

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

Мордык А.В.¹, Удалова Т.Ю.², Пузырева Л.В.¹, Леденева Т.Н.³, Ситникова С.В.^{1,3}

¹ Омская государственная медицинская академия, г. Омск

² Омский государственный педагогический университет, г. Омск

³ КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», г. Омск

РЕЗЮМЕ

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

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

Результаты. Получены достоверные различия по шкалам опросника, характеризующим конформность, выраженность эмоциональных реакций, уверенность, напряженность, уровень интеллекта пациентов.

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 азыяснительные беседы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: личностные особенности, туберкулез, впервые выявленные больные, инфильтративный туберкулез, сочетанная инфекция ВИЧ/туберкулез.

Введение

В современных условиях отмечается повсеместное снижение заболеваемости туберкулезом [1, 2], при этом следует объединить усилия врачей всех специальностей и фтизиатров по выявлению новых случаев туберкулеза и их клиническому излечению [3]. Самой частой формой впервые выявленного туберкулеза остается инфильтративный туберкулез легких (ИТЛ) [1, 4, 5]. Реализация наиболее приоритетного направления во фтизиатрии – излечения впервые выявленных больных – должна осуществляться через повышение эффективности лечения пациентов с этой формой туберкулеза [6]. Однако проблемой сегодняшнего дня является рост среди фтизиатрических больных пациентов с сочетанной инфекцией туберкулез/ВИЧ [2, 7, 8],

что сопровождается разнообразием клинических форм туберкулеза, большей частотой диссеминированных и генерализованных процессов [2, 9]. Достичь высокой эффективности лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции – еще более сложная задача [2]. Одной из проблем неэффективного лечения туберкулеза у обеих категорий пациентов является отсутствие приверженности лечению [10].

Цель исследования – сравнительное изучение личностных особенностей больных с впервые выявленным 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 категорий больных.

Материал и методы

✉ Мордык Анна Владимировна, тел. 8 (3812) 40-45-15;
e-mail: amordik@mail.ru

Исследование проводилось на базе КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4» и было одобрено этическим комитетом Омской государственной медицинской академии (г. Омск), протокол № 2 от 16.09.2013 г. К участию допущены интеллектуально сохранные пациенты с впервые выявленным ИТЛ (1-я группа) и ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез (2-я группа). Обязательным критерием участия в исследовании было подписание информированного согласия. Выбран 16-факторный личностный опросник Р. Кэттелла (отечественная модификация) как наиболее информативная многоаспектная методика с высокими показателями надежности и валидности [11, 12].

В 1-ю группу вошли 40 человек с впервые выявленным ИТЛ: 20 мужчин (в возрасте от 18 до 42 лет) и 20 женщин (от 22 до 39 лет). Вторую группу составили пациенты с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез в количестве 35 человек: 20 мужчин (в возрасте от 26 до 46 лет) и 15 женщин (от 21 до 45 лет) ($t = 0,869$; $p = 0,391$). У всех пациентов 2-й группы 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 ввиду постановки диагноза «туберкулез» у первых и низкая работоспособность вследствие быстрой утомляемости по причине тяжести состояния – у вторых). Все включенные в исследование больные получали противотуберкулезную терапию в соответствии с принятыми стандартами, пациенты с ВИЧ и туберкулезом – дополнительно антиретровирусную терапию.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета прикладных про-

грамм Statistica 6.0 for Windows. Проверка гипотезы нормального распределения значений в группах выполнялась по ассиметрии в той же программе. Количественные данные представлены в виде медианы Me и 25%-го, 75%-го квартилей. Для сравнения показателей в двух независимых группах применялся U -критерий Манна–Уитни. 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 таблице. При обработке данных было установлено, 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 произвести лучшее впечатление на исследователя, зависив результаты, поэтому их показатели по ряду шкал были откорректированы в соответствии с алгоритмом обработки данной методики [12].

При оценке коммуникативных свойств личности было обнаружено, 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, они 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 принятому в социуме. Показатели во всех подгруппах примерно одинаковы, значимых различий не обнаружено ($p = 0,931$).

Значения показателей по отдельным шкалам опросника Р. Кэттелла в сравниваемых группах

Шкала	1-я группа (40 человек)			2-я группа (35 человек)			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

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 больных 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 не выявлено ($p = 0,418$).

При изучении эмоциональных свойств личности установлено, что больные с ИТЛ имеют средние оценки по шкале «Бедность – богатство эмоциональных реакций человека». Это означает, что количество эмоциональных реакций – обычное для большинства людей, а характер эмоционального реагирования не отличается от принятого в ближайшем социальном окружении. В то же время 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 статистически значимо более высокие, чем у пациентов с сочетанием ВИЧ/туберкулез ($U = 464,0$; $p = 0,011$).

Сравнивая результаты с нормативными, необходимо отметить низкие оценки по шкале «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 на состояние своего 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» ($Me = 6,0$), что характеризует их как уверенных, спокойных, нечувствительных к социальному одобрению, веселых, жизнерадостных и бесстрашных даже в сложных жизненных ситуациях. В отличие от показателей данной категории больных, 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 ($U = 459,0$; $p = 0,009$) (см. таблицу).

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

По шкале «Неуравновешенность – контроль эмоциональных реакций» больные с заболеванием ВИЧ/туберкулез в среднем имеют низкие оценки (с туберкулезом $Me = 6,0$; с ВИЧ/туберкулез – $5,0$). 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 ответственными в доведении дела до конца, так как переменчивы в настроении и неустойчивы в интересах. Пациенты совершенно не умеют контролировать свои чувства и управлять ими, 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 представителями двух групп исследования не выявлено ($U = 691,0$; $p = 0,922$).

Показатели дисциплинированности у больных с ИТЛ в среднем соответствуют таковым у обычных людей: они в меру дисциплинированы и ответственны, выполняют правила и обязанности не хуже, но и не лучше большинства ($Me = 8,0$). В то же время пациенты с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез – это недостаточно дисциплинированные и ответственные люди, непостоянные, они 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 статистиче-

ски значимых различий между пациентами с различным диагнозом ($U = 526,0; p = 0,060$) (см. таблицу).

Уровень самоконтроля, сила воли у больных туберкулезом соответствуют среднему уровню, свойственному большинству людей ($Me = 7,5$), что свидетельствует о достаточно высокой степени самоконтроля и силе воли, хорошем понимании правил и социальных требований, заботе о своей общественной репутации. Причем эта же категория пациентов является наиболее однородной по результатам. Больные с сочетанной патологией ВИЧ/туберкулез более разнообразны по показателю самоконтроля, но значимых различий между группами по данной характеристике не обнаружено ($U = 652,0; p = 0,604$) (см. таблицу).

По результатам исследования интеллектуальной сферы, опрошенные пациенты с изолированным диагнозом туберкулез имеют средние оценки по шкале «Низкий – высокий логический интеллект», однако больные 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 больных с ВИЧ/туберкулез ($U = 458,0; p = 0,009$).

Заключение

У пациентов с впервые выявленным ИТЛ имело место выраженное стрессовое состояние в ответ на информацию о наличии у них туберкулеза, при этом большинство больных 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 больных с тем, чтобы они больше доверяли и шли на контакт с медицинским персоналом. Этого можно добиться, объясняя в благожелательной форме на доступном для них уровне план лечебных назначений, причины их физического и психического состояния.

У пациентов с ВИЧ/туберкулез наблюдается самоуверенность, нечувствительность к социальному одобрению, бесстрашие – в большей степени бравада и «гусарство» (заболевание в настоящий момент неиз-

лечимо). В действительности их самооценка низкая: они считают себя неспособными добиться успеха в различных видах деятельности. Возможно, данное обстоятельство связано с их зависимостью от состояния здоровья, в то время как больные с впервые выявленным туберкулезом в начале лечения не ставят свою жизнь в зависимость от медикаментозной терапии (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 неэффективно. 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 больными 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 для них уровне, вследствие низкого познавательного интереса не надеяться на стендовую информацию, буклеты и т.п., а проводить разъяснительные беседы.

У пациентов с ВИЧ/туберкулез практически отсутствовали признаки нахождения в стрессовой ситуации, что имеет место у больных 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 возможны изменения свойств их личности, практически схожие с таковыми у пациентов с ассоциированной инфекцией, корректировать которые значительно сложнее и малоэффективно.

Литература

1. *Корецкая Н.М., Наркевич А.А., Наркевич А.Н.* Гендерные особенности впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких // Пульмонология. 2014. № 1. С. 77–80.
2. *Мордык А.В., Ситникова С.В., Пузырева Л.В., Радул В.В.* Эпидемическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Омской области с 1996 по 2013 гг. // Медицинский альманах. Эпидемиология. 2014. Т. 32, № 2. С. 62–64.
3. *Мордык А.В., Пузырева Л.В., Аксютин Л.П.* Современные международные и национальные концепции борьбы с туберкулезом // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2013. Т. 22, № 22. С. 92–97.
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. *Чушкина А.А., Корецкая Н.М.* Патоморфоз инфильтративного туберкулеза легких за 20-летний период // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2012. Т. 87, № 5. С. 141–144.
6. *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.
7. *Калачева Г.А., Довгополюк 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. Т. 72, № 6. С. 40–44.
8. *Нечаева О.Б., Эйсмонт Н.В.* Эпидемическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал], 2012. Т. 24, № 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/399/30/lang.ru/>
9. *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.
10. *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. Т. 127, № 4. С. 148–151.
11. *Словарь-справочник по психодиагностике* / под ред. Л. Бурлачук. СПб, 2008. 243 с.
12. *Рукавишников А.А., Соколова М.В.* Факторный личностный опросник Р. Кеттелла: методическое руководство. СПб.: ИМАТОН, 2006. 96 с.

Поступила в редакцию 21.07.2014 г.

Утверждена к печати 04.02.2015 г.

Мордык Анна Владимировна (✉) – д-р мед. наук, зав. кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ОГМА (г. Омск).**Удалова Татьяна Юрьевна** – канд. пед. наук, доцент кафедры практической психологии ОГПУ (г. Омск).**Пузырева Лариса Владимировна** – канд. мед. наук, ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ОГМА (г. Омск).**Леденева Татьяна Николаевна** – психолог, КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер» (г. Омск).**Ситникова Светлана Владимировна** – аспирант кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ОГМА (г. Омск), зам гл. врача по лечебной работе КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4» (г. Омск).✉ **Мордык Анна Владимировна**, тел. 8 (3812) 40-45-15; e-mail: amordik@mail.ru

COMPARISON OF PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS AND CO-INFECTION HIV/ TUBERCULOSIS

Mordyk A.V.¹, Udalova T.Yu.², Puzyreva L.V.¹, Ledeneva T.N.³, Sitnikova S.V.^{1,3}

¹ Omsk State Medical Academy, Omsk, Russian Federation

² Omsk state pedagogical university, Omsk, Russian Federation

³ Clinical Antitubercular Clinic no. 4, Omsk, Russian Federation

ABSTRACT

Research objective: to compare personal features of patients with for the first time the revealed infiltrative

tuberculosis and co-infection HIV/tuberculosis.

Material and Methods. By means of a personal questionnaire of R. Kettell research at 40 patients with infiltrative tuberculosis and 35 patients with a co-infection of tuberculosis and HIV was conducted.

Results. Reliable distinctions are received on scales of a questionnaire, characterizing conformality, expressiveness of emotional reactions, confidence, intensity, I.Q.

Conclusion. Patients with to – an infection unlike patients only with tuberculosis are adapted for character of the disease and owing to problematical character of the status of “HIV+” learned to hide the of emotions. These patients are self-confident, tolerant to social approval, possess a low self-assessment, logical thinking and mental capacities. It is necessary to control performance of medicamentous appointments as patients with the associated infection HIV/tuberculosis and to lead oral explanatory discussions.

KEY WORDS: personal features, tuberculosis, the patients for the first time revealed, infiltrative tuberculosis, the combined infection HIV/tuberculosis.

Bulletin of Siberian Medicine, 2015, vol. 14, no. 1, pp. 60–65

References

1. Koreckaya N.M., Narkevich A.A., Narkevich A.N. Gendernye osobennosti v pervye vyjavlennogo infil'trativnogo tuberkuleza legkih [Gender features of newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis]. *Pul'monologiya – Pulmonology*, 2014, no. 1, pp. 77–80 (in Russian).
2. Mordyk A.V., Sitnikova S.V., Puzyreva L.V., Radul V.V. Epidemicheskaya situatsiya po tuberkulezu i VICH-infekcii v Omskoy oblasti s 1996 po 2013 g. [The epidemiological situation of HIV-infection in Omsk Region in 1996–2013]. *Meditsinskiy al'manah. Eepidemiologiya – Medical Almanac. Epidemiology*, 2014, no. 2 (32), pp. 62–64 (in Russian).
3. Mordyk A.V., Puzyreva L.V., Aksyutina L.P. Sovremennye mezhdunarodnye i nacional'nye koncepcii bor'by s tuberkulezom [Current international and national concepts of tuberculosis control]. *Dal'nevostochnyi zhurnal infektsionnoy patologii*, 2013, vol. 22, no. 22, pp. 92–97 (in Russian).
4. Koretskaya N.M., Chushkina A.A. Sovremennaya kliniko-social'naya karakteristika bol'nyh infil'trativnym tuberkulezom legkih i ocenka ih epidemiologicheskoy opasnosti [Modern clinical and social characteristics of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis and evaluation of epidemiological danger]. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni – Epidemiology and Infectious Diseases*, 2011, no. 2, pp. 20–22 (in Russian).
5. Chushkina A.A., Koretskaya N.M. Patomorfoz infil'trativnogo tuberkuleza legkih za 20-letniy period [Pathomorphosis of infiltrative pulmonary tuberculosis for the 20-years period] // *Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo centra SO RAMN*, 2012, vol. 87, no. 5, C. 141–144 (in Russian).
6. Mordyk A.V., Ivanova O.G. Kliniko-rentgenologicheskie karakteristiki i effektivnost' lecheniya bol'nyh infil'trativnym tuberkulezom legkih s razlichnymi izmeneniyami vegetativnogo gomeostaza [Clinical and radiological characteristics and the effectiveness of treatment of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis with various changes of autonomic homeostasis]. *Tuberkulez i bolezni legkih*, 2010, no. 5, pp. 31–37.
7. Kalacheva G.A., Dovgopolyuk E.S., Mordyk A.V., Plekhanova M.A., Sitnikova S.V., Nikolayeva I.I. Epidemicheskaya situatsiya sochetannoy patologii VICH-infekcii, tuberkuleza i narkomanii v Sibirskom federal'nom okruge [Epidemiological situation of combined pathology of HIV, tuberculosis and drug addiction in the Siberian Federal district]. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie – Siberian Medical Review*, 2011, vol. 72, no. 6, pp. 40–44 (in Russian).
8. Nechayeva O.B., Eismont N.V. Epidemicheskaya situatsiya po tuberkulezu i VICH-infekcii v Rossiyskoy Federacii [Epidemiology situation on tuberculosis and hiv-infection in the Russian Federation]. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Elektronnyy nauchnyy zhurnal] – Social Aspects of Population Health* [electronic scientific publication], 2012, vol. 24, no. 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/399/30/lang,ru> (in Russian).
9. Koreskaya N.M., Narkevich A.N. Vyjavlenie i karakteristika tuberkuleza organov dyhaniya u bol'nyh VICH-infekciej [Identification and characterization of respiratory tuberculosis in patients with HIV infection]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri – Academic Journal of Western Siberia*, 2013, vol. 9, no. 1, pp. 52–53 (in Russian).
10. Mordyk A.V., Bryuhanova N.S., Antropova V.V., Puzyreva L.V. Rol' lichnosti pacienta v processe vyjavleniya i lecheniya tuberkuleza organov dyhaniya [The role of the individual patient in the process of detection and treatment of tuberculosis of the respiratory system]. *Kubanskiy nauchnyy medicinskiy vestnik – Kuban Scientific Medical Journal*, 2011, vol. 127, no. 4, pp. 148–151 (in Russian).
11. *Slovar'-spravochnik po psihodiagnostike* [Psychological diagnostics: Dictionary]. Ed. L. Burlachuk. St. Petersburg, 2008. 243 p. (in Russian).
12. Rukavishnikov A.A., Sokolova M.V. *Faktornyy lichnostnyy oprosnik R. Kettella: metodicheskoe rukovodstvo* [R. Kettelle factor personality inventory: a methodological guide]. St. Petersburg, Imaton Publ., 2006. 96 p. (in Russian).

Mordyk Anna V. (✉), Omsk State Medical Academy, Omsk, Russian Federation.

Udalova Tatiyana Yu., Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russian Federation.

Puzyreva Larisa V., Omsk state medical academy, Omsk, Russian Federation.

Ledeneva Tatiyana N., Clinical Antitubercular Clinic no. 4, Omsk, Russian Federation.

Sitnikova Svetlana V., Omsk State Medical Academy, Clinical Antitubercular Clinic no. 4, Omsk, Russian Federation.

✉ **Mordyk Anna V.**, Ph. +7 (3812) 40-45-15; e-mail: amordik@mail.ru