. Мордык А.В., Иванова О.Г. Клинико-рентгенологические характеристики и эффективность лечения больных инфильтративным туберкулезом легких с различными изменениями вегетативного гомеостаза // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 5. – С. 31-37.

6. Мордык А.В., Брюханова Н.С., Антропова В.В., Пузырева Л.В. Роль личности пациента в процессе выявления и лечения туберкулеза органов дыхания // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 4. – С. 148-151.

7. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Аксютин Л.П. Современные международные и национальные концепции борьбы с туберкулезом // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2013. – № 22. – С. 92-97.

8. Мордык А.В., Ситникова С.В., Пузырева Л.В., Радул В.В. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Омской области с 1996 по 2013 гг. // Медицинский альманах. Эпидемиология. – 2014. – № 2. – С. 62-64.

9. Нечаева О.Б., Эйсмонт Н.В. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал], 2012. – 24, 2. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/399/30/lang,ru/> [Дата обращения 21.01.2015].

10. Рукавишников А.А., Соколова М.В. Факторный личностный опросник Р. Кеттелла: методическое руководство. – СПб.: ИМАТОН, 2006. – 96 с.

11. Словарь-справочник по психодиагностике / Под ред. Бурлачук Л. – СПб., 2008. – 243 с.

12. Чущкина А.А., Корецкая Н.М. Патоморфоз инфильтративного туберкулеза легких за 20-летний период // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 5. – С. 141-144.

References

1. Kalacheva G.A., Dvopopolnyuk E.S., Mordyk A.V., Plekhanova M.A., Sitnikova S.V., Nikolaeva I.I. Epidemiological situation comorbidity of HIV infection, tuberculosis and drug addiction in the Siberian Federal District // Siberian Medical Review. – 2011. – № 6. – P. 40-44.

2. Koretskaya N.M., Narkevitch A.N. Identification and characterization of pulmonary tuberculosis in patients with HIV infection // Academic Journal of Western Siberia. – 2013. – Vol. 9, № 1. – P. 52-53.

3. Koretskaya N.M., Narkevitch A.N., Narkevitch A.N. Gender characteristics of newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis // Pulmonology. – 2014. – № 1. – P. 77-80.

4. Koretskaya N.M., Chushkin A.A. Current clinical and social characteristics of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis and evaluate of their epidemiological danger // Epidemiology and Infectious Diseases. – 2011. – № 2. – P. 20-22.

5. Mordyk A.V., Ivanova O.G. Clinical and radiological characteristics and effectiveness of treatment of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis with various changes of autonomic homeostasis // Tuberculosis and Lung Disease. – 2010. – № 5. – P. 31-37.

6. Mordyk A.V., Bryukhanova N.S., Antropova V.V., Puzyreva L.V. Role of the individual patient in the identification and treatment of pulmonary tuberculosis // Kuban Research Medical Gazette. – 2011. – № 4. – P. 148-151.

7. Mordyk A.V., Puzyreva L.V., Aksyutina L.P. Current international and national concepts of tuberculosis control // Far East Journal of Infectious Pathology. – 2013. – № 22. – P. 92-97.

8. Mordyk A.V., Sitnikova S.V., Puzyreva L.V., Radul V.V. The epidemiological situation of tuberculosis and HIV infection in the Omsk region from 1996 to 2013. // Medical almanac. Epidemiology. – 2014. – № 2. – P. 62-64.

9. Nechayeva O.B., Eysmont N.V. The epidemiological situation of tuberculosis and HIV infection in the Russian Federation // Social aspects of public health [electronic scientific journal], 2012. – 24, 2 - Mode of access: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/399/30/lang,ru/> [Date treatment 01/21/2015].

10. Rukavishnikov A.A., Sokolova M.V. Factor, personality Inventory after R. Cattell: a guide. – St. Petersburg: Imaton, 2006. – 96 p.

11. Dictionary of psychological diagnostics / ed. Burlachuk – St. Petersburg, 2008. – 243 p.

12. Chushkina A.A., Koretskaya N.M. Pathomorphosis infiltrative pulmonary tuberculosis during 20 years // Bulletin of the East Siberian Scientific Center of the Academy of Medical Sciences. – 2012. – № 5. – P.141-144.

Сведения об авторах

Мордык Анна Владимировна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии, ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия МЗ РФ.

Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12, тел. 8 (3812) 404515; e-mail: amordik@mail.ru.

Удалова Татьяна Юрьевна – кандидат педагогических наук, доцент кафедры практической психологии, ФГБОУ ВПО Омский государственный педагогический университет Минобрнауки РФ.

Адрес: 644099, г. Омск, ул. Партизанская 4а, тел. 8 (3812) 232704; e-mail: udalova_tu@mail.ru.

Пузырева Лариса Владимировна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии, ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия МЗ РФ.

Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12, тел. 8 (3812) 404515; e-mail: puzirevalv@mail.ru.

Леденева Татьяна Николаевна – психолог, Казенное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер».

Адрес: 644050, г. Омск, ул. Химиков, 8а, тел. 8 (3812) 330346.

Ситникова Светлана Владимировна – аспирант кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия МЗ РФ, заместитель главного врача по лечебной работе, БУЗОО Клинический противотуберкулезный диспансер № 4.

Адрес: 644050, г. Омск, ул. Химиков, 8а, тел. 8 (3812) 330346; e-mail: sveta_kptd@mail.ru.

Authors

Mordyk Anna Vladimirovna – Dr. Med. Sc., the Head of the Department TB and TB-surgery of Omsk State Medical Academy, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 12, Lenin Str., Omsk, RF, 644043; Phone: 8 (3812) 404515; e-mail: amordik@mail.ru.

Udalova Tatyana Yurevna – Cand. Ped. Sc., Associate Professor of the Department of Practical Psychology, Omsk State Pedagogical University.

Address: 4 a, Partizanskaya Str., Omsk, RF, 644099; Phone: 8 (3812) 232704; e-mail: udalova_tu@mail.ru.

Puzyreva Larisa Vladimirovna – Cand. Med. Sc., Assistant of Department of TB and TB-surgery of Omsk State Medical Academy of Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 12, Lenin Str., Omsk, RF, 644043; Phone: 8 (3812) 404515; e-mail: puzirevalv@mail.ru.

Ledeneva Tatyana Nikolaevna - Psychologist, State Institution of Health Care of the Omsk region Clinical Antitubercular Clinic.

Address: 8 a, Khimikov Str., Omsk, RF, 644050; Phone: 8 (3812) 330346.

Sitnikova Svetlana Vladimirovna – Postgraduate Student of the Department of TB and TB-surgery of Omsk State Medical Academy of Ministry of Health of the Russian Federation, the Deputy Chief Physician on Medical Work of the Clinical Antitubercular Clinic № 4.

Address: 8 a, Khimikov Str., Omsk, RF, 644050; Phone: 8 (3812) 330346; e-mail: sveta_kptd@mail.ru.