Волгоградский государственный медицинский университет

На правах рукописи

Юдин Сергей Александрович

КОМПЛЕМЕНТАРНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ВО ФТИЗИАТРИИ

14.02.05 - социология медицины

Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:
доктор медицинских наук,
профессор А.С. Борзенко;

кандидат медицинских наук,
доктор социологических наук,
профессор В.В. Деларю

Волгоград - 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

	ВВЕДЕНИЕ	6
Глава 1.	ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	17
1.1.	Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации ……..	17
1.2.	Эпидемиология туберкулёза в Волгоградской области (с 2000 по 2013 гг.)……..…	43
1.3.	Организационные аспекты медико-социальной и психологической реабилитации больных туберкулезом лиц …..	57
Глава 2.	МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ……..	73
Глава 3.	ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ОЦЕНКАХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП ……..	81
3.1.	Качество оказания фтизиатрической помощи: мнение пациентов	81
3.2.	Реабилитационный процесс во фтизиатрии: позиция врачей-фтизиатров ……	111
3.3.	Оценка врачами терапевтами качества оказания помощи больным туберкулёзом ……	156
3.4.	Проблемы фтизиатрии в оценках врачей, работающих в пенитенциарных учреждениях Волгоградской области ……..…	186
3.5.	Сравнительный анализ представлений специалистов и пациентов о возможностях реабилитации во фтизиатрии ……..	193
Глава 4.	ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЮДЯМ ……	220
4.1.	Эффективность психологического сопровождения больных туберкулёзом …….	220
4.2.	Отношение православной церкви к оказанию помощи больным туберкулёзом людям ……	240
4.3.	«Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих	

туберкулезом»: её оценки представителями заинтересованных социальных групп ……..... 248

Глава 5. ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЮДЯМ …….. 256

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ……... 283

ВЫВОДЫ ……. 297

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ……. 302

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ……... 304

ПРИЛОЖЕНИЯ ……... 370

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БОМЖ – лицо без определенного места жительства

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВМП – высокотехнологическая медицинская помощь

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВЦП – волгоградская областная целевая программа

ДУ – диспансерный учет

ДФО – Дальневосточный федеральный округ

ИНН – индивидуальный номер налогоплательщика

ИТУ – исправительно-трудовое учреждение

КЭК – клинико-экспертная комиссия

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ЛУ – лекарственная устойчивость

МБТ – микобактерия туберкулеза

МЗ СР – Министерство здравоохранения и социального развития

МЛУ – множественная лекарственная устойчивость

НПР – нежелательные побочные реакции

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ПАСК – парааминосалициловая кислота

ППП – психологическая/психотерапевтическая помощь

ПТД – противотуберкулезный диспансер

ПТП – противотуберкулезные препараты

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РФ – Российская Федерация

СЗФО – Северо-западный федеральный округ

СКФО – Северо-кавказский федеральный округ

СМИ – средства массовой информации

СНИЛС – страховой номер индивидуального лицевого счета

ТБ – туберкулёз

ТОБОЛ – тип отношения к болезни

ТОД – туберкулез органов дыхания

ФСС – фонд социального страхования

ХТ – химиотерапия

ЦВКК – центральная врачебная контрольная комиссия

ЦНИИТ РАМН – Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза Российской академии медицинских наук

ЦРБ – центральная районная больница

ШЛУ – широкая лекарственная устойчивость

ЮФО – Южный федеральный округ

DOTS – ускоренный курс амбулаторной терапии туберкулеза

HREK – изониазид, рифампицин, этамбутол, канамицин

HRS – изониазид, рифампицин, стрептомицин

HRSZ - изониазид, рифампицин, стрептомицин, пиразинамид

HRSZE –- изониазид, рифампицин, стрептомицин, пиразинамид, этамбутол

WCQ – опросник способов совладения

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования.

Туберкулез как инфекционное и социально значимое заболевание и сегодня представляет глобальную угрозу общественному здоровью в мире и РФ. В 2012г., по оценкам ВОЗ, заболели туберкулезом в мире 8,6 млн., а умерли 1,3 млн. человек. Почти через 20 лет после того, как ВОЗ провозгласила туберкулез причиной глобальной чрезвычайной ситуации в общественном здравоохранении, был достигнут определённый прогресс, но, тем не менее, он явно недостаточен.

В первую очередь, это относится к Российской Федерации, где в 1992 года начался подъем эндемии туберкулеза: заболеваемость туберкулезом увеличилась в 2,7 раза и составила 90,7 на 100 тыс. населения; смертность увеличилась в 2,5 раза, составив 20,4 на 100 тыс. (Хоменко А.Г., 1995; Шилова М.В., 1995-2010; Стародубов В.И., 1999-2002; Литвинов В.И., 2000-2009; Сельцовский П.П., 2000-2010; Сон И.М. и др., 2000; Капков Л.П., 2001; Перельман М.И., Шилова М.В., 2001; Ерохин В.В. и др., 2005; Михайлова Ю.В. и др., 2009; Кобелева Г.В., 2011; Корниенко С.В., 2011; Полушкина Е.Е., 2011 и др.). Это время характеризовалось проведением политических и экономических реформ, которые изменили правовые основы собственности и ухудшили жизненные условия значительной части россиян (со снижением уровня их социальной защищенности), а туберкулез традиционно относят к социально-значимым заболеваниям и рассматривают как медико-социальную проблему, характеризующую благополучие / неблагополучие общества (Краснов В.А., 1991; Фролова И.А., 1991; Хоменко А.Г., 1994; Ерохин В.В., 2004-2006; Богородская Е.М. и др., 2011; Madaras T.A., 2000; Zakoska M., 2003; WHO 2007, 2008 и др.).

Характерной особенностью современной эпидемии туберкулеза является повсеместное распространении лекарственно-устойчивых штаммов возбудителя заболевания, среди которых особую опасность представляют пациенты, выделяющие микобактерии туберкулёза с обширной лекарственной

устойчивостью (Мишин В.Ю. и др. 2002; Онищенко Г.Г., 2003; Комиссарова О.Г. и др., 2011; Каркач О.О. и др., 2011; Стрельцова Е.Н. Степанова Н.А., 2011; Винокурова М.К. и др., 2012; Одинец В.С. и др., 2012; Борзенко А.С. и др., 2012; WHO/HTM/TB-2009.411; WHO/HTM/TB-2010.3; LoBue P.A. et al. 2010).

В последние десятилетия противотуберкулезная помощь в РФ значительно реформировалась, однако требования фтизиатрии выходят за рамки традиционно принятых подходов, тем более, что перенос ответственности за оказание медико-социальной помощи на уровень субъекта Федерации, недостаточность финансирования, вызывает трудности в реализации прав граждан на медико-социальную помощь на фоне низкой эффективности вложений во фтизиатрию и нерационального использования коечного фонда (Яблонский П.К., 2010). В частности, в настоящее время: не налажена преемственность в лечении и реабилитации не только в рамках социального института здравоохранения (между фтизиатрическими и общесоматическими структуры), но и с другими институтами (социальной помощи населению, права, защиты общественного порядка) и социальными практиками; отсутствуют единые стандарты и протоколы оказания медико-социальной помощи; общепринятые методы этапного лечения туберкулеза недостаточно эффективны как вследствие частой ограниченности их реализации в полном объёме, так и в силу традиционного задействования чисто медицинских подходов; не разработана адекватная информационная политика; несовершенна законодательная база (не позволяющая, в том числе, эффективно решать проблемы госпитализации эпидемически опасных больных). Соответственно, проводимая организационно-методическая работа, направленная на оптимизацию мероприятий по своевременному выявлению туберкулеза, поэтапному оказанию противотуберкулезной помощи и повышению ее качества, не позволяет в полной мере кардинально улучшить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в различных регионах РФ (Голубев Д.Н., 2002; Соколов В.А., 2002; Холостова Е.И., 2003; Сухов В.М.,

Сухова Е.В. 2003; Трифонова Н.Ю., Кузьмишин Л.Е. 2006; Репин Ю.М., 2007; Шилова М.В., 2009; Борисов С.Е., Литвинова Н.В. 2010; Рейхардт В.В. и др., 2010; Смердин С.В. и др., 2010; Цыбикова Э.Б., 2011; Краснов В.А. и др., 2012).

Врач фтизиатр находится в центре пересечения множества проблем, в том числе и социальных, но решать их не может вследствие недостаточности полномочий и ресурсов. Указанные причины заставляют вести поиск новых подходов к медико-социальной реабилитации больных туберкулезом лиц.

Цель исследования: разработка современной концепции интегративной системы реабилитации фтизиатрических пациентов и рекомендаций по её реализации.

Данная цель реализуется в решении следующих исследовательских **задач:**

1. Рассмотреть организацию фтизиатрической помощи населению в условиях реформирования отечественного института здравоохранения на федеральном и региональном уровнях и на основании сравнительного анализа охарактеризовать эффективность существующей модели реабилитации фтизиатрических больных.
2. Провести компаративный анализ представлений врачей фтизиатрических и общесоматических учреждений о проблемах реабилитации больных туберкулёзом и возможных путях повышения её эффективности.
3. Изучить мнение пациентов об уровне организации фтизиатрической помощи.
4. Изучить мнения врачей пенитенциарной системы о проблемах реабилитации больных туберкулёзом лиц.
5. Проанализировать функциональные и дисфункциональные факторы деятельности института социальной помощи и его агентов в области фтизиатрии.
6. Определить перспективы «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулёзом» в реабилитации членов их семей с данной патологией.

7. Выяснить эффективность психологического сопровождения лечения больных туберкулёзом лёгких.
8. Разработать рекомендации по внедрению комплексной региональной системы реабилитации во фтизиатрии.

Объект исследования: реабилитационный процесс во фтизиатрии

Предмет исследования: медицинские возможности и социальные условия реабилитации фтизиатрических пациентов.

Гипотеза исследования. Стратегия по совершенствованию организации противотуберкулезной помощи населению России основана на многоуровневом подходе к оказанию медико-социальной помощи гражданам (Голикова Т.А., 2011), при этом на социально-экономические факторы приходится 75-80% всей проблемы, связанной с туберкулезом, а на связанные со здравоохранением и медициной факторы только 20-25%.

Поэтому одним из принципиально важных условий для обеспечения эффективных противотуберкулезных мероприятий является совместная работа общей лечебной сети, санитарно-эпидемиологической, специализированной противотуберкулезной службы, иных ведомств и заинтересованных служб по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза. Но, признавая социальную значимость борьбы с туберкулёзом, реабилитация больных с данной патологией осуществляется почти исключительно институтом здравоохранения при недостаточном взаимодействии с другими социальными институтами (семьи, права, защиты общественного порядка, религии, социальной помощи).

В современных условиях лечение больных туберкулезом представляет сложный комплекс из нескольких госпитализаций, санаторно-курортного и амбулаторного лечения. Однако попытки широкого внедрения информационных технологий в практическую фтизиатрию не нашли широкого применения, а существующие в настоящее время электронные медицинские документы не в полной мере отражают специфику туберкулезного процесса.

В результате остается недостаточно эффективной социальная адаптация и реабилитация фтизиатрических больных.

Научная новизна. На основании экспликации институциональных и дисфункциональных детерминант межинституционального взаимодействия разработана концепция инновационной реабилитации фтизиатрических пациентов на уровне субъекта РФ (Волгоградской области).

Охарактеризована ситуация по туберкулёзу в Волгоградской области в динамике за 2000-2013 гг.; проанализированы социальные и медицинские условия ухудшающие доступность и эффективность реабилитации, а также причины, влияющие на реабилитацию фтизиатрических пациентов. Обоснована необходимость активизации оказания социальной, благотворительной и психологической помощи данной категории пациентов.

Изучены мнения представителей заинтересованных социальных групп (фтизиатров, терапевтов общесоматической сети, врачей пенитенциарных учреждений, фтизиатрических пациентов, служителей Русской Православной Церкви) о проблемах реабилитации лиц, болеющих туберкулёзом.

Представлена авторская концепция реабилитации фтизиатрических пациентов во взаимосвязи использования медицинских, социальных и психологических технологий при контроле реализации интегральных схем на основе компьютерных технологий.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях выносимых на защиту:**

1. В регионах РФ существуют разные структуры противотуберкулезных учреждений с различным подчинением и управлением; отсутствует единый стандарт реабилитации фтизиатрических пациентов, что обуславливает наличие различных подходов к восстановительному лечению. При этом в Волгоградской области «традиционно рекомендуемая» последовательность лечения фтизиатрических пациентов (стационарный этап, 90-100 дней; санаторный, 24-30 и амбулаторный - диспансерное наблюдение по месту жительства в противотуберкулёзных диспансерах до снятия с диспансерного учета) не всегда выдерживаются; стационарное звено противотуберкулезной службы существенно

преобладает над амбулаторным, стационарзамещающие технологии должным образом не развиваются, работа противотуберкулезной службы по стандартам в полном объеме не реализуется (в том числе и из-за отсутствия современной материально-технической базы противотуберкулезных учреждений). Соответственно, более половины фтизиатров (58,7%) не удовлетворены полнотой реализуемых реабилитационных мероприятий; 60,9% испытывают трудности при её проведении у профильных пациентов в амбулаторных условиях.

2. Несмотря на достигнутые в последние годы снижения показателей заболеваемости, смертности и распространенности туберкулеза в Волгоградской области, данные «ключевые» показатели превышают аналогичные по РФ. При этом ежегодно отмечается рост лекарственно-устойчивого туберкулеза в наиболее неблагоприятных комбинациях (множественная и широкая лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам); возрастает число больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции; в 2013г. показатель инвалидности по туберкулезу в Волгоградской области в 2 раза превысил аналогичный показатель по РФ (78,7 на 100 тыс. населения против 39,2).
3. Санаторное лечение является существенным этапом в достижении излечения от туберкулеза и составляет важную социальную составляющую, однако в противотуберкулезных диспансерах отсутствует активная, планомерная работа по направлению больных в санатории, в результате чего в санаторий направляется только 22,5% больных, а более 70% санаторного лечения не получает, В качестве основной причины, мешавшей получить долечивание в санатории, пациенты чаще всего указывают на, что врачи не предлагали им этого (21,9%).
4. Врачи-фтизиатры и пациенты по-разному оценивают проблемы, связанные с противотуберкулёзным лечением. По мнению фтизиатров, основными значимыми трудностями при лечении туберкулеза являются недисциплинированность и нарушения режима пациентами, их асоциальное

поведение (в частности алкоголизация), низкая приверженность к лечению, наличие сопутствующей патологии и частая невротизация и психопатизация. Пациенты же к значимым трудностям отнесли побочное действие лекарств, необходимость длительного пребывания в противотуберкулезном диспансере, негативное отношение окружающих к больным туберкулезом людям и отсутствие нужных лекарств. В результате взаимодействие в диаде «врач-пациент» недостаточно эффективно, что негативно сказывается на результатах лечебно-реабилитационного процесса в целом.

5. Работающие в пенитенциарных учреждениях врачи недооценивают значимость неблагополучной эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в исправительно-трудовых учреждениях для российского общества и необходимость собственной активизации борьбы с данной патологией.
6. При несомненной восстребованности в социальной помощи фтизиатрических пациентов, она оказывается им в явно недостаточном объеме, а благотворительная помощь, как социальная практика, практически полностью отсутствует; при этом такое мнение высказывают все задействованные в реабилитационном процессе социальные субъекты (пациенты, фтизиатры и терапевты общесоматической сети).
7. Большинство фтизиатров (78,3%) уверены в необходимости тесного сотрудничества между противотуберкулезной службой и общественными организациями, однако взаимодействие общественных организаций с противотуберкулезными учреждениями носит единовременный, не системный характер, а оказывается, от случая к случаю, что подчеркнули 82,6% фтизиатров, 92,4% терапевтов и 92,8% больных туберкулезом. Одной из эффективных общественных организаций, реально помогающей больным туберкулёзом людям, может быть «Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», которую поддержали 63,1% фтизиатров, 52,2% терапевтов и 70,1% самих пациентов.

8. Вследствие многочисленных медицинских и социальных проблем у больных туберкулёзом лиц существует потребность в благоприятном духовном климате (желают получать духовную помощь со стороны священнослужителей 35,4% больных; считали целесообразным её оказание более 60% врачей и 80% священнослужителей). Реальную же помощь со стороны священнослужителей получали 11,3% пациентов.
9. Фтизиатрические пациенты недооценивают целесообразность оказания им психотерапевтической / психологической помощи, а врачи фтизиатры и терапевты общесоматической практики пассивно относятся к её назначению, в результате чего, она оказывается в крайне ограниченных объёмах. В тоже время дифференцированная психологическая помощь, учитывающая особенности внутренней картины болезни и копинг-стратегий у первично выявленных и повторно госпитализируемых пациентов, повышает их комплаентность и способствует более конструктивным стратегиям поведения, что повышает эффективность реабилитационного процесса.
10. Существующие в настоящее время электронные медицинские карты пациентов недостаточно отражают специфику реабилитационного процесса во фтизиатрии. В среде Lazarus разработана программа для ведения электронных медицинских карт фтизиатрических пациентов, с возможностью хранения информации о паспортных данных пациента, выполненных обследованиях в динамике, проведённых курсов стационарного и санаторно-курортного лечении, диспансерном наблюдении, заключениях врачебных комиссий. Это позволяет повысить качество и оперативность работы врача-фтизиатра и, соответственно, эффективность реабилитации данного контингента пациентов.

Методология исследования. Работа выполнена в категориальном поле социологии медицины. Основы социально-философского анализа здоровья отражены в работах классиков социологии E. Durkheim, T. Veblen, T. Parsons, E. Goffman, E. Fromm; методологической базой исследования выступили:

концептуальные исследования в области социологии медицины Ю.П. Лисицына, А.В. Решетникова, Н.Н. Седовой, О.П. Щепина; в области фтизиатрии В.И. Литвинова, М.И. Перельмана, А.Е. Рабухина, Е.Н. Стрельцовой, А.Г. Хоменко, М.В. Шиловой; труды по этико-правовым вопросам оказания медицинской помощи Т.Г. Светличной, Н.Н. Седовой, Ю.Д. Сергеева, И.В. Силуяновой. В изучение социальных детерминант здоровья значительный вклад внесли специалисты в области социальной гигиены и эпидемиологии (M. Marmot, R. Bell, С.В. Курашов, Ю.П. Лисицын, О.Б. Нечаева, Н.А. Семашко, Б.Я. Смулевич). С позиций социологического подхода даны оценки инвалидности (M. Priestly, Л. Доминелли, А.Ю. Домбровская) и стигматизации больных (В.А. Михайлов, В.Д. Менделевич, Ю.Г. Пасынкова). Роль и место медицины в обществе, трансформация социальных ролей врача и пациента, проблемы медикализации социума нашли свое отражение в работах М.Е. Волчанского, В.В. Деларю, С.А. Ефименко, А.В. Решетникова, Д.В. Савельевой, Н.Н. Седовой.

В работе использованы общенаучные методы исследования (системный подход, принципы исторического, компаративного и структурно-функционального анализа), методы медицинской статистики, социологии медицины (анкетирование, включенное наблюдение, контент-анализ, фокус-группа).

Теоретическая и практическая значимость исследования. Экстраполированы институциональные и дисфункциональные детерминанты межинституционального взаимодействия при реализации реабилитационного процесса во фтизиатрии. Представлена авторская концепция интегративной системы реабилитации фтизиатрических пациентов и рекомендации по её реализации с использованием инновационных компьютерных технологий.

Материалы исследования используются в лекциях и практических занятиях в Волгоградском государственном медицинском университете (на кафедрах фтизиопульмонологии и клинической психологии), внедрены в практическую деятельность ГКУЗ ВОКПД г. Волгограда, ГКУЗ Волгоградский

областной противотуберкулезный санаторий «Волго-Дон», ГКУЗ Волгоградский областной противотуберкулезный санаторий «Палласовский».

Полученные результаты целесообразно учитывать при организации учебного процесса в медицинских вузах, в т.ч. и на постдипломном этапе; они могут быть использованы организаторами здравоохранения, специалистами (врачами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе) противотуберкулезных, санаторно-курортных и оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению учреждений.

Апробация исследования. Основные положения были доложены и обсуждены на: VI Всероссийском национальном конгрессе лучевых диагностов и терапевтов «Радиология-2012» (Москва, 2012); международной конференции «Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств» (Гродно, 2012); научно-практической конференции с международным участием «Социология медицины: наука и практика» (Москва, 2012); 10-й Московской юбилейной городской и Всероссийской профессиональной медицинской и психотерапевтической конференция «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» (Москва, 2012); Всероссийской научно-практической конференции «Общественное здоровье и здравоохранение XXI века: проблемы, пути решения, подготовка кадров» (Москва, 2012); международной конференции и Школы для врачей «Торакальная радиология» (Санкт-Петербург, 2012); IV и V межвузовских научно-практических конференциях с международным участием «Современное состояние и тенденции развития гуманитарных и экономических наук» (Волгоград, 2012, 2013); IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социология медицины - реформе здравоохранения» (Волгоград, 2013); IX Międzynarodowej naukowi-praktyeznej konferenji «Perspectywiczne opracowania są nauką i techikami - 2013» (Przemyŝl, 2013); 9 международна научна практична конференция (София, 2013); Первой международной заочной научно-практической конференции «Туберкулез - глобальная катастрофа

человечества»: эпидемиологические, клинико-диагностические, медико-социальные и организационно-правовые аспекты противотуберкулезной помощи в странах СНГ (Ростов-на-Дону, 2014); 12-й международной научной конференции «Медицинская профессура СССР» (Москва, 2014); международной научно-практической конференции «Наука и образование в XXI веке» (Тамбов, 2014); Internationaler Kongress Fachmesse. Moderne Aspekte der Prophylaxe, Behandlung und Rehabilitation. Euromedica (Hannover, 2014); VI international research and practice conference «Science and Education» (Munich, 2014).

Публикации. По теме диссертации опубликованы 49 научных работ, в том числе 23 в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикации материалов диссертационных исследований, получено 2 авторских свидетельства.

Структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, 5 глав, списка литературы (440 источников), и 3-х приложений. Диссертация иллюстрирована 26 рисунками и 124 таблицами. Объем работы 427 страниц.

ГЛАВА I ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации

Туберкулёз – распространенное социально зависимое инфекционное заболевание, стратегическим направлением в борьбе с ним является преодоление бедности, улучшение социально-экономических условий жизни, повышение уровня образования и культуры населения (Перельман М.И., 2010).

В 1993 г. Генеральная Ассамблея ВОЗ констатировала, что туберкулез является международной и национальной проблемой не только развивающихся стран, но и экономически развитых (Global Tuberculosis control; WHO Report, 2008). Как средство ее преодоления была предложена так называемая «стратегия» DOTS, которая вернула противотуберкулезным мероприятиям значение государственных и международных (Tub. Handbook. WHO 1998; Reichman L., Hershfield S., 2000; Борисов С.Е., и др., 2011). Однако следует признать, что сама по себе идеология DOTS не принесет успеха, если и впредь будет опираться на устаревшие методы и технологии, остающиеся неизменными на протяжении десятилетий (Small P., 2009; Zwerling A., et al., 2013).

Туберкулез как инфекционное и социально значимое заболевание и сегодня представляет глобальную угрозу общественному здоровью в мире и РФ. В 2012г., по оценкам ВОЗ заболели туберкулезом в мире 8,6 млн., а умерли 1,3 млн. человек. Почти через 20 лет после того, как ВОЗ провозгласила туберкулез причиной глобальной чрезвычайной ситуации в общественном здравоохранении, был достигнут существенный прогресс, но нынешняя глобальная картина свидетельствует, что идет он недостаточно быстрыми темпами.

Большинство случаев туберкулеза в мире в 2012 году отмечалось в регионах Юго-Восточной Азии (29%), Африки (27%) и Западной части Тихого океана (19%). В глобальном масштабе в 2012 г., в мире заболели МЛУ-ТБ 450 000 человек и умерли от него 170 000 человек. В большинстве случаев

заболевают туберкулезом и умирают от него мужчины, но и доля женщин остается достаточно высокой, так в 2012 году умерло 410 000 женщин.

Показатели заболеваемости туберкулезом среди всех стран мира значительно варьируются, причем в Южной Африке и Свазиленде отмечается порядка 1000 случаев на 100 000 населения, а в некоторых частях Американского континента, ряде стран Западной Европы, в Японии, Австралии и Новой Зеландии отмечается менее 10 случаев на 100 000 населения (WHO/HTM/TB/2013.15; Аналит. обзор 2009; Аналит. обзор 2010; Шилова М.В., 2010; Богадельникова И.В., Перельман М.И. 1997; Raviglione MC, et al., 1997; Литвинов В.И., Сельцовский П.П. 2000; Elmoghazy E. et al 2007; Matos Novas A.L., Diaz R. 2007; Kidgell-Koppelaar D. et al., 2007; Tollefson D. et al., 2013; Zhao F. Et al., 2013).

Значительно разнятся показатели заболеваемости на территории бывшего СССР, так заболеваемость туберкулезом в Республике Молдова в 2009 году составила 116,0, а смертность составила 18,0 на 100 тыс. населения (Ботнару В.И. и др., 2011), в тоже время ситуация по туберкулезу Республики Беларусь стабилизировать и заболеваемость составила 41,5, а смертность 6,7 на 100 тыс. населения (Дейкало В.К. и др., 2011).

Одной из главных причин возвращения туберкулеза, в том числе и в развитых странах зарубежными и отечественными авторами рассматриваются активные миграционные процессы в современном обществе (Купрешвили Л.Г. и др., 2003; Рыжков С.И., 2003; Пунга В.В. и др., 1997; Chretien J. 1995; Farah M.G. et al., 2006; Storla D.G. et al., 2008; Qadeer E., Siddiqui G. 2007; Marais F. et al., 2007; Posey D.L., Cetron M.S. 2013; Dhaven P., Mosca D. 2013).

Характерной особенностью современной эпидемии туберкулеза является повсеместное распространении лекарственно – устойчивых штаммов возбудителя заболевания (WHO/HTM/TB-2009.411; WHO/HTM/TB-2010.3; LoBue P.A. et al., 2010; McNerney R., Mallard K. 2007; Hyson A.M., Reid M.J. 2007; Hewison C. et al., 2007; Boman G. et al., 2007; Althomsons S.P. et al., 2007).

Больше всего случаев МЛУ туберкулеза приходиться на Индию и Китай, где по оценке ВОЗ, находиться почти половина (45%) всех больных МЛУ туберкулезом в мире. Третьей страной, имеющей значительное число больных МЛУ туберкулезом, является РФ (8,6%) от всех случаев в мире (Белиловский Е.М. и др., 2010).

По подсчетам ВОЗ, Россия является одной из 22 стран с наибольшим числом больных туберкулезом, суммарный вклад которых в мировую расчётную заболеваемость составляет 80% (Перельман М.И., 2010).

В Российской Федерации с 1992 года начался подъем эндемии туберкулеза, так заболеваемость туберкулезом увеличилась в 2,7 раза и составила 90,7 на 100 тыс. населения, а смертность увеличилась в 2,5 раза, составив 20,4 на 100 тыс. (Ерохин В.В. и др., 2005; Капков Л.П., 2001; Кучеров А.Л., 1990; Литвинов В.И., Сельцовский П.П. 2000; Михайлова Ю.В. и др., 2009; Перельман М.И., Шилова М.В. 2001; Шилова М.В., 2002; Приймак А.А., Шилова М.В. 1996; Сон И.М. и др., 2000; Стародубов В.И. и др., 1999; Хоменко А.Г., 1995; Шилова М.В., 1995; Шилова М.В., 2007.)

Анализ непосредственных причин смерти от туберкулеза показал, что на первое место вышли прогрессирование туберкулеза и туберкулезная интоксикация, чаще всего в виде развития казеозной пневмонии (80,1%), присоединившейся к фиброзно-кавернозному (55,4%) или диссеминированному (8,4%) процессам. Большое влияние на показатель смертности оказывает сочетанная патология, которая диагностируется и 2/3 пациентов с туберкулезом (Ерохин В.В. и др., 2010; Сон И.М. и др., 2003; Кобелева Г.В., 2011; Корниенко С.В., 2011; Полушкина Е.Е., 2011).

Основная причина ухудшения ситуации – социальные проблемы вследствие политических преобразований в обществе и уменьшение социальной защищенности населения (Литвинов В.И. и др., 2008; Литвинов В.И. и др., 2009; Перельман М.И., 2007; Перельман М.И, Михайлова Ю.В. 2008; Шаполовский В.В., 2004; Шилова М.В., 2007), которые привели к увеличению числа лиц с низким уровнем жизни, асоциальным поведением и лиц БОМЖ.

Высокая заболеваемость туберкулезом этой группы населения, невозможность контроля этого процесса медицинской службой, создала условия для распространения туберкулеза (Сон И.М., 2003; Овсянкина Е.С. и др., 2008, 2009; Овсянкина Е.С., 2011; Михайлова Ю.В. и др., 2009; Jakubowiak W. et al., 2007).

Другими факторами, определяющими напряженность эпидемической ситуации, явились дезорганизация системы противотуберкулезных мероприятий (Сельцовский П.П., Литвинов В.И. 2004), увеличение штаммов МБТ устойчивых к этиотропной терапии, социально-экономическое неблагополучие населения; неадекватность законодательной базы, недостаточно разработанные механизмы её реализации, дефицит ресурсов в социальной сфере, большой резервуар туберкулезной инфекции, сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией (Калюк А.Н., 1996; Литвинов В.И. и др., 2001; Мишин В.Ю. и др., 2002; Стародубов В.И. и др., 2001; Хоменко А.Г., 1997; Приймак А.А., Шилова М.В. 1996; Краснов В.А. и др., 2010).

Неблагоприятную роль играет миграция, вспышки заболевания в тюрьмах, снижение финансирования здравоохранения, уменьшение коечного фонда и т.д. (Капков Л.П., 2002; Ридер Г.Л., 2001; Хоменко А.Г., 1994; Шилова М.В., 2004; Boillot F. et al.,1997; Trovillion E. et al., 1998; Ongen G. et al., 2007; Stephens J., 2013; Alobu I. et al., 2013; Pai M. 2013; Zakoska M., Ilievska Popovska B. 2014).

В Российской Федерации динамика эпидемиологической ситуации с начала XXI века соответствует мировым тенденциям и в целом остается весьма напряженной (Хоменко А.Г., 1995, 1997; Шилова М.В., 2002, 2010; Стародубов В.И. и др., 1999; Перельман М.И., 2001; Сельцовский П.П., Литвинов В.И. 2004).

С 2001 года наметилась тенденция к стабилизации и улучшению отдельных показателей, характеризующих распространение туберкулеза, однако ситуация в целом по стране остается напряженной (Левашов Ю.Н. и др., 2006; Сельцовский П.П., 2001; Сон И.М., 2001; Стародубов В.И., 2002;

Стародубов В.И.и др., 2001; Шилова М.В., 2010).

Относительная стабилизация показателей смертности и заболеваемости туберкулезом после 2001 года была достигнута в РФ мерами чрезвычайного характера. Это принятие и практическая реализация Закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18 июня 2001 г. (№ 77-ФЗ), постановления Правительства РФ № 892 от 25 декабря 2001 г., реализация ряда федеральных программ: «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом на 1998-2004 гг.», «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» на 2002-2006 и 2007-2011 гг. (подпрограммы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России»). (Сельцовский П.П., 2010).

В первом десятилетии XXI века (2000-2009 гг.) в Российской Федерации зарегистрировано 378 422 больных с деструктивным туберкулезом легких. Наибольшее распространение его среди впервые выявленных больных превышает 60% в СЗФО, СКФО и ДФО. Основной причиной распространения деструктивного туберкулеза является позднее выявление туберкулеза при обращении больных в лечебные учреждения с клиническими проявлениями заболевания. В РФ только 5 субъектов добились эффективности лечения деструктивного туберкулеза в 70-79%, еще в 19 этот показатель колеблется от 60 до 68%, а в 29 и еще 27 субъектах от 50 до 59% и соответственно 29 – 48% (Цыбикова Э.Б., 2010).

Российская Федерация – самая большая страна в мире по территориальной протяженности, состоящая из 8 федеральных округов с различным географическим положением, климатическими условиями, социально-экономическими особенностями и различным укладом жизни, поэтому эпидемиологические показатели по туберкулезу заметно различаются в разных федеральных округах и тем более в разных субъектах РФ (Богородская Е.М. и др., 2011).

Для туберкулеза, как и других инфекционных заболеваний характерны колебания уровня заболеваемости в многолетней и годовой динамике. В

настоящее время эпидемиологическая ситуация различна в разных регионах страны (Коломиец В.М., 2011; Suares P.G. et al., 2007).

На территории Сибирского, Дальневосточного федеральных округов отмечается эпидемия заболевания, так показатель заболеваемости стабилизировался на высоком уровне 129,0, а ДФО вырос и составил в 2009 году 148.4 на 100 тыс. населения. В структуре контингентов с деструктивными формами каждый третий больной (31% - 32.%) с фиброзно-кавернозным туберкулезом. Сохраняется стойкая тенденция к росту числа больных с МЛУ в 1,5 – 2,2 раза и доля больных с МЛУ среди контингентов составляет 39,9% (Краснов В.А. и др., 2010; Мурашкина Г.С., 2011).

Так в Уральском регионе заболеваемость населения составила 87,4 на 100 тыс., а распространенность туберкулеза среди постоянного населения в 2009 году составила 202,4 на 100 тыс. населения. Наибольшая болезненность зарегистрирована в Курганской и Свердловской областях (315,2 и 258,2) на 100 тыс. населения (Подгаева В.А. и др., 2010), а в Иркутской области показатель заболеваемости в 2010 году составил 133,9 на 100 тыс. населения. (Пугачева С.В. и др., 2011).

Заболеваемость населения туберкулезом (ф.8) в Ульяновской области в течение 2006-2010 годов остается на высоком уровне, (76,6 на 100 тыс. в 2010г.), а неблагоприятную ситуацию усугубляет рост ВИЧ- инфицированных пациентов в 2 раза, пациентов с алкогольной зависимостью нарушающих режим лечения (Молофеев А.Н. и др., 2011).

В остальных регионах в целом наблюдается спорадическая заболеваемость, так территориальный показатель заболеваемости (ф.8) в 2009 году по СЗФО составил 63,1 на 100 тыс. (Галкин В.Б. и др., 2010) Значительную роль играет рост туберкулеза у ВИЧ-инфицированных на 14,3%, причем 44% составляют прибывшие из других территорий и мест лишения свободы. (Жемков В.Ф. и др., 2012).

В Республике Башкортостан территориальный показатель заболеваемости (ф.8) составил в 2009 году 47,8 на 100 тыс. Отмечается смещение пика

заболеваемости на более молодой возраст с 47 до 39,4 лет (Азаматова М.М. и др., 2010).

В Дагестане заболеваемость в 2010 году составила 46,3, а распространенность 168,1 на 100 тыс. населения (Адзиев А.А. и др.,2011).

В Белгородской области заболеваемость в 2010 году составила 46,6, а распространенность 71,6 на 100 тыс. населения (Амельченко А.А., 2011).

В Саратовской области последние 5 лет (2006-2010) заболеваемость туберкулезом в среднем, всего населения составила 60,1 на 100 тыс. населения (Александрова Е.Н., Морозова Т.И. 2011).

В Воронежской области за период с 2007 по 2010 гг. заболеваемость туберкулезом снизилась на 18,5% и в 2010 году составила 56,5, а распространенность бациллярного туберкулеза снизилась до 68,0 на 100 тыс. населения (Иконина И.В., 2011).

В Республике Татарстан за 2006-2010 гг. территориальная заболеваемость снизилась на 12,4% и в 2010 году составила 53,5 на 100 тыс. Распространенность бациллярного туберкулеза в 2010 году составила 47,1 на 100 тыс. В регионе развивается стратегия, направленная на наиболее раннее выявление малых, небацилярных форм туберкулеза методом флюорографии ((Иксанов И.Я., 2011;Валиев Р.Ш. и др., 2012).

В Республике Мордовия ситуация по туберкулезу за 2006-2010 стабилизировалась и составляет 65,2 на 100 тыс. Максимальный уровень заболеваемости туберкулезом зарегистрирован в возрастной группе 25-34 года (Саушев С.В. и др., 2011).

Заболеваемость в Липецкой области стабилизировалась с 2008 года и в 2011 году заболеваемость составила 42,3 на 100 тыс. человек, а в структуре клинических форм чаще стали регистрироваться тяжелые, запущенные и лекарственно устойчивые формы (Хоружая Г.Н., 2012).

Заболеваемость населения туберкулезом (ф.8) в Ульяновской области в течение 2006-2010 годов остается на высоком уровне, (76,6 на 100 тыс. в 2010г.), а неблагоприятную ситуацию усугубляет рост ВИЧ- инфицированных

пациентов в 2 раза и пациентов с алкогольной зависимостью нарушающих режим лечения (Молофеев А.Н. и др., 2011).

Проводимая организационно-методическая работа, направленная на оптимизацию мероприятий по своевременному выявлению туберкулеза, поэтапному оказанию противотуберкулезной помощи и повышению ее качества не позволяет в полной мере кардинально улучшить эпидемиологичесмкю ситуацию по туберкулезу в различных регионах РФ (Голубев Д.Н., 2002; Соколов В.А., 2002; Шилова М.В., 2009; Рейхардт В.В и др. 2010; Смердин С.В. и др., 2010).

Современная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации характеризуется в основном тремя особенностями: 1) высокая инфицированность населения; 2) качественное ухудшение клинической структуры туберкулеза за счет роста распространенных и остропрогрессирующих, а также лекарственно-устойчивых форм; 3) высокий показатель смертности от туберкулеза (Богданов К.А. и др., 2011).

Несмотря на стабилизацию основных эпидемиологических показателей по туберкулезу, сохраняется высокой смертность от туберкулеза, показатель прекращения бактериовыделения у впервые выявленных больных не достигает в целом по стране 75% (Богородская Е.М. и др., 2007; Онищенко Г.Г., 2003; Перельман М.И., Михайлова Ю.В. 2008; Шилова М.В., 2008).

Современная ситуация по туберкулезу, характеризуется появлением большого числа больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом, среди которых особую опасность представляют пациенты, выделяющие МБТ с обширной лекарственной устойчивостью (Комиссарова О.Г. и др., 2011;Онищенко Г.Г., 2003; Мишин В.Ю. и др., 2002; Каркач О.О. и др., 2011; Стрельцова Е.Н., Степанова Н.А. 2011; Винокурова М.К. и др., 2012; Одинец В.С. и др., 2012; Борзенко А.С. и др., 2012; Quelapio M.I. et al., 2007; Skenders G. et al., 2007; Kononets A.S. et al., 2007; Argulian E.et al., 2007).

В 2012 году отмечен дальнейший рост множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам

среди контингентов состоящих на учёте, так на окончание года - рост на 4,2% (с 23,6 до 24,6 на 100 тыс.). Среди впервые выявленных больных с МЛУ в 2009-2012 годах показатель стабилизировался на цифрах 4.0-4,1 на 100 тыс. населения (Нечаева О.Б., Бирагова О.К. 2013).

Анализ данных ЛУ МБТ больных ТБ в зонах курации ЦНИИТ РАМН за период 2007 – 2009 гг. показал, что доля впервые выявленных больных с ЛУ МБТ к одному и более ПТП увеличилась на 22,9%, а с МЛУ МБТ прирост составил 18,2%. У больных с рецидивами заболевания в 2-3 раза чаще, чем у впервые выявленных больных регистрировали ЛУ МБТ и МЛУ МБТ. Отмечено, что расширение спектра ЛУ МБТ у больных с рецидивами отмечается за счет обнаружения резистентности ко всем ПТП основного ряда в сочетании с ПТП резервного ряда (Пунга В.В. и др., 2011).

Резистентность к рифампицину, изониазиду и стрептомицину встречается в 96,5%, а устойчивость к основным препаратам первого ряда (HRSE) у 62% больных с МЛУ (Левченко В.И., 2011).

Спектр МЛУ очень различен, при этом МЛУ к основным противотуберкулезным препаратам характерна для впервые выявленных больных и к HRS составила 50%, к HRSZ 16,7%, а к HRSZE 12%.

МЛУ к основным в сочетании с резервными ПТП характерна для рецидивов и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, так МЛУ к HRSZ встречалась в 61,1% и к HRSZE в 66% случаев, а при фиброзно-кавернозном туберкулезе она составила 26,1% в основным ПТП и 76,9% к основным и резервным (Хорошилова Н.Е. и др., 2011).

Обращает внимание рост устойчивости к канамицину (34,7%), что обусловлено необоснованным включением его в режим химиотерапии (HREK). У больных с полирезистентностью наиболее частой была устойчивость МБТ к комбинации изониазида со стрептомицином (46,8%). При МЛУ туберкулезе устойчивость МБТ к изониазиду и рифампицину, чаще сочеталась с резистентностью к стрептомицину (35,9%) и стрептомицину и этамбутолу (19,8%), а также стрептомицину, этамбутолу и пиразинамиду (13,3%). Среди

больных с ШЛУ чаще наблюдалась комбинация устойчивости МБТ к изониазиду, рифампицину, фторхинолону, канамицину, капреомицину, циклосерину, протионамиду и ПАСК (19,7%) (Комиссарова О.Г. и др., 2011).

Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) возбудителя стал серьезной проблемой здравоохранения. Факторами риска развития ШЛУ являются - первичная МЛУ; распространенный деструктивный процесс в легких; более 3-х курсов химиотерапии в анамнезе и применение противотуберкулезных препаратов резервного ряда в предыдущих курсах химиотерапии; тяжелый семейный контакт, отсутствие приверженности при первом курсе химиотерапии. Для предотвращения развития ШЛУ необходимо назначение адекватного курса химиотерапии из 4-5 эффективных препаратов (Самойлова А.Г., 2011; Кильдюшева Е.И., 2011).

Клиническое течение лекарственно-устойчивых форм туберкулеза легких характеризуется развитием распространенных деструктивных процессов в виде казеозной пневмонии, инфильтративного и диссеминированного туберкулеза легких, протекающего с выраженными симптомами интоксикации в 82,24%, повышением температуры тела в 49,5%, кашлем с выделением мокроты в 94,5%, одышкой в 83,5%, болью в груди в 31,9% и осложнениями (Мякишева Т.В., Мишин В.Ю. 2011; Волобуева Е.М. и др., 2011).

Комплексное лечение больных МЛУ/ШЛУ ТБ, включающее агрессивную адекватную химиотерапию на основе индивидуальных результатов ускоренных методов определения лекарственной чувствительности, коллапсотерапию, дополнительное белковое питание, иммунотерапию, при необходимости противогрибковое лечение, а также терапию сопровождения, направленную на предупреждение побочных реакций, в комбинации с хирургическими методами позволяет достичь высокой эффективности лечения наиболее сложной категории больных туберкулезом (Васильева И.А. и др., 2011).

Анализ структуры впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких с неэффективным курсом химиотерапии показал, что основной причиной неудач в лечении является сохранение бактериовыделения

и развитие МЛУ МБТ, а также остается нерешенной проблема контролируемого лечения (Цыбикова Э.Б., 2011; Буйнова Л.Н., 2011).

В сложившихся условия, в первую очередь необходимо повысить эффективности химиотерапии туберкулеза (Борисов С.Е., Литвинова Н.В. 2010; Liu F.Y. 2007; Gao S.Y. et al., 2007; Van der Werf M.J. et al., 2013).

В России среди больных туберкулезом имеют широкое распространение неблагоприятно сказывающиеся на результатах лечения факторы социального и экономического характера. Чаще всего имеет место злоупотребление алкоголем, отсутствие постоянной работы, отсутствие прочных семейных связей и пребывание в прошлом в местах лишения свободы (Паролина Л.Е. и др., 2003; Jakubowiak W. et al., 2008; Van der Walt M. et al., 2007; Amara B. et al., 2007; Blok L. et al., 2007). При этом у пациентов формируется своеобразный стереотип поведения, включающий неприятие рекомендаций врача вследствие низкого интеллектуального уровня или агрессивного негативизма (Валиев Р.Ш. и др., 2002; Золотова Н.В. и др., 2007; Сухова Е.В., 2004), причем психологические моменты поддерживаются побочными эффектами лечения, порой значительно снижающими качество жизни больных (Мишин В.Ю., 2007; Борисов С.Е., Литвинова Н.В. 2010; Zierski M., Bek E. 1980; Schaberg T. et al., 1996).

Итогом стало формирование прослойки пациентов, выделяющих МБТ, устойчивые не только к основным ПТП, но и к препаратам резерва (Комиссарова О.Г. и др. 2007; Мишин В.Ю., Чуканов В.И. 2002; Мишин В.Ю. и др., 2002), что подтвердили и зарубежные исследователи (Shah N. et al., 2005; Gandhi N., Moll A. et al., 2006).

Российская фтизиатрия традиционно видит возможность исправить ситуацию путем индивидуальной работы фтизиатра с пациентами и развития мер по социальной поддержке больных (Валиев Р.Ш., Идиятулина Г.А. 2000; Лебедева Н.О, Сухова Е.В. 2006; Перельман М.И., 2006; Jakubowiak W. et al., 2008).

За последние 3 года эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в

России заметно улучшилась: снизились показатели заболеваемости, смертности, распространенности. Вместе с тем эпидемиологические показатели по регионам России различаются в 5-10 раз и более. Ежегодно увеличивается количество больных, у которых туберкулез вызван возбудителем с лекарственной устойчивостью, в наиболее неблагоприятных для лечения комбинациях – множественная и широкая устойчивость к противотуберкулезным препаратам (МЛУ/ШЛУ ТБ). Также возрастает число больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Эти и ряд других факторов приводят к низкой эффективности лечения больных туберкулезом с бактериовыделением и полостями распада в легких (Резолюция 9 съезда фтизиатров России 2011).

Основной задачей фтизиатров является излечение больных туберкулезом, а критерием клинического излечения является перевод больного в III группу диспансерного учета (Шилова М.В., 2010).

Лечение больных туберкулезом является одним из основных разделов фтизиатрии. Основные принципы лечения хорошо известны и были разработаны ведущими советскими фтизиатрами и заключаются в следующем: 1) лечение должно ранним и своевременным; 2) длительным; 3) необходимо соблюдать преемственность в лечении, так как за время лечения больной находиться в нескольких лечебных учреждениях – это диспансерное лечение в период выявления туберкулезного процесса, стационарно-санаторный этап и амбулаторное в течение наблюдения в противотуберкулезном диспансере; 4) лечение больного туберкулезом должно быть комплексным (Хоменко А.Г., 1981).

В настоящее время в Российской Федерации лечение больных туберкулезом проводится комплексно. Основным компонентом лечения является длительная непрерывная этиотропная комбинированная противотуберкулезная терапия, которая при правильно подобранном сочетании противотуберкулезных препаратов обеспечивает успех лечения в большинстве случаев. Необходимым условием проведения лечения является адекватность

химиотерапии с учетом эпидемической опасности, лекарственной устойчивости, распространенности процесса (Мишин В.Ю. и др., 1999; Соколова Г.Б. и др., 2000; Мишин В.Ю. и др., 2001; Мишин В.Ю. и др., 2001; Пасечников А., Рич М.Л. 2003; Соколова Г.Б. и др., 2005; Мишин В.Ю. и др., 2006; Голубев Д.Н. и др., 2009; Богородская Е.М. и др., 2011).

Непосредственный контроль медицинского персонала за приемом противотуберкулезных препаратов, поддержание ответственного отношения к проводимому лечению со стороны больного, а также сотрудничество медицинского персонала и больного обеспечивают необходимый результат лечения (Богородская Е.М. и др., 2011; Mhiongo N.P. et al., 2007; Munro S.A.A. et al., 2007; Haaland A. et al., 2007; Concepcion A.A. et al., 2007; Owiti P. et al., 2013; Williams V., 2013).

Гуманное и уважительное отношение медицинского персонала к пациенту увеличивает вероятность излечения и создает хорошую психологическую обстановку (Перельман М.И., 2006; Q. Ejaz., Sarwa P. 2007).

Немаловажное значение имеет соблюдение больными санитарно-гигиенического режима и организация полноценного белкового питания (Kisonga R. et al., 2013).

Одним из наиболее важных вопросов организации лечебного процесса у больных туберкулезом является проблема госпитализации, а при невозможности последней осуществление лечебных мероприятий в амбулаторных условиях.

Стационарный этап лечения является основополагающим в оказании лечебной помощи больным туберкулезом. Длительность лечения больных в стационарных условиях зависит от тяжести исходного процесса, лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам и переносимости их, сопутствующих заболеваний, ВИЧ-инфекции, а также социального статуса и условий жизни больного. Средние сроки пребывания больных в туберкулезном стационаре в 2009 году в целом по РФ составляли 140 дней, что превышает государственные гарантии бесплатного лечения в 1,7 раза, которые составляют

90 дней. Однако у подавляющего числа больных туберкулезом к 90 дню лечения продолжают определяться микобактерии туберкулеза и сохраняются деструктивные изменения в легких, поэтому обоснованным сроком пребывания в стационаре больного является временной промежуток от 120 до 150 дней (Шилова М.В., 2010).

Лечение больных туберкулезом в РФ регламентировано Приказом Минздрава России № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» от 21 марта 2003 года.

Данный приказ определяет выбор режима химиотерапии для всех групп больных туберкулезом. Впервые выявленным больным с бактериовыделением и распространенным процессом в лёгких при неустановленном бактериовыделении назначают I режим химиотерапии, а впервые выявленным больным с малыми формами туберкулеза лёгких без бактериовыделения назначают III режим химиотерапии.

Больным с рецидивами туберкулеза легких и при невысоком риске развития ЛУ назначают IIа режим. Пациентам с высоким риском развития лекарственной устойчивости и неадекватным лечением на предыдущем этапе назначают IIб режим ХТ. Больные туберкулезом легких выделяющие микобактерии с МЛУ получают IV режим стандартной химиотерапии. (Приказ 109).

Недостатком данного приказа является отсутствие чётких определений эффективного курса химиотерапии, эффективного курса лечения, клинического излечения, которые не позволяют установить чёткой взаимосвязи или разницы между этими понятиями. Другим недостатком является однотипный подход к исходам химиотерапии у разных групп больных (Богородская Е.М. и др., 2011).

При регистрации впервые выявленных больных туберкулезом легких в период с 2008 по 2011 годы в большинстве случаев (73,1 – 73,3%) назначался I режим химиотерапии. Остальные режимы использовались, реже, так III режим назначался в среднем в 17,0% случаев, IIб в 8,0% и IV в 0,5-0,7% случаев у впервые выявленных больных. В результате анализа полученных данных

установлено, что больные с впервые выявленным туберкулезом легких получают лечение в 90,0% случаев по I и III стандартному режиму химиотерапии (Богородская Е.М. и др., 2011; Сон И.М. и др., 2011; Сон И.М. и др., 2010; Стерликов С.А. и др., 2012).

В работе Мишина В.Ю. с соавт., 2011 показано, что при оценке сравнительной эффективности IIб и I режимов химиотерапии у впервые выявленных больных с деструктивным туберкулезом легких с высоким риском лекарственной устойчивости эффективность IIб режима химиотерапии в сравнении с I режимом гораздо выше. Так прекращение бактериовыделения через 3 месяца было достигнуто в 100% случаев, закрытия каверн в 81,7%, а клиническое излечение было достигнуто у 96,7% больных. Результаты лечения данной группы больных по I режиму существенно ниже: 60,0% абацилировано, закрытие полостей распада достигнуто в 73.3%, при этом у 26,7% пациентов сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез с постоянным выделением МБТ с МЛУ.

По мнению Васильевой И.А. с соавт., 2011 для достижения эффективности лечения больных туберкулезом с МЛУ/ШЛУ ТБ необходимо комплексное лечение, включающее адекватную химиотерапию на основе индивидуальных результатов ускоренных методов определения лекарственной чувствительности, коллапсотерапию, иммунотерапию, предупреждение побочных реакций в комбинации с хирургическими методами лечения.

Проблемы в организации лечения больных наиболее выражены при оценке его результативности.

По мнению Рабухина А.Е. от определения активности туберкулезного процесса и критериев оценки исходов лечения зависит реализация лечебно-профилактических мероприятий индивидуального и государственного значения, а также достоверность статистических данных об общей численности больных.

Тема комплаенса, как комплекса мер по обеспечению осознанного выполнения пациентом лечебных назначений актуальна в терапевтической

практике. Во фтизиатрии низкая приверженность к лечению пациентов уменьшает эффективность проводимого лечения и является причиной формирования МЛУ.

Одна из серьезных проблем, существенно влияющих на конечный результат лечения больных туберкулезом – прерывание лечения или отрыв от диспансерного наблюдения, что нарушает принцип непрерывности противотуберкулезного лечения и приводит к развитию вторичной лекарственной устойчивости. Даная проблема обусловлена отсутствием приверженности больных туберкулезом к процессу лечения.

До настоящего времени формирование приверженности сводилось к материальному поощрению больных, аккуратно посещавших противотуберкулезные диспансеры при амбулаторном лечении. На стационарном этапе эта работа была возложена на врача фтизиатра (Баласанянц Г.С., 2010).

Исследования показали, что один из трех пациентов досрочно прекращает принимать назначенные ему препараты. Неполный курс химиотерапии может предотвратить гибель пациента от туберкулеза, но не гарантирует излечения от него. Повторное прогрессирование туберкулеза у них встречается в 7,5 раз чаще, чем рецидивы у пациентов эффективно завершивших курс лечения с МЛУ. С целью уменьшения уровня прерванного лечения всем больным туберкулезом необходимо оказывать психологическую, наркологическую и социальную помощь (Андреева О.А. и др., 2010).

Проведенный анализ исходов лечения впервые выявленных больных с сохранением деструкции легочной ткани или бацилловыделения выявил наиболее существенные факторы низкой приверженности к лечению: демографические – социально-экономический статус (87,8%), социальная занятость (78,9%); связанные с пациентом – понимание болезни и её последствий (43,9% больных не считали здоровье главной ценностью в жизни), принятие угрозы здоровью (36,6% не понимали необходимости этапного лечения и не были готовы полностью завершить курс лечения), мотивация

больного и семьи, участие больного в решении проблем лечения; связанные с проблемой сотрудничества – доступность помощи, отношение медицинского персонала к больному, адекватность предоставляемой информации (Паролина Л.Е и др., 2011).

Часто причиной недостаточной эффективности лечения больных сочетанной инфекцией (ВИЧ и туберкулез) является их низкая приверженность к лечению. У больных с впервые выявленным туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией приверженность к лечению достаточно высока (зарегистрировано 5,9% отрывов от лечения), и наоборот, у хронических больных мотивация к лечению полностью отсутствует, отмечено нежелание посещать противотуберкулезный диспансер, прием ПТП спорадический, значительная часть больных не живет по месту прописки (Нарышкина С.Л. и др., 2011).

Ряд авторов (Шерстнев С.В., Шерстнева Т.В. 2012) предлагают технологию, направленную на выбор приоритетных направлений работы с медицинским персоналом и пациентами. Так работа с сотрудниками включает: обучение среднего медицинского персонала навыкам взаимодействия с больными, способам мотивации на лечение; обучение фтизиатров умению установить терапевтический контакт, раннему выявлению психопатологии; профилактике синдрома эмоционального выгорания.

Работа с пациентами включает: проведение школы для вновь выявленных больных, формирование мотивации на длительное лечение; индивидуальную психотерапевтическую работу; назначение психофармакотерапии. В результате применения данной программы в 2011 году уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи составил 90% (по данным анкетирования).

Показатель рецидивов туберкулеза в 2012 году по РФ составил 10,6 на 100 тыс. населения. Среди вставших на учет больных преобладают поздние рецидивы, которые в большинстве случаев являются новым заболеванием не связанным с первичным туберкулезным процессом (Нечаева О.Б., 2014).

Показатель частоты развития рецидива туберкулезного процесса

отражает, с одной стороны, результативность лечения а, с другой стороны распространенность туберкулезной инфекции в окружающей среде и уровень жизни населения (Шилова М.И., 2010).

Рецидивы принято трактовать как реактивацию специфического процесса у лиц, ранее перенесших туберкулез и завершивших курс химиотерапии.

Частота рецидивов туберкулеза, в целом по РФ имеет тенденцию к росту. Рост частоты рецидивов отмечен у лиц снятых диспансерного учета.

Ряд авторов считают, что причинами развития рецидивов являются: неполноценный основной курс впервые выявленного туберкулеза, впервые диагностированные большие распространенные процессы в легких, сопровождающиеся бактериовыделением, с наличием устойчивости, большие остаточные посттуберкулезные изменения, сложные бытовые условия с плохим питанием, вредные привычки (курение у 52%, алкоголизм 27%, наркомания у 16,6% больных), наличие судимости (47,9%), большой спектр сопутствующих заболеваний и состояний со снижением иммунореактивности, нарушение режима лечения в анамнезе (Рогожина Н.А. и др., 2011; Парпиева Н.Н. и др., 2011; Костромцов С.В. и др., 2011; Полякова Н.А. и др., 2011; Пантелеев А.М., 2011; Erkens C.G.M. et al., 2007; Bang D. et al., 2007; Gamio L. et al., 2007; Shen X. et al., 2013).

Достоверно установлено, что на частоту возникновения рецидива туберкулеза легких влияют факторы имеющиеся у впервые выявленного больного туберкулезом при регистрации: принадлежность к мужскому полу, отсутствие постоянного места работы, наличие инвалидности, диссеминированная форма туберкулеза легких, в тоже время не выявлено достоверного влияния на возникновение рецидива: наличия бактериовыделения у впервые выявленных больных, полости распада, ЛУ, лечения конкретным режимом химиотерапии, сведения о замене лекарств во время курса химиотерапии (Шишкина К.А. и др., 2011).

Преобладающей клинической формой рецидива ТОД является инфильтративный туберкулез (67,1%), диссеминированный (20%) и фиброзно-

кавернозный туберкулез 10%. Рецидивы характеризуются большой частотой распада легочной ткани (30-96%) и массивным бактериовыделением (37-87,6%). ЛУ колеблется по регионам от 24,0% до 87,8%, а МЛУ от 12,0% до 52,3% по регионам. Такой разброс показателей связан с дефектами в организации лечения и слабого взаимодействия с лабораторной службой (Рукосуева О.В. и др., 2011; Шишкина К.А. и др., 2011; Пунга В.В. и др., 2010; Черников А.Ю. и др., 2011; Пузанов В.А. и др., 2010; Будницкий А.М. и др., 2010; Рогожина Н.А. и др., 2011; Миронюк О.М. и др., 2012; Кудинов С.М. и др., 2011).

За период с 1999 по 2009 годы рост числа рецидивов произошел в 12 территориях, а снижение всего в 3-х. Наиболее высокие показатели численности рецидивов в 2008 году отмечены в Р. Калмыкия 40,2, Астраханской области 19,3. Р. Мордовия 17,7, Ульяновской области – 16,0 на 100 тыс. населения (Пунга В.В. и др., 2010).

В социальной структуре рецидивов ТОД преобладают социально дезадаптированные лица трудоспособного возраста (68,5%), безработные и неработающие трудоспособного возраста (70,6%). Во всех случаев развития ранних рецидивов имели место уклонение от амбулаторного лечения в фазу продолжения, отказы от сезонных противорецидивных курсов лечения и санаторного лечения (Плиева С.Л., 2011; Полякова Н.А. и др., 2011; Рогожина Н.А. и др.,2011).

Рецидивы являются сложной категорией больных для проведения эффективного курса химиотерапии и представляют большую эпидемическую опасность вследствие массивного бактериовыделения с наличием ЛУ МБТ и МЛУ МБТ (Пузанов В.А. и др., 2011; Будницкий А.М. и др., 2010; Рукосуева О.В. и др., 2010; Миронюк О.М. и др., 2012; Рукосуева О.В. и др., 2011; Плиева С.Л., Сельцовский П.П. 2011; King L. et al., 2007; Chakaya J.M., 2007).

По данным ВОЗ, одной из основных причин роста заболеваемости туберкулезом населения планеты является ВИЧ-инфекция (Hutanon M.S. et al.,

2007; Betazzolli R.C.B. et al., 2007; Jha. N., 2007; Jensen P. et al., 2007; Kanjee Z., 2007; Bandason T. et al., 2007; Ndelu L., 2013).

В РФ впервые сведения о наличии ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом введены в отчетную форму № 33 в 2005 году. В 2009 году среди всех впервые выявленных больных туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией составлял 6,5%, а показатель распространенности больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией составил 10,3 на 100 тыс. населения (Шилова М.В., 2010).

Вич-инфекция поражая иммунную систему, способствует прогрессированию латентной туберкулезной инфекции с развитием активной формы туберкулеза, рецидива туберкулеза, его прогрессированию, нетипичному проявлению и течению. Больной туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией является источником распространения туберкулеза среди всех групп населения (Белякова Е.Ф. и др., 2012; Frolova O. et al., 2007).

В России в первом десятилетии XXI века на фоне наметившейся тенденции к снижению заболеваемости туберкулезом, наблюдается значительный рост числа случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Суммарный темп роста числа больных ко-инфекцией в 2011 году составил 741% по сравнению с 2004 годом. Распространение ко-инфекции тянет за собой раскручивание витка заболеваемости и смертности, как от туберкулеза, так и от ВИЧ-инфекции.

Распространение ко-инфекции в субъектах РФ носит неравномерных характер. Больные ВИЧ-инфекцией, впервые заболевшие туберкулезом были зарегистрированы во всех субъектах РФ. В 29 субъектах их доля превышала 20%, в 21 субъекте доля таких больных была выше 10%, в остальных субъектах РФ она находилась в пределах 5-10%.

Рост уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией, независимо от уровня заболеваемости туберкулезом, сопровождается многократным увеличением числа больных с ко-инфекцией. Рост уровня заболеваемости туберкулезом, независимо от уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией, сопровождается увеличением скорости поражения туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией и

приводит к лавинообразному росту числа больных ко-инфекцией (Цыбикова Э.Б., 2012).

По данным Валиева Н.Р. с соавт., 2011, у больных ВИЧ-инфекцией преобладал инфильтративный туберкулез (56,4%), фиброзно-кавернозный (12,8%), экссудативный плеврит (17,6%), диссеминированный туберкулез (11,5%). Бактериовыделение обнаружено у 71,8%, из них у 42,9% выявлена МЛУ. Основными сопутствующими заболеваниями были хронический вирусный гепатит С - 78% и хронический алкоголизм 23% (Валиев Н.Р. и др., 2011).

Гусева В.А. с соавт., 2011 отмечает, что в клинической структуре инфильтративная форма диагностирована у 27,6%, диссеминированная у 39,8%, фиброзно-кавернозная у 12,1% и казеозная пневмония у 6,8%. Отмечается рост первичной ЛУ МБТ (Гусева В.А. и др., 2011).

Среди больных туберкулезом, сочетанных с ВИЧ-инфекцией преобладают мужчины (70,6%) в возрасте 21-40 лет (90%). Социальный статус низкий: 76% не работали, 38% имеют тюремный анамнез, 65% употребляли наркотики, 57% злоупотребляли алкоголем, контакты с больными туберкулезом отмечали 11,1%. Большинство (65%) больных активным впервые выявленным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, до госпитализации в туберкулезный стационар пребывают в инфекционных отделениях общей лечебной сети, создавая риск внутрибольничной инфекции (Шевырева Е.В. и др., 2010; Гусева В.А. и др., 2011; Щелканова А.И. и др., 2010; Шевырева Е.В. и др., 2010).

Заболеваемость туберкулезом у ВИЧ-инфицированных находится на стабильно высоком уровне, и является ведущей в заболеваемости и смертности. Сочетанная патология ТБ-ВИЧ из-за ее распространенности негативно влияет на эпидемическую обстановку. В связи с нарастающим иммунодефицитом типично развитие остропрогрессирующего процесса. Среди умерших ВИЧ/ТБ преобладают мужчины (77,3%) в возрасте 35 лет, заразившихся ВИЧ парентеральным путем (74,5%) (Цыганков И.Л. и др., 2012; Михайловский А.М.

и др., 2011; Von Reyn C.F. et al., 2007; Nahid P. et al., 2007; Watetu L. et al., 2007).

Побочные действия ПТП ограничивают возможности проведения полноценной химиотерапии у больных туберкулезом, что влияет на эффективность лечения (Sevim T. et al., 2007; Martins N. et al., 2007).

Частота нежелательных побочных реакций четко не определена и варьирует от 5 до 61%, достигая 92% при использовании препаратов резервного ряда у больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью. В 20-60% случаев развитие данных реакций приводит к отмене одного и более препаратов.

Высокая частота нежелательных побочных реакций (84%) при лечении впервые выявленных больных туберкулезом обусловлена в первую очередь токсическими реакциями (72%) преимущественно в виде лекарственного поражения печени. Это связано с приемом гепатотоксических туберкулостатических препаратов, туберкулезной интоксикацией, хроническим алкоголизмом, наркоманией, наличием вирусных гепатитов. (Аксенова В.А. и др., 2012; Вильдман А.М., 1972; Гельберг И.С. и др., 2002; Вашакидзе Э. и др., 2001; Доронина Т.Д., 2003; Краснов В.А. и др., 2003; Литвинов В.И., 2003; Линева З.Е., Павлова Е.С. 2003; Суханов Д.С., 2008; Рейзис А.Р. и др., 2009; Harada H. Et al., 1998; Pan Lei et al., 2005; Tennant F., 2001).

Наиболее часто НПР развивались при использовании пиразинамида, стрептомицина, рифампицина и изониазида. Частота аллергических реакций составляет 28% (Возненко А.А., 2010; Иванова Д.А., 2011; Колодняк О.Л., 2011; Боровицкий В.С. и др., 2011; Warskulat U., 2007).

При лечении туберкулеза с использованием препаратов резерва побочные реакции встречаются у 78,8% пациентов, чаще они носят токсический характер и нередко протекают с тяжелыми клинико-лабораторными проявлениями. В 27,8% случаев устранить побочные эффекты не удается, и необходима временная отмена препаратов (Гельберг И.С. и др., 2011).

Сопутствующие заболевания в значительной степени влияют не только на

течение туберкулеза, но и на переносимость комбинированной химиотерапии. Наиболее часто побочные реакции выявляли у больных с хроническим алкоголизмом 46,8%, хроническим гепатитом 14,5%, сахарным диабетом 14,5% и патологией сердечнососудистой системы 11,3%. Медикаментозные осложнения при I, IIA и IIБ режимах химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких и с рецидивами заболевания существенно не различались и встречались в 16-18% случаев, при этом неустранимые осложнения были в пределах 5,6%.

Профилактика и своевременное комплексное применение патогенетической терапии позволяет устранить их в 94,4% случаев (Боровицкий В.С. и др., 2011; Полунина Т.Е., 2013).

Одним из важнейших направлений деятельности противотуберкулезных учреждений является диспансерное наблюдение больных. Основной принцип существовавшей диспансерной группировки в советской фтизиатрии – лечебно-эпидемиологический. В соответствии с ним контингенты взрослых больных разделены были на 7 групп. Необходимость существования VII группы учета была обоснована тем положением, что основная роль в патогенезе туберкулеза легких принадлежит эндогенной реинфекции.

В связи со снижением эффективности лечения больных туберкулезом, увеличением бактериовыделителей принципы диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений были видоизменены (приказ Минздрава России № 109 от 02 марта 2003г.). Значительно сократилась численность контингентов состоящих на учете, а основное внимание уделено пациентам, нуждающимся в диагностических и лечебных мероприятиях (Незлин С.Е., и др., 1979; Хоменко А.Г., 1981; Перельман М.И., 2010; Морозова Т.И., 2011). В последние годы число пациентов состоящих на учете в противотуберкулезных диспансерах значительно сократилось, за счет ликвидации VII группы учета, а все снятые пациенты – это группа высокого риска реактивации туберкулеза, что требует повышенного внимания к ним не только со стороны специалистов общелечебной сети, но и фтизиатров (Хоменко

А.Г., 1981; Шилова М.В., 2010).

Необходимость постоянного и регулярного контроля за проведением профилактических обследований специалистами общей лечебной сети у лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями обусловлена тем, что рецидивы туберкулеза в поликлиниках общей лечебной сети выявляются, только тогда, когда возникают деструктивные процессы в лёгких, как правило, уже с высоким уровнем лекарственной устойчивости (Андрианова А.Ю., Мишин В.Ю. 2011).

Санитарное просвещение является одним из важнейших элементов профилактической работы противотуберкулезного диспансера (Незлин С.Е., и др., 1979; Хоменко А.Г., 1981). В современных условиях санитарное просвещение во фтизиатрической практике способствует формированию санитарной грамотности населения и предупреждению заболеванием и распространением туберкулезной инфекции в обществе (Сельцовский П.П., и др., 2011).

Формы и методы данной работы могут быть различными, но основным направлением является проведение противотуберкулезной пропаганды среди населения и воспитание гигиенических навыков у больных туберкулезом и членов их семей.

Последние годы традиционно 24 марта проводиться «День борьбы с туберкулезом», когда через средства массовой информации до широких слоев населения доводятся сведения о туберкулезе как инфекционном заболевании. Низкий уровень знаний больных о туберкулезе приводит к тому, что только каждый второй больной знает о возможности своего излечения, часть больных испытывает психологический дискомфорт, скрывает свое заболевание и нередко самостоятельно прерывает лечение (Валиев Р.Ш., 2003).

Однако систематическая работа в противотуберкулезных диспансерах по повышению санитарной грамотности в настоящее время часто носит формальный характер и не учитывает современных запросов пациентов, а некоторые методы работы или изжили себя, или являются неэффективными.

В современных условиях лечение больного туберкулезом представляет сложный комплекс из нескольких госпитализаций (в том числе в разных противотуберкулезных стационарах), санаторно-курортного лечения и амбулаторного наблюдения, при этом заводится множество историй болезни и амбулаторных карт, доступ к которым для лечащего врача затруднителен даже внутри одной организации. В традиционной системе обеспечение взаимодействие между стационаром и диспансером удается кратковременно и ценой больших усилий (Баланцев Г.А., и др., 2010; Голубев Д.Н., Голубев Ф.Д. 2011; Борзенко А.С., и др., 2012).

Это зачастую приводит к проведению ненужных повторных исследований и неполной информированности врача. Ориентироваться в традиционной истории болезни становится все труднее, требуются новые формы обобщения. Важнейшую роль в решении этих проблем призваны сыграть современные информационные и электронные технологии. Попытки широкого внедрения информационных технологий в практическую фтизиатрию не нашли широкого применения, а главным препятствием их внедрения является отсутствие мотивации у фтизиатров, их недостаточная информированность и малодоступность (Хованов А.В., и др., 2007; Голубев Д.Н., Саломатов Д.М. 2010; Басченко Л.В., Иванова О.В. 2011; Моисеева О.В., 2011; Sigande L.M.S. et al., 2007).

Медицинские информационные системы значительно повышают безопасность и качество медицинской помощи, увеличивают оперативность представления медицинской информации, обеспечивают комфортность в работе медицинского персонала. Получение из архива электронного медицинского документа осуществляется быстрее и проще. Такой документ, в отличие от традиционного, может быть доступен многим врачам одновременно и может быть использован для компьютерной обработки (построения динамических кривых, контроля действий персонала, статистической обработки, экспертных систем, подготовки отчетов и т.п.).

Электронная медицинская карта пациента – основа медицинской информационной системы, единое хранилище медицинской информации, предназначенное для ведения, хранения, поиска и выдачи по информационным запросам (в том числе и по электронным каналам связи) сведений по всем случаям обращения пациента за медицинской помощью в лечебное учреждение.

Существующие в настоящее время электронные медицинские карты пациентов не вполне отражают специфику больного туберкулезом и не могут быть успешно применены в практике врача-фтизиатра (Перельман М.И., 2010). В связи с этим представляется актуальным разработка электронной медицинской карты фтизиатрического пациента, отражающая все нюансы ведения и наблюдения больного туберкулезом различных локализаций.

1.2. Эпидемиология туберкулеза в Волгоградской области (с 2000 по 2013гг.)

Распространенность туберкулеза в Волгоградской области характеризуется с одной стороны ростом числа больных страдающих одним из самых распространенных инфекционных заболеваний, а с другой - это процесс, отражающий социально-экономическое состояние населения данной территории. Данный показатель является обобщенным индикатором уровня социального развития общества в целом. На развитие эпидемического процесса оказывает влияние не только эффективность проводимых противотуберкулезных мероприятий, но и изменения социально-экономического характера, уровня жизни населения, состояния окружающей среды (Борзенко А.С. с соавт., 2009; 2010).

Волгоградская область входит в состав Южного Федерального округа и имеет государственную границу с республикой Казахстан. Она является самым крупным по площади (112877км²) образованием в ЮФО с численностью населения более 2,5 млн. человек. Волгоградская область – один из наиболее экономически развитых регионов, где многоотраслевое сельское хозяйство сочетается с разнообразной промышленностью, запасами нефти и газа. В экономике области за последний год наблюдались негативные тенденции, непростая ситуация и в социальной сфере. Демографическая ситуация характеризуется превышением числа умерших над родившимися в 1,2 раза в 2012 году. Наибольший приток мигрантов наблюдается из Армении, Узбекистана, Казахстана (Социально-экономическое положение Волгоградской обл.: Волгоградстат, 2013). В сложившейся ситуации туберкулез остается в ряду самых актуальных медико-социальных проблем.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в РФ в современных социально-экономических условиях продолжает оставаться весьма напряженной (Шилова М.В., 2011). Несмотря на некоторое снижение показателей заболеваемости, смертности и распространенности туберкулеза, ежегодно увеличивается число больных с лекарственной устойчивостью в

наиболее неблагоприятных комбинациях – множественная и широкая лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам (МЛУ/ШЛУ ТБ). Возрастает число больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Не обошли стороной данные проблемы и Волгоградскую область (Борзенко А.С. и др., 2007).

Фтизиатрическая служба Волгоградской области была представлена до 2013 года в традиционном виде: 10 противотуберкулезных диспансеров, 2-мя туберкулезными больницами, коечный фонд составлял 1355 коек. Самостоятельно функционировали 3 сезонных санатория для взрослых и 3 круглогодичных детских санатория и 24 туберкулезных кабинета.

С 2013 года в области проводится поэтапная реорганизация фтизиатрической службы в виде присоединения противотуберкулезных диспансеров к Волгоградскому областному клиническому противотуберкулезному диспансеру, с образованием одного юридического лица. Противотуберкулезные кабинеты и туберкулезные отделения в районах области присоединяются к ЦРБ. Детские санатории также объединяются с образованием одного юридического лица.

В результате реорганизации планируется укрепить материально-техническую базу фтизиатрической службы, сохранить кадровый потенциал, единый подход в организации противотуберкулезных мероприятий на территории области, сэкономить бюджетные средства и тем самым добиться улучшения эпидемической ситуации в области.

Население Волгоградской области на 1 января 2013 года составляет 2 583, 002 тыс. человек.

В 2013 году по показателю заболеваемости постоянного населения Волгоградская область занимает 63 место среди всех субъектов Российской Федерации и 4 место среди субъектов Южного Федерального округа.

Наиболее важными эпидемиологическими показателями, характеризующими ситуацию по туберкулезу в регионе, являются заболеваемость, смертность и распространенность. Заболеваемость является

наиболее важным эпидемиологическим показателем, характеризующим ситуацию по туберкулезу в области. Территориальная заболеваемость населения, которая учитывает все новые случаи заболевания туберкулезом на территории области остаётся выше, чем в РФ.

Так данный показатель (ф. 8) в 2000 году составлял - 90,7 на 100000 тыс. населения в РФ, а в Волгоградской области - 110,9. За прошедшие годы ситуация несколько стабилизировалась, в течение 10 лет данный показатель колебался в пределах 136,5 - 86,5 на 100 тыс. (2002-2012 гг.), но все равно оставался выше чем РФ (в РФ за 2012 год - 68,1). Подъем значений данного показателя в 2001-2002 гг., обусловлен увеличением числа новых случаев заболевания туберкулезом органов дыхания на территории Волгоградской области. В 2013 году удалось добиться снижения показателя до 79,4 на 100 тыс. населения.

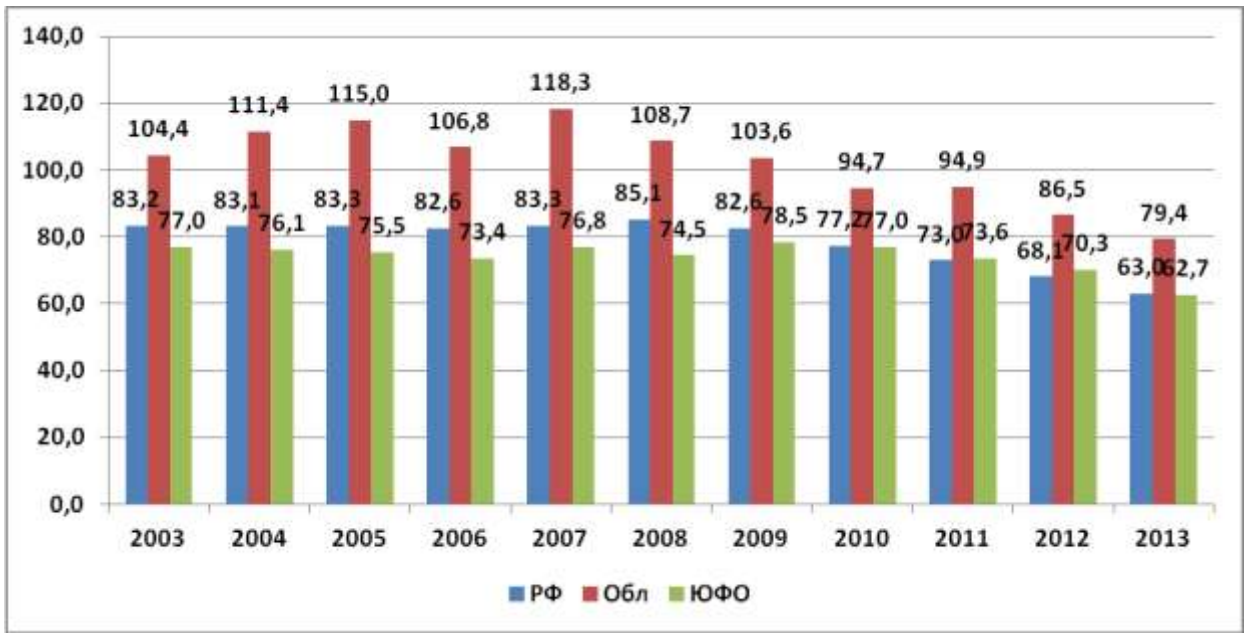


Рисунок 1. Территориальный показатель заболеваемости туберкулезом в Волгоградской области в 2003-2013 гг.

Показатель заболеваемости постоянного населения области (ф.33) на протяжении последних лет (2000-2013гг.) также превышает общероссийский. Данный показатель составлял в 2000 году - 65,5 на 100000 тыс. населения в РФ, а в Волгоградской области - 82,6. В 2007 году отмечен рост числа впервые

выявленных больных туберкулезом среди постоянного населения. Данный показатель достиг своего максимального значения и составил 88,1 на 100 тыс. населения, в результате проводимых мероприятий в рамках национального проекта «Здоровье», было обследовано сельское население области, не проходившее флюорографическое обследование на протяжении нескольких лет.

В течение последующих лет данный показатель продолжал медленно снижаться и в 2013 году составил 65,6 на 100 тыс., что также выше показателя по РФ (53,4) зарегистрированного в 2013 году.

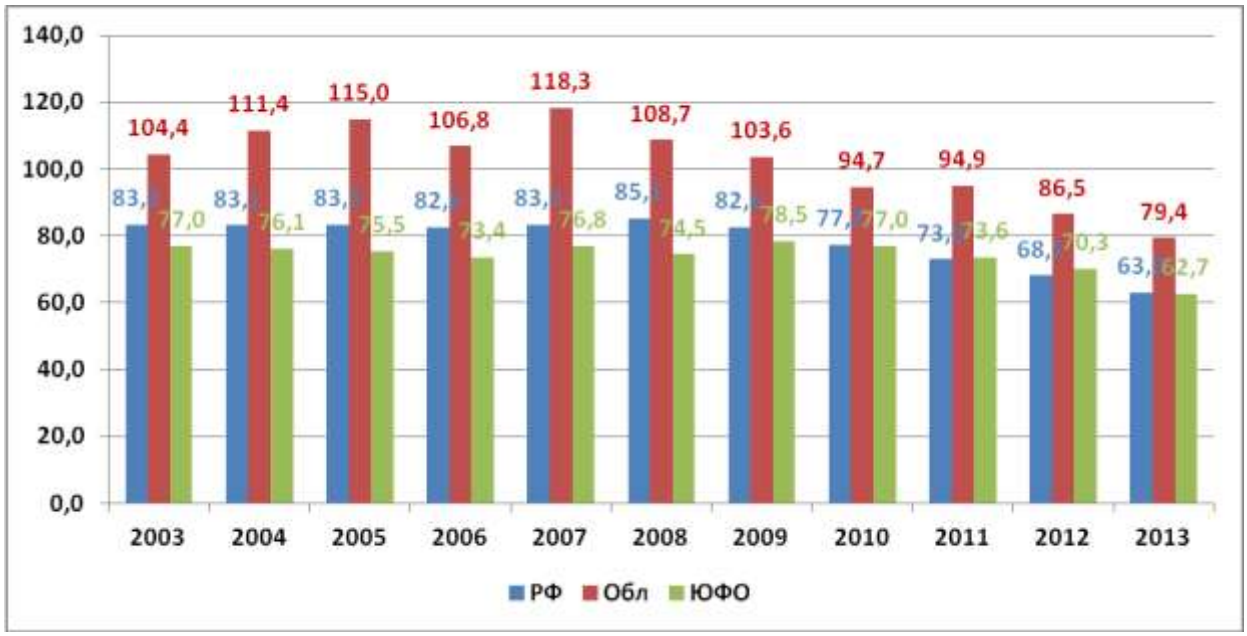


Рисунок 2. Показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения в Волгоградской области в 2003-2013 гг.

Показатель заболеваемости бациллярным туберкулезом (ф.33) в 2004 году составлял - 32,4 на 100 тыс. населения, в последующие годы он незначительно колебался и в 2009 году составил 37,4. В 2010 году удалось добиться снижения данного показателя до 31,7 и последние 2 года он составляет 29,5 и 28,0 на 100 тыс. населения.

Распространенность фиброзно-кавернозного туберкулеза в 2004 году составляла 35,4 на 100 тыс. населения, достигнув максимального значения в 2009 году(39,1). В последующие годы отмечается тенденция к уменьшению данного показателя составившего в 2013 году 31,0 на 100 тыс. населения.

Доля бактериовыделителей среди контингентов больных туберкулезом

органов дыхания в 2004 году составила 102,7 на 100 тыс. населения. В последующие годы данный показатель характеризуется устойчивой тенденцией к снижению и в 2013 году он составил 75,4 на 100 тыс. населения в Волгоградской области.

Распространенность туберкулеза среди населения является важным интегральным показателем работы фтизиатрической службы с контингентами больных туберкулезом. Показатель распространенности (болезненности) в области остается достаточно высоким. Так в 2005 году он составлял в РФ - 208,6 на 100000 тыс., а в Волгоградской области 291,7 на 100000 тыс. населения. Несмотря на то, что в последние годы этот показатель по области постоянно снижается, но остается выше, чем в целом по Российской Федерации (147,5) и составляет в 2013 году - 209,2 на 100000 тыс.

С одной стороны сложившаяся ситуация с оценкой показателя распространенности туберкулеза в области, свидетельствует о более тщательном подходе фтизиатрической службы при решении вопроса о переводе больных в третью группу диспансерного наблюдения либо снятию с диспансерного учета в непростой эпидемиологической ситуации на территории региона, с другой характеризует высокую эффективность лечения больных туберкулезом, которая позволила сократить длительность курсов лечения и, соответственно, уменьшить продолжительности течения болезни.

Об этом же свидетельствует и количество рецидивов туберкулеза на территории области с устойчивой тенденцией к снижению. Так данный показатель в 2006 году составлял 12,4 на 100 тыс., а в 2013 10,2 на 100 тыс. населения.

Показатель смертности является одним из самых информативных при оценке эпидемиологической обстановки и в 2004 году он составил 16,8 на 100000 тыс. населения (ф.33), что ниже показателя по РФ (17,6) за аналогичный период. В 2013 году он составил 10,0, а в РФ 9,2 на 100000.

Показатель территориальной смертности (ф.8) хотя и снизился по сравнению с 2005 годом с 29,3 до 13,9 в 2013 году, но продолжает оставаться

выше общероссийского показателя (11,3 на 100 тыс. в 2013 г.).

Более половины больных умирают в первые 3 года с момента взятия на диспансерный учет, основными факторами, влияющими на показатель смертности постоянного населения являются неблагоприятные социальные условия, увеличение числа форм туберкулеза с МЛУ, рост туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией, увеличение доли остропрогрессирующих форм туберкулеза, отказ асоциальных больных от лечения.

Распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ ТБ) приобретает все более серьезное значение как в плане эффективности лечения больных, так и плане охраны общественного здоровья всего населения.

Несмотря на достигнутое в последние годы снижение показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза показатель распространенности лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в области имеет неутешительную тенденцию к росту за последние годы. Так если в 2005 году было выявлено всего 165 больных с множественной лекарственной устойчивостью, то в 2013 количество их составило уже 811 человек, т.е. увеличилось более чем в 4 раза. Особо следует обратить внимание на неуклонный рост больных с первичной множественной лекарственной устойчивостью с 4,7% в 2005 году до 13,8% в 2013. Показатель распространенности (МЛУ ТБ) в Волгоградской области 2005 году составлял 6,2 на 100000 тыс. населения, а в 2013 - 31,4, таким образом, увеличился более чем в 3 раза (Гагарина С.Г., 2008; Борзенко А.С. и др., 2014).

Последние годы в области отмечается рост числа больных с сочетанной патологий ВИЧ и туберкулез, так в 2010 году взято на диспансерный учет 76 впервые выявленных больных с сочетанной патологией ВИЧ и активный туберкулез, в 2011 уже 112 человек. Всего в контингенте больных активным туберкулезом в 2013 году среди постоянных жителей области состояло 355 больных с сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез (6,6% от контингентов больных туберкулезом), рост на 14,5 % в сравнении с 2012г. За 6 мес. 2014г. взято на диспансерный учет еще 78 новых случаев сочетанной патологии ВИЧ

и туберкулез.

Результаты лечения больных туберкулезом в Волгоградской области постепенно улучшаются.

Так показатель абацилирования больных туберкулезом в 2011 году составлял 48,1%, в 2012 48,9%, а в 2013 достиг уровня 50,4%, а по РФ он составил 43,2%.

Закрытие полостей распада у впервые выявленных больных туберкулезом в 2011 году 71,3%, в 2012 66,7%, в 2013 67,5%, а по РФ 61,7%.

Прекращение бактериовыделения (в/в) в 2011 составило 79,6%, в 2012 74,4% и в 2013 79,3, а по РФ 69,6%.

Показатель клинического излечения впервые выявленных больных туберкулезом в 2011 году составлял 56,1%, в 2012 56,3% и в 2013 63,3%, что также выше показателя по РФ.

Таким образом, показатели эффективности лечения больных туберкулезом легких в Волгоградской области за последние 3 года (2011-2013) свидетельствуют о грамотной работе фтизиатрической службы по организации лечения больных туберкулезом в непростых социально-экономических условиях в области и сохраняющейся напряженной эпидемической обстановки.

Показатель первичного выхода на инвалидность в Волгоградской области в течение 10 лет значительно превышает аналогичный по РФ.

Так данный показатель в 2004 году в РФ составлял 18,7 на 100 тыс. населения, в то время как в Волгоградской области 40,1 на 100 тыс. населения. Показатель инвалидности больных не в полной мере отражает нарушение здоровья с утратой трудоспособности, так как, при определении нетрудоспособности в определенной мере учитываются возможности социальной защиты больного.

В 2013 году показатель инвалидности по туберкулезу в Волгоградской области составил 78,7 на 100 тыс. населения, что почти в 2 раза превышает показатель по РФ (39,2 на 100 тыс.).

Причинами высокой доли инвалидов в Волгоградской области по

материалам исследования Калугениной А.А., 2010 являются: преобладание распространенных процессов в 85,2%, преимущественно инфильтративных - 71,8%, с деструкцией легочной ткани в 78,0% и бактериовыделением в 44,0% случаев; наличие лекарственной устойчивости к ПТП в 24,8,% в том числе с МЛУ в 3,8% случаев; неполноценный охват флюорографическими осмотрами. Среди социальных факторов отмечены вредные привычки в 62,6%, неудовлетворительные условия проживания в 55,4%, имели социальный статус безработного 83,5%, ранее находились в ИТУ 25,2% и имели туберкулезный контакт 36,9% больных.

Анализ эпидемиологических показателей заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков в РФ показал, что, не смотря на их стабилизацию, отмечено стабильное увеличение показателя регистрируемой заболеваемости детей туберкулезом с 14,6 в 2009 году до 16,3 в 2011году на 100 тыс. детей, что свидетельствуют о сохраняющейся неблагополучной ситуации (Аксенова В.А., 2012, 2013).

В волгоградской области в 2009 году показатель заболеваемости туберкулезом детей был в 10 раз ниже уровня общего показателя заболеваемости населения в регионе (10,4 и 103,8 за 2009 год ф. 8), в то же время в других субъектах РФ он составлял более 40% от общего показателя заболеваемости туберкулезом. Эпидемиологические показатели заболеваемости детей и подростков неоднородны и зависят в большей степени от эффективности проводимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий среди детского и подросткового населения в конкретном регионе, а так же обусловлены распространением туберкулеза, состоянием популяционного иммунитета, организацией здравоохранения, трактовкой и регистрацией случаев заболевания туберкулезом (Филиппов А.В., с соавт., 2010; Шилова М.В., 2011)

Показатель заболеваемости туберкулезом детей является наиболее важным эпидемиологическим показателем, характеризующим ситуацию по туберкулезу в регионе. Территориальная заболеваемость туберкулезом детей

(ф.8) в 2000 году в Волгоградской области составила 14,1 на 100 тысяч населения, в то же время в целом по Российской федерации данный показатель в 2000 году составил 17,8 на 100 тыс. детей.

В течение последних 10 лет в Волгоградской области отмечается устойчивая тенденция постепенного снижения показателя заболеваемости туберкулезом среди детей. Так в 2006 году данный показатель составил 12,0 на 100 тыс., в 2012 9,4 на 100 тыс. детей, а в 2013 году он составил уже 7,2 на 100 тыс. детей.

Необходимо отметить, что в 2011 году отмечен рост заболеваемости туберкулезом детей и данный показатель в Волгоградской области составил 13,0 на 100 тыс. Рост заболеваемости детей также был отмечен как в Южном федеральном округе, так и Российской Федерации (17,1 на 100 тыс. и соответственно 16,1 на 100 тыс.).

Показатель территориальной заболеваемости подростков (ф.8) в 2005 году составил 55,9 на 100 тыс. подросткового населения и значительно превышал общероссийский показатель (36,7 на 100 тыс.). Связано это было с высокой заболеваемостью подростков в пенитенциарной системе. Так из 50 заболевших подростков в пенитенциарной системе было выявлено 25 человек. В 2006 году данный показатель снизился и приблизился к общероссийскому и составил 39,0 на 100 тыс., при среднем по РФ 37,3 на 100 тыс. В 2007 году в области вновь отмечен рост заболеваемости туберкулезом среди подростков до 50,5 на 100 тыс. подросткового населения. Объясняется это началом реализации на территории Волгоградской области национального проекта «Здоровье» и тем самым увеличением охвата флюорографическими осмотрами подросткового населения с 70,0% в 2006 году до 88,0% в 2007 году, в том числе и передвижными флюорографическими установками, полученными в рамках этого проекта. В 2008 году данный показатель снизился до 33,9 на 100 тыс. и продолжал постепенно снижаться, однако в 2011 году вновь отмечен рост заболеваемости подростков до 42,4 на 100 тыс. населения и в 2012 году данный показатель составил 35,9, что несколько выше, чем РФ (32,1).

Всего в 2013 году выявлено 54 случая туберкулеза среди детей и подростков, а показатель заболеваемости подростков стабилизировался и составил 34,7 на 100 тыс. населения.

Туберкулинодиагностика - является специфическим тестом для выявления сенсибилизации организма к микобактериям туберкулеза, и как метод раннего выявления туберкулезной инфекции в организме ребенка не потеряла своей актуальности и сегодня.

С 2010 - 2011 годов в области стали широко применяться новые методы выявления и профилактики туберкулеза с использованием диагностической системы – «ДИАСКИНТЕСТ®», особенно хорошо показавшей себя в сочетании с туберкулинодиагностикой. Внедрение современных методов диагностики в работу фтизиопедиатров позволило своевременно выявлять активную туберкулезную инфекцию у детей и подростков, и взвешено подходить к назначению превентивного лечения. Однако не следует забывать, что при широком внедрении данного метода, особое внимание следует обратить на обучение медицинского персонала технике постановки теста и чтению его результатов, что позволит избежать ошибок при его интерпретации.

Основными задачами массовой туберкулинодиагностики остаются - выявление детей с виражом туберкулиновых проб, с гиперэргическими реакциями, отбор контингентов для вакцинации и ревакцинации вакциной БЦЖ и БЦЖ-М, а также своевременной диагностики туберкулеза у детей и подростков в сочетании с компьютерной томографией органов грудной клетки.

Охват туберкулинодиагностикой детей и подростков в Волгоградской области на протяжении последних 10 лет остается достаточно высоким. Так данный показатель в 2002 году составил 97,5 в 2007 95,7, а в 2012 году достиг 97,8 на 100 тыс. населения в возрасте до 14 лет. В 2013 году данный показатель снизился на 0,5% и составил 97,3 на 100 тыс., что обусловлено трудностями, связанными с централизованными закупками туберкулина.

Показатель первичного инфицирования детей в Волгоградской области на протяжении 2001-2011 годов в среднем составлял 1,5 - 1,6%, что превышало

показатели по РФ, однако в 2012 году данный показатель составил 1,2 % и сравнялся с общероссийским. В последние годы вся фтизиопедиатрическая служба области широко применяет в своей работе современные методы диагностики, включая использование диаскинтеста, что позволяет избежать необоснованного проведения химиотерапевтического лечения у детей.

Низкий уровень заболеваемости детей туберкулезом в Волгоградской области связан с постоянно высоким уровнем охвата детского населения туберкулинодиагностикой. Вследствие чего своевременно выявляются инфицированные пациенты, которым проводится курс химиопрофилактики и не допускается развитие локального туберкулезного процесса.

Смертность детского населения от туберкулеза в Волгоградской области отмечается в единичных случаях.

Основной задачей фтизиатрической службы является снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза. Несмотря на достигнутое в последние годы снижение этих показателей фтизиатрическая служба области сталкивается с определенными трудностями, которые не позволяют решить проблему туберкулеза - как проблему общественного здравоохранения.

Современное лечение туберкулеза, основано на строгом инфекционном контроле, который не допускает перекрестного обмена больных туберкулезом микобактериями, и тем самым не дает увеличения удельного веса лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Здания и сооружения противотуберкулезных учреждений Волгоградской области вследствие длительной эксплуатации морально и физически устарели, не соответствуют архитектурно-планировочным, конструктивным решениям, составу и площади основных и вспомогательных помещений, требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность".

Актуальной проблемой является организация отделений для больных с хроническими формами туберкулеза с бактеривыделением, где они смогли бы получать социальную, психологическую и юридическую помощь бесплатно.

Кадровое обеспечение фтизиатрической службы вызывает серьезное беспокойство, происходит естественное старение сотрудников туберкулезных учреждений, а молодые специалисты с неохотой идут работать в противотуберкулезные диспансеры. Дефицит врачей-фтизиатров составляет 58,0%, среднего медицинского персонала 38,8%, младшего медицинского персонала 44,1%. Этому способствует слабая социальная защищенность сотрудников противотуберкулезных учреждений, отсутствие дополнительной материальной стимуляции их труда на региональном уровне, невозможность решить жилищную проблему, а также страх остаться один на один в случае возникновения профессионального заболевания вызванного МЛУ/ШЛУ возбудителя туберкулеза.

Материально-техническая база противотуберкулезных учреждений не соответствует современным требованиям и санитарным нормам и является морально устаревшей.

Обращает на себя внимание сложившаяся в последние годы негативная тенденция, выразившаяся в хроническом недофинансировании противотуберкулезной службы. Примеры частно-государственного партнерства в решении проблем фтизиатрии в области отсутствуют. Социальная и благотворительная помощь пациентам и противотуберкулезным учреждениям практически не оказывается, что подтверждают данные социологического исследования. Так 92,8% фтизиатрических пациентов указали, что никогда не получали никакой благотворительной помощи и 92,2% социальной поддержки (кроме пенсии по инвалидности). (Юдин С.А. с соавт., 2013)

С 2006 года в области успешно реализуется национальный проект «Здоровье», что позволило улучшить техническое состояние флюорографического парка области поставкой передвижных цифровых флюорографов. В рамках реализации Постановления Правительства РФ от 10.05.2007 года «О Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.), подпрограмма «Туберкулёз», в соответствии с Постановлением Правительства Российской

Федерации № 1181 от 28 декабря 2011г. «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий», областной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Волгоградской области» по ВЦП «Сохранение и укрепление здоровья населения Волгоградской области на 2013-2015 гг.» во фтизиатрическую службу Волгоградской области поступило современное лабораторное, рентгенологическое, хирургическое оборудование, установлен компьютерный томограф, а также противотуберкулезные лекарственные препараты.

В настоящее время в области остро назрел вопрос о создании «Центра по борьбе с туберкулезом». Это должна быть современная научная, лечебная и лабораторная база, построенная по современным технологиям и полностью соответствующая санитарным, морально-эстетическим требованиям времени. Создание такой структуры позволит избавить региональное министерство от многих мелких функций и обязанностей по курации работы фтизиатрической службы и сосредоточиться по работе на перспективу.

Для решения назревших проблем фтизиатрии Волгоградской области необходимо на региональном уровне присвоить приоритетной статус проблеме туберкулеза в здравоохранении области со всеми вытекающими последствиями, наряду с другими программами.

Составить прогноз развития эпидемиологической ситуации по туберкулезу, на фоне постоянного роста лекарственно-устойчивого туберкулеза и материальных затрат на его лечение и невозможности организации современного инфекционного контроля.

В ближайшие годы приступить к решению проблемы материально-технической базы противотуберкулезных учреждений на качественно новом уровне, путем создания «Центра по борьбе с туберкулезом в Волгоградской области» и размещение на его базе кафедры фтизиопульмонологии ВолгГМУ, как основного научно-образовательного центра.

Решение кадровой проблемы во фтизиатрии путем поднятия статуса врача фтизиатра с оказанием дополнительной социальной, психологической и материальной поддержки медицинских работников, занятых во фтизиатрии.

Организация лечебного процесса с учетом постоянного мониторинга циркуляции туберкулезной инфекции в регионе с возможностью принятия своевременных мер на проблемных участках.

Выполнение поставленных задач позволит улучшить эпидемиологическую обстановку по туберкулезу в Волгоградской области и обеспечить выполнение показателей «Программы развития здравоохранения Волгоградской области в 2013-2020гг.) и тем самым добиться снижения заболеваемости туберкулезом постоянного населения (ф.33) до 35,0 на 100000 тыс. населения, а территориальной заболеваемости (ф.8) до 43,5 к 2020 году.

1.3. Организационные аспекты медико-социальной и психологической реабилитации больных туберкулезом

С точки зрения эпидемиологии туберкулез является медленной инфекцией с длительным (многолетним) периодом подъема и спада заболеваемости и в настоящее время остается актуальной проблемой практического здравоохранения, медицинской науки и общества. Эпидемическая ситуация по туберкулезу существенно зависит от социально-экономических условий жизни населения, поэтому его относят к социально-значимым заболеваниям и рассматривают как медико-социальную проблему (Краснов В.А., 1991; Фролова И.А., 1991; Хоменко А.Г., 1994; Ерохин В.В., 2004; Шомахов А.О., и др., 2004; Ерохин В.В., 2006; Богородская Е.М. и др., 2011; Кочеткова Е.Я., 2012; Madaras T. A., 2000; Zakoska M., 2003; WHO 2007, 2008; Vieira R.C.A. et al., 2007; Buff A.M. et al., 2007; Saranchuk P. et al., 2007; Yuanita A., Nurhanita N. 2007).

При туберкулезе в значительно большей степени, чем при других инфекционных заболеваниях, влияние социально-демографических факторов проявляется в увеличении среди населения количества лиц, имеющих бытовые и профессиональные контакты с бактериовыделителями, и лиц предрасположенных к развитию заболевания туберкулезом (Сельцовский П.П., Литвинов В.И. 2004).

Характеристика социального портрета больных туберкулезом имеет следующие основные признаки: среди них существенно меньше работающих и почти в 12 раз больше безработных. У тех, кто занят в экономике, работа связана с психо-эмоциональным напряжением, неблагоприятными условиями труда с преобладанием физического компонента. Заработная плата у 49% являлась источником дохода, при этом у 66% доход ниже прожиточного минимума. Питание нерегулярное и недостаточное в качественном отношении. Жилищные условия у 85% вполне удовлетворительные, однако, отдельную комнату имеют всего 40% больных. В итоге у впервые выявленных больных

туберкулезом имеет место ограничение «жизненного ресурса социального индивида» (Сельцовский П.П., Литвинов В.И. 2004).

По данным различных авторов среди впервые выявленных больных туберкулезом 51,5% заболевших были в возрасте 18-25 лет, неорганизованное население составляет 68,6%, вредные привычки констатированы у 26,8%, семейный контакт отмечен у 41,8% и основной клинической формой являлся инфильтративный туберкулез в 51,5% случаев. При этом туберкулезом значительно чаще болеют мужчины, а среди женщин максимум заболеваемости приходиться на возраст 25-34 года (Паролина Л.Е., 2002; Нечаева О.Б., 2008; Шогжал И.С., 2011).

Диссеминированный туберкулез лёгких развивается часто у мужчин, неработающих, имеющих вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики). 25% больных ранее находились в местах лишения свободы (Садыков А.С., 2010).

Риск заболевания и смерти возрастает вследствие потери работы, низкого размера пенсий, а также неблагоприятных условий проживания (Подгаева В.А., 2010).

Зарубежные авторы обращают внимание, что только от 5,2-13,0% больных с впервые выявленным туберкулезом имеют высшее образование, а заболеваемость одиноких мужчин в 2,7-3,7 раза превышает заболеваемость женатых, преобладают среди заболевших лица пожилого возраста, а так же женщины (Gibson J. 1997; Pulido F. et al., Carvalho A.C.C. et al., 2007; Muham N., Darak B., 2007; Jha K.K., Shrestha L., 2007; Ali L. et al., 2007).

У больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом лёгких имеют место распространенные деструктивные формы заболевания (инфильтративный, диссеминированный, фиброзно-кавернозный туберкулез), преобладают мужчины, данность заболевания и некоторые симптомы более выражены, чем у больных с лекарственной чувствительностью. Этим пациентам присуща низкая социальная активность, так неудовлетворенность своей работой испытывали 43,7%, в 62,5% они не пытались улучшить условия своей работы, отсутствие

интереса к посещению концертов, выставок отмечали 43,7%, не желали интересоваться политическими событиями 72,3%. Пациенты не пользовались дневным отдыхом, а предпочитали проводить свободное время уединенно (43,7%), злоупотребляя спиртными напитками. Безразличие к своему заболеванию отметили 56,2% больных (Лебедев Ю.И. и др., 2011).

Необходимость в медико-социальной помощи остро возникла в РФ в 1990-х годах. Переход к рыночной экономике привел к изменению социальных характеристик больных туберкулезом. Увеличилось число больных с социальными проблемами, страдающих алкоголизмом, наркоманией, неработающих, лиц бомж, недееспособных людей пожилого возраста, прибывших из ИТУ и ВИЧ-инфицированных (Абдаев Б.У., 1989; Кибрик Б.С. и др., 1994; Погожева Л.М. и др., 1999; Торопов Н.Я., 1999; Скрынник Н.А. и др., 2005; Никифорова Ю.А., 2011; Smith I. 1997; Grange J., Zumla A. 1997).

Заболеваемость туберкулезом дезадаптированных лиц была выше в 110 раз, чем среди всего населения. В такой сложной эпидемической обстановке добиться снижения заболеваемости туберкулезом лишь медицинскими мероприятиями невозможно. После выписки, не имея определенного места жительства, работы, средств к существованию, эти люди вновь попадают в стационар, зачастую уже без восстановленных документов Учреждения социальной защиты такие как, общество Красного Креста выполняют лишь малую часть социальной работы (Кузнецова Л.Н., 2010).

Немаловажное значение оказывают хронические соматические заболевания, на течение туберкулеза у данной категории больных (Урусов И.Г. и др., 1992; Иванова Л.В., Рудой Н.М. 1994; Шмелев Е.И., 2004; Рогкачева М.Г., 2005; Тен М.Б. и др., 2005), а причинами неблагоприятных исходов лечения являются проблемы связанные с прерыванием курса химиотерапии, личностными и социальными проблемами у пациентов и развитие у них лекарственной устойчивости (Жук Н.А., 2003; Галиулин А.Н., Альмитов Р.А. 2006; Антонова Н.В., 2007; Капков Л.П., 2007; Борисов С.Е. и др., 2007; Смердин С.В., 2008; Богородская Е.М., 2009; 2010).

Современный этап в Российской фтизиатрии характеризуется тем, что государство перераспределило полномочия по оказанию медико-социальной помощи и обеспечению экономических, социальных и правовых условий на органы власти субъектов РФ.

Реформы здравоохранения не завершены в сфере фтизиатрии. Требования фтизиатрии выходят за рамки принятых в последнее время подходов. Так для оказания ВМП задействован принцип централизации, что неприемлемо во фтизиатрии, т.к. активное передвижение тяжелых больных, с заразными формами в стесненных условиях (поезд, самолет) способствует распространению туберкулеза.

Перенос ответственности за оказание медико-социальной помощи на уровень субъекта Федерации, недостаточность финансирования, вызывает трудности в реализации прав граждан на медико-социальную помощь.

Изменение общественного сознания приводит к тому, что место традиционных СМИ занимают информационные потоки глобальной сети интернет. Новое поколение декларирует «жизнь в виртуальной реальности». При этом у общества и управленцев остается стереотип больного туберкулезом как «отброса» общества, которому не надо оказывать социальную помощь.

Кроме того в настоящее время отсутствуют: единые стандарты и протоколы оказания медико-социальной помощи; адекватная информационная политика в обществе, разъясняющая необходимость такой помощи; ресурсы закрепленные за данным видом работы.

Врач фтизиатр находится в центре пересечения множества проблем, в том числе и социальных, но решать их не может вследствие недостаточности полномочий и ресурсов. Другие участники – институты социальной работы, правоохранительные органы, волонтеры активного участия в решении данных проблем не принимают (Краснов В.А. и др., 2012; Dukes R. et al., 2013; Islam Z. et al., 2013).

Достаточное количество научных исследований в РФ посвящено изучению социального и экономического статуса больных туберкулезом.

Большинство исследователей оценивали уровень жизни больных туберкулезом на основании наличия или отсутствия работы, семьи, дома и инвалидности. Так среди пациентов, у которых диагностирован МЛУ-ТБ в Архангельской области в результате распределения по шкале бедности в зависимости от уровня монетарных доходов была выявлена тенденция преобладания абсолютной бедности 56,3% (доход ниже прожиточного минимума), относительная бедность 39,3% (доход между прожиточным минимумом и среднедушевым доходом), относительный достаток 4,4% (доход выше среднедушевого). (Богданова Е.Н. и др., 2012).

Социальная поддержка больных туберкулезом в виде выдачи продуктовых наборов, гигиенических наборов, возмещение оплаты проезда дала положительные результаты лечения у 73% больных, без социальной поддержки у 56,9% больных. Количество больных прервавших лечение было в 1,5 раза меньше, а неэффективный курс лечения при поддержке только у 7,6% больных, а без поддержки в 2 раза больше (14,9%) (Даминов Э.А. и др., 2011; Arcencio R.A., 2013; Hall J. et al., 2013; Nagata Y. et al., 2013).

По данным Богородской Е.М. с соавт., 2011г. медицинская эффективность лечения больных, которым была оказана социальная помощь, составила 94,4%, а которым не оказана 68,4%. Коэффициент эффективности дополнительной социальной помощи больным туберкулезом во время первого курса лечения составляет 7,4 что позволяет сэкономить прямые затраты на химиотерапию за счет сокращения повторных курсов лечения и мотивирует больных к соблюдению режима (Богородская Е.М и др., 2011).

Контингенты больных туберкулезом представляют серьезную медицинскую, социальную и эпидемиологическую проблемы современного общества. Одним из путей ее решения является лечение и реабилитация таких больных (Рублева Н.В., 2012).

Конечной целью лечения больного является восстановление его соматического и психического здоровья, позволяющее добиться улучшения качества жизни (Зайцев В.П., 1998; Николаева Л.Ф., 1998 Дроздова И.В., 2002).

Восстановительное лечение представляет медико-социо-психологичекую проблему, направленную на восстановление физического, психологического и социального статуса (Schattner A., 2003).

Комитет ВОЗ (1980) дал определение медицинской реабилитации - это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания физического, психического и социального потенциала инвалида и наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Медицинская реабилитация больных туберкулезом начинается в отделении реанимации или интенсивной терапии и продолжается во фтизиатрическом стационаре. Основной задачей стационара является изоляция больного и лечение в интенсивной фазе. Следующим обязательным этапом реабилитационного воздействия является фтизиатрический санаторий, в котором больные продолжат лечение после интенсивной фазы основного курса. В санатории должен быть доступ больным ко всем современным физиотерапевтическим возможностям, патогенетической терапии, направленной на восстановление не только пораженного органа, но и других органов и систем организма. В санатории необходимо проводить психологическую реабилитацию больных туберкулезом и формировать здоровый образ жизни пациентов (Баласанянц Г.С., Кечаева Н.В. 2012).

Изучение социальных и медицинских факторов, влияющих на реализацию реабилитационного потенциала больных туберкулезом, показало, что значительного улучшения после окончания санаторного лечения достигают больные из социально активных групп – юристы и педагоги, чем при аналогичной тенденции в группе пациентов-пенсионеров. Чаще удается достичь значительного улучшения у больных со средним образованием, чем среди больных с высшим.

К факторам, препятствующим полноценной реабилитации больных в санатории относится удлинение интервала между окончанием стационарного этапа лечения и началом санаторного этапа, а также нарушения режима (чаще у

мужчин), что приводит к сокращению продолжительности лечения.

Особая группа больных нуждается в психологической коррекции, это пациенты женского пола средних лет, с ограниченным поражением легких, прибывших в санаторий после длительного перерыва стационарном и санаторном лечении, имеющих высшее образование, с дефектностью семейных отношений, страдающих сердечнососудистыми заболеваниями (Горбунова Л.А. и др., 2011).

Комплекс медицинских реабилитационных мероприятий с включением химиотерапии, физиотерапии и пневмоперитонеума на санаторном этапе лечения у больных с деструктивным туберкулезом легких позволяет существенно повысить эффективность клинического излечения с формированием малых остаточных изменений (Доманская Т.Х. и др., 2011).

Для достижения эффективности реабилитационных мероприятий у фтизиатрических больных необходимо сочетание различных видов реабилитации: медико-социальной, психологический, трудовой и социальной (Холостова Е.И., 2003; Сухов В.М., Сухова Е.В., 2003; Трифонова Н.Ю., Кузьмишин Л.Е. 2006; Репин Ю.М., 2007; Aydin I.O., Ulusahin A., 2001).

По мнению Любушкиной Т.Л., основу процесса социальной реабилитации составляют принципы раннего начала осуществления реабилитационных мероприятий; непрерывности и поэтапности; системности и комплексности её проведения, а также принцип индивидуального подхода (Любушкина Т.Л., 2007).

Другие авторы (Смычёк В.Б., 2008) сформулировали принципы реабилитации, касающиеся больных с хроническими заболеваниями, которые заключаются в следующем: 1) многовекторность и комплексность реабилитации; 2) максимальная ликвидация ограничений жизнедеятельности; 3) профессиональная реабилитация; 4) создание реабилитационных учреждений в системе здравоохранения с соблюдением в них основных принципов реабилитации.

Относительно медицинских аспектов реабилитации во фтизиатрии её

цели достаточно четко были сформулированы (J. Crofton et al., 1996) и заключаются в следующем: излечение больных с наименьшим изменением их привычного образа жизни; предотвращение обширных поражений легких с последующими осложнениями и развитием рецидивов заболевания; предотвращение развития лекарственно-устойчивых штаммов туберкулезных бацилл; предотвращение летального исхода у тяжелобольных и защита членов семьи от инфекции.

Показатель первичной инвалидности вследствие туберкулеза легких в настоящее время служит одним из важнейших показателей реабилитационного процесса во фтизиатрии (Шилова М.В., 2010).

Изучению влияния медицинских и социальных факторов влияющих на инвалидизацию фтизиатрических пациентов посвящены работы многих авторов, так как проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов больных туберкулезом особенно актуальны в современной фтизиатрии (Плакс М.В., 2001; Шагарова С.В., 2001; Осадчих А.И., 2002; Кодзоева Т.И., 2004; Шевченко А.И., 2004; Вишневская Л.К., 2005; Чабанова О.Н., 2005), при этом медицинские факторы усугубляют течение туберкулезного процесса (Линева З.Е., Зорина С.П. 2011).

О влиянии социальных факторов на уровень инвалидизации у больных туберкулезом убедительно доказано в работах (Каневской С.С., 1990; Горбач Л.А., 1994; Борщевский В.В., Горбач Л.А. 1997; Ракина О.Н., 2003, Линева З.Е., Зорина С.П. 2011), что приводит к отсутствию условий и средств для нормальной жизнедеятельности и как следствие снижению уровня жизни.

В структуре инвалидности больных туберкулезом преобладают инвалиды 2-ой группы (Валиев Р.Ш., 2000; Линева З.Е., Зорина С.П. 2011), а доля инвалидов первой и третьей групп незначительна и составляет в среднем 3,4 и 7,6% (Линева З.Е., Зорина С.П. 2011).

При анализе клинических форм туберкулезного процесса приведших к инвалидности выявлено преобладание фиброзно-кавернозного диссеминированного и инфильтративного туберкулеза преимущественно у

мужчин трудоспособного возраста, при этом не имеющих постоянного места работы, страдающих хроническим алкоголизмом, и находившихся ранее в пенитенциарных учреждениях (Хрулева Т.С., Гавриленко В.С. 1996; Высоцкая Л.П., 1999; Ключиха А.В., и др., 2006; Линева З.Е., Зорина С.П. 2011).

В последние годы отмечается рост первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста, а основными факторами, обусловившими стойкую утрату трудоспособности у больных туберкулезом были: несвоевременное выявление болезни (81,7%); сопутствующие заболевания 90,2%, противопоказания к хирургическому лечению 86%, множественная лекарственная устойчивость МБТ 36,6%, нежелательные побочные реакции на ПТП у впервые выявленных больных 67,8%, наличие рецидива у 55,4% и отсутствие приверженности к лечению в 52,7% случаев (Иванова О.Г. и др., 2011). В последние годы в реабилитацию введено понятие качество жизни связанное со здоровьем, на которое надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных.

Проблема оценки качества медицинской помощи является актуальной и для фтизиатрии. Одним из важнейших критериев, кроме медицинских, является уровень удовлетворенности медицинской помощью самих пациентов. По результатам анкетирования установлено, что у 42,6% пациентов при обращении в диспансер или поступлении в стационар не сложилось позитивного впечатления об окружающей обстановке. Не удовлетворены материально-техническим оснащением диспансера 51,5%. В целом больные хорошо информированы о своем заболевании и опасности для окружающих (92,6%), но значительная часть (42,6%) получили эти сведения не от медицинских работников и 10,3% получили данную информацию от других пациентов. Большинство пациентов отмечают вежливое и доброжелательное отношение врачей и среднего персонала (Долматова И.С., 2012).

На качество жизни больных туберкулезом существенно влияет противотуберкулезная терапия. Показатели качества жизни больных впервые выявленным туберкулезом легких значительно ниже здоровых людей, что

обусловлено ограничением физического и эмоционального функционирования при сохраненной социальной активности. Так при увеличении продолжительности химеотерапии у пациентов уровень социальных связей был гораздо ниже, настроение характеризовалось увеличением депрессивных тенденций, снижением положительных эмоций, ограничением физической активности и повседневной деятельности (Пьянзова Т.В. и др., 2011).

Несмотря на излечение от туберкулеза, 25% пациентов отмечают, что проблемы в легких и бронхах влияют на их трудоспособность. Снижение функции внешнего дыхания у лиц излеченных от туберкулеза снижает качество жизни (Бухарева С.В. и др., 2011).

Субъективное мнение болеющего человека столь же ценно, как и показатели лабораторных и инструментальных методов исследования, а собственная оценка больным комфортности своего состояния является важным итогом терапии (Купавцева Е.А., и др., 2011).

Предрасполагающими факторами к заболеванию туберкулезом считаются плохие материально−бытовые условия, недостаточное питание, вредные производственные факторы, физические и умственные перегрузки, стрессы, в значительной степени росту заболеваемости туберкулезом способствует увеличение числа социально−дезадаптированных лиц вследствие миграции населения, практически выпадающего из поля зрения лечебно-профилактических учреждений (Баранова Г.В. и др., 2012).

Туберкулез как тяжелое соматическое заболевание, сопровождается определенными нервно−психическими нарушениями, затрагивающими в первую очередь сферу личности больного. Нарушения проявляются повышенной чувствительностью и раздражительностью, снижением работоспособности, неустойчивостью настроения, фобиями, депрессией. Значительное место в психологической картине при туберкулезе занимают ипохондрические нарушения − фиксация больных на негативных физических ощущениях, обилие жалоб, тенденции к уходу в болезнь (Валиев Р. Ш., 1999; Kipp A.M. et al., 2007; Ahmed F. et al., 2007; Agboatwalla M. et al., 2007).

Нарушение межличностного взаимодействия, обусловленное тенденцией к отчужденности изоляции, сопровождается шизоидностью в мышлении и суждениях. Выявленные нарушения психологического статуса свойственны как впервые выявленным больным, так и длительно лечащимся, и мужчинам и женщинам (Стрельцов В.А и др., 2011; Lopiga R.V. et al., 2007).

Такие характерологические особенности затрудняют контакты больных в сфере общения, приводят к нарушениям адаптивной системы психики, изначально нестабильной. Длительное и тяжелое антибактериальное лечение само по себе является мощным стрессором и требует от пациента больших физических и эмоциональных затрат, предъявляет высокие требования к нервной системе больного. И в этом случае, безусловно, мощным лечебным фактором, наряду с медикаментозной терапией, является психологическое (психотерапевтическое) сопровождение больного.

Целесообразность оказания психологической/психотерапевтической помощи (ППП) значительной части пациентов соматического профиля в настоящее время не вызывает сомнений, т.к. у большинства больных имеются пограничные психические расстройства, при которых именно ППП является очень эффективной не только в плане коррекции психоневрологических нарушений, но и улучшения результатов «соматически ориентированного» медикаментозного и физиотерапевтического вмешательства (Александровский Ю.А., 2006; Карвасарский Б.Д., 2008; Нечипоренко В.В., Королёв С.А. 2008; Коркина М.В. и др., 2008; Jakubowiak W. et al., 2007).

Пограничным психическим расстройствам у больных туберкулёзом посвящено много исследований (Петров С.П., 1913; Меерсон Д.Л., 1929; Гиляровский В.А., 1935; Берлин-Чертов С.В., 1948; Гуревич М.О., 1949; Сергеев И.И., 1969; Сергеев И.И., Курбесова Н.В. 1970; Целибеев Б.А., 1972; Шульгина З.Л., Панкратова Л.Э. 1988; Виноградов М.В. и др., 1991; Панкратова Л.Э., 2005; Карвасарский Б.Д., 2006; Волчегорский И.А. и др., 2007; Стрельцов В.В. и др., 2009; Брюханова Н.С., Мордык А.В. 2011) однако лишь в отдельных работах рассматриваются подходы к оказанию ППП данной категории

пациентов (Стрельцов В.В. и др., 2009).

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»; Приложение №1 «Правила организации деятельности противотуберкулезного диспансера», рекомендует организовать кабинет медико-социальной помощи. В рамках этого кабинета подразумевается работа медицинского психолога во взаимодействии с врачами−фтизиатрами, врачами−методистами, а также социальным работником и медицинской сестрой, прикрепленными к данному кабинету.

Психотерапевтический процесс при туберкулезе сопровождается определенными социально-психологическими факторами, такими как, информация о заболевании, которой располагает пациент; эмоциональная поддержка и эмпатия со стороны медицинского психолога; сходство позиций и ожиданий психолога (или психотерапевта) и больного относительно проводимого лечения и психологической работы (Голубев В. Л. и др., 2011).

В случаях сложных хронических заболеваний, таких как туберкулёз лёгких, в рамках оказания психологической помощи имеет смысл проводить мотивационную терапию, направленную на повышение и сохранение высокого уровня комплаенса больных на протяжении всего курса лечения (Стрельцов В. В. и др., 2012).

Известным способом формирования ответственного отношения пациентов с туберкулёзом лёгких к лечению является непрерывное медико-социальное просвещение больных, позволяющее им и их родственникам получить новые знания о заболевании и лечении, сформировать практические навыки по соблюдению санитарно-гигиенического режима, диеты, поведения в медицинском учреждении и дома и др. В то же время, столкнувшись с таким серьезным диагнозом, как туберкулез, пациент будет ориентироваться не только на разъяснения лечащего врача, но и на ту информацию, которую добудет самостоятельно (Фетискин, Н. П. и др., 2002).

Часть такой информации может быть правильной и полезной, а часть –

вводить в заблуждение или просто быть ложной. В подобных случаях наиболее предпочтительной основой для психологической поддержки и консультирования является рационально−разъяснительная методика. Для успешного лечения туберкулеза пациент должен знать о болезни, сроках лечения, исходах заболевания. Необходимо информировать больных о путях заражения туберкулезом, о способах предотвращения распространения болезни, о профилактике туберкулеза и др. При посредничестве медицинского психолога, такого рода беседы способствуют формированию истинно партнерских отношений между врачом и пациентом, помогает организовать полноценный терапевтический альянс (Ермолаев А. А., Трофимов А. Ю. 2006).

Имеют хорошую мотивацию довести лечение до конца большинство больных, но нуждаются в дополнительной информации относительно своего заболевания, лечения и особенно после прекращения лечения. Повышение качества информирования пациентов и укрепление «обратной связи» с медработниками способствует улучшению приверженности к лечению, его успешному завершению (Юркевич И. и др., 2012).

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение, групповые тренинги, гештальт-терапия, позитивная терапия и др. Метод комплаенс-терапии также успешно зарекомендовал себя в работе с пациентами соматического профиля. Он представляет собой сложный психотерапевтический комплекс, интегрирующий положения, принципы и техники когнитивно-поведенческого направления психотерапии и мотивационного интервьюирования (Шлафер А. М., 2012).

Комплаенс - терапия, процессуально делится на три основных этапа. Целью подготовительного (первого) этапа является эмоциональная поддержка больного и установление с ним предельно доверительных отношений, выяснение его терапевтических экспектаций, сомнений и опасений по поводу предлагаемого лечения. Вторым и основным этапом мотивационной терапии является информирование пациентов. Третий этап комплаенс-терапии –

поддерживающий – направлен на повторение мотивирующих мероприятий и предполагает работу с эмоциональной сферой пациентов. Здесь хорошо себя зарекомендовали групповые методы работы (Голубев В. Л. и др., 2011).

Таким образом, роль медицинского психолога в проведении комплаенс-терапии является простой и сложной одновременно − он должен выступать как бы в двух ипостасях: с одной стороны, как носитель объективных медицинских биологически-ориентированных знаний об этиологии, клинической картине заболевания и его терапии, а с другой стороны – вести беседу и аргументировать необходимость проведения длительного лечения как «потребитель», основываясь на представлениях конкретного пациента о своей болезни, оперируя доступными для него понятиями и языком.

Основной целью работы кабинета медико-социальной помощи в составе противотуберкулезного учреждения является исследование психологических особенностей пациентов как с впервые выявленным, так и с хроническим течением туберкулёза, поддержка участковых терапевтов в процессе ведения таких больных. При этом прицельное внимание должно быть обращено на следующие категории пациентов: больные, страдающие хроническими тяжелыми соматическими заболеваниями, особенно с выраженными болевыми синдромами; пациенты пожилого и старческого возраста; женщины перименопаузального возраста; так называемые «трудные» пациенты, а также лица, часто обращающиеся за медицинской помощью.

В связи с этим целесообразность оказания психологической помощи значительной части фтизиатрических пациентов не вызывает сомнений. Однако важным является вопрос востребованности такого рода помощи по самооценкам самих больных, а также мнению лечащих врачей−фтизиатров.

В итоге, несмотря на высокую востребованность психологической (психотерапевтической) помощи во фтизиатрии, на настоящий момент времени она оказывается в недостаточном объеме и практическое приложение медицинской психологии в этой сфере имеет малый отклик у самих пациентов и врачей (Деларю В. В. и др., 2013).

Резюме

В настоящее время туберкулез является одним из самых распространенных социально-обусловленных заболеваний в мире.

По данным ВОЗ треть населения мира инфицирована микобактериями туберкулеза, а смертность от него больше чем при всех инфекционных заболеваниях вместе взятых.

В последние десятилетия противотуберкулезная помощь в РФ значительно реформировалась, перенос финансирования противотуберкулёзной помощи на уровень субъекта РФ требует активного участия в её реализации местной исполнительной и законодательной власти.

Кроме того, в ближайшие годы предполагается включение фтизиатрической службы в систему обязательного медицинского страхования, что повлечет перестройку лечебного процесса у больных.

На эффективность диспансерного наблюдения оказывает значительное влияние и низкая комплаентность больных туберкулезом, имеются и другие, не решенные проблемы.

Общепринятые методы этапного лечения туберкулеза (стационарный этап, санаторий, амбулаторное лечение) недостаточно эффективны как вследствие частой ограниченности их реализации в полном объёме, так и в силу традиционного задействования чисто медицинских подходов; отсутствия преемственности в лечении и реабилитации не только в рамках системы здравоохранения (фтизиатрические и общесоматические структуры), но и со службами социальной помощи населению, правоохранительными органами.

Несовершенная законодательная база, проблемы госпитализации эпидемически опасных больных, не соответствующее современным требованиям медико-санитарное просвещение самих больных и особенно их родственников, а также непосредственного окружения в социуме.

Стратегия по совершенствованию организации противотуберкулезной помощи населению России основана на многоуровневом подходе к оказанию медико-социальной помощи гражданам (Голикова Т.А., 2011).

На социально-экономические факторы приходится 75-80% всей проблемы, связанной с туберкулезом, а на факторы, связанные со здравоохранением и медициной, приходится только 20-25%.

Поэтому одним из принципиально важных условий для обеспечения эффективных противотуберкулезных мероприятий является совместная работа общей лечебной сети, санитарно-эпидемиологической, специализированной противотуберкулезной службы, иных ведомств и заинтересованных служб по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза.

Социально-экономические и политические реформы в последние 15-20 лет способствовали изменению организации противотуберкулезной помощи населению в связи с внутренними противоречиями функционирования системы, сложившейся еще в советское время.

При этом наряду с признанием социальной значимости борьбы с туберкулёзом, реабилитация больных с данной патологией осуществляется почти исключительно институтом здравоохранения при недостаточном взаимодействии с другими социальными институтами (семьи, права, защиты общественного порядка, религии, социальной помощи).

В результате остается недостаточно эффективной социальная адаптация и реабилитация фтизиатрических больных по возвращению их с активной жизненной позицией в современное общество.

В современных условиях лечение больных туберкулезом представляет сложный комплекс из нескольких госпитализаций, санаторно-курортного и амбулаторного лечения. Попытки широкого внедрения информационных технологий в практическую фтизиатрию не нашли широкого применения.

Существующие в настоящее время электронные медицинские документы не в полной мере отражают специфику туберкулезного процесса в связи с чем, актуальным является разработка электронной медицинской карты фтизиатрического пациента.

Указанные причины заставляют вести поиск новых подходов к медико-социальной реабилитации больных туберкулезом.

ГЛАВА II МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования являлись больные туберкулезом. Предметом исследования – организация лечения больных туберкулезом лёгких.

Источниками информации были: медицинская документация (формы № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», форма № 33 «Сведения о больных туберкулезом» форма № 30 «Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения», форма № 14 «Сведения о деятельности стационара», форма № 2-ТБ «Сведения о больных, зарегистрированных для лечения» форма № 7-ТБ «Сведения о впервые выявленных больных и рецидивах заболеваний туберкулеза», форма № 8-ТБ «Сведения о результатах лечения больных туберкулезом», форма № 10-ТБ «Результаты интенсивной фазы лечения по микроскопии мокроты», форма № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», форма № 61-ТБ «Сведения о состоянии контингентов больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией», форма №01-ТБ/у «Медицинская карта лечения больного», форма № 03-ТБ/у «Журнал регистрации больных туберкулезом», форма №106/у-98 «Медицинское свидетельство о смерти», форма №030-4/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений», форма № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице», форма №081/у «Медицинская карта больного туберкулезом», форма №003/у «Медицинская карта стационарного больного»), анкеты больных туберкулезом.

Исследование проведено в 2011-2012 гг. на базе Волгоградского областного клинического противотуберкулезного диспансера, а также противотуберкулезных диспансеров города Волгограда и Волгоградской области.

Исследование включало в себя несколько этапов:

Предварительный этап включает в себя аналитический обзор данных

литературы, нормативной базы (медицинская литература, монографии, журналы, сборники научных статей, авторефераты и диссертации), официальные нормативные документы. Всего около 500 источников литературы.

1 этап. Изучение когорты зарегистрированных больных – статистический метод, ретроспективный анализ эпидемиологических показателей по туберкулезу легких в Волгоградской области с 2000-2013гг., на основе учетных форм (ф.8, ф.33, ф.30, ф.2-ТБ, ф.7-ТБ, ф.8-ТБ, ф.10-ТБ, ф.61, ф.01-ТБ/у, ф.03-ТБ/у, 003/у, 081/у).

2 этап. Социологический опрос фтизиатрических пациентов и фтизиатров проводился на базе Волгоградского областного клинического противотуберкулезного диспансера, а также противотуберкулезных диспансеров города Волгограда и Волгоградской области.

Социологическая часть исследований врачей поликлиник общелечебной сети проводилась в лечебно-профилактических учреждениях города Волгограда. Социологический опрос врачей пенитенциарной системы и служителей Русской Православной Церкви проводился в г. Волгограде в период с 2011 по 2012 годы. (Приложение 1).

Контингент опрошенных составил: больных туберкулезом 584 человек, врачей фтизиатров 92, врачей терапевтов 144, врачей пенитенциарной системы 49, служителей церкви 39 человек.

Социологические методы

Для изучения мнений пациентов болеющих туберкулезом легких о доступности, возможностях лечения и реабилитации была разработана специальная анкета, состоящая из 29 закрытых вопросов / утверждений с учетом принятых в социологии требований (отсутствовали вопросы, характеризующиеся органической множественностью, составные вопросы с двойным отрицанием; минимизировано количество вопросов с числом альтернативных ответов более 5-ти и др. (Бутенко И.А., 1998; Гречихин В.Г., 1988; Девятко И.Ф., 2002; Деларю В.В., 2005; Маслова О.М., 1991; Паниотто

В.И., 1986; Решетников А.В., 2001; Ядов В.А., 1995). С помощью анкеты было опрошено 584 больных туберкулезом легких.

Пациентов в возрасте до 60 лет было 505 человек (86,5%), старше 60 лет 79 (13,5%); мужчин – 434 человека (74,3%), женщин – 150 (25,7%); имели среднее и средне-специальное образование – 502 человека (86,0%), высшее и незаконченное высшее – 82 (14,0%).

Оценка положительных или отрицательных ответов проводилась как в категоричной форме «Безусловно, да» / «Безусловно, нет», в вероятностной форме «Скорее, да» / «Скорее, нет» отдельно, так и объединялись вместе положительные и отрицательные ответы по каждому из вопросов. (Приложение 1).

Мнение врачей фтизиатров исследовалось с помощью специально разработанной анкеты, состоящей из 48 закрытых вопросов / утверждений (Приложение 3). Принципы построения были использованы те же, что и для пациентов. Всего было опрошено 92 врача фтизиатра. Среди врачей фтизиатров участвовало в опросе 56 человек (60,9%) которые работали в стационарном отделении и 36 (39,1%) в диспансерном отделении. Врачей со стажем работы более 10 лет было 69 человек (75,0%), а со стажем менее 10 лет 23 человека (25,0%).

Мнение врачей терапевтов общегородских лечебно-профилактических учреждений исследовалось с помощью специально разработанной анкеты, состоящей из 24 закрытых вопросов / утверждений. Принципы построения были использованы те же, что и для пациентов. Всего было опрошено 144 врача терапевта. Среди терапевтов общесоматической сети 38 человек (26.4%) имели стаж работы менее 10 лет и 106 (73,6%) имели стаж работы более 10 лет.

Мнение врачей пенитенциарной системы исследовалось с помощью специально разработанной анкеты, состоящей из 10 закрытых вопросов / утверждений. Принципы построения были использованы те же, что и для пациентов. Всего было опрошено 49 врачей пенитенциарной системы.

Мнение служителей Русской Православной Церкви исследовалось с

помощью специально разработанной анкеты, состоящей из 11 закрытых вопросов / утверждений. Принципы построения были использованы те же, что и для пациентов. Всего было опрошено 39 служителей Русской Православной Церкви.

Всего было опрошено 908 респондентов, из них пациентов 584, медицинских работников 285, служителей религиозных организаций 39 человек.

Статистическая обработка результатов обследований

Статистическую обработку результатов обследований проводили с использованием общепринятых методов параметрической статистики. Все данные представлены в средних значениях в виде M ± m. Для оценки межгрупповых различий применяли t – критерий Стьюдента при сравнении групп. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (отсутствие значимых различий или факторных влияний) был принят равным 0,05.

3 этап. Определение эффективности участия психолога в реабилитационном процессе при туберкулёзе легких.

Психологические методики.

Изучение системы психологических защит и копинг-стратегий больных туберкулёзом лёгких, установление взаимосвязи этих систем и стратегий с типом отношения к болезни, повышения комплаентности пациентов.

Эмпирическое исследование проведено в январе − марте 2014 г. и состояло из двух этапов:

1 этап — тестирование и первичная обработка полученных результатов. Форма проведения тестирования – индивидуальная и групповая.

2 этап — количественный и качественный анализ полученных данных, включающий в себя обработку данных с использованием методов математической статистики.

Объектом эмпирического исследования стали 145 человек (83 женщины и 62 мужчины) в возрасте 25-55 лет. Контрольная группа — лица, не имеющие

соматических заболеваний на момент исследования (n=81), экспериментальные группы – впервые выявленные больные туберкулёзом лёгких (n=37), больные с хроническим туберкулёзом лёгких (n=27).

Исследование проведено на базе Государственного казенного учреждения здравоохранения «Волгоградский областной клинический противотуберкулезный диспансер».

В соответствии с целью, гипотезой и задачами исследования были выбраны методики:

1. Опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман «Ways of Coping Questionnaire» (WCQ).

2. Методика диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении В.В. Бойко

3. Методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ).

Краткая характеристика выбранных методик.

1. Опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман «Ways of Coping Questionnaire» (WCQ). Методика предназначена для определения копинг-механизмов, т.е. способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности (копинг–стратегий). Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкман в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году.

Испытуемым предлагаются 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации, необходимо оценить, как часто данные варианты поведения проявляются у него (Вассерман Л. И., с соавт., 2009; КрюковаТ. Л., Куфтяк Е. В. 2001).

2. Методика диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении В.В. Бойко. Испытуемым предлагается 24 вопроса, к каждому из которых предлагается по 3 варианта ответов. Респонденту необходимо выбрать ответ, который точнее всего характеризует его поведение в различных ситуациях общения. Для определения присущей испытуемому стратегии психологической защиты в общении с партнерами подсчитывается

сумма ответов каждого типа: вариант «а» − показатель миролюбия, «b» − избегания, «с» − шкала агрессии. Чем больше ответов того или иного типа, тем отчетливее выражена соответствующая стратегия; если их количество примерно одинаковое, значит в контакте с партнерами испытуемый активно использует разные защиты своей субъективной реальности.

3. Методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ) предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. Использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения.

1. Гармоничный тип характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, переключением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.

2. Эргопатический тип отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало, может быть описан как «уход от болезни в работу».

3. Анозогнозический тип характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к болезни, нежеланием лечиться.

4. Тревожный тип отличается беспрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.

5. Ипохондрический тип характеризуется крайней сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях, преувеличением их значения, стремлением рассказывать о своих переживаниях окружающим.

6. Неврастенический тип характеризуется «раздражительной слабостью», при болезненных ощущениях возникает нетерпеливость и вспышки раздражения на любого, находящегося просто рядом, затем – слёзы и раскаяние.

7. Меланхолический тип отличается пессимистическим отношением к бо-

лезни, неверием в выздоровление, депрессивным настроением (опасность суицида).

8. Апатический тип отличается полным безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни, пассивным подчинением процедурам и лечению.

9. Сенситивный тип характеризуется высокой чувствительностью к межличностным отношениям; больной полон опасений, что окружающие избегают его из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

10. Эгоцентрический тип характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих — «уход в болезнь».

11. Паранойяльный тип характеризуется уверенностью, что болезнь – это результат чьего-то злого умысла; имеет место крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, обвинения окружающих и медицинского персонала при появлении осложнений или побочных действий лекарств.

12. Дисфорический тип отличается мрачно-озлобленным настроением, завистью и ненавистью к здоровым, обвинениями в своей болезни других, деспотическим отношением к близким.

Методика ТОБОЛ построена в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. Опросник включает соответственно 12 таблиц-наборов утверждений («самочувствие», «настроение» и т.д.). Каждый набор в свою очередь содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений. Испытуемому предлагается в каждой таблице-наборе выбрать 2 наиболее подходящих для него утверждения. Если больной не может выбрать два утверждения по какой-либо теме, то он должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице−наборе «Ни одно из утверждений мне не подходит». Время заполнения регистрационного листа не ограничено (Вассерман Л. И., с соавт., 2008).

Статистическая обработка результатов обследований

Статистическую обработку результатов обследований проводили с использованием общепринятых методов параметрической статистики, проводилась проверка выборочной совокупности (n=145) на нормальность по критерию Колмогорова–Смирнова. Нормальность распределения исследуемых качеств не была выявлена в данной выборке.

Вторым этапом стало исследование различий между группами испытуемых и их значимости (вероятность статистической ошибки по отношению к генеральной совокупности). Так как выборочная совокупность не соответствует закону нормальности, то для дальнейшего анализа был использован непараметрический критерий сравнения данных – критерий Манна-Уитни.

Третьим этапом обработки данных стал корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

4 этап. Разработка и создание электронной медицинской карты диспансерного наблюдения фтизиатрического пациента с применением интегральных схем наблюдения.

На основе анализа первичной документации (медицинская карта амбулаторного больного, форма №025/у-87; медицинская карта стационарного больного, форма №027/у) с использованием методов объективно-ориентированного проектирования и программирования в свободной среде разработки программного обеспечения Lazarus (Гагарин А.Г., 2012) реализована электронная медицинская карта фтизиатрического пациента.

15.12.2014г. в отделе этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра с участием ведущих специалистов г. Волгограда в области фтизиатрии и социологии медицины была проведена фокус-группа; основными обсуждаемыми вопросами явились эффективность оказания психологической помощи больным туберкулёзом людям и рекомендации относительно деятельности «Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом».

ГЛАВА III
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ОЦЕНКАХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

3.1. Качество оказания фтизиатрической помощи: мнение пациентов

Первые вопросы анкеты посвящены удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью, как в противотуберкулезном диспансере, так и поликлинике по месту жительства.

На вопрос «Оказываемой Вам в противотуберкулезном диспансере медицинской помощью?» большинство пациентов 61,3% ответили, что «удовлетворены». «Частично удовлетворены» 28,2% опрошенных. «Не удовлетворены» 5,5% респондентов и затруднились ответить 5,0%.

Ответили, что «удовлетворены» пациенты старше 60 лет в 69,6% случаев, а пациенты моложе 60 лет в 60% случаев ($p<0,001$). Мужчины выразили удовлетворенность в 63,1%, а женщины 56% случаев ($p<0,001$). Среди лиц имеющих среднее образование данный показатель составил 61,1%, а высшее образование 62,2%. «Частично удовлетворены» 29,5% респондентов моложе 60 лет и 20,2% старше 60 лет ($p<0,001$). Мужчины так думают в 26,7%, случаев, а женщины в 32,7% ($p<0,05$). Пациенты со средним образованием ответили в 28,9% случаев, с высшим 24,8%.

«Не удовлетворены» пациенты в возрасте моложе 60 лет в 5,5% случаев, старше 60 лет в 5,1%. У мужчин данный показатель составил 5,1%, а у женщин 6,7%. Лица со средним образованием ответили отрицательно в 5,6% случаев, а с высшем соответственно в 4,8%.

Затруднились ответить пациенты моложе 60 лет в 5%, старше 60 лет 5,1% соответственно. Мужчины ответили в 5,1% случаев, а женщины 4,6%. Большие затруднения данный вопрос вызвал у лиц с высшим образованием 8,6%, чем со средним 4,4% ($p<0,01$).

Таким образом, 89,5% пациентов, в той или иной степени

удовлетворены оказываемой им медицинской помощью в противотуберкулезном диспансере. Среди тех респондентов, кто полностью удовлетворен преобладают пациенты старшей возрастной группы ($p<0,001$), мужского пола ($p<0,02$). Выразили некоторые сомнения и ответили, что частично удовлетворены, чаще молодые пациенты ($p<0,001$) женского пола ($p<0,05$).

Достоверного влияния на этот показатель образовательного фактора не выявлено ($p>0,05$).

На вопрос анкеты «Оказываемой Вам в районной поликлинике медицинской помощью» ответ «удовлетворены» дали 36,5% опрошенных, «частично удовлетворены» 30,8%, «не удовлетворены» 19,5% респондентов и затруднились ответить 13,2% больных.

Среди лиц давших ответ «удовлетворены» пациенты старшей возрастной группы составили 43% опрошенных, а те, кто моложе 60 лет 35,4% соответственно ($p<0,01$). У мужчин данный показатель был 37,6%, а у женщин 33,3%. Лица со средним образованием ответили в 37,1% случаев, а с высшим в 32,9%. Ответили, что «частично удовлетворены» пациенты моложе 60 лет в 32,1% случаев, а старше за 60 лет в 22,8% ($p<0,001$). Мужчины ответили в 32% случаев, а женщины в 27,3%. Пациенты со средним образованием так считали в 30,5%, случаев, а с высшим 32,9%.

Не удовлетворенность медицинской помощью в поликлинике выразили 19,6% больных моложе 60 лет и 19% старше 60 лет. Мужчины ответили в 18,4% случаев, женщины в 22,7%. Пациенты со средним образованием было 19,7%, а с высшим 18,5%.

Затруднились ответить пациенты моложе 60 лет в 12,9%, старше 60 лет 15,2% соответственно. Мужчины ответили в 12% случаев, а женщины 16,7% ($p<0,05$). Пациенты со средним образованием ответили в 12,7% случаев а, с высшим 15,7%.

Таким образом, 67,3% больных удовлетворены оказываемой им медицинской помощью в районной поликлинике. Среди тех пациентов, кто

полностью удовлетворен оказываемой им медицинской помощью в поликлинике, преобладало мнение лиц старше 60 лет ($p<0,01$), а выразили сомнения и ответили частично удовлетворены чаще молодые пациенты ($p<0,001$).

Достоверного влияния на этот показатель гендерного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Необходимо отметить, что число пациентов кто удовлетворен медицинской помощью в противотуберкулезном диспансере оказалось в 2 раза больше, чем в поликлинике, а число не удовлетворенных медицинской помощью в районной поликлинике было почти в 4 раза больше, чем в противотуберкулезном диспансере. При этом полностью удовлетворены медицинской помощью, как в противотуберкулезном диспансере, так и районной поликлинике пациенты старшей возрастной группы, а частично наоборот лица молодого возраста.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.1. (Приложение 2).

Принимая во внимание фактор длительного лечения больных туберкулезом (от 6 до 24 месяцев) несомненно, пациенты сталкиваются с множеством медицинских, психологических, социальных проблем, нами и был сформулирован вопрос анкеты: «Какие трудности Вы испытываете при лечении туберкулеза?» (возможно несколько ответов).

Для конкретизации наиболее частых причин вызывающих трудности в процессе лечения, всем пациентам было предложено 10 наиболее вероятных факторов. Первой причиной пациенты указали «побочное действие лекарств», что отметили 35,3% опрошенных. Это вполне объяснимо длительным курсом химиотерапии (5-6 лекарственных препаратов). Вторым по значимости фактором, пациенты отметили «необходимость очень долго находиться в противотуберкулезном диспансере», на что указали 32,3% опрошенных. Это обстоятельство согласуется с проведением интенсивной фазы лечения, проводимой в стационаре (от 60 до 150 дней). На третье место пациенты поставили фактор «негативного отношения окружающих к больным

туберкулезом людям», его отметили 22,6% респондентов. Данное обстоятельство отражает скрытую от общества проблему психологической адаптации больных к здоровой части социума. Следующим по частоте был фактор «отсутствия нужных лекарств», что отметили 20,5% больных. Все основные химиопрепараты (изониазид, пиразинамид, рифампицин, этамбутол) были разработаны и внедрены в практику в 60 - 70-х годах прошлого века и используются для лечения туберкулеза на протяжении последних 30 лет. «Наличие многочисленных заболеваний» отметили 19,5% больных. Данный фактор согласуется с наличием экстрапульмональной патологии у большинства пациентов. В среднем каждый 6-й пациент 16,4% «особых трудностей» в процессе лечения не испытывал. «Отсутствие веры в выздоровление» отметили 14,1% респондентов. Данный фактор указывает на наличие серьезных психологических проблем связанных с недоверием граждан официальной медицине в вопросах лечения туберкулеза и дальнейшей реабилитации пациентов, для возвращения в активную социальную жизнь. Причем данные проблемы возникают у пациентов с момента постановки диагноза туберкулез и остаются нерешенными в ходе лечения. На «отсутствие поддержки со стороны родных» указали 6,5% опрошенных. Другие причины отметили всего 4,9% больных. Затруднились ответить 7,5% .

Необходимо отметить, что среди всех пациентов, указавших на «побочное действие лекарств» женщины чаще, чем мужчины отметили эту проблему в 49,3% и в 30,4% случаев соответственно ($p<0,001$), причем имеющих высшее образование было достоверно больше, чем среднее 47,6% и 33,3% соответственно ($p<0,001$). Достоверного влияния возраста пациентов на данный фактор не выявлено ($p>0,05$).

Необходимость очень долго находиться на лечении в туберкулезной больнице вызывает большие трудности у молодых пациентов, чем у лиц старше 60 лет в 34,1% и 25,3% случаев соответственно ($p<0,001$), пациенты имеющие высшее образование, также в большей мере тяготятся длительным пребыванием в стационаре, чем имеющие среднее образование, соответственно

в 41,5% и 31,5% случаев ($p<0,001$). Достоверного влияния пола пациентов на данный фактор не выявлено ($p>0,05$).

Негативное отношение окружающих к больным туберкулезом людям чаще испытывают молодые пациенты, чем лица старшего возраста в 24,4% и 11,4% случаев соответственно ($p<0,001$) и лиц имеющие высшее образование достоверно больше, чем среднее, соответственно 30,5% и 21,3% ($p<0,001$). Достоверного влияния пола пациентов на данный фактор не выявлено ($p>0,05$).

На отсутствие нужных лекарств указали чаще молодые пациенты, чем те кто старше 60 лет в 21,8% и 12,6% случаев соответственно ($p<0,001$). Достоверного влияния гендерного и образовательного факторов на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Наличие многочисленных сопутствующих заболеваний вызывает большие трудности при лечении туберкулеза у пациентов старше 60 лет, чем у более молодых пациентов в 34,1% и 25,3% случаев соответственно ($p<0,01$), причем женщины страдают от этого сильнее, чем мужчины, соответственно в 24,7% и 17,7% случаев ($p<0,01$). Достоверного влияния пола пациентов на данный фактор не выявлено ($p>0,05$).

Отсутствие веры в выздоровление отмечено чаще у пожилых пациентов, чем у лиц более молодого возраста в 18,9% и 13,1% случаев соответственно ($p<0,01$) и пациенты с высшим образованием, также чаще упоминали об этом в своих ответах, чем более молодые пациенты, соответственно в 18,3% и 13,4% случаев ($p<0,05$). Достоверного влияния пола пациентов на данный фактор не выявлено ($p>0,05$).

Указали, что имеются другие причины, которые вызывают у них трудности в лечении туберкулеза пациенты старшей возрастной группы в 8,8% случаев, а лица моложе 60 лет только в 4,4% соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния гендерного и образовательного факторов на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Среди пациентов, указавших на отсутствие поддержки со стороны родных и близких достоверных различий по возрастному, гендерному и

образовательному факторам не выявлено (p>0,05).

Среди тех пациентов, кто особых трудностей в процессе лечения туберкулеза не испытывал, преобладали лица мужского пола, соответственно в 19,1% случаев, а женщины в 8,7% (p<0,001).Достоверного влияния на данный фактор возраста и образования не отмечено (p>0,05).

Затруднения при ответе на данный вопрос анкеты чаще возникали у пациентов со средним образованием, чем с высшим, в 8,4% и 2,4% случаев соответственно (p<0,001).

Таким образом, побочное действие лекарств оказывает наибольшее негативное воздействие при лечении туберкулеза у больных женского пола с высшим образованием. Необходимость очень долго находиться на лечении в туберкулезном диспансере вызывает наибольшие затруднения у пожилых пациентов. Негативное отношение окружающих к больным туберкулезом людям наиболее остро испытывают на себе молодые пациенты с высшим образованием. На отсутствие нужных лекарств обращают внимание пациенты моложе 60 лет. Наличие многочисленных заболеваний вызывает наибольшие трудности у пожилых пациентов женского пола и отсутствие веры в выздоровление характерно для лиц старше 60 лет.

Меньше всего трудностей при лечении туберкулеза испытывают лица мужского пола.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.2.

Следующий вопрос анкеты касался такого момента как выполнение врачебных рекомендаций пациентами и звучал так: «Врачебные рекомендации, Вы, скорее всего, соблюдаете?»

Порядка 76,5% опрошенных ответили, что врачебные рекомендации соблюдают «полностью». «Частично» соблюдают 19,9% больных и «практически не соблюдают» только 1,9% пациентов. Тех пациентов, кто затруднился ответить, было всего 1,7%.

В своих ответах указали, что полностью соблюдают врачебные рекомендации чаще женщины 82%, чем мужчины 74,7% (p<0,01), имеют

высшее образование в 81,7% случаев, а среднее в 75,7% соответственно ($p<0,02$). Достоверного влияния на данный показатель возрастного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Частично соблюдают врачебные рекомендации пациенты мужского пола в 21,4% случаев, а женского в 15,3% соответственно ($p<0,01$), получившие среднее образование в 21,1% случаев, а высшее в 12,2% соответственно ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель возрастного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Практически не соблюдают врачебные рекомендации чаще пациенты с высшим образованием, чем со средним, хотя их единицы в 3,7% и 1,6% случаев соответственно ($p<0,05$). Достоверного влияния на данный показатель возрастного и гендерного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Наибольшие затруднения при ответе возникали у мужчин, чем у женщин, соответственно в 2,1% и 0,7% случаев ($p<0,05$).

Таким образом, среди пациентов кто полностью соблюдает врачебные рекомендации, преобладают женщины с высшим образованием, а те пациенты кто соблюдает частично – это мужчины со средним образованием. Пациентов кто практически не соблюдает врачебные рекомендации, среди опрошенных оказалось всего 11 человек (1,9%). Необходимо отметить, что в целом, по мнению опрошенных пациентов, 96,4% из них ответили, что врачебные рекомендации соблюдают.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.3.

Ряд вопросов анкеты касался отношения больных к продолжительности стационарного лечения и их реального пребывания в стационаре.

Так 22,4% опрошенных считают оптимальным нахождение в стационаре в пределах 60-90 дней, что в среднем соответствует приему количества доз лекарственных препаратов по интенсивной фазе химиотерапии, и согласуется со стандартом лечения туберкулеза. Около 21,9% считают необходимым находиться в стационаре в пределах 150 дней, что соответствует применяемым стандартам лечения в случае с недостаточно положительной динамикой в

лечении туберкулеза, и 14,6% пациентов считают, что достаточно находиться в стационаре от 90 до 150 дней. Почти половина респондентов 41,1% затруднились ответить на данный вопрос.

Среди тех, кто считает оптимальным лечение в пределах 60-90 дней, молодые пациенты составили 22,2%, пожилые 24,1%. Мужчин было 21,2%, а женщин 26%. Имели среднее образование 21,9% опрошенных, а высшее 25,6%. Достоверного влияния на данный показатель возрастного, гендерного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Среди больных высказавших мнение о необходимости находиться на стационарном лечении от 90 до 150 дней преобладало мнение мужчин, по сравнению с ответами женщин в 17,1% и 7,3% случаев соответственно ($p<0,001$), также высказались чаще по этому вопросу пациенты со средним образованием, чем с высшим в 15,1% и 11,0% случаев соответственно ($p<0,05$). Достоверного влияния на данный показатель возрастного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Мнение пациентов считающих, что необходимо находиться на стационарном лечении более 150 дней преобладало в возрастной группе старше 60 лет в 30,3% случаев, а тех кто моложе 60 лет в 20,5% соответственно ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного и образовательного факторов не отмечено фактора ($p>0,05$).

Набольшие затруднения при оценке сроков стационарного лечения в своих ответах отметили пациенты моложе 60 лет в 43,0% случаев, а те, кто старше 60 лет в 29,1% случаев ($p<0,001$).

На вопрос анкеты: «Сколько Вы реально находились на стационарном лечении», большинство пациентов 36,3% ответили, что более 150 дней. Находились на стационарном лечении от 90 до 150 дней 14,9% опрошенных, а тех, кто провел в стационаре от 60 до 90 дней было 14,6%. Затруднились ответить 34,2% больных, что возможно связано с еще не оконченным курсом лечения и неясной перспективой срока выписки из стационара.

Среди пациентов, реально находившихся на стационарном лечении в

сроки от 60 до 90 дней преобладали больные в возрасте старше 60 лет, их было 24,1%, а тех кто моложе 60 лет 13,1% соответственно ($p<0,001$). Мужчин было достоверно больше, чем женщин, соответственно 15,7% и 11,3% соответственно ($p<0,05$) и они чаще имели высшее образование, чем среднее в 18,3% и 13,9% соответственно ($p<0,05$).

В ответах пациентов, находившихся на стационарном лечении в пределах 90-150 дней достоверных различий по возрастному, гендерному и образовательному факторам не выявлено ($p>0,05$).

Из тех пациентов, кто находился в стационаре более 150 дней, преобладали больные в возрасте моложе 60 лет 37,2% против 30,4% кто был старше 60 лет ($p<0,001$), причем женщин было достоверно больше, чем мужчин, соответственно 42,7% и 34,1% ($p<0,01$). Уровень образования на данный показатель достоверного влияния не оказывал ($p>0,05$).

Затруднились ответить, как и на предыдущий вопрос, чаще пациенты в возрасте до 60 лет ($p<0,05$).

Таким образом, мнение пациентов о предполагаемых ими сроках стационарного лечения и их реальном нахождении в стационаре по ряду позиций разошлись. Так среди тех, кто предпочитает находиться в стационаре более короткие сроки (60-90 дней) достоверных различий по возрасту полу и уровню образования не отмечено. Реально же такие сроки лечения в стационаре чаще провели пациенты в возрасте старше 60 лет, мужского пола с высшим образованием. Среди тех пациентов, кто считал оптимальным срок лечения в пределах 90-150 дней, преобладало мнение мужчин со средним образованием, однако среди реально находившихся в стационаре на лечении достоверных различий по возрастному, гендерному и образовательному факторам не выявлено. Пациенты, высказавшие мнение о необходимости находиться на стационарном лечении более 150 дней были в возрасте старше 60 лет, вне зависимости от пола и уровня образования, а реально находились такие сроки в стационаре наоборот пациенты моложе 60 лет женского пола.

Необходимо отметить, что реально лечились в стационаре более короткие

сроки пациенты старше 60 лет, мужчины с высшим образованием, а более длительные пациенты моложе 60 лет женского пола, по всей видимости, пожилые мужчины с высшим образованием больше тяготятся длительным нахождением в стационаре и испытывают в связи с этим большие психологические проблемы, чем женщины более молодого возраста.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.4

На вопрос анкеты «Где, по Вашему мнению, лучше лечиться после выписки из стационара?» почти половина опрошенных 47% отдали предпочтение санаторному долечиванию. Четвертая часть 26,2% предпочитает проходить долечивание в домашних условиях и 16,5% больных желают продолжить лечение в диспансерном отделении. Затруднились ответить 10,3% пациентов.

Думают, что лучше продолжить лечение после выписки из стационара в условиях диспансерного отделения чаще пациенты в возрасте старше 60 лет в 22,8% случаев, а моложе 60лет в 15,7% случаев ($p<0,01$). Женщины так думают чаще мужчин, соответственно в 22% и 14,8% случаев ($p<0,01$). Уровень образования на данный показатель достоверного влияния не оказал ($p>0,05$).

Среди тех пациентов, кто выбрал местом продолжения лечения после выписки из стационара санаторий преобладало мнение пациентов моложе 60 лет, чем тех кто был старше, соответственно в 48,5% и 36,7% случаев ($p<0,001$). Женщины так считали чаще, чем мужчины, в 52% и 45,4% случаев соответственно ($p<0,05$), при этом лиц с высшим образованием было достоверно больше, чем со средним, соответственно 54,9% и 45,6% случаев ($p<0,01$).

Предпочитают лечиться дома в основном мужчины 28,4% случаев, а женщины 20% случаев ($p<0,001$), при этом большинство опрошенных имеет среднее образование 27,3%, а высшее у 19,5% соответственно ($p<0,01$).

Затруднились в выборе места долечивания после выписки из стационара пациенты мужского пола ($p<0,001$) со средним образованием ($p<0,05$).

Таким образом, абсолютное большинство пациентов (47%) предпочитает

продолжить дальнейшее лечение после выписки из стационара в условиях санатория, что соответствует принятому порядку оказания помощи больным туберкулезом (стационар – санаторий – диспансер). Необходимо отметить, что выбрали для дальнейшего лечения санаторий пациенты моложе 60 лет, женского пола с высшим образованием, в отличие от тех, кто предпочел дальнейшее лечение в диспансерном отделении – это пациенты старше 60 лет, женщины, а продолжить лечение дома предпочитают мужчины со средним образованием.

По всей видимости, данный срез больных более заинтересован в прохождении полного курса лечения с перспективой выздоровления и возвращения к активной жизненной позиции. Следует отметить, что во фтизиатрии лечение на дому практически означает проведение долечивания в условиях диспансерного отделения, т.е. пациенты ежедневно приходят в процедурный кабинет ПТД для получения и приема лекарственных препаратов. Логично было бы объединить их в одну группу. В итоге предпочитают не ездить в санаторий, а лечиться в диспансерном отделении ПТД пациенты старшей возрастной группы 53,2%, чем лица более молодого возраста 41,2% со средним образованием 43,6%, против высшего 37,8%. Данный факт можно объяснить малой мобильностью лиц пожилого возраста и наличием у них большего числа сопутствующих заболеваний требующих консультации узких специалистов.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.5.

Логичным были следующие вопросы о полезности санаторного лечения, сроках пребывания в санатории и тех проблемах, которые связаны с долечиванием больных.

На вопрос анкеты «Считаете ли Вы полезным санаторное лечение после выписки из стационара?» почти половина респондентов 49,8% ответили категорично «безусловно, да». Около трети опрошенных пациентов 28,8%, ответили «скорее, да». Сомневаются в полезности санаторного лечения 6,5% больных, они ответили «скорее нет». Категорически против, высказались

только 1,7% пациентов. Затруднились ответить 13,2% больных.

Среди пациентов, кто безусловно считает полезным санаторное лечение, мнение лиц старше 60 лет преобладает над мнением тех кто моложе 60 лет в 58,2% и 48,5% случаев соответственно ($p<0,001$). Женщины высказались чаще в 57,3% случаев против 47,2% у мужчин ($p<0,001$) и пациентов с высшим образованием было достоверно больше чем со средним, соответственно 64,7% и 47,4% соответственно ($p<0,001$).

Скорее полезным санаторное лечение считают чаще пациенты в возрасте до 60 лет, чем старше 60 лет в 30,9% и 15,2% случаев соответственно ($p<0,001$). Мнение мужчин преобладает над мнением женщин, соответственно в 30,4% и 24% случаев ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель образовательного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Категорически отрицают пользу санаторного лечения единицы опрошенных 10 человек (1,7%) и среди них – это абсолютное большинство мужчины ($p<0,05$).

Думают, что скорее всего пользы от санаторного лечения нет чаще пациенты старше 60 лет в 11,4% случаев, а моложе 60 лет в 5,7% случаев соответственно ($p<0,001$). Мужчины так думают чаще женщин, соответственно 7,4% и 4% случаев ($p<0,02$) и среди них преобладают пациенты со средним образованием, соответственно 7,4% и 1,2% с высшим ($p<0,001$).

Затруднились ответить чаще пациенты со средним образованием ($p<0,001$).

Таким образом, абсолютное большинство пациентов 78,6% считают санаторное лечение полезным после выписки из стационара и всего 8,2% не видят пользы в дальнейшем продолжении лечения в санатории. Интересно отметить, что, безусловно уверены в этом пациенты старшей возрастной группы, женского пола имеющие высшее образование, а те, кто не совсем уверен, но считает это полезным, наоборот были пациенты моложе 60 лет, мужского пола со средним образованием. Сомневаются в пользе санаторного лечения пациенты старше 60 лет, мужчины со средним образованием.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.6.

Следующий вопрос анкеты посвящен мнению пациентов о сроках пребывания в санатории.

Каждый четвертый пациент 25,2% считает оптимальным проходить долечивание в санатории более 45 дней. Каждый пятый 20,4% считает достаточным находиться в санатории до 30 дней. 18,6% опрошенных выбрали среднее значение до 45 дней. Затруднились ответить 35,8% респондентов.

Пациенты, кто высказался в пользу продолжительности санаторного лечения до 30 дней были старше 60 лет, женского пола с высшим образованием ($p<0,01$). В пользу длительного пребывания в санатории более 45 дней чаще высказывались пациенты моложе 60 лет, причем гендерный и образовательный факторы достоверно на их мнение не влияли ($p>0,05$). Затруднились ответить на этот вопрос в основном мужчины со средним образованием ($p<0,01$).

Таким образом, считают оптимальным сроком лечения в санатории до 30 дней пациенты старше 60 лет, женщины с высшим образованием, а за более длительное пребывание высказались в основном пациенты моложе 60 лет. Данный факт можно объяснить тем, что эта категория пациентов желает скорее завершить лечение и вернуться в привычную обстановку, проявляя большую социально-психологическую ответственность, чем молодые пациенты, не так обремененные социально-психологическими проблемами.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.7.

Осознавая важность и необходимость санаторного лечения, как важного составляющего компонента в реабилитации больных туберкулезом не все пациенты получают полноценное лечение в санатории. Для оценки причин мешающих пациентам получить санаторное долечивание, было отобрано 8 наиболее значимых. Вопрос анкеты звучал так: «Получить санаторное лечение Вам мешало?» (возможно, несколько ответов).

Наиболее частой причиной мешавшей получению долечивания в условиях санатория, по мнению пациентов, в 21,9% случаев явилось то, что

врачи не предлагали или отказывали в этом. На второе место пациенты поставили фактор наличия «семейных обстоятельств» 12,7%. Третье место они уделили наличию финансовых затруднений 11%. Не устраивают условия в санатории 5,1% респондентов. В 3,9%, случаев пациенты указали на отказ со стороны органов социальной защиты (ФСС) и только 2,6% больных получили отказ из-за наличия противопоказаний к санаторному лечению.

Необходимо отметить, что 15,8% больных значимых причин, которые помешали бы долечиванию в санатории, не указали. «Другие причины», которые не устраивали пациентов, назвали 10,4% опрошенных. Затруднились ответить 28,1% респондентов

На отказ или отсутствие предложения о направлении в санаторий чаще в своих ответах акцентировали внимание пациенты мужского пола в 23,3% случаев, а женщины в 18% соответственно ($p<0,05$). Достоверного влияния на данный показатель возрастного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Те пациенты, кто указал причину отказа от санаторного долечивания в виду семейных обстоятельства были моложе 60 лет в 12,7% случаев и столько же было лиц старше 60 лет, мужчин 12,4% женщин 13,3% имели среднее образование 21,7%, а высшее 23,2%, то есть достоверного влияния возрастного, гендерного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Среди пациентов, кто отказался от санаторного долечивания по материальным соображениям лица моложе 60 лет чаще, тех, кто старше говорили об этом, соответственно в 11,5% и 7,6% случаев ($p<0,05$).Мужчины и женщины высказались практически одинаково 11,3% и 10% соответственно, вот о наличии финансовых проблем чаще упоминали лица имеющие среднее образование, чем пациенты с высшим в 11,8% и 6,01% случаев соответственно ($p<0,05$).

О том, что их не устраивают условия пребывания в санатории, чаще говорили мужчины, чем женщины в 6% и 2,7% случаев соответственно ($p<0,01$).Возрастной и образовательный факторы достоверного влияния на

данный показатель не имели (p>0,05).

Указали в своих ответах на отказ со стороны органов социальной защиты направить их в санаторий чаще мужчины, чем женщины, соответственно в 5,1% и 0,7% случаев (p<0,01).и ответов лиц с высшим образованием было больше, чем со средним 6,1% и 3,6% соответственно (p<0,05). Возрастной фактор достоверного влияния не оказывал (p>0,05).

О наличии противопоказаний чаще упоминали пациенты старше 60 лет, чем более молодые соответственно в 6,3% и 2% случаев (p<0,001). Влияния на данный показатель гендерного и образовательного факторов не выявлено (p>0,05).

Среди тех пациентов, кто не видит причин, которые мешали бы им получить санаторное лечение, женщины говорили об этом чаще, чем мужчины в 19,3% и 14,5% случаев соответственно (p<0,05**)**, при этом лиц с высшим образованием было достоверно больше, чем со средним, соответственно 20,7% и 14,9% (p<0,02**)**. Возраст достоверно на ответы пациентов не влиял (p>0,05).

Наличие других причин чаще упоминали при ответах пациенты имеющие среднее образование, чем высшее в 11,4% и 4,9% случаев соответственно (p<0,001).

Затруднились ответить 28,3% молодых пациентов и 26,6% пожилых, мужчины составили 27,4% женщины 30%, среднее образование имели 27,5% высшее 31,7% респондентов (p>0,05).

Таким образом, достоверно установлено, что на отсутствие предложения лечащего врача или отказ его в направлении пациента на санаторное лечение акцентируют внимание лица мужского пола, финансовым проблемам уделяют больше внимания молодые пациенты со средним образованием, отказ со стороны органов социальной защиты чаще получают пациенты мужского пола с высшим образованием, не устраивают условия проживания в санатории пациентов мужского пола, наличие противопоказаний отмечают пациенты в возрасте старше 60 лет, а вот семейные обстоятельства как фактор мешающий получить санаторное лечение, не подвержен влиянию со стороны возраста,

пола и уровня образования пациентов.

Анализ полученных данных свидетельствует о недостаточно эффективной разъяснительной работе среди пациентов проводимой медицинскими работниками, как противотуберкулезных диспансеров, так и врачей работающих в противотуберкулезных санаториях. Если объединить факторы, мало зависящие от самих пациентов такие как: отсутствие предложений лечащего врача продолжить лечение в санатории 21,9%, отсутствие видимых причин мешающих продолжить лечение в санатории, но эти пациенты не были направлены туда 15,8% и 28,1% затрудняющихся четко назвать причины, что им мешает то в итоге 65,8% больных туберкулезом не получают своевременного санаторного лечения и как следствие полноценной реабилитации. Следует обратить внимание, что только каждый десятый больной отказался в связи с материальными затруднениями, и по семейным обстоятельствам, а противопоказания имели только 2,6% опрошенных.
Распределение ответов представлено в таблице 3.1.8.

Важным моментом было оценить мнение больных о полноте реабилитационных мероприятий после выписки из стационара, для чего был сформулирован вопрос анкеты: «Удовлетворены ли Вы полнотой реабилитации после выписки из стационара?». Ответили «Безусловно, да» 17,1% опрошенных, «Скорее, да» ответили 17,8%, «Скорее нет» ответили 12,8%, и «безусловно, нет» 5,6% опрошенных. Затруднились ответить 46,7% больных.

Если сравнить категорические высказывания «безусловно, да» и «безусловно, нет», то тех, кто дал положительный ответ в 3 раза больше, чем тех, кто дал отрицательный.

Высказали мнение, о том, что они, безусловно удовлетворены полнотой реабилитации после выписки из стационара чаще пациенты в возрасте старше 60лет, чем те, кто моложе, соответственно в 25,3% и 15,8% случаев ($p<0,001$). Достоверного влияния на ответы гендерного и образовательного факторов не отмечено ($p>0,05$).

Среди пациентов, кого категорически не устраивает полнота

реабилитации после выписки из стационара, преобладает мнение пациентов моложе 60 лет, по сравнению с теми кто старше, соответственно в 5,9% и 2,5% случаев ($p<0,01$) и лиц имевших высшее образование было больше, чем со средним в 9,8% и 4,8% случаев соответственно ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Менее категорично, высказали свое мнение, и ответили «скорее, да» чаще мужчины 19,6%, чем женщины 13,3%, соответственно ($p<0,001$) и получивших среднее образованием было больше, чем высшее 19,1,%,и 11% соответственно ($p<0,001$).Возрастной фактор достоверного влияния не оказывал ($p>0,05$).

Безусловно удовлетворены пациенты в возрасте старше 60 лет их 25,3%, моложе 60 лет 15,8%, женщин 18%, мужчин 16,8%, имеют высшее образование 18,3% среднее 16,9% опрошенных.

Менее категорично высказали свое мнение, и ответили «скорее, да» пациенты старше 60 лет, их было 20,3%, тех, кто моложе 60 лет 17,6%, мужчин 19,6%, женщин 13,3%, получили среднее образованием 19,1,%, высшее 11% респондентов.

Высказали мнение о том, что неудовлетворенны в полной мере полнотой реабилитации, но в менее категоричной форме и ответили «скорее, нет» чаще пациенты моложе 60 лет, чем те кто старше в 13,4% и 8,9% случае соответственно ($p<0,02$) Мужчин высказались чаще женщин соответственно в 14,3% и 8% случаев ($p<0,001$), и имели среднее образованием чаще, чем высшее в 13,8% и 6,1% случаев соответственно ($p<0,001$).

Затруднились дать оценку полноте реабилитационных мероприятий чаще женщины, чем мужчины 54% и 44,2% соответственно ($p<0,001$) и лиц с высшим образованием среди них было так же больше 54,8% и 45,4% соответственно ($p<0,001$).

Необходимо отметить, что полностью удовлетворены полнотой реабилитации пациенты старше 60 лет и наоборот категорично отрицательно высказались пациенты моложе 60 лет.

Таким образом, 34,9% пациентов выразили удовлетворение полнотой

реабилитации, не удовлетворены 18,4% опрошенных. Не смотря на то, что количество пациентов удовлетворенных реабилитацией почти в 2 раза превышает число неудовлетворенных, обращает на себя внимание тот факт, что каждый второй пациент уклонился от прямого ответа на данный вопрос. Возможно, таким образом, пациенты не хотят негативно отвечать на данный вопрос, боясь отрицательной реакции со стороны медицинских работников на их критическое отношение. В результате проведенного анализа полученных данных 65,1% больных в той или иной мере не удовлетворены полнотой проводимых реабилитационных мероприятий, что свидетельствует о недостаточно эффективной работе по преемственности лечения со стороны врачей стационаров, диспансерных отделений и санаториев.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.9.

Туберкулез характеризуется длительным течением и нередко принимает хронические формы, поэтому важно оценить трудоспособность и занятость работой пациентов на момент постановки диагноза туберкулеза, и какой результат, достигнут после лечения, в плане возможности вновь вернуться к активной трудовой деятельности. Для решения поставленных задач были сформулированы следующие вопросы анкеты: «До постановки диагноза туберкулеза Вы работали? Не работали?» и «Вернулись ли Вы к работе после завершения основного курса лечения?».

До постановки диагноза туберкулеза работали 57,8% больных. Среди них преобладали молодые пациенты моложе 60 лет их было 61% и 38% кто старше ($p<0,001$). Мужчины составляли 59% женщины 54,7% ($p>0,05$). Большинство работающих имели высшее образование 72% и среднее 55,6% соответственно ($p<0,001$).

Не работали до постановки диагноза туберкулеза 42,2% респондентов. Среди них преобладали пациенты старшей возрастной группы над более молодыми 62% и 39% соответственно ($p<0,001$). Мужчин 41% женщин 45,3% ($p>0,05$). Большинство неработающих имели среднее образование 44,4% высшее 28% соответственно ($p<0,001$).

Таким образом, больше половины респондентов, до заболевания туберкулезом занимались активной трудовой деятельностью, это молодые люди трудоспособного возраста, с высшим образованием, что подтверждает факт заболеваемости в России туберкулезом трудоспособного населения. Среди неработающих больных, преобладали пациенты старшей возрастной группы, со средним образованием.

Вернулись к работе после завершения основного курса лечения только 26,4% больных. Не вернулись к труду 73,6% опрошенных.

Среди тех, кто вернулся к труду, преобладали в 27,5% случаев лица моложе 60 лет, по сравнению с теми, кто был старше 60 лет-19% случаев ($p<0,001$). Мужчины и женщины составили 27% и 24,7% соответственно ($p>0,05$).Большинство имели высшее образованием 34,1%, а среднее 25,1% соответственно ($p<0,001$).

Из тех пациентов кто не вернулся к труду, преобладали лица старше 60 лет их было 81% и 72,5% соответственно моложе ($p<0,001$). Количество мужчин и женщин практически не отличалось 73% и 75,3% соответственно. ($p>0,05$). Достоверно больше было пациентов со средним образованием 74,9%, чем с высшим 65,9% ($p<0,001$), кто не вернулся к работе.

Таким образом, до постановки диагноза туберкулез работали молодые пациенты с высшим образованием, а не работали пациенты старше 60 лет со средним образованием. После завершения лечения данная тенденция сохранилась, вернулись к работе пациенты моложе 60 лет с высшим образованием, а не вернулись пациенты старше 60 лет со средним образованием.

Необходимо отметить, что вернулся к труду только каждый 3-й больной, а не вернулся каждый 7-й.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.10.

Логически взаимосвязанными были следующие вопросы, посвященные проблеме связанной с получением группы инвалидности при туберкулезе. Показатель инвалидности больных с туберкулезом должен отражать все

аспекты оказания противотуберкулезной помощи – состояние здоровья, своевременность выявления, уровень диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных туберкулезом (Шилова М.В., 2009). Вопрос анкеты: «Была ли группа инвалидности у Вас до постановки диагноза туберкулез?».

Абсолютное большинство пациентов 88,2% группы инвалидности не имели. Указали на наличие III группы 3,1%, II группы 8,0% и I группы 0,7% респондентов.

Не имели группы инвалидности до заболевания туберкулезом, чаще пациенты моложе 60 лет, чем те кто старше, соответственно в 90,1% и 76,0% случаев ($p<0,01$),женщин было больше, чем мужчин, соответственно 92,7% и 86,6% случаев ($p<0,001$), и количество пациентов с высшим образованием так же было больше, чем со средним, соответственно 91,5% и 87,6% случаев ($p<0,05$).

Среди пациентов, у кого было третья группа инвалидности лиц мужского пола было больше, чем женского в 3,7% и 1,3% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Среди пациентов имеющих вторую группу инвалидности лиц старше 60 лет было больше, чем лиц моложе 60 лет в 20,3% и 6,01% случаев соответственно ($p<0,001$), пациенты со средним образованием встречались чаще, чем с высшим в 8,6% и 4,8% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного фактора не отмечено ($p>0,05$).

Инвалидов первой группы было всего 4 человека, что оставило 0,7% случаев. Достоверных различий по возрасту, полу и уровню образования среди них не выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, до постановки диагноза туберкулеза не имели группы инвалидности 88,2% опрошенных – это пациенты моложе 60 лет, женского пола с высшим образованием, что достоверно подтверждено статистическими данными. Имелась группа инвалидности только у 11,8% опрошенных, с

преобладанием более тяжелой степени (2группа), это пациенты в возрасте старше 60 лет со средним образованием.

После завершения основного курса лечения инвалидность отсутствовала у 67,1% больных. Наличие III группы отметили 3,4% больных, II группы 27,6% и I группы 1,9% респондентов.

Среди пациентов кто не получил группу инвалидности после лечения и сохранил трудоспособность достоверных различий по возрастным, гендерным и образовательным признакам не отмечено ($p>0,05$).

Среди пациентов получивших третью группу инвалидности сохранилась та же тенденция с преобладанием лиц мужского пола, соответственно 4,2% и 1,3% случаев ($p<0,01$), как и до болезни.

В группе больных получивших вторую группу инвалидности достоверных различий по возрасту полу и уровню образования не выявлено ($p>0,05$).

При получение первой группы инвалидности достоверного влияния на данный показатель возрастного, гендерного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Необходимо отметить, что общее число инвалидов после лечения выросло в 3 раза по сравнению с теми, у кого инвалидность уже была до лечения, и составило 32,9%.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что имеется тенденция к нарастанию лиц-инвалидов с более тяжелой степенью за счет второй группы с 8% до 27,6%, что связано, с достаточно злокачественным течением туберкулеза, особенно с множественной и широкой лекарственной устойчивостью на современном этапе, при этом обращает на себя внимание тот факт, что число лиц-инвалидов третьей группы остается практически не низменным в пределах 3,1-3,4%, что свидетельствует о неблагоприятных медико-социальных последствиях у данной категории больных.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.11.

Важным является вопрос об отношении к больным туберкулезом людям

со стороны окружающих в современном российском обществе. Более половины респондентов 55,1% на вопрос анкеты об отношении к ним со стороны окружающих ответили, что испытывают «негативное» к себе отношение. Безразличное отношение со стороны окружающих, отметили 12,5% опрошенных. В 17,5% случаев пациенты считают, что окружающие их люди относятся к ним «сочувственно». Затруднились ответить 14,9% больных.

О том, что окружающие относятся к больным туберкулезом сочувственно чаще говорили пациенты старше 60 лет, чем те кто моложе в 22,8% и 16,6% случаев соответственно ($p<0,01$), мужчины так думали чаще женщин, соответственно 18,9% и 13,3% случаев ($p<0,01$) и мнение лиц с высшим образованием превалировало над мнением лиц со средним образованием в 23,2% и 16,5% случаев соответственно ($p<0,01$).

О безразличном отношении окружающих к больным туберкулезом чаще упоминали пациенты мужского пола по сравнению с женщинами в 13,8% и 8,7% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния на данный показатель возрастного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

О негативном отношение к больным туберкулезом со стороны окружающих говорили чаще пациенты моложе 60 лет, чем те кто старше 60 лет в 57% и 43,% случаев соответственно ($p<0,001$), женщин высказавших данное мнение было больше чем мужчин, соответственно 65,3% и 51,6% ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель образовательного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Затруднились ответить чаще пациенты в возрасте старше 60 лет ($p<0,05$), со средним образованием ($p<0,001$).

Таким образом, практически каждый второй пациент болеющий туберкулезом, (55,1%) испытывает на себе, негативное отношение окружающих к свой личности. Более остро эти проблемы воспринимают молодые пациенты женского пола. Чувство безразличия, апатии испытывает каждый десятый больной туберкулезом (12,5%), но более остро ощущают это мужчины. Необходимо отметить, что негативные оценки дали пациенты вне зависимости

от уровня своего образования.

Только каждый шестой пациент (17,6%) рассчитывает на сочувствие окружающих, причем это пациенты в возрасте старше 60 лет мужчины с высшим образованием, кто дал такую оценку.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.12.

Несомненным фактором, оказывающим стрессорное воздействие на организм, является сам факт постановки и объявления данного диагноза пациенту, так как влечет за собой по мимо медицинских возникновение различных психологических, социальных и финансово-экономических проблем. Чтобы отразить степень влияния психологических факторов в анкете были поставлены вопросы о необходимости пациентов в оказании психологической помощи и возможности ее получения в процессе лечения.

Так на вопрос: «В связи с заболеванием туберкулезом Вы нуждаетесь в психологической помощи?» положительно ответили 30,1% больных, не нуждались в психотерапевтической помощи 59,1% опрошенных и затруднились ответить 10,8% пациентов.

О том, что им необходима реальная психологическая помощь чаще говорили женщины, чем мужчины в 48,7% и 23,7% случаев соответственно ($p<0,001$) и лиц с высшим образованием было достоверно больше, чем со средним, соответственно 42,7% и 28,1% ($p<0,001$).

Указали на отсутствие необходимости в оказании психологической помощи преимущественно мужчины в 64,3% случаев, а женщины в 44% случаев ($p<0,001$), лиц со средним образованием кто так ответил было больше, чем с высшим, соответственно 61,4% и 45,1% случаев ($p<0,001$).

Затруднились ответить чаще женщины ($p<0,01$), в возрасте старше 60 лет ($p<0,01$).

Таким образом, в психологической помощи больше нуждались пациентки женского пола с высшим образованием, а отрицали необходимость в ней наоборот, пациенты мужского пола со средним образованием.

Полученные данные свидетельствуют о возможно более восприимчивой

психике у женщин с высшим образованием, в результате чего им необходима психологическая коррекция на профессиональном уровне в отличие от более устойчивых в психологическом плане мужчин со средним образованием, которые отказались от помощи психолога.

Реально, по мнению пациентов, получили психологическую помощь только 17,3% опрошенных. Не получили никакой психотерапевтической помощи 82,7% больных.

Среди тех пациентов кто получил психологическую помощь, больных в возрасте старше 60 лет было 32,9%, а моложе 60 лет 14,9% соответственно ($p<0,001$). Высшее образование имели 24,4%, а среднее 16,3% опрошенных ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Указали в своих ответах, что никакой реальной психологической помощи не получили чаще пациенты моложе 60 лет в 85,1% случаев, а старше 60 лет в 67,1% ($p<0,001$), при этом большинство имело среднее образование в 83,9%,а высшее в 75,6% ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, реальную психологическую помощь получали достоверно чаще пациенты в возрасте старше 60 лет имевшие высшее образование, вне зависимости от половой принадлежности, а о том что никакой помощи не получали чаще говорили пациенты моложе 60 лет со средним образованием, так же вне зависимости от половой принадлежности.

Необходимо отметить, что заявляли о необходимости психологической поддержки достоверно чаще женщины, а отказывались от нее достоверно чаще мужчины, а при реальном получении или не получении её, гендерный фактор достоверного влияния не оказывал.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.13.

Учитывая то обстоятельство, что туберкулез относится к социально значимым заболеваниям, необходимо уточнить в какой мере больные туберкулезом нуждаются в социальной помощи, и какова социальная

поддержка больных на самом деле органами социальной защиты населения в Волгоградской области.

На вопрос анкеты: «В связи с заболеванием туберкулезом Вы нуждаетесь, в социальной помощи?» получены следующие ответы: 68,8% больных дали утвердительный ответ, не нуждались в социальной помощи 20,4% пациентов и затруднились ответить 10,8% опрошенных.

Высказали мнение о необходимости оказания им социальной помощи пациенты в возрасте моложе 60 лет в 69,9% случаев, а старше 60 лет в 62,1% соответственно ($p<0,01$), при этом среднее образование имели 7,03%, а высшее 59,6% опрошенных ($p<0,001$). Достоверного влияния гендерного фактора на данный показатель не отмечено ($p>0,05$).

Отрицали необходимость в социальной помощи пациенты старше 60 лет в 27,8% случаев, а моложе 60 лет в 19,2% соответственно ($p<0,001$), при этом среднее образование имели 19,1%, а высшее 28,2% опрошенных ($p<0,001$). Достоверного влияния гендерного фактора на данный показатель так же не отмечено ($p>0,05$). Затруднился ответить только каждый десятый опрошенный.

Таким образом, достоверно установлено, что в социальной поддержке больше нуждались пациенты в возрасте моложе 60 лет со средним образованием, и наоборот отрицали необходимость в социальной помощи пациенты старше 60 лет с высшим образованием.

Необходимо отметить, что абсолютное большинство пациентов высказалось за оказание им социальной помощи. Обращает на себя внимание тот факт, что это в большинстве своем пациенты трудоспособного возраста со средним образованием и данная тенденция свидетельствует о наличии иждивенческих настроений у молодых людей, болеющих туберкулезом и невозможность самостоятельно или с помощью родных и близких людей решить возникающие социально-экономические проблемы.

В действительности социальную поддержку (кроме пенсии по инвалидности) получили только 7,8% больных туберкулезом. Не получили и не получают дополнительной социальной помощи 84% больных. Затруднились с

ответом 8,2% пациентов. Достоверного влияния на этот показатель возрастного, гендерного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Необходимо отметить, что заявляли о необходимости социальной поддержки достоверно, чаще пациенты моложе 60 лет со средним образованием, а отказывались от нее достоверно чаще пациенты старше 60 лет с высшим образованием, а при реальном получении или не получении её, возрастной, гендерный и образовательный факторы достоверного влияния не оказывали.

Таким образом, анализируя полученные данные можно утверждать, что социальную помощь лица болеющие туберкулезом и находящиеся на лечении в противотуберкулезных диспансерах практически не получают.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.14.

Немаловажное значение в современном российском обществе придается взаимодействию государства и церкви. Одним из важных моментов является уровень и качество взаимодействия с медицинскими учреждениями. Во многих медицинских учреждения общего лечебного профиля на территории г. Волгограда открыты больничные приходы, часовни и молельные комнаты, однако ни один противотуберкулезный диспансер не имеет соответствующего помещения для служителей культа. Имеется ли потребность у больных туберкулезом в организации общения со священнослужителями на территории Волгоградской области – такая задача была поставлена во время анкетирования пациентов. Чтобы оценить существующее положение дел, пациентам были заданы следующие вопросы: «Хотели бы Вы получить какую-либо помощь со стороны священнослужителей (исповедоваться, креститься, получать какие либо советы и т.п.)?» и «Какую-либо помощь со стороны священнослужителей Вы получали, /получаете/?»

Выразили желание получить помощь со стороны священнослужителей 35,4% больных находящихся на лечении в стационаре, не нуждались в дополнительном общении со священнослужителями 38,7%, затруднились ответить 25,9% опрошенных.

Среди пациентов, кто говорил о необходимости в помощи со стороны священнослужителей, чаще об этом упоминали пациенты в возрасте моложе 60 лет в 36,9% случаев, а старше 60 лет в 26,6% соответственно ($p<0,001$). Женщины говорили о такой необходимости чаще, мужчин соответственно в 40,7% и 33,6% случаев ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель образовательного фактора не выявлено. ($p>0,05$).

Пациенты кто отрицал получение помощи со стороны священнослужителей были в возрасте старше 60 лет в 48,1% случаев, а те кто моложе в 37,2% соответственно ($p<0,001$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного фактора не выявлено ($p>0,05$).

Затруднились с ответом чаще мужчины ($p<0,05$), со средним образованием ($p<0,001$).

Нуждались в помощи священнослужителей чаще молодые пациенты, их было 36,9%, а лиц старше 60 лет 26,6% ($p<0,05$). Женщины ответили утвердительно в 40,7% случаев, мужчины в 33,6%, имели высшее образование 40,2% и 34,7% среднее соответственно; достоверных различий в ответах не выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, одна треть пациентов больных туберкулезом находящихся на лечении в стационарах нуждалась в помощи служителей церкви, другая треть нет, и еще одна треть не определилась с ответом. Так же необходимо отметить, что в помощи священнослужителей больше нуждались молодые пациенты, женского пола, а не нуждались пациенты пожилого возраста, со средним образованием.

Реально получили помощь со стороны священнослужителей только 11,3% больных, тех кто не получил, такой помощи оказалось 88,7%.

Среди получивших такую помощь, пожилых пациентов было 13,9%, тех, кто моложе 60 лет 10,9%, мужчин 11,5% женщин 10,7% ($p>0,05$). Достоверно выявлено, что пациентов с высшим было больше чем со средним соответственно 15,9%, и 10,6%:случаев ($p<0,01$).

В группе пациентов, не получивших помощь священнослужителей, лиц

моложе 60 лет было 89,1% старше 86,1%, мужчин 88,5% женщин 89,3% ($p>0,05$). Лиц со средним образованием было достоверно больше 89,4%, чем с высшим 84,1% соответственно ($p<0,01$).

Необходимо отметить, что заявляли о необходимости в помощи священнослужителей достоверно, чаще пациенты моложе 60 лет женского пола, а отказывались от нее достоверно чаще пациенты старше 60 лет с высшим образованием, а при реальном получении или не получении её, возрастной и гендерный факторы достоверного влияния не оказывали.

Таким образом, можно четко сказать, что реальную помощь со стороны священнослужителей больные туберкулезом в настоящее время, не получают, хотя потребность в ней имеется. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о востребованности священнослужителей в противотуберкулезных учреждениях и о не достаточной работе с ними органов управления здравоохранением и руководителей противотуберкулезных учреждений по привлечению их к духовному служению в стенах туберкулезной больницы.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.15.

Не остался без внимания и вопрос о помощи различных благотворительных организаций больным туберкулезом на территории Волгоградской области.

На вопрос анкеты: «От благотворительных (общественных) организаций какую-либо помощь Вы?» получали (получали регулярно) утвердительно ответили 2,4%, иногда получали 4,8% и никогда не получали, ответили 92,8% больных.

Ответили, что регулярно получали помощь пациенты в возрасте моложе 60 лет в 2,6% случаев, старше 60 лет в 1,3%, мужчины получали помощь в 2,8%, женщины в 1,3% случаев, соответственно. По уровню образования ответы оказались идентичными по 2,4%. Достоверных различий по данным факторам не выявлено ($p>0,05$).

Те пациенты кто получал помощь иногда (редко) были старше 60 лет в

8,7% кто моложе в 4,2% случаев соответственно (p<0,01). Мужчины и женщины ответили практически одинаково 4,8% и 4,7% (p>0,05). Лиц со средним образованием было 5,2%, с высшим 2,4% (p<0,02).

Указали в своих ответах, что никогда не получали кокой либо помощи от благотворительных организаций пациенты моложе 60 лет в 93,2% случаев, старше 60 лет в 90% соответственно (p<0,05), имели высшее образование 95,2% а среднее 92,4% соответственно (p<0,05).

Таким образом, пациенты туберкулезных больниц реальной помощи от различных общественных, благотворительных организаций практически не получают. Имевшие место единичные случаи говорят об эпизоотических акциях проводимых благотворительными организациями и не имеющих желания работать с больными туберкулезом людьми на постоянной основе.
Распределение ответов представлено в таблице 3.1.16.

Не остался без внимания и вопрос о желании больных пополнить свои знания по разделу санитарного просвещения.

О полезности обеспечения пациентов такой литературой, которая содержала бы перечень медицинских рекомендаций пациентам, болеющих туберкулезом указали 63,5% больных. Не желали пользоваться такой литературой 15,1% пациентов и затруднились ответить 21,4% опрошенных.

Согласны пользоваться литературой чаще пациенты моложе 60 лет в 64,6% случаев, а старше 60 лет в 57% соответственно (p<0,01), женщины проявили большую заинтересованность, чем мужчины, 74,6% и 59,7% соответственно (p<0,001). Достоверного влияния на данный показатель образовательного фактора не выявлено (p>0,05).

Категорически не приемлют чтение такой литературы пациенты старше 60 лет их 16,5% моложе 14,8%., мужчин 15,9% женщин 12,7% соответственно. Достоверных различий не выявлено (p>0,05). Пациентов с высшим образованием было 21,9%, а со средним 13,9% соответственно; (p<0,001).

Затруднились ответить пациенты старше 60 лет (p<0,02), мужчины (p<0,01), со средним образованием (p<0,01).

Таким образом, большинство больных туберкулезом нуждается в изучении литературы посвященной санитарному просвещению

Необходимо отметить, что наибольшую заинтересованность в обеспечении литературой содержащей медицинские рекомендации высказали женщины моложе 60 лет, а отрицали такую возможность чаще пациенты с высшим образованием без влияния на этот показатель возраста и пола.

Основываясь на полученных данных, можно сделать вывод о недостаточной санитарно-просветительной работе в противотуберкулезных учреждениях в настоящее время.

Распределение ответов представлено в таблице 3.1.17.

3.2. Реабилитационный процесс во фтизиатрии: позиции врачей-фтизиатров

Весьма важным является мнение врачей фтизиатров о том, какие именно трудности возникали в процессе лечения фтизиатрических пациентов.

Так, на первое место по частоте встречаемости они поставили недисциплинированность и нарушения режима пациентами в 88% случаев. Второй причиной они указали асоциальное поведение фтизиатрических пациентов (в частности их алкоголизация) в 80,4% случаев. На третье место поставили низкую приверженность к лечению фтизиатрических пациентов в 63% случаев. Четвертое место занимает фактор наличия сопутствующей патологии у больных туберкулезом в 41,3% случаев. На пятое место они поставили частую невротизацию и психопатизацию данного контингента больных в 38% случаев. Далее следовали частое побочное действие лекарств в 27,2% , и отсутствие эффективных лекарств 25% случаев. На наличие других трудностей указали 7,6% врачей. Особых трудностей при организации лечебного процесса не испытывали только 2,2% опрошенных специалистов. Необходимо отметить, что ни у одного врача трудностей в ответе на данный вопрос не возникло. По всей видимости, это связано с четким пониманием проблемы медикаментозного лечения и последующей реабилитации больных туберкулезом в современных условиях российского общества.

Недисциплинированность и нарушение режима пациентами в 91,7% случаев отметили врачи стационарного отделения, а врачи диспансерного отделения в 85,7%. Врачи с опытом работы с более 10 лет указали на эту причину в 89,9% случаев, менее 10 лет в 82,6%. Достоверного влияния на данный показатель фактора определяющего место работы (стационарное отделение или диспансерное), а также возраста не выявлено ($p>0,05$).

Асоциальное поведение пациентов отметили в 83,3% врачи стационара и в 78,6% врачи диспансера. Врачи с опытом работы до 10 лет отметили данный факт в 82,6% случаев, а старше 10 лет в79,7%. Достоверного влияния на данный показатель фактора определяющего место работы, а также возраста не

выявлено (p>0,05).

На низкую приверженность к лечению пациентов обратили внимание в 66,1% случаев врачи диспансера и в 58.3% врачи стационара. Врачи со стажем более 10 лет ответили в 65,2% менее 10 лет 56,5% случаев. Достоверного влияния на данный показатель фактора определяющего место работы, а также возраста не выявлено (p>0,05).

Наличие сопутствующей патологии оценили равнозначно как врачи диспансера, так и стационара в 41,1% и 41,7% соответственно. Более опытные специалисты отметили в 42% случаев менее опытные в 39,1% (p>0,05).

На частую невротизацию и психопатизацию больных туберкулезом в 41,7% случаев указали врачи стационара и в 35,7% врачи диспансера. Врачи с опытом работы до 10 лет ответили в 47,8% случаев, старше 10 лет 34,8% (p>0,05).

Частое побочное действие лекарств, врачи диспансера отметили 1,5 раза чаще, чем врачи стационара 32,1% и 19,4% соответственно (p<0,05). Врачи со стажем более 10 лет указали на данный фактор в 29% менее 10 лет в 21,7% случаев (p>0,05).

Говорили об отсутствие эффективных лекарств, чаще врачи, работающие в стационарном отделении, чем врачи диспансерного отделения в 33,3% и 19,4% случаев соответственно (p<0,05). Врачи с опытом работы более 10 лет ответили в 27,5% случаев, а со стажем до 10 лет в 17,4% соответственно (p>0,05).

Другие трудности в 8,3% случаев отметили врачи стационара и в 7,1% диспансера. Врачи со стажем до 10 лет ответили в 8,7% случаев, более 10 лет в 7,2% случаев (p>0,05).

Особых трудностей не испытывали единицы врачей диспансера их было 3,6%, в стационаре таких врачей не было, ответов врачей с опытом работы менее 10 лет было 4,7% и 1,4% случаев соответственно с опытом работы более 10 лет (p>0,05).

Таким образом, достоверно установлено, что наибольшие трудности

связанные с побочным действием лекарств испытывают врачи работающие в амбулаторной службе (диспансерное отделение), чем врачи стационарного отделения, а вот об отсутствие эффективных лекарств чаще упоминали врачи работающие в стационарном отделении, чем в диспансерном.

Данные факты можно объяснить тем, что в стационаре находятся пациенты с более тяжелыми формами туберкулеза, эффект от лечения которых наступает не сразу, в то же время трудности врачей амбулаторного звена обусловлены тем, что в условиях диспансерного отделения врач фтизиатр остается один на один с пациентом и не может в одном учреждении получить консультацию нужного специалиста и вынужден отправлять пациента в общую лечебную сеть. Достоверных различий по другим причинам среди ответов врачей диспансерного и стационарного отделений, а также по продолжительности стажа работы не выявлено.

Однако необходимо отметить, что частая невротизация и психопатизация данного контингента больных является более значимым фактором в лечении для молодых специалистов, так как они отметили его в 47,8% случаев против 34,8% у имеющих стаж более 10 лет, а врачи с большим стажем наоборот акцентировали свое внимание на низкой приверженности пациентов к лечению, чем их молодые коллеги, соответственно в 65,2% и 56,5% случаев. По всей видимости молодые врачи менее психологически устойчивы, чем их более опытные коллеги, а более опытные глубже видят проблемы связанные с лечением туберкулеза у различных контингентов больных.

Данные о трудностях при лечении больных туберкулезом представлены в таблице 3.2.1. (Приложение 3).

На вопрос анкеты: «Удовлетворяют ли Вас существующие режимы химиотерапии?» 13% врачей ответили, что «полностью удовлетворяют», 76,1% ответили «частично удовлетворяют», и «совсем не удовлетворяют» только 7,6% опрошенных. Затруднились ответить 3,3% респондентов.

О том, что их полностью удовлетворяют существующие режимы химиотерапии, врачи диспансерного отделения говорили чаще, чем врачи

работающие в стационарном отделении, соответственно в 17,8% и 5,6% случаев ($p<0,05$). Врачи с опытом работы до 10 лет считают так 17,5% и более 10 лет в 11,6% случаев ($p>0,05$).

Частично удовлетворены врачи стационарного отделения в 80,6%, а диспансерного в 73,2% случаев. Врачи со стажем работы до 10 лет ответили в 73,9% случаев, а стажем менее 10 лет в 76,8% соответственно ($p>0,05$).

Указали, что существующие режимы химиотерапии их совсем не удовлетворяют врачи стационарного отделения в 13,8%, а диспансерного только в 3,6% случаев ($p<0,05$). Врачи с опытом работы до 10 лет ответили так в 4,3% случаев, а с опытом работы более 10 лет в 8,7% соответственно ($p>0,05$).

Затруднились ответить единицы врачей диспансерного отделения - 5,4% случаев. У врачей стационарного отделения таких ответов не было. Так ответили врачи с опытом работы до 10 лет в 4,3% случаев, а со стажем работы более 10 лет в 2,9% ($p>0,05$).

Таким образом, абсолютное большинство фтизиатров 89,1% ответили, что существующие режимы химиотерапии их устраивают, а совсем не устраивают только 7,6% опрошенных.

Достоверно установлено, что полностью удовлетворяют существующие режимы химиотерапии врачей работающих в диспансерном отделении и наоборот, совсем не удовлетворяют врачей работающих в стационарном отделении противотуберкулезного диспансера. Достоверного влияния на данные показатели стажа работы не выявлено. По всей видимости, данная тенденция обусловлена тем, что врачей диспансерного отделения в большей степени устраивает унифицированный подход к лечению определенный четкими стандартами, а вот врачи стационарного отделения при наличии стандарта предпочитают в большей степени учитывать индивидуальные особенности каждого пациента при подборе лекарственных средств. Данный взгляд на проблему отражает сохранившееся мнение у части врачей стационарного отделения о лечении больных туберкулезом на основе «старой», еще советской школы фтизиатрии.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.2.

Логически вытекает следующий вопрос анкеты: «Если существующие режимы химиотерапии Вас полностью или частично не удовлетворяют, то почему?». Были выбраны наиболее частые причины, на которые обращали внимание в своей практике фтизиатры.

Так, на первое место 46,7% фтизиатры поставили трудности в подборе препаратов для выполнения стандартного режима химиотерапии по IIб и IV режимам. На втором месте проблемы связанные с плохой переносимостью противотуберкулезных препаратов 31,5% случаев. На третьем месте проблемы связанные с низкой клинической эффективностью существующих режимов химиотерапии 30,4% случаев. Нерациональные комбинации противотуберкулезных препаратов отметили 17,4% опрошенных. Другие причины указали 19,6% врачей и затруднились ответить 4,3% опрошенных.

О том, что у них возникают трудности с подбором противотуберкулезных препаратов, чаще говорили врачи, работающие в стационаре, чем врачи диспансерного отделения в 58,3% и 39,3% случаев соответственно ($p<0,02$). Врачей со стажем работы до 10 лет было 47,8,%,а со стажем более 10 лет 46,4% среди опрошенных ($p>0,05$).

На плохую переносимость противотуберкулезных препаратов указали врачи диспансерного отделения в 28,6% случаев, а врачи стационара в 36,1% случаев ($p>0,05$). Врачи со стажем работы до 10 лет так считают в 34,8% случаев, а со стажем более 10 лет в 30,4% случаев ($p>0,05$).

Считают, что имеет место низкая клиническая эффективность лечения больных туберкулезом чаще врачи с опытом работы более 10 лет, чем их молодые коллеги в 24,8% и 17,4% случаев соответственно ($p<0,02$). Врачи диспансерного отделения говорили об этом в 26,8% случаев, а врачи стационара в 36,1% случаев ($p>0,05$).

Нерациональные комбинации противотуберкулезных препаратов в своих ответах отметили врачи стационара в 19,4% случаев, а диспансера в 16,1% случаев. Врачи со стажем работы до 10 лет упоминали об этом в 21,7% случаев,

а со стажем более 10 лет в 15,9% случаев (p>0,05).

Наличие других трудностей врачи диспансерного отделения, указали в 21,4% случаев, а врачи стационарного отделения в 19,4% случаев. Врачи с опытом работы до 10 лет говорили об этом в 21,7% случаев, а с опытом работы более 10 лет в 15,9% случаев (p>0,05).

Затруднились ответить только врачи диспансерного отделения в 7,1% случаев, и по 4,3% таких ответов дали врачи со стажем до и более 10 лет.

Таким образом, достоверно установлено, что наибольшие затруднения связанные с низкой клинической эффективностью проводимого лечения возникают у врачей с опытом работы более 10 лет, а вот наибольшие трудности с подбором противотуберкулезных препаратов испытывают врачи работающие в стационарном отделении противотуберкулезного диспансера. Полученные данные свидетельствуют о том, что все-таки наибольшие затруднения, связанные с назначением и проведением химиотерапии испытывают врачи, работающие в стационаре, что, несомненно, связано с госпитализацией в стационар больных имеющих более тяжелые формы течения туберкулеза, чем те пациенты, которые проходят лечение в амбулаторных условиях.
Распределение ответов представлено в таблице 3.2.3.

Не всегда лечение туберкулеза достигает ожидаемого эффекта, чтобы выяснить причины этого явления, врачам фтизиатрам было предложено ответить на вопрос: «Неэффективные курсы химиотерапии у больных туберкулезом чаще всего связаны?».

В 85,9% случаев фтизиатры считают причиной неэффективного лечения туберкулеза наличие у больных лекарственной устойчивости, на втором месте асоциальное поведение пациентов 80,4%, на третьем наличие запущенных форм туберкулезного процесса 73,9%, на четвертом низкую приверженность к лечению 68,5% и отсутствие занятости пациентов при длительной госпитализации 17,4%. Другие причины указали 12% опрошенных, а затруднившихся ответить среди фтизиатров не было.

О наличие лекарственной устойчивости говорили врачи стационарного

отделения в 86,1% случаев, а диспансерного отделения в 85,7%, врачи с опытом работы до 10 лет указали на данный фактор в 87% случаев, а более 10 лет в 85,5% (p>0,05).

Асоциальное поведение больных в 82,1% случаев отметили врачи диспансерного отделения и 77,8% стационарного (p>0,05). Врачи со стажем работы более 10 лет думают так чаще так, чем врачи со стажем работы до 10 лет в 84,1% и 69,6% случаев соответственно (p<0,02).

Наличие запущенных форм туберкулеза, отметили врачи стационара 75% случаев и в 73,2% врачи диспансера (p>0,05). Врачи со стажем более 10 лет указали на данный фактор чаще чем, те у кого стаж работы менее 10 лет в 78,3% и 60,9% случаев соответственно (p<0,02).

Низкую приверженность к лечению отметили врачи диспансера и стационара в 69,6% и 66,7% случаев соответственно, а. врачи со стажем работы до 10 лет и больше в 69,6% и 65,2% случаев соответственно (p>0,05).

На отсутствие занятости пациентов во время лечения указали врачи стационара в 19,4% случаев, а врачи диспансера в 16,1%, молодые специалисты говорили об этом в 21,7%, а более опытные коллеги в 15,9% случаев (p>0,05). Другие причины выделяют врачи диспансера и стационара в 10,7% и 13,9% случаев, а с опытом работы до 10 лет и больше в 8,7% и 13% случаев соответственно (p>0,05).

Таким образом, достоверно установлено, что среди причин неэффективности курсов проводимой терапии запущенная форма туберкулезного процесса и асоциальное поведение пациентов являются наиболее значимым фактором для врачей с опытом работы более 10 лет, а вот достоверного влияния на данный показатель фактора учитывающего место работы врача (диспансерное или стационарное отделение) не выявлено.
Распределение ответов представлено в таблице 3.2.4.

Следующие вопросы посвящены проблемам, связанным с диспансерным наблюдением за больными туберкулезом, так как приказом Минздравсоцразвития № 109 от 21 марта 2003 года «О совершенствовании

противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 29.10.2009 № 855) были изменены группы учета фтизиатрических пациентов.

На вопрос анкеты: «Существующие группы учета фтизиатрических больных Вас устраивают?» ответили, что полностью устраивают 48,9% врачей, частично устраивают 43,5%, совсем не устраивают 3,3% и затруднились ответить 4,3% опрошенных.

Абсолютное большинство фтизиатров 92,4% считают, что существующие группы учета больных туберкулезом их устраивают, и совсем не устраивают только 3,3% опрошенных.

Полностью устраивают группы учета врачей диспансерного отделения в 51,8% случаев, стационарного в 44,4% ($p>0,05$). Врачи со стажем менее 10 лет думают так чаще, чем врачи со стажем работы больше 10 лет в 60,9% и 44,9% случаев соответственно ($p<0,05$).

Частично устраивают группы учета врачей стационара в 47,2% случаев, а врачей диспансера в 41,1%. Врачи с опытом работы более 10 лет так считают в 44,9% случаев, врачи с опытом менее 10 лет в 39,1% ($p>0,05$).

Совсем не устраивают группы учета единицы врачей стационарного отделения 5,6% и диспансерного 1,8% случаев. Среди врачей со стажем работы до 10 лет таких ответов нет, ответили только специалисты со стажем работы больше 10 лет, их было 4,4%.

Затруднились ответить врачи диспансерного отделения в 5,4%, а стационарного 2,8% случаев ($p>0,05$). Затруднений при ответе на данный вопрос у врачей со стажем работы до 10 лет не возникало, а более опытные затруднились ответить в 5,8% случаев.

Таким образом, достоверно установлено, что существующие группы учета фтизиатрических пациентов полностью устраивают молодое поколение фтизиатров, так как они как раз и работают по 109 приказу в течение 10 лет. В то же время фтизиатры со стажем работы более 10 лет особых проблем по

вопросу учета больных не испытывают и совсем не влияет на данный показатель фактор определяющий место работы врача.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.5.

На вопрос «Считаете ли Вы, что бывшую VII группу ДУ (это больные с остаточными посттуберкулезными изменениями) необходимо вернуть в какой либо форме?» 45,7% опрошенных ответили, что «Да». Сомневаются в необходимости этого 15,2%, считают, что в этом нет необходимости, 22,8% и затруднились ответить 16,3% врачей.

Высказали мнение, что необходимо вернуть бывшую VII группу ДУ врачи диспансерного отделения в 41,1% случаев, а врачи стационара в 52,8% случаев, врачи со стажем работы до 10 лет думают так в 39,1%, а со стажем работы более 10 лет в 47,8% случаев соответственно ($p>0,05$).

Сомневались в такой необходимости врачи диспансерного отделения в 16,1% случаев, а стационарного отделения в 13,8% случаев, врачи с опытом работы до 10 лет говорили об этом в 17,3%, а с опытом работы более 10 лет в 14,5% случаев соответственно ($p>0,05$).

Высказались против возвращения бывшей VII группу ДУ врачи диспансерного отделения в 26,7% случаев, а врачи стационара в 16,7%, причем мнение врачей как со стажем работы до так и более 10 лет практически совпало 21,8% и 23,2% ($p>0,05$).

Затруднились ответить в равной степени, как врачи диспансера, так и стационара в 16,1% и 16,7% случаев, а с учетом опыта работы молодые врачи в 21,8%,а более опытные в 14,5% случаев ($p>0,05$).

Таким образом, почти каждый второй фтизиатр считает, что VII группу ДУ необходимо вернуть в какой либо форме, причем как более значимым фактором это было для врачей стационарного отделения 52,8% против 41,1% врачей диспансерного отделения, а врачи со стажем работы более 10 лет 47,8% против 39,1%, у кого стаж до 10 лет так же были уверены в этом. Противоположной точки зрения придерживался каждый пятый фтизиатр, и

более значимым фактором это было для врачей амбулаторной службы, чем стационарной 26,7% против 16,7% соответственно.

Тот факт, что за возвращение VII группу ДУ высказались врачи стационара, а против, врачи диспансерной службы объяснимо тем, что возврат VII группы значительно увеличит контингенты больных диспансерного отделения и соответственно объем работы на участке, который значительно уменьшился после внедрения в работу приказа № 109 МЗ СР.

Необходимо отметить, что ранее абсолютное большинство фтизиатров (92,4%) ответили, что их устраивают существующие группы диспансерного учета больных, но в то же время почти половина (45,7%) считают необходимым возвращение VII группу ДУ, так как отсутствие наблюдения за данным контингентом больных со стороны фтизиатров повышает риск возникновения рецидивов.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.6.

Взаимосвязанным с данном вопросом, является проблема дальнейшего наблюдения за пациентами, которые перенесли в прошлом туберкулез или излечились от него. На вопрос анкеты: «Как Вы считаете, где должны наблюдаться пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями?» были получены следующие ответы. «Безусловно, в ПТД» считают 26,1% фтизиатров, «скорее в ПТД» считают 32,6%. «Безусловно, в ЛПУ» ответили 26,1% опрошенных, «скорее в ЛПУ» 13% и затруднились ответить только 2,2% респондентов.

Несмотря на то, что большая часть фтизиатров 58,7% считает оправданным дальнейшее наблюдение за пациентами с остаточными посттуберкулезными изменениями в ПТД, 39,1% опрошенных считают необходимым дальнейшее наблюдение этих пациентов в ЛПУ. При более детальном рассмотрении выясняется, что мнения врачей высказавших категорически противоположенные точки зрения совпали (26,1%), а среди сомневающихся все же преобладало мнение о необходимости наблюдения за

данной группой пациентов в условиях противотуберкулезного диспансера (32,6%), а не в районной поликлинике у терапевта (13,0%).

О том, что пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями должны, безусловно, наблюдаться в ПТД, чаще говорили врачи стационарного отделения, чем диспансерного в 36,1% и 19,6% случаев соответственно ($p<0,02$). Такое мнение чаще высказали и врачи со стажем работы до 10 лет, в 39,1% случаев, а со стажем более 10 лет в 21,7% случаев ($p<0,02$).

Менее категорично, но в пользу ПТД высказались врачи стационара в 36,1% случаев, а врачи диспансера в 30,4% ($p>0,05$). Мнение врачей со стажем более 10 лет преобладало над мнением тех у кого стаж менее 10 лет в 37,7% и 17,4% случаев соответственно ($p<0,02$).

Считают, что пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями должны, безусловно, наблюдаться в ЛПУ, врачи диспансерного отделения в 32,1% случаев, а стационарного в 16,7% соответственно ($p<0,02$).

Сомневаются в этом врачи диспансера в 16,1%, врачи стационара в 8,3%, те, кто с опытом работы до 10 лет ответили в 17,4% случаев более 10 лет в 11,6% ($p>0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что считают, безусловно, необходимым продолжить наблюдение за пациентами с остаточными посттуберкулезными изменениями в условиях противотуберкулезного диспансера врачи стационарной службы с опытом работы до 10 лет, а противоположной точки зрения придерживаются врачи амбулаторной службы, вне зависимости от стажа работы. Полученные данные свидетельствует об отсутствии единой точки зрения среди самих фтизиатров по вопросу касающегося диспансерного наблюдения за больными туберкулезом.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.7.

Следующие вопросы анкеты посвящены продолжительности стационарного этапа лечения. Так назвали оптимальным срок стационарного лечения продолжительностью от 90 до 150 дней 51,1% фтизиатров, более 150 дней 34,8%, а от 60 до 90 дней только 6,5% и затруднились ответить 7,6:

опрошенных.

Считают, что оптимальное пребывание больного в стационаре от 90 до 150 дней 55,4% врачей диспансерного отделения и 44,4% врачей стационара, полагают так 56,6% врачей со стажем работы до 10 лет и 49,3% врачей со стажем более 10 лет (p>0,05).

Сказали в своих ответах, что оптимальный срок лечения в стационаре более 150 дней 44,4% врачей стационарного отделения и 28,6% врачей диспансерного отделения (p<0,05). Врачи со стажем до 10 лет ответили так в 39,1% случаев, а со стажем более 10 лет в 33,3% случаев (p>0,05).

Врачей считающих оптимальным более короткие сроки лечения в стационаре от 60до 90 дней оказались единицы, а со стажем работы до 10 лет так не ответил никто.

Таким образом, достоверно установлено, что специалисты стационарной службы считают оправданным пребывание в стационаре больных более 150 дней, а специалисты амбулаторной службы 55,4% против 44,4% врачей стационара отдают предпочтение сроку лечения от 90 до 150 дней. Достоверного влияния на данный показатель продолжительности стажа работы не выявлено.

На вопрос «Сколько реально пациент находился на стационарном лечении в Вашем ПТД?» большинство фтизиатров 44,6% ответили, что от 90 150 дней, более 150 дней указали 32,6% и 60 – 90 дней только 8,7% опрошенных. Затруднились ответить 14,1% респондентов

Подтвердили, что пациенты лечились в стационаре от 90 до 150 дней 47,2% врачей стационара и 42,9% врачей диспансерного отделения, 47,8% врачей с опытом работы более 10 лет и 24,8% с опытом работы до 10 лет (p>0,05). По РФ средний койко-день пребывания больного в стационаре в 2012 году составил 85,5 к/д, а в Волгоградской области данный показатель был значительно выше и составил 124 к/д.

Указали, что продолжительность стационарного лечения составила более 150 дней 47,2% врачей работающих в стационаре и 23,2% врачей

диспансерного отделения, 52,2% врачей имели стаж до 10 лет и 26,2% больше 10 лет ($p<0,001$). Затруднились ответить только врачи диспансерного отделения.

Таким образом, достоверно установлено, что молодые врачи, работающие в стационаре, предпочитают лечить пациентов более 5 месяцев. Необходимо отметить, что мнение фтизиатров об оптимальных сроках лечения в стационаре полностью совпало с реальным нахождением больных в стационарах Волгоградской области.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.8.

Далее вопросы анкеты затрагивали такую важную тему, как продолжение лечения больных после выписки из стационара. На вопрос о том, где должен лечиться пациент после выписки из стационара мнения фтизиатров разделились. Более половины 56,5% убеждены, что это должен быть санаторий, оставшиеся 41,3% считают, что диспансерное отделение противотуберкулезного диспансера. Затруднился ответить только 1 человек и 1 ответил, что дома.

Отдают предпочтение санаторному долечиванию врачи стационара в 61,1% случаев, врачи диспансера в 53,6%. Так думают молодые врачи, в 60,9% случаев, а более опытные коллеги в 55,1% случаев ($p>0,05$).

Считают необходимым продолжить лечение в диспансерном отделении, в 44,6% случаев, врачи амбулаторной службы и 36,1% случаев врачи стационара, врачей со стажем работы до 10 лет 39,1%, более 10 лет 42,1% опрошенных ($p>0,05$).

Таким образом, врачи стационарной службы считают, что пациенты должны продолжить лечение в санатории, а врачи амбулаторной службы наоборот, высказываются за продолжение лечения в диспансерном отделении.

Такое разделение мнений свидетельствует об отсутствии преемственности в лечении больных внутри единой фтизиатрической службы.

На вопрос о том, где реально лечилось большинство пациентов после выписки из стационара, абсолютное большинство фтизиатров 81,5% ответили,

что в диспансерном отделении противотуберкулезного диспансера и единицы сказали, что в санатории. Здесь практически полностью совпало мнение врачей диспансерного и стационарного отделений, как молодых, так и опытных специалистов. Однако 17,4% врачей указали, что их пациенты лечились дома, причем так считали как врачи диспансера, так и врачи стационара. Затруднившихся ответить врачей не было.

Таким образом, более половины фтизиатров (56,6%) считают, что необходимо продолжить лечение после выписки из стационара в санатории, а реально в санатории практически никто и выписанных пациентов не долечивается (1,1%). Полученные данные свидетельствуют о недостаточности проводимых организационных мероприятиях внутри самой фтизиатрической по направлению больных из стационара в санаторий.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.9.

Во фтизиатрии существует понятие «контролируемого» лечения подразумевающего под собой контроль медицинского работника за приемом пациентом противотуберкулезных препаратов, что отличает фтизиатрическую службу от общесоматических больниц. В настоящее время вводиться понятие наблюдаемого лечения на дому, но оно ограничивает возможности контролировать прием лекарственных препаратов больными дома и делает его скорее условным.

Следующий вопрос посвящен полезности санаторного лечения после выписки из стационара. Фтизиатрами были высказаны следующие мнения: «Безусловно, да» в 54,3% случаев, «Скорее да» в 33,7%, «Скорее нет» в 10,9% ответов «Безусловно, нет» не получено и затруднились ответить 1,1% опрошенных.

Абсолютное большинство фтизиатров, 88% считает полезным продолжить лечение после выписки из стационара в условиях санатория и только 10,9% не согласны с этим.

Врачи диспансерного и стационарного отделений считают, безусловно полезным долечивание в санатории в 53,6% и 55,6% случаев, молодые врачи

так думают в 60,9% опытные коллеги в 52,2% случаев (p>0,05).

Считают полезным санаторное долечивание, но с некоторыми сомнениями врачи диспансерного и стационарного отделений в 35,7% и 30,6%, врачи со стажем работы до 10 лет и более в 26,1% и 36,3% соответственно (p>0,05).

Фтизиатров, кто был категорически против санаторного лечения, не оказалось, хотя некоторые сомнения все же высказали 8,9% врачей диспансерного и 13,8% врачей стационарного отделений, фтизиатры со стажем до 10 лет и более упоминали об этом в 13% и 10,1% случаев соответственно (p>0,05). Затруднился ответить 1 человек.

Таким образом, среди фтизиатров существует четное представление о полезности санаторного долечивания после выписки из стационара.

Понимая и осознавая важность и необходимость санаторного лечения, сколько же пациентов реально, по мнению фтизиатров, было направлено на долечивание в санаторий. Ответили, что «практически все», только 2,1% врачей, «не более 50%» ответили 4,2%, только 20 – 30% считают 16,2% опрошенных и 70% респондентов ответили, что это только единицы. Затруднились ответить 7,5% фтизиатров.

О том, что, по их мнению, санаторное долечивание получили только единицы больных врачи диспансерного отделения говорили в 58,9% случаев, а врачи стационарного отделения в 86,1% случаев (p<0,001). Врачи со стажем работы до 10 лет считают так в 60,9% случаев, а со стажем более 10 лет в 72,5% случаев (p>0,05).

Высказали мнение, что только 20-30% больных направляется на долечивание в санаторий 23,3% врачей диспансерного отделения и всего 5,6% врачей стационарного отделения (p<0,001). Врачи с опытом работы до 10 лет говорили об этом в 21,7% случаев, а с опытом работы более 10 лет в 14,5% случаев (p>0,05).

О том, что практически больные все проходят, долечивание в санатории сказали всего 2 человека и думают, что около 50% еще четверо.

Таким образом, достоверно установлено, что только единицы больных направляются на долечивание в санаторий после выписки из стационара, что подтвердили своими ответами врачи стационарного отделения, а врачи диспансерного отделения уверены, что таких больных около 20-30%.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что абсолютное большинство фтизиатров (88%) считают необходимым продолжить долечивание больных после выписки из стационара в условиях санатория, однако реально туда данный контингент больных они не направляют. В результате лечение в санатории получают только 16,2% больных, а более 70% больных санаторным лечением не охвачены. Это свидетельствует о недостаточной работе проводимой фтизиатрами по направлению фтизиатрических пациентов на санаторное долечивание, в результате чего не в полной мере используется потенциал санаториев для полноценной реабилитации больных, тем более, что Волгоградской области имеется 3 местных противотуберкулезных санатория с достаточным количеством коек.
Распределение ответов представлено в таблице 3.2.10.

На вопрос об оптимальной продолжительности санаторного лечения - 46,8% врачей ответили, что считают оптимальным срок до 45 дней. 38% считают, что необходимо находиться в санатории более 45 дней, 8,7% думают, что достаточно 30 дней и 6,5% затруднились ответить.

Короткие сроки санаторного лечения поддерживают в равной мере врачи диспансера 8,9% и стационара 8,3%, как молодые 8,7%, так и более опытные 8,7% соответственно.

Считают оптимальным срок лечения до 45 дней врачи стационарного отделения в 52,8% случаев, а врачи диспансерного отделения в 42,9% случаев, с опытом работы до 10 лет в 47,8% и более 10 лет в 46,4% случаев соответственно ($p>0,05$).

Считают оптимальным срок более 45 дней врачи диспансерного отделения в 42,9%, стационарного в 30,6% случаев, мнение более опытных врачей составляет 39,1% , а менее опытных 34,8% соответственно ($p>0,05$).

Таким образом, большинство фтизиатров (84,8%) считает оптимальным сроком лечения больных в санатории от 45 дней и выше, причем врачи стационара все же высказались за срок до 45 дней, а врачи диспансера, наоборот, за срок лечения более 45 дней. По всей видимости, данное мнение характерно для фтизиатров, так как исторически больные туберкулезом находятся на лечение более длительные сроки, чем соматические пациенты. Распределение ответов в таблице 3.2.11.

Важным этапом реабилитации инвалидов по туберкулезу является санаторное лечение. Фтизиатрами было высказано следующее мнение о необходимости долечивания инвалидов по туберкулезу в санаторных условиях.

«Безусловно, да» ответили 39,1% респондентов, «Скорее да» 43,5%, «Скорее нет» 8,7%, «Безусловно, нет» 6,5% и затруднились ответить 2,2% анкетируемых.

Большинство фтизиатров 82,6% считают необходимым долечивание в условиях санатория инвалидов по туберкулезу. Однако 15,2% опрошенных врачей считают это нецелесообразным или сомневаются в его полезности.

Считают, безусловно, необходимым санаторное лечение инвалидов по туберкулезу 35,7% врачей диспансерного отделения и 44,4% врачей стационарного отделения, врачи со стажем до 10 лет и более 10 лет ответили так в 43,5% и 37,7% случаев соответственно ($p>0,05$).

Сомневались в необходимости санаторного лечения инвалидов, но все же поддержали его необходимость врачи диспансерного отделения в 48,2% случаев, а врачи стационарного отделения в 36,1%, врачи со стажем до 10 лет и более ответили в 43,5% случаев ($p>0,05$).

Категорически против санаторного лечения инвалидов высказались 1,8% врачей диспансерного отделения и 13,9% врачей стационара ($p<0,01$). Те кто имеет стаж до 10 лет так думали в 4,3% случаев, а более 10 лет в 7,2% случаев соответственно ($p>0,05$).

Полагают, что в лечение инвалидов в санатории скорее нет необходимости 12,5% врачей диспансера и - 2,8% врачей стационара ($p<0,02$).

Врачи со стажем до 10 лет и более 10 лет ответили соответственно в 4,3% и 10,1% случаев соответственно (p>0,05).

Таким образом, достоверно установлено, что среди фтизиатров кто отрицательно относиться к лечению инвалидов в санатории категоричное мнение преобладает у врачей стационарной службы, а взыскались с сомнением врачи диспансерного отделения. Однако среди тех, кто поддерживает лечение в санатории так же, данному фактору больше внимания удели врачи стационара, а сомневались врачи диспансера.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.12.

На вопрос о сроках наблюдения за больными туберкулезом получены следующие ответы: подавляющее большинство фтизиатров, в 79,3% случаев считает оптимальным наблюдение в течение 3-5 лет. 12% врачей считают необходимым пожизненное наблюдение за пациентами в условиях ПТД, думают, что достаточно 2-х лет 3,3%, затруднились ответить 5,4% опрошенных. Срок наблюдения до 1 года не указал ни один специалист.

Считают оптимальным сроком нахождения на диспансерном учете больного туберкулезом от 3 до 5 лет 76,8% врачей диспансерного отделения и 83,4% врачей стационарного отделения, врачи со стажем работы до 10 лет говорили об этом в 82,6% случаев, а со стажем более 10 лет в 78,3% соответственно (p>0,05).

О том, что больные туберкулезом должны наблюдаться в ПТД пожизненно думали 14,3% врачей диспансерного отделения и 8,3% врачей стационарного отделения, врачи со стажем работы до 10 лет упоминали об этом в 8,8% случаев, а со стажем более 10 лет в 13,0% соответственно (p>0,05).

О сроках наблюдения до 2-х лет указали единицы врачей, причем врачи стационара полностью исключают такую возможность.

Таким образом, почти 80% фтизиатров считает оптимальным сроком диспансерного наблюдения за больными туберкулезом в течение 3-5 лет, однако каждый восьмой фтизиатр не исключает пожизненный срок наблюдения, причем наибольшее предпочтение в этом вопросе высказали врачи

диспансерного отделения со стажем работы более 10 лет. Необходимо отметить, что короткие сроки наблюдения до от 1до 2-х лет фтизиатрами исключаются почти полностью.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.13.

Рецидивы туберкулезного процесса имеют тенденцию к росту, как в Волгоградской области (с 3,6% в 2011 году до 4% в 2012 по г. Волгограду), так и в Российской Федерации (Пунга В.В. и др., 2011, Плиева С.Л., 2011). Возникновению рецидивов способствуют как медицинские факторы, так и социальные. Рецидивы туберкулеза представляют серьезную эпидемиологическую опасность для здорового населения, поэтому оценка причин их возникновения фтизиатрами весьма актуальна (Пузанов В.А., и др., 2011). Для конкретизации наиболее частых причин вызывающих рецидивы фтизиатрам было предложено 13 наиболее вероятных факторов.

Первой причиной врачи считают «ведение асоциального образа жизни больными туберкулезом», так ответили 85,9% опрошенных. Вторым моментом они отметили «низкий материальный доход значительной части населения» 79,3% случаев. На третье место по частоте встречаемости они поставили «психосоциальные стрессы» 56,5% случаев. На четвертом месте «неудовлетворительные условия труда и быта пациентов» 52,2%. Далее следовали «низкая приверженность к лечению пациентов» и «отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей общемедицинской сети» 51,2% и 48,9% соответственно. На «наличие лекарственной устойчивости» у больных указали 46,7% врачей. Отметили «низкую резистентность организма» 41,3%. На недостаточное взаимодействие противотуберкулезной службы с общемедицинскими и пенитенциарными учреждениями указали 26,1% и 25% опрошенных. Возникновение рецидивов с «низким качеством противотуберкулезного лечения» связывают 19,6% врачей. Думают, что «рецидивы очень характерны для туберкулеза» 13% и указали на другие причины 8,7% фтизиатров. Затруднившихся ответить врачей не оказалось, что свидетельствует о важности данной проблемы для фтизиатрии и желания

врачей обсуждать данный вопрос.

Таким образом, среди всех факторов наиболее важными большинство фтизиатров считает социально-экономические и психологические и лишь, затем придает значение медико-биологическим факторам.

При детальном рассмотрении всех факторов выявлены следующие особенности: считают низким по качеству противотуберкулезное лечение, как врачи диспансера, так и стационара в 19,6% и 19,4% случаев, так думают врачи с опытом работы больше 10 лет в 21,7%,а молодые коллеги в 13,0% случаев соответственно ($p>0,05$).

Отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей общей лечебной сети упомянули 48,2% врачей диспансера и 50% врачей стационара, молодые специалисты и более опытные врачи ответили в 52,2% и 47,8% случаев соответственно ($p>0,05$).

На неудовлетворительные условия труда и быта указали 53,6% врачей диспансерного отделения и 50% стационарного отделения ($p>0,05$). Большее значение этому фактору придают опытные врачи в 56,5%, чем молодые в 39,1% случаев ($p<0,02$).

Считают низкими материальные доходы значительной части населения врачи диспансера и стационара 80,4% и 77,8%, как со стажем до 10 лет, так и более в 82,6% и 78,3% случаев соответственно ($p>0,05$).

Влияние психосоциальных стрессов оценили в равной степени специалисты диспансерной и стационарной службы в 57,1% и 55,6% случаев, но больше внимания данному фактору уделили более опытные врачи в 59,4% против 47,8% врачей со стажем до 10 лет соответственно ($p>0,05$).

Низкую приверженность к лечению пациентов чаще отметили врачи стационарного отделения в 58,3%, против 46,5% врачей диспансерного отделения, доктора с опытом работы до 10 лет ответили в 56,5% случаев, более 10 лет в 49,2% случаев соответственно ($p>0,05$).

На ведение пациентами асоциального образа жизни указали в 88,9% врачи стационара и в 83,9% диспансера, молодые доктора ответили в 91,3%, а

более опытные в 84,1% случаев соответственно (p>0,05).

Считают недостаточным взаимодействие противотуберкулезной службы с врачами общей лечебной сети врачи диспансерного отделения в 30,6%, против 19,4% врачей стационара, молодые доктора говорили об этом в 30,4% случаев, а более опытные в 24,6% случаев (p>0,05).

Недостаточное взаимодействие гражданских и пенитенциарных учреждений в 2,5 раза чаще отметили врачи стационара, чем диспансера в 33,9% и 11,1% случаев соответственно (p<0,001). С этим согласны молодые доктора в 30,4% и 23,2% случаев более опытные коллеги (p>0,05).

Мнение о том, что рецидивы характерны для туберкулеза преобладает у врачей диспансерного отделения в 17,9% случаев, над мнением врачей стационара говоривших об этом только в 5,6% случаев (p<0,01). Данное мнение поддержали и молодые, и опытные специалисты в 13% случаев.

Наличию лекарственной устойчивости придавали большее значение врачи стационарной службы 52,8% против 42,6% врачей диспансерного отделения (p>0,05), а мнение врачей со стажем работы более 10 лет было высказано ими чаще, чем у молодых докторов в 50,7% и 34,8% случаев соответственно (p<0,05).

О низкой резистентности организма говорили 44,4% врачей стационара и 39,3% врачей диспансера (p>0,05). В тоже время молодые доктора думают об этом чаще своих более опытных коллег в 56,5% и 36,2% случаев соответственно (p<0,01).

Другие причины указали врачи диспансера и стационара, в 8,9% и 8,3% случаев вне зависимости от опыта работы 8,7%.

Таким образом, достоверно установлено, что большее влияние на возникновение рецидивов, по мнению врачей со стажем работы более 10 лет оказывают неудовлетворительные условия труда и быта, а так же наличие лекарственной устойчивости у больных туберкулезом, а врачи с опытом работы до 10 лет отмечают наличие низкой резистентности организма у пациентов.

В то же время врачи диспансерной службы уверены, большее значение в

возникновение рецидивов имеет недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулезных служб, а так же возникновение рецидивов характерно для течения туберкула.

Необходимо отметить, что по ряду причин, таких как низкое качество противотуберкулезного лечения, отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей ОЛС, неудовлетворительные условия труда и быта пациентов, наличие психосоциальных стрессов и асоциальный образ жизни пациентов мнение врачей диспансерного и стационарного отделений практически полностью совпало.

По ряду других причин, таких как низкая приверженность к лечению пациентов, наличие лекарственной устойчивости, низкая резистентность организма преобладало мнение врачей стационарного отделения.

Врачи диспансерного отделения больше взимания уделили недостаточному взаимодействию противотуберкулезной службы с врачами общей лечебной сети, недостаточному взаимодействию гражданских и тюремных противотуберкулезных служб, а также считают характерным для течения туберкулезного процесса наличие рецидивов.

В зависимости от опыта работы фтизиатры акцентировали свое внимание на следующих факторах, так врачи с опытом работы более 10 лет среди причин рецидивов указали на низкое качество противотуберкулезного лечения, неудовлетворительные условия труда и быта пациентов, наличие психосоциальных стрессов и наличие лекарственной устойчивости у больных туберкулезом.

Молодые специалисты высказались в пользу следующих факторов: отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей общей лечебной сети, низкой приверженности к лечению пациентов, ведению асоциального образа жизни больными туберкулезом, недостаточное взаимодействие противотуберкулезной службы и врачей общей лечебной сети, недостаточное взаимодействие гражданских и пенитенциарных медицинских служб, а так же наличие низкой резистентности организма у пациентов.

По двум факторам (низкий материальный доход значительной части населения, и возникновение рецидивов является характерным для течения туберкулеза) мнения опытных и молодых коллег практически совпали.
Распределение ответов представлено в таблице 3.2.14.

На вопрос об опасности возникновения рецидивов и тяжести их течения было высказано мнение, что они «Безусловно, опасны» в 40,2% случаев. Ответили «Скорее опасны» 46,7% опрошенных. Считают, что «Скорее нет» только 9,8% врачей, а думающих, что рецидивы «Безусловно, неопасны» среди фтизиатров не оказалось. Затруднились ответить 3,3% респондентов.

Таким образом, 86,9% фтизиатров сошлись во мнении, что рецидивы протекают тяжелее и более эпидемически опасны, и только 9,8% врачей усомнились в этом. Данное мнение подтверждает общероссийские тенденции в этом вопросе (Шилова М.В., 2009).

О том, что рецидивы протекают тяжелее и эпидемически более опасны, чем новые случаи заболевания с абсолютной уверенностью указали в 35,7% случаев врачи диспансерного отделения и в 47,2% случаев стационарного отделения ($p>0,05$). Доктора со стажем работы более 10 лет говорили об этом, чаще своих молодых коллег в 44,9% и 26,1% случаев соответственно ($p<0,01$).

Высказали мнение об опасности, но с некоторым сомнением в 51,8% врачи диспансера и в 38,9% врачи стационара ($p>0,05$), ответов молодых докторов думающих так было больше, чем у более опытных коллег в 60,9% и в 42,1% случаев соответственно ($p<0,02$).

Необходимо отметить, что среди фтизиатров кто бы абсолютно отрицал данный факт, таких не оказалось. Высказали сомнение в этом единицы врачей.

Таким образом, достоверно установлено, что никаких сомнений по этому вопросу нет у врачей со стажем работы до 10 лет, а некоторую неуверенность в этом испытывают молодые специалисты. В то же время понимают безусловную опасность рецидивов врачи стационарного отделения, в 47,2% против 35,7% ответов их коллег из диспансера, а сомнения высказали врачи диспансерной службы в 51,8% против 38,9% врачей стационарной службы.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.15.

Эффективность лечения туберкулеза у лиц, отбывших наказание и продолжающих лечение в противотуберкулезном диспансере фтизиатры оценили как достаточно высокую в 2,2%, как среднюю в 31,5%, и как низкую в 59,8% случаев. Затруднились ответить 6,5% опрошенных.

Таким образом, более половины врачей противотуберкулезных диспансеров (59,8%) дали негативную оценку эффективности проводимого лечения у лиц, актированных из ИТУ.

Оценили эффективность лечения у данной категории больных как достаточно высокую единицы врачей, причем молодых врачей среди них не было.

«Среднюю» эффективность лечения отметили в 30,4% случаев врачи диспансера и в 33,3% врачи диспансера, при этом вне зависимости от опыта работы мнения врачей были схожими и составили 30,5% и 31,9% соответственно ($p>0,05$).

«Низкую» оценку эффективности лечения дали врачи диспансерного отделения в 62,5% случаев, а стационарного отделения в 55,6% случаев, опытные врачи высказались в 60,9% случаев и в 56,5% случаев соответственно молодые доктора ($p>0,05$).

Затруднились высказать свою точку зрения по данному вопросу достоверно чаще молодые доктора ($p<0,05$).

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что эффективность лечения лиц, отбывших наказание в ИТУ и продолжающих лечение в ПТД низкая, о чем высказались почти две трети респондентов (58,9%) и еще одна треть (31,5%) что средняя, а о высокой степени эффективности были единичные мнения.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.16.

Следующий вопрос анкеты затрагивал аспекты соблюдения больными врачебных рекомендаций касающихся лечения туберкулеза.

Так 54,4% фтизиатров считают, что врачебные рекомендации соблюдают

примерно около 50% больных туберкулезом. 33,7% опрошенных считают, что соблюдают врачебные рекомендации только 20-30% больных. 5,4% врачей считают, что соблюдают рекомендации только единицы пациентов, и только 4,3% опрошенных полагают, что рекомендации выполняют практически все больные туберкулезом. Затруднились ответить 2,2% респондентов.

Говорили, что соблюдают врачебные рекомендации около 50% больных врачи диспансерного и стационарного отделений в 50,0% и 61,1% случаев ($p>0,05$). Врачи со стажем работы более 10 лет так думали чаще, чем доктора со стажем до 10 лет в 58,0% и 43,5% случаев соответственно ($p<0,05$).

О том, что соблюдают врачебные рекомендации только 20-30% больных, упоминали 32,2% врачей диспансера и 36,1% врачей стационара, доктора с опытом работы до 10 лет указали об этом в 43,5% случаев, а с опытом работы более 10 лет в 30,5% случаев ($p>0,05$).

О соблюдении врачебных рекомендаций практическими всеми больными сказали единицы врачей, как и о том, что практически никто из больных их не соблюдает.

Таким образом, достоверно установлено, что доктора с опытом работы более 10 лет уверены в соблюдении врачебных рекомендаций со стороны пациентов в 50% случаев.

Анализ полученных данных свидетельствует о том что, половина врачей фтизиатров (54,4%) уверена, что врачебные рекомендации выполняет каждый второй больной, а еще одна треть (33,7%) что каждый третий, а о невыполнении рекомендаций, равно как и о соблюдении их, всеми больными, высказаны лишь единичные мнения.

Необходимо отметить, что остается значительная часть пациентов, которые не соблюдают рекомендации лечащих врачей, что остается серьезной проблемой влияющей на исход заболевания.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.17.

На вопрос об удовлетворенности врачей полнотой реабилитации пациентов после выписки из стационара ответили, что «Безусловно, да» 1,1%

фтизиатров, «Скорее да» 29,3%, «Безусловно, нет» 12%, «Скорее нет» 46,7%. Затруднились ответить 10,9% опрошенных.

Таким образом, 58,7% врачей считают, что, полнота реабилитации больных туберкулезом после выписки из стационара явно недостаточна, а 30,4% фтизиатров высказали мнение, что все же удовлетворены полнотой реабилитации пациентов после выписки из стационара.

Мнение о безусловной удовлетворенности полнотой реабилитации высказал лишь один фтизиатр.

Высказали мнение, что скорее удовлетворены реабилитацией пациентов после выписки из стационара в 41,1% случаев врачи амбулаторной службы и только в 11,1% случаев так думали врачи стационара ($p<0,001$). Доктора со стажем до 10 лет работы ответили в 39,1% случаев, а со стажем более 10 лет в 26,1% случаев ($p>0,05$).

Безусловно, не удовлетворены реабилитацией пациентов врачи диспансерного отделения в 8,9% случаев, а стационарного в 16,7% случаев ($p>0,05$). врачи со стажем работы более 10 лет, чаще так думали, чем врачи со стажем до 10 лет в 14,5% и 4,3% случаев соответственно ($p<0,02$).

Высказали мнение, что скорее неудовлетворенны реабилитацией пациентов, чаще врачи стационара, чем диспансера в 61,1% и 37,5% случаев соответственно ($p<0,001$). Врачи со стажем до 10 лет говорили об этом в 39,1% случаев, а со стажем более 10 лет в 49,3% случаев ($p>0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что полнота реабилитации пациентов после выписки из стационара не устраивает врачей стационарного отделения с опытом работы более 10 лет, а высказали удовлетворение врачи диспансерного отделения, правда не в полной мере.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что каждый второй фтизиатр (58,7%) не удовлетворен полнотой реабилитационных мероприятий, а устраивает она только каждого третьего (29,3%).

В связи с этим целесообразен вопрос о наличии трудностей в проведении реабилитации.

Абсолютное большинство фтизиатров 60,9% ответили, что испытывают трудности при проведении реабилитации пациентов после выписки из стационара. Не испытывают трудностей при реабилитации только 19,6%. Затруднились с ответом 19,5% респондентов.

О том, что, безусловно, испытывают затруднения, при проведении реабилитации говорили 10,7% врачей диспансерного отделения и 8,3% врачей стационарного отделения, докторов со стажем до 10 лет было 8,7% и со стажем более 10 лет 10,1% среди опрошенных ($p>0,05$).

Высказали мнение, что скорее испытывают трудности при проведении реабилитации, врачи диспансера в 53,6%, а врачи стационара в 47,2% случаев ($p>0,05$). Врачи с опытом работы более 10 лет чаще более молодых коллег упоминали об этом, соответственно в 55,2% против 39,2% случаев ($p<0,05$).

Высказали мнение, что скорее всего трудностей не испытывают врачи диспансерного отделения в 21,4% случаев, а врачи стационарного отделения в 13,9% случаев, ответили так в 21,7% врачи со стажем работы до 10 лет и в 17,4% со стажем более 10 лет ($p>0,05$). Не испытал абсолютно никаких затруднений только один человек.

Обращает на себя внимание тот факт, что каждый пятый фтизиатр уклонился от ответа на поставленный вопрос, причем врачей стационара было больше, чем врачей диспансера 30,6% и 12,5% соответственно ($p<0,01$) и молодые специалисты чаще более опытных не стали отвечать в 30,4% против 15,9% соответственно ($p<0,05$).

Таким образом достоверно установлено, что при проведении реабилитации наибольшие трудности испытывают врачи с опытом работы более 10 лет.

Завершая анализ оценки мнений фтизиатров, можно сделать вывод о том, что большинство фтизиатров (58,7%) не удовлетворены полнотой реабилитации фтизиатрических пациентов и такое же число врачей (60,9%) испытывает трудности при ее проведении. Таким образом, имеется прямая взаимосвязь между удовлетворенностью реабилитацией и наличием трудностей

при ее проведении.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.18.

Очень важным и актуальным для современной фтизиатрии является вопрос принудительной госпитализации больных туберкулезом в гражданский стационар для лечения, в связи, с чем был поставлен вопрос об эффективности данного мероприятия.

Абсолютное большинство фтизиатров 79,4% считают, что существующая система принудительной госпитализации больных с бактеривыделением для лечения в гражданские стационары (областной, городской противотуберкулезный диспансеры) не эффективна. 15,2% фтизиатров думают, что существующая система в какой-то мере эффективна. Затруднились ответить только 5,4% опрошенных.

Безусловно считают существующую систему эффективной 8,9% врачей стационара и 8,3% врачей диспансера, 13% имеют стаж до 10 лет и 7,2% больше 10 лет ($p>0,05$). Скорее эффективной признают 5,4% врачей диспансера и 8,3% врачей стационара ($p>0,05$). Из врачей со стажем до 10 лет так не ответил ни один, а более 10 лет 8,7% опрошенных.

Считают, безусловно неэффективной существующую систему 57,2% врачей амбулаторной службы и 66,7% врачей стационарной службы, доктора со стажем работы до 10 лет ответили в 56,6% случаев, а со стажем более 10 лет в 62,4% соответственно ($p>0,05$). Скорее неэффективной признают 19,6% врачей диспансерного отделения и 16,7% врачей стационарного отделения, имеют стаж до 10 лет 26,1% опрошенных и более 10 лет 15,9% соответственно ($p>0,05$).

Анализ полученных данных свидетельствует, что существующая система принудительной госпитализации больных с бактериовыделением для лечения в гражданские стационары не эффективна и не устраивает большинство фтизиатров, о чем говорил каждый четвертый из пяти фтизиатров (79,4%).

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.19.

На вопрос о необходимости создания хосписа (или отдельного отделения

при ПТД) для лечения хронических больных туберкулезом получены следующие ответы: считают, что это, безусловно, необходимо 71,7% фтизиатров, еще 22,8% скорее за создание такого отделения. Высказали сомнение в его необходимости только 3,3% врачей и против этого не высказался ни один фтизиатр.

Безусловно, поддерживают создание такой структуры для лечения хронических больных врачи стационарной службы в 83,3%, а амбулаторной в 64,3% случаев ($p<0,01$). Врачи с опытом работы до 10 лет так думают в 78,3% случаев, а с опытом работы более 10 лет в 69,7% соответственно ($p>0,05$).

Мнение тех кто, скорее всего то же за создание хосписа, высказали врачи диспансера в 26,7% случаев, а врачи стационара в 16,7% случаев, имели опыт работы до 10 лет 17,4% опрошенных и более 10 лет 24,6% соответственно ($p>0,05$).

Не поддерживают создание такого отделения (хосписа) единицы врачей. Таким образом, достоверно установлено, что о необходимости создания такого отделения (хосписа) чаще говорили врачи стационарной службы, так как они особенно остро ощущают эту проблему, связанную с госпитализацией хронических больных с бактеривыделением в стационар для оказания им в основном паллиативной помощи.

Анализ полученных данных свидетельствует, что в целом необходимость создания такой структуры во фтизиатрической службе назрела, что подтверждают ответы 94,5% врачей фтизиатров.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.20.

Неоднородные оценки у фтизиатров вызвал вопрос об уровне взаимодействия между гражданскими противотуберкулезными учреждениями и пенитенциарной противотуберкулезной службой. Оценку «удовлетворительно» поставили 39,1% фтизиатров, «плохо» 29,4%, «хорошо» только 5,4%. Затруднились ответить 26,1% респондентов.

Считают, что уровень взаимодействия между «гражданскими» и «пенитенциарными» противотуберкулезными службами хорошее единицы

фтизиатров.

О том, что взаимодействие удовлетворительное говорили в 37,4% врачи диспансерного отделения и в 41,8% случаев врачи стационарного отделения ($p>0,05$). Мнение врачей с опытом работы более 10 лет было высказано чаще, чем мнение врачей с опытом работы до 10 лет в 44,9% и в 21,7% случаев соответственно ($p<0,001$).

Высказали мнение о плохом взаимодействии между службами врачи диспансерного отделения в 30,5% случаев, а врачи стационара в 27,7% случаев, молодые доктора так думали в 39,2% и в 26,1% случаев соответственно более опытные ($p>0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что удовлетворительную оценку взаимодействию между противотуберкулезными службами «гражданскими» и «пенитенциарными» поставили преимущественно врачи со стажем работы более 10 лет.

Анализ полученных данных свидетельствует, что общая оценка, которую поставили фтизиатры уровню взаимодействия «гражданских» и «пенитенциарных» противотуберкулезных служб – негативная, так как помимо напрямую сказанных отрицательных ответов (29,4%) еще (26,1%) не захотели ответить негативно, и поэтому «затруднились ответить». В итоге каждый второй фтизиатр считает данный уровень взаимодействия крайне низким и неэффективным.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.21.

Важным моментом, межинституционального взаимодействия с целью оказания социальной поддержки больным туберкулезом, является организация взаимодействия противотуберкулезных учреждений и благотворительных организаций.

В 78,3% врачи фтизиатры высказали мнение о необходимости организации такого взаимодействия на современном этапе. Только 6,5% врачей считают, что в этом нет необходимости. Затруднились ответить 15,2% опрошенных.

За организацию такого взаимодействия высказались врачи стационарного отделения в 83,4% случаев, врачи диспансера в 75,0% случаев, так думают опытные врачи, и более молодые коллеги 79,7% и 73,9% случаев соответственно (p>0,05).

Считают, что в этом нет необходимости только единицы респондентов. Затруднились ответить большей частью молодые врачи диспансерного отделения в 19,6%случаев, против 8,3% врачей стационара (p<0,05), достоверного влияния на данный показатель стажа работы не выявлено (p>0,05).

Таким образом, большинство фтизиатров высказались за организацию взаимодействия противотуберкулезных учреждений и благотворительных (общественных) организаций, против, высказались единицы врачей, однако каждый пятый врач диспансерной службы не захотел отвечать отрицательно и поэтому выбрал ответ «затрудняюсь ответить».

На вопрос анкеты, в какой же мере благотворительные организации помогают больным туберкулезом 64,1% опрошенных ответили, что такой помощи практически не существует. Высказали мнение, что такая помощь осуществляется, но только ограниченно 17,4% фтизиатров. Затруднились ответить 18,5% опрошенных. Врачей, кто отметил бы многочисленные случаи помощи от общественных организаций больным туберкулезом не было.

Считают, что благотворительные организации практически не помогают больным туберкулезом в 66,1% случаев врачи диспансерного отделения и в 61,1% врачи стационара, доктора со стажем работы до 10 лет так думают в 74,0% случаев, а со стажем более 10 лет в 60,9% соответственно (p>0,05).

Высказали мнение, что благотворительные организации все же оказывают помощь больным туберкулезом, но ограниченно в 14,3% случаев врачи диспансера и в 22,2% стационара (p>0,05). Доктора со стажем работы более 10 лет так думают чаще, чем более молодые коллеги в 21,7% и 4,3% случаев соответственно (p<0,001).

Мнение о том, что благотворительные организации много помогают

больным туберкулезом, фтизиатры полностью отвергли.

Каждый пятый фтизиатр затруднился ответить, что свидетельствует в пользу отрицательного ответа.

Таким образом, достоверно установлено, что поступление помощи от благотворительных организаций осуществляется ограниченно, о чем говорили врачи со стажем работы более 10 лет, а большинство фтизиатров (82,6%) указали, что реальная помощь со стороны благотворительных организаций в настоящее время практически отсутствует.

Таким образом, на сегодняшний день большинство фтизиатров (78,3%) уверены в необходимости организации тесного взаимодействия между противотуберкулезной службой и общественными организациями в оказании различной помощи больным туберкулезом. Однако реально такая помощь практически отсутствует, а взаимодействие общественных организаций с противотуберкулезными учреждениями носит единовременный, не системный характер и оказывается от случая к случаю, о чем говорили (82,6%) фтизиатров. Распределение ответов представлено в таблице 3.2.22.

О необходимости взаимодействия противотуберкулезной службы с религиозными организациями фтизиатры высказали следующее мнение: так - 60,9% врачей уверены, что в современных условиях существует необходимость взаимодействия противотуберкулезных диспансеров с Православной Церковью, 14,1% опрошенных высказались против такого сотрудничества. Затруднились ответить 25% респондентов.

Считают необходимым взаимодействие ПТД и священнослужителей в 53,6% случаев врачи диспансерного отделения и в 72,2% случаев врачи стационара ($p<0,01$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Против взаимодействия противотуберкулезной службы и религиозных организаций высказались в 16,1% случаев врачи диспансера и в 11,1% врачи стационара, доктора с опытом работы до 10 лет так думали в 21,7% случаев, а с опытом работы более 10 лет в 11,6% соответственно ($p>0,05$).

Затруднились ответить, чаще врачи диспансерного отделения, чем врачи стационара в 30,3% и 16,7% случаев соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что считают нужным взаимодействие противотуберкулезной службы и религиозных организаций врачи стационарной службы, а наибольшие затруднения данный вопрос вызывает у врачей диспансерной службы, что можно расценивать как отрицательное мнение.

На вопрос, каково реальное участие религиозных организаций в оказании различной помощи больным туберкулезом 46,7% врачей ответили, что практически такая помощь отсутствует, 25% отметили ограниченное участие религиозных организаций в помощи пациентам, и затруднились ответить 28,3% опрошенных. Важно отметить, что значительной регулярной поддержки больных туберкулезом со стороны религиозных организаций не отметил ни один фтизиатр.

О том, что помощь религиозных организаций носит ограниченный характер указали в 19,6% случаев врачи диспансерного отделения и в 33,3% случаев врачи стационарного отделения ($p<0,05$). Достоверного влияния на данный показатель стажа не выявлено ($p>0,05$).

Считают, что реальная помощь со стороны религиозных организаций практически отсутствует 55,6% врачей стационарного отделения и 41,1% врачей диспансерного отделения ($p<0,05$). Достоверного влияния на данный показатель стажа не выявлено ($p>0,05$).

Наибольшие затруднения при оценке реальной помощи религиозными организациями больным туберкулезом испытывали чаще врачи диспансерного отделения, чем врачи стационара в 39,3% и 11,1% случаев соответственно.

Таким образом, достоверно установлено, что как в полном отсутствии, так и в ограниченной поддержке больных туберкулезом со стороны религиозных организаций уверены врачи стационарной службы.

Необходимо отметить, что большинство врачей (60,9%) считает необходимым тесное взаимодействие религиозных организаций с

противотуберкулезными учреждениями, в тоже время реальное взаимодействие ПТД и религиозных организаций в настоящее время практически полностью отсутствует, о чем говорили 75% врачей.

Полученные данные свидетельствуют о востребованности духовного служения в стенах противотуберкулезных учреждений и готовности к нему со стороны фтизиатров.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.23.

О необходимости психологической помощи всем больным туберкулезом указали 56,5% фтизиатров, считают, что в ней нуждаются 50% больных 18,5% опрошенных, и 13% думают, что такая помощь достаточна для 20-30% больных. Только 8,7% фтизиатров считают, что в ней нуждаются единицы больных или она не нужна совсем. Затруднились ответить 3,3% респондентов.

Считают, что все больные после постановки диагноза туберкулез нуждаются в оказании психологической помощи 51,8% врачей диспансера и 63,8% врачей стационара, доктора с опытом работы до 10 лет думают так в 47,9% случаев, а с опытом работы более 10 лет в 59,4% соответственно ($p>0,05$).

Указали, что половина больных нуждается в психологической помощи 19,6% врачей диспансера и 16,7% врачей стационара, доктора со стажем более 10 лет говорили так в 20,4% против тех кто со стажем до 10 лет 13% соответственно ($p>0,05$).

О том, что только третья часть больных нуждается в психологической помощи, говорили врачи диспансерного и стационарного отделений в 12,5% и 13,9% случаев соответственно ($p>0,05$), однако врачи со стажем работы до 10 лет так думали чаше, чем более опытные коллеги в 26,1% и в 8,7% случаев соответственно ($p<0,01$).

Отрицали необходимость психологической помощи единицы врачей, причем достоверного влияния на их мнение ни место работы, ни стаж не оказывали ($p>0,05$).

Таким образом, большинство фтизиатров считает необходимым оказание

психологической помощи всем впервые выявленным больным туберкулезом (56,5%), половине больных 18,5%, а 13% только 20-30% больных, при этом только 12% фтизиатров отрицали такую необходимость.

Реально же по оценке лечащих врачей такую помощь получили единицы пациентов. Данное утверждение подтвердили 70,6% фтизиатров. Только 6,6% думают, больные получили психологическую помощь, в какой либо мере. Затруднились ответить 22,8% опрошенных.

Среди тех врачей кто уверен, что психологическую помощь реально получили единицы больных мнение врачей стационарной службы преобладало над мнением врачей амбулаторной службы и составило соответственно 86,1% и 60,7% случаев ($p<0,001$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

О получении реальной психологической помощи, в какой либо мере указали всего 8 респондентов, что составляет 6,6%.

Затруднились ответить чаще врачи диспансерного отделения в 30,3% случаев, чем врачи стационарного отделения в 11,1% случаев соответственно ($p<0,01$).

Таким образом, по убеждению фтизиатров, большинство больных, после постановки диагноза туберкулез нуждается в оказании психологической помощи, а реально больные туберкулезом её не получают.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.24.

Мнения фтизиатров о нуждаемости больных туберкулезом в помощи работников социальной службы распределились следующим образом: считают, что практически все больные туберкулезом нуждаются в социальной поддержке 27,2% врачей, уверены, что только около 50% пациентов нуждается в помощи социальных служб 39,2%, еще 19,6% думают, что в такой помощи нуждаются 20-30% больных. Только 3,3% врачей считают, что в ней нуждаются единицы больных. Затруднились ответить 10,7% опрошенных.

Убеждены, что практически все больные туберкулезом нуждаются в социальной помощи 32,1% врачей диспансерного отделения и 19,4% врачей

стационарного отделения ($p<0,05$). Достоверного влияния на данный показатель стажа не выявлено ($p>0,05$).

В том, что половина больных туберкулезом нуждается в социальной помощи уверены врачи со стажем работы более 10 лет в 43,4% случаев, а со стажем до 10 лет в 26,2% случаев соответственно ($p<0,02$). Достоверного влияния на данный показатель места работы не выявлено ($p>0,05$).

Считают, что только 20-30% больных туберкулезом нуждается в социальной помощи 27,8% врачей стационарного отделения и 14,3% врачей диспансерного отделения ($p<0,05$).

О том, что в социальной помощи нуждаются единицы больных, указали только 3 респондента.

Таким образом, большинство фтизиатров (86,0%) уверено высказали мнение, что пациенты больные туберкулезом нуждаются в дополнительной социальной помощи со стороны ее работников (кроме назначения пенсии по инвалидности).

Необходимо отметить, что уверенность в том, что в данной помощи нуждаются практически все больные туберкулезом, достоверно чаще упоминали врачи диспансерного отделения, а вот о том, что только третья часть всех больных нуждается в ней, чаще говорили врачи стационарного отделения.

В необходимости такой помощи половине больных уверены врачи со стажем работы более 10 лет.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что вопрос участия работников социальных служб в организации дополнительной социальной поддержке больных туберкулезом у врачей фтизиатров не вызывает никаких сомнений.

В реальности социальную помощь получили единицы больных, так утверждали 65,2% опрошенных. Затруднились определить, была ли оказана социальная поддержка пациентам еще 26,1% врачей, чьи ответы так же можно считать отрицательными. Только 5,4% фтизиатров считают, что такую помощь получили 20-30% больных, еще 2,2% думают, что таких пациентов около 50% и

1,1% ответили, что практически все больные туберкулезом получают социальную помощь. Мнение по этому вопросу было практически едино у всех фтизиатров.

Таким образом, абсолютное большинство фтизиатров (91,3%) ответили, что больные туберкулезом реальной помощи со стороны социальных служб не получают.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что большинство больных туберкулезом нуждались в дополнительной социальной помощи, а практически она им не оказывается. Получили ее единицы больных, что является скорее исключением из правил.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.25.

В настоящее время помощь больным туберкулезом носит почти исключительно медикаментозный характер, а социальным, психологическим и другим аспектам реабилитации уделяется недостаточно внимания.

С таким положением согласились полностью 76,1% фтизиатров, еще 20,6% согласились частично. Затруднились ответить только 3,3% и ни один врач, не опроверг данное мнение.

Полностью согласны с таким утверждением 75% врачей диспансерного отделения и 77,8% врачей стационарного отделения, доктора со стажем до 10 лет и более ответили в 78,3% и 75,4% случаев соответственно ($p>0,05$). В ответах тех, кто частично согласен, так же достоверного влияния на данный показатель места работы и стажа не выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, большинство фтизиатров (96,7%) согласны с тем, что в настоящее время помощь больным туберкулезом носит исключительно медикаментозный характер, а социальным, психологическим и другим аспектам реабилитации уделяется недостаточно внимания.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что основную нагрузку кроме проведения лечебных мероприятий несут медицинские работники больниц, а участие в этом процессе психологов, социальных работников, общественных и религиозных организаций практически сведено к

минимуму.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.26.

На вопрос об эффективности, проводимой в настоящее время санитарно-просветительной работы, посвященной вопросам профилактики и раннего выявления туберкулеза среди населения, 59,8% фтизиатров оценили её как неэффективную. Затруднились дать какую либо оценку 20,6% врачей и только 19,6% фтизиатров уверены в эффективности проводимой санитарно-просветительной работе среди населения.

Считают проводимую санитарно-просветительную работу неэффективной чаще врачи стационарной службы, чем врачи амбулаторной в 72,2% и в 51,8% случаев соответственно ($p<0,02$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Высказали мнение об эффективности проводимых мероприятий чаще врачи диспансерной службы, чем врачи стационарной в 25% и в 11,1% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что неэффективной проводимую санитарно-просветительную работу по вопросам выявления и профилактики туберкулеза признали врачи стационарного отделения, и наоборот, считают её эффективной врачи диспансерного отделения.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что большинство фтизиатров (80,4%) признали проводимую санитарно-просветительную работу среди населения по профилактике и раннему выявлению туберкулеза как неэффективную. Особенно заметна неэффективность проводимых мероприятий врачам стационарного отделения, чем их диспансерным коллегам. Это связано, по всей видимости, с выявлением запущенных форм туберкулеза и концентрацией таких больных в стационарах, что обусловлено тяжестью течения заболевания. Врачи же диспансерного отделения признают проводимую работу как эффективную, но так считает только каждый пятый специалист. Обращает на себя внимание тот факт, что каждый пятый фтизиатр

уклонился от ответа, чем высказал по видимости так же отрицательную точку зрения.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.27.

В связи с проведенной оценкой эффективности санитарно-просветительной работы, логично было бы, оценить насколько полезно обеспечение пациентов больных туберкулезом соответствующей литературой («памятками»), содержащими медицинские рекомендации.

Абсолютное большинство фтизиатров 88,1% считают полезным обеспечение пациентов больных туберкулезом литературой содержащей медицинские рекомендации. Только 4,3% врачей думают, что в этом нет необходимости. Затруднились ответить 7,6% опрошенных.

Высказали мнение о полезности обеспечения пациентов соответствующей литературой практически единогласно и врачи стационара(89,3%) и диспансера (86,1%), независимо от опыта работы ($p>0,05$).

Отрицательное мнение высказали только единицы врачей стационарного отделения. Затруднились ответить чаще врачи диспансерного отделения ($p<0,05$).

Таким образом, фтизиатры считают важным моментом в процессе лечения туберкулеза обеспечение больных литературой (памятками) содержащими медицинские рекомендации.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.28.

На вопрос о пользе организации с терапевтами общей лечебной сети специальных занятий, которые затрагивали бы актуальные медицинские вопросы, этико-правовые, психологические и социальные вопросы, связанные с проблемой туберкулеза получены следующие результаты.

Считают полезным организацию занятий с терапевтами общей лечебной сети по медицинским вопросам, связанным с туберкулезом 88,1% фтизиатров, против таких занятий высказались всего 4,3% фтизиатров и затруднились ответить 7,6% опрошенных.

О том, что такие занятия безусловно полезны, чаще упоминали врачи

стационарного отделения в 94,4% случаев, а врачи диспансерного в 83,9% случаев соответственно ($p<0,02$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Высказали мнение, что в таких занятиях нет необходимости врачи со стажем работы до 10 лет в 13% случаев, а со стажем более 10 лет в 1,4% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния места работы на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что считают полезным организацию занятий с терапевтами по медицинским вопросам врачи стационарной службы, а против таких занятий высказались врачи со стажем работы до 10 лет.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.29.

Считают полезным организацию занятий с терапевтами общей лечебной сети по этико-правовым вопросам, связанным с туберкулезом 78,3% фтизиатров, против таких занятий высказались всего 1,1% фтизиатров, а затруднились ответить 20,6% опрошенных.

Считают такие занятия полезными врачи со стажем работы до 10 лет в 91,3% случаев, а со стажем более 10 лет в 73,9% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния места работы на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Затруднились с ответом на данный вопрос врачи диспансерного отделения в 25% случаев, а врачи стационарного отделения в 13,8% случаев соответственно ($p<0,05$). Доктора со стажем работы затруднились с ответом чаще, своих более молодых коллег в 24,7% и 8,7% случаев соответственно ($p<0,01$).Против организации таких занятий выступил всего 1 человек.

Таким образом, достоверно установлено, что полезными занятия по этико-правовым вопросам признают врачи со стажем работы до 10 лет, а наибольшие затруднения с ответом возникли у врачей диспансерного отделения со стажем работы более 10 лет.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.30.

Считают полезным организацию занятий с терапевтами общей лечебной сети по психологическим вопросам, связанным с туберкулезом 68,5% фтизиатров, против таких занятий высказались всего 4,3% фтизиатров, а затруднились ответить 27,2% опрошенных.

Считают проведение таких занятий безусловно полезным, врачи стационарного отделения в 77,8% случаев, а диспансерного отделения в 62,5%, доктора со стажем работы до 10 лет так думают в 78,3% случаев, а со стажем более 10 лет в 65,3% случаев соответственно ($p<0,05$).

Против организации таких занятий высказались всего 4 человека. Затруднились с ответом на данный вопрос врачи диспансерного отделения в 32,1% случаев, а врачи стационарного отделения в 19,4% случаев соответственно ($p<0,05$). Доктора со стажем работы затруднились с ответом чаще, своих более молодых коллег в 30,4% и 17,4% случаев соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что полезными занятия по психологическим вопросам признают врачи стационарного отделения со стажем работы до 10 лет, а наибольшие затруднения с ответом возникли у врачей диспансерного отделения со стажем работы более 10 лет.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.31.

Считают полезным организацию занятий с терапевтами общей лечебной сети по социальным вопросам, связанным с туберкулезом 63,1% фтизиатров, против таких занятий высказались 6,5% фтизиатров, а затруднились ответить 30,4% опрошенных.

О том, что такие занятия безусловно полезны, чаще упоминали врачи со стажем работы до 10 лет в 78,3% случаев, а врачи со стажем более 10 лет в 58,0% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния места работы на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Высказались против таких занятий врачи диспансера в 7,1% случаев, а врачи стационара в 5,6% случаев, доктора со стажем до 10 лет так думали в 4,3% случаев, а со стажем более 10 лет в 7,2% случаев соответственно ($p>0,05$).

Затруднились с ответом на данный вопрос чаще врачи со стажем работы более 10 лет в 34,8% случаев, чем более молодые коллеги в 17,4% случаев соответственно ($p<0,01$).

Таким образом, достоверно установлено, что полезными занятия по социальным вопросам признают врачи со стажем работы до 10 лет, а наибольшие затруднения с ответом возникли у врачей со стажем работы более 10 лет.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.32.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что, большинство фтизиатров считают целесообразным организацию специальных занятий с врачами первичной медико-санитарной службы по медицинским, этико-правовым, психологическим и социальным вопросам которые связаны с туберкулезом. Основное внимание среди всех перечисленных проблем для терапевтов они обратили на решение медицинских вопросов.

Обращает на себя внимание тенденция уменьшения числа положительных ответов и рост числа затруднившихся ответить по мере удаления от медицинской тематики связанной с туберкулезом. Так, о полезности организации занятий посвященных медицинской тематике, высказались 88,1% фтизиатров, по этико-правовым вопросам 78,3%, по психологическим 68,5% и связанным с социальными проблемами 63,1% опрошенных. В то же время количество затруднившихся с ответом, неуклонно росло. Если о пользе занятий по медицинским темам затруднились ответить всего 7,6% фтизиатров, то по этико-правовым вопросам 20,6%, по психологическим 27,2%, а социальным уже 30,4% опрошенных. Полученные данные свидетельствуют о том, врачи уделяют основное внимание медицинским проблемам туберкулеза, а сохраняется явное недопонимание важности этико-правовых, психологических и социальных проблем которые влечет за собой заболевание человека туберкулезом.

По вопросу организации таких занятий с самими фтизиатрами в части медицинских проблем 76,1 % поддержали их организацию, высказались против

7,6% и затруднились ответить 16,3% респондентов.

О том, что такие занятия безусловно полезны, чаще упоминали врачи стационарного отделения в 86,1% случаев, а врачи диспансерного в 69,6% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Высказались против таких занятий врачи диспансера в 8,9% случаев, а врачи стационара в 5,6% случаев, доктора со стажем до 10 лет так думали в 8,7% случаев, а со стажем более 10 лет в 7,2% случаев соответственно ($p>0,05$).

Затруднились с ответом на данный вопрос чаще врачи диспансерного отделения в 21,5% случаев, врачи стационарного отделения в 8,3% случаев соответственно ($p<0,02$).

Таким образом, достоверно установлено, что считают полезным организацию дополнительных занятий с фтизиатрами по медицинским вопросам врачи стационарной службы, а наибольшие затруднения с ответом возникли у врачей диспансерного отделения.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.33.

Считают полезным организацию занятий с фтизиатрами по этико-правовым вопросам, связанным с туберкулезом 86,9% фтизиатров, против таких занятий высказались всего 2,2% фтизиатров, а затруднились ответить 10,9% опрошенных.

Считают такие занятия полезными врачи стационарного отделения в 94,4% случаев, врачи диспансерного отделения в 82,1% случаев соответственно ($p<0,01$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$). Против организации таких занятий высказались всего 2 человека.

Затруднились с ответом на данный вопрос чаще врачи диспансерного отделения в 14,3% случаев, а врачи стационарного отделения в 5,6% случаев соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что считают полезным организацию дополнительных занятий с фтизиатрами по этико-правовым вопросам врачи стационарной службы, а наибольшие затруднения с ответом

возникли у врачей диспансерного отделения.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.34.

Считают полезным организацию занятий с фтизиатрами по психологическим вопросам, связанным с туберкулезом 77,2% фтизиатров, против таких занятий высказались всего 3,3% фтизиатров, а затруднились ответить 19,5% опрошенных.

О пользе таких занятий врачи стационарного отделения говорили в 91,7% случаев, а врачи диспансерного отделения в 67,9% случаев соответственно ($p<0,001$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$). Против организации таких занятий высказались всего 2 человека.

Затруднились с ответом на данный вопрос чаще врачи диспансерного отделения в 26,7% случаев, а врачи стационарного отделения в 8,3% случаев соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что считают полезным организацию дополнительных занятий с фтизиатрами по психологическим вопросам врачи стационарной службы, а наибольшие затруднения с ответом возникли у врачей диспансерного отделения.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.35.

Считают полезным организацию занятий с фтизиатрами по проблемам связанным с оказанием социальной помощи больным туберкулезом 70,7%, против таких занятий высказались 5,4%, а затруднились ответить 23,9% опрошенных.

О пользе таких занятий врачи стационарного отделения говорили в 80,6% случаев, а врачи диспансерного отделения в 64,3% случаев соответственно ($p<0,02$). Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено ($p>0,05$).

Высказались против таких занятий врачи диспансера в 5,4% случаев, а врачи стационара в 5,6% случаев, доктора со стажем до 10 лет так думали в 8,7% случаев, а со стажем более 10 лет в 4,3% случаев соответственно ($p>0,05$).

Затруднились с ответом на данный вопрос чаще врачи диспансерного

отделения в 30,3% случаев, а врачи стационарного отделения в 13,8% случаев соответственно ($p<0,01$).

Таким образом, достоверно установлено, что считают полезным организацию дополнительных занятий с фтизиатрами по социальным вопросам врачи стационарной службы, а наибольшие затруднения с ответом возникли у врачей диспансерного отделения.

Распределение ответов представлено в таблице 3.2.36.

Анализ полученных данных свидетельствует, что большинство фтизиатров уверены в необходимости организации специальных дополнительных занятий по медицинским, этико-правовым, психологическим и социальным вопросам которые возникают в процессе лечения больных туберкулезом.

Интересно отметить, что по наибольшую потребность в дополнительном освещении затронутых проблем вызывали этико-правовые вопросы 86,9% случаев, на втором месте психологические проблемы 77,2% случаев, и только на третьем месте медицинские вопросы 76,1% и далее вопросы, посвященные социальным проблемам 70,7%. Не считают нужным заниматься решением других проблем, кроме медицинских всего от 2,2% до 7,6% врачей. Наибольшее количество случаев, где фтизиатры затруднились с ответом, были связаны с социальными проблемами 23,9%, далее следовали психологические 19,5%, медицинские 16,3% и этико-правовые 10,9% вопросы.

Таким образом, наиболее важными для себя проблемами, с которыми приходится сталкиваться в процессе лечения больных туберкулезом, фтизиатры определили - этико-правовые вопросы.

3.3. Оценка врачами терапевтами качества оказания помощи больным туберкулёзом

По мнению врачей, работающих в поликлиниках города Волгограда, наличие трудностей при первичной постановке диагноза туберкулез испытывают далеко не все специалисты. Большинство врачей 66%, высказали мнение об отсутствии у них трудностей при постановке диагноза туберкулез, 27,1% считают, что определенные трудности имеют место и затруднились ответить 6,9% опрошенных.

Абсолютно никаких трудностей не испытывают 29,9% врачей, у 36,1%, скорее всего тоже трудностей с постановкой диагноза туберкулеза не возникает. Безусловные трудности испытывают только 4,9% терапевтов и 22,2% все же сомневаются в правильности поставленного диагноза.

Врачи со стажем работы до 10 лет не испытывали трудностей в 68,4% случаев, а врачи со стажем более 10 лет в 65,1% случаев (p>0,05). Трудности же возникали у более опытных врачей в 28,3% случаев, а у молодых терапевтов в 23,7% случаев соответственно (p>0,05). Затруднились ответить 7,6% молодых врачей и 6,6% опытных специалистов (p>0,05).

Распределение ответов отражено в таблице 3.3.1.

Таблица 3.3.1.

Оценки терапевтами наличия трудностей при постановке диагноза туберкулез

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Испытываете ли Вы трудности в первичной постановке диагноза туберкулеза							
а) безусловно, да	1	2,6±1,32	6	5,7±1,93	>0,05	7	4,9
б) скорее, да	8	21,1±3,4	24	22,6±3,48	>0,05	32	22,2
в) скорее, нет	15	39,5±4,07	37	34,9±3,97	>0,05	52	36,1
г) безусловно, нет	11	28,9±3,77	32	30,2±3,82	>0,05	43	29,9
д) затрудняюсь ответить	3	7,9±2,24	7	6,6±2,06	>0,05	10	6,9

Таким образом, хотя в большинстве случаев постановка диагноза туберкулеза не вызывает затруднений у терапевтов, каждый третий врач сталкивается с ними в поликлинике. Достоверного влияния стажа на данный показатель не выявлено.

Наиболее часто трудности с постановкой диагноза туберкулеза терапевты связывали с нежеланием пациентов обследоваться на туберкулез в 63,9% случаев, на второе месте по частоте причин они поставили трудности диагностики туберкулеза 24,3%, на третьем месте указали наличие сопутствующей патологии у пациентов в 21,5%, на четвертое место поставили фактор, связанный с частой невротизацией и психопатизацией пациентов 16,7%, далее отметили наличие недостаточных знаний по фтизиатрии 7,6%, отсутствие фтизиатрической настороженности у терапевтов 5,6%, на отсутствие взаимопонимания с фтизиатрической службой указали только 1,4% и затруднились ответить 2,1% опрошенных.

На отсутствие особых трудностей обратили внимание 20,8% врачей. Причем мнение врачей со стажем до 10 лет и мнение врачей со стажем более 10 практически совпало 21,1% и 20,8% соответственно ($p>0,05$).

Так, терапевты со стажем работы до 10 лет испытывали трудности связанные с нежеланием пациентов проходить обследование для выявления у них туберкулеза, в 71,1% случаев, а со стажем более 10 лет в 61,3% случаев соответственно ($p>0,05$).

На наличие трудностей в дифференциальной диагностике туберкулеза в 6 раз чаще указали врачи с опытом работы более 10 лет, чем их более молодые коллеги, соответственно в 31,1% и 5,3% случаев ($p<0,001$).

Фактор, связанный с наличием сопутствующей патологии у пациентов, затрудняющий диагностику туберкулеза врачи в не зависимости от опыта работы расценили равнозначно, по 21,1% и 21,7% ($p>0,05$).

Трудности, связанные с частой невротизацией и психопатизацией пациентов, чаще возникали у врачей со стажем работы более 10 лет в 20,8%, чем у молодых специалистов в 5,3% случаев соответственно ($p<0,001$).

Наличие недостаточных знаний по фтизиатрии несколько отметили врачи со стажем более 10 лет в 8,5% случаев, а молодые коллеги в 5,3% случаев ($p>0,05$).

На отсутствие фтизиатрической настороженности среди терапевтов, указали врачи со стажем работы более 10 лет, в 6,6% случаев, а молодые доктора в 2,6% случаев соответственно ($p>0,05$).

На отсутствие взаимопонимания с фтизиатрической службой по вопросам диагностики туберкулеза указали всего 2 терапевта со стажем работы до 10 лет, у опытных коллег таких проблем не возникало вообще.

На затруднения с определением, какие же трудности мешают правильной диагностике туберкулеза, указали молодые терапевты в 5,3% случаев, а опытные врачи в 0,9% случаев соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, терапевты считают основной проблемой в постановке диагноза туберкулеза – нежелание пациентов обследоваться на туберкулез, о чем сказали 63,9% опрошенных, при этом данный фактор является более значимым для молодых специалистов, так как они его выделили в 71,1% против 61,3% среди более опытных врачей.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что врачи с опытом работы более 10 лет испытывают наибольшие трудности при постановке диагноза туберкулеза связанные с частой невротизацией и психопатизацией пациентов, а также трудностями дифференциальной диагностики, чем врачи с опытом работы до 10 лет.

Необходимо отметить, что наличие сопутствующей патологии у пациентов в одинаковой степени вызывает затруднения, как у молодых, так и опытных специалистов.

Важным моментом, является то, что из всех факторов преобладали те, которые были обусловлены психологическими проблемами, связанными с взаимоотношением между терапевтами и фтизиатрами с одной стороны и между врачами и пациентами с другой стороны.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.2.

Таблица 3.3.2.

Детализация трудностей при постановке диагноза туберкулез

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Трудности постановки диагноза туберкулеза связаны с (возможно несколько ответов)							
а) отсутствием фтизиатрической настороженности	1	2,6±1,32	7	6,6±2,06	>0,05	8	5,6
б) трудностями диагностики	2	5,3±1,86	33	31,1±3,85	**<0,001**	35	24,3
в) недостаточными знаниями по фтизиатрии	2	5,3±1,86	9	8,5±2,32	1,07	11	7,6
г) частой невротизацией и психопатизацией больных	2	5,3±1,86	22	20,8±3,38	**<0,001**	24	16,7
д) особых трудностей в диагностике нет	8	21,1±3,4	22	20,8±3,38	>0,05	30	20,8
е) нежеланием пациентов обследоваться на туберкулез	27	71,1±3,77	65	61,3±4,05	>0,05	92	63,9
ж) наличием сопутствующей патологии	8	21,1±3,4	23	21,7±3,43	>0,05	31	21,5
з) отсутствием взаимопонимания с фтизиатрической службой	2	5,3±1,86	0	0	0	2	1,4
и) затрудняюсь ответить	2	5,3±1,86	1	0,9±0,78	**<0,05**	3	2,1

На вопрос о наличии трудностей связанных с лечением сопутствующих (экстрапульмональных) заболеваний у больных туберкулезом, большинство терапевтов 67,3% ответили, что такой проблемы у них нет, 26,4% испытывают различные затруднения в процессе лечения таких пациентов и затруднились ответить 6,3% респондентов.

Безусловно испытывают трудности при лечении сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом врачи со стажем до 10 лет в 7,9% случаев, а со стажем более 10 лет в 11,3% случаев (p>0,05).

Указали, что скорее трудности имеют место у таких пациентов в 18,9% случаев врачи с опытом работы более 10 лет и в 7,9% случаев с опытом работы

менее 10 лет (p<0,01).

Безусловно никаких трудностей не испытывают при лечении сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом врачи со стажем до 10 лет в 18,4% случаев, а со стажем более 10 лет в 27,4% случаев (p>0,05).

Говорили, что трудности все же имеют место при лечении данного контингента больных чаще врачи со стажем работы до 10 лет в 55,3% случаев, а со стажем более 10 лет в 37,7% случаев соответственно (p<0,01).

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.3.

Таблица 3.3.3.

Мнение о наличии трудностей при лечении сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Испытываете ли Вы трудности при лечении сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом							
а) безусловно, да	3	7,9±2,24	12	11,3±2,63	>0,05	15	10,4
б) скорее, да	3	7,9±2,24	20	18,9±3,26	**<0,01**	23	16
в) скорее, нет	21	55,3±4,14	40	37,7±4,03	**<0,01**	61	42,3
г) безусловно, нет	7	18,4±3,22	29	27,4±3,71	>0,05	36	25
д) затрудняюсь ответить	4	10,5±2,55	5	4,7±1,76	>0,05	9	6,3

Таким образом, достоверно установлено, что скорее испытывают трудности при лечении сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом врачи с опытом работы более 10 лет и наоборот, скорее не испытывают трудностей врачи с опытом работы до 10 лет.

Необходимо отметить, что абсолютно никаких трудностей при лечении данного контингента больных не испытал каждый четвертый терапевт, а безусловно испытывает затруднения только каждый десятый.

Вопросы, связанные с дальнейшим наблюдением больных снятых с учета в противотуберкулезном диспансере неразрывно связаны со знанием

терапевтами современных групп учета фтизиатрических пациентов.

Так, 36,8% терапевтов ответили, что хорошо знают группы учета больных туберкулезом, еще 47,8% опрошенных ответили, что частично знакомы с ними, не знают групп учета 12,5% и затруднились ответить 2,8% респондентов.

Хорошо знают группы учеты больных туберкулезом 42,1% врачей со стажем работы до 10 лет и 34,9% врачей со стажем работы более 10 лет (p>0,05).

Частично знают о существующих группировках фтизиатрических больных в равной мере и молодые и опытные врачи, соответственно в 47,3% и 48,1% случаев (p>0,05).

Не знают группы учета врачи с опытом работы более 10 лет в 15,1% случаев, а молодые коллеги только в 5,3% случаев соответственно (p<0,01).

Затруднились ответить врачи со стажем до 10 лет в 5,3% случаев, со стажем более 10 лет в 1,9% (p>0,05).

Таким образом, большинство терапевтов поликлиник (84,7%) хорошо осведомлены о существующих группировках учета фтизиатрических пациентов. При этом, достоверно установлено, что не знают группы учета фтизиатрических пациентов чаще врачи со стажем работы более 10 лет, чем более молодые специалисты.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.4.

Таблица 3.3.4.

Оценка терапевтами знаний групп учета фтизиатрических пациентов

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Знаете ли Вы группы учета фтизиатрических больных							
а) хорошо знаю	16	42,1±4,11	37	34,9±3,97	>0,05	53	36,8
б) частично знаю	18	47,3±4,16	51	48,1±4,16	>0,05	69	47,9
в) не знаю	2	5,3±1,86	16	15,1±2,98	**<0,01**	18	12,5
г) затрудняюсь ответить	2	5,3±1,86	2	1,9±1,13	>0,05	4	2,8

Несомненно, представляет определенный интерес мнение терапевтов о месте наблюдения за больными с остаточными посттуберкулезными изменениями, то есть больные, которые сняты с диспансерного учета в ПТД.

В 20,8% случаев терапевты общей лечебной сети считают, что пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями должны наблюдаться «Безусловно, в ПТД», еще 36,8% ответили «Скорее в ПТД». Думают, что такие пациенты должны наблюдаться «Безусловно, в ЛПУ» 24,3% и «Скорее в ЛПУ», еще 13,2% опрошенных. Затруднились ответить только 4,9% респондентов.

Считают, что такие пациенты должны безусловно наблюдаться в ПТД 34,2% врачей со стажем работы до 10 лет и 16% врачей со стажем более 10 лет ($p<0,001$).

Высказали сомнения, но поддерживают такую точку зрения 39,5% молодых врачей и 35,8% опытных специалистов ($p>0,05$).

Считают, что такие пациенты должны безусловно наблюдаться в ЛПУ 28,4% врачей с опытом работы более 10 лет и 13,2% с опытом работы до 10 лет ($p<0,01$).

Поддержали данную точку зрения, но с сомнением также в большинстве случаев врачи с опытом работы более 10 лет в 17%, а с опытом работы до 10 лет только в 2,6% случаев соответственно ($p<0,001$).

Затруднились определить свою позицию по данному вопросу чаще врачи со стажем до 10 лет в 10,5% случаев, а со стажем более 10 лет в 2,8% случаев ($p<0,01$).

Таким образом, большинство терапевтов поликлиник 57,6% считает необходимым оставить больных с остаточными посттуберкулезными изменениями под наблюдением врачей противотуберкулезных диспансеров. В то же время 37,5% опрошенных уверены в правильности передачи таких пациентов в районные поликлиники по месту жительства.

Необходимо отметить, что достоверно чаще высказывались в пользу наблюдения за пациентами с остаточными посттуберкулезными изменениями врачи с опытом работы более 10 лет, и наоборот противоположная точка зрения

преобладала у врачей с опытом работы до 10 лет.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.5.

Таблица 3.3.5.

Оценка мнений терапевтов о месте наблюдения за больными с остаточными посттуберкулезными изменениями

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Где должны наблюдаться пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями							
а) безусловно, в ПТД	13	34,2±3,95	17	16,0±3,05	**<0,001**	30	20,8
б) скорее в ПТД	15	39,5±4,07	38	35,8±3,99	>0,05	53	36,8
в) скорее в ЛПУ	1	2,6±1,32	18	17,0±3,13	**<0,001**	19	13,2
г) безусловно, в ЛПУ	5	13,2±2,82	30	28,4±3,75	**<0,01**	35	24,3
д) затрудняюсь ответить	4	10,5±2,55	3	2,8±1,37	**<0,01**	7	4,9

Полученные данные свидетельствуют о различных подходах молодых и опытных врачей терапевтов к решению вопроса о месте наблюдения за больными с остаточными посттуберкулезными изменениями, что соответствует современным тенденциям развития фтизиатрической службы, о чем более информированы молодые доктора.

В настоящее время согласно приказа 109 МЗ СР «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ» пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями подлежат снятию с диспансерного учета в ПТД и передаче для дальнейшего наблюдения в районные поликлиники по месту жительства. На вопрос анкеты: «Считаете ли Вы оправданным наблюдение пациентов с остаточными посттуберкулезными изменениями в общей лечебной сети?» ответили «Безусловно, да» 9% терапевтов, «Скорее да» 30,6%, «Безусловно, нет» 24,3%, «Скорее нет» 31,3% и затруднились ответить 4,8% опрошенных.

Таким образом, считают оправданным сложившуюся систему

наблюдения за пациентами с остаточными посттуберкулезными изменениями 39,6% врачей терапевтов, а 55,6% высказались против. Причем мнение, как молодых, так и опытных терапевтов, кто как вероятно, так и категорически против существующего наблюдения за пациентами с посттуберкулезными изменениями в ЛПУ полностью совпадает (p>0,05), практически такая же ситуация и с ответами тех терапевтов, кто высказался в пользу существующего порядка (p>0,05).

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что большинство терапевтов имеет твердое убеждение о необходимости наблюдения за больными снятыми с туберкулезного учета в условиях противотуберкулезной службы, что подтверждают ответы о предполагаемом месте наблюдения и реальным положением вещей.

Такая позиция врачей терапевтов говорит об отсутствии у них заинтересованности и желания наблюдать больных перенесших туберкулез у себя на участке. Распределение ответов представлено в таблице 3.3.6.

Таблица 3.3.6.

Оценка мнений терапевтов о существующем порядке наблюдения за пациентами с остаточными посттуберкулезными изменениями

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы оправданным наблюдение больных с посттуберкулезными изменениями в общей лечебной сети							
а) безусловно, да	3	7,9±2,24	10	9,4±2,43	>0,05	13	9
б) скорее, да	14	36,8±4,01	30	28,3±3,75	>0,05	44	30,6
в) скорее, нет	12	31,6±3,87	33	31,2±3,86	>0,05	45	31,3
г) безусловно, нет	9	23,7±3,54	26	24,5±3,58	>0,05	35	24,3
д) затрудняюсь ответить	0	0	7	6,6±2,06	>0,05	7	4,8

Интересно отметить, что и теоретически и практически врачи общей

лечебной сети считают неприемлемым наблюдение за пациентами с остаточными посттуберкулезными изменениями в условиях общей лечебной сети, а склонны думать необходимости оставить таких пациентов в противотуберкулезных диспансерах. Данное мнение расходиться с существующим порядком, а это, несомненно, создает трудности во взаимодействии противотуберкулезной службы и общей лечебной сети.

Оценивая причины рецидивов туберкулеза в настоящее время, врачи терапевты поликлиник оказывающих первичную медико-санитарную помощь на первое место поставили фактор наличия низких материальных доходов значительной части населения в 73,6% случаев. Врачи со стажем до 10 лет работы говорили об этом в 68,4% случаев, а со стажем более 10 лет в 75,5% случаев соответственно ($p>0,05$).

Второй по важности причиной они назвали ведение пациентами асоциального образа жизни в 70,1% случаев. Данное мнение высказали врачи со стажем работы до 10 лет в 65,8% случаев, а со стажем более 10 лет в 71,7% случаев ($p>0,05$).

На третье место они поставили наличие неудовлетворительных условий труда и быта пациентов 57,3% случаев. Врачей со стажем до 10 лет и более ответили практически одинаково 58,5% и 55,3% соответственно ($p>0,05$).

Четвертое место уделили низкой приверженности к лечению больных туберкулезом 54,2% случаев. Врачи со стажем работы более 10 лет так думали чаще, чем их более молодые коллеги в 57,5% и 44,7% случаев соответственно ($p<0,01$).

На наличие психосоциальных стрессов указали 43,1% опрошенных, среди них данное мнение высказывалось чаще опытными врачами в 47,2%, против 31,6% высказанных молодыми докторами ($p<0,05$).

Фактор наличия лекарственной устойчивости у пациентов отметили 36,1% врачей, причем опытные врачи думали так в 7 раз чаще молодых коллег, соответственно в 36,8% и 7,9% случаев ($p<0,001$).

Считают причиной, наличие низкой резистентности организма к

инфекции 34% опрошенных. Врачи со стажем более 10 лет считают для себя этот фактор более значимым, чем молодые доктора в 36,8% против 26,3% случаев (p>0,05).

На недостаточное взаимодействие гражданских и пенитенциарных противотуберкулезных служб указали 28,5% терапевтов, молодые специалисты упоминали об этом в 31,6% случаев, а более опытные в 27,4% соответственно (p>0,05).

Считают причиной низкое качество проводимой противотуберкулезной химиотерапии 16% врачей, мнение терапевтов со стажем до 10 лет высказали 17,9% и 10,5% со стажем более 10 лет (p>0,05).

В 14,6% случаев, терапевты считают, недостаточным взаимодействие противотуберкулезной и общемедицинской служб. Думают так, более опытные врачи в 16% и менее опытные в 10,5% случаев (p>0,05).

Считают причиной отсутствие фтизиатрической настороженности у терапевтов общей лечебной сети 11,8% респондентов. Данный фактор считают более важным врачи с опытом работы более 10 лет в 13,2% против 7,9% у врачей с опытом работы до 10 лет (p>0,05).

В 6,9% случаев терапевты назвали рецидивы, как характерное для туберкулеза течение болезни, так думали врачи со стажем более 10 лет в 7,5% случаев, а со стажем менее 10 лет в 5,3% случаев (p>0,05).

На наличие других значимых причин обратили внимание только 3,5% опрошенных, причем молодые врачи таких причин для себя не нашли. Затруднились ответить 2,1% респондентов, среди которых молодых терапевтов не оказалось.

Таким образом, достоверно установлено, что врачи с опытом работы более 10 лет в отличие от молодых коллег причинами рецидивов считают низкую приверженность больных туберкулезом к лечению, наличие психосоциальных стрессов у пациентов, а так же наличие лекарственной устойчивости у больных туберкулезом.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.7.

Таблица 3.7

Детализация причин рецидивов туберкулеза, по мнению врачей терапевтов

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Каковы на Ваш взгляд причины рецидивов туберкулеза в настоящее время (возможно несколько ответов)							
а) низкое качество противотуберкулезного лечения	4	10,5±2,55	19	17,9±3,19	>0,05	23	16
б) отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей общемедицинской сети	3	7,9±2,24	14	13,2±2,82	>0,05	17	11,8
в) неудовлетворительные условия труда и быта	21	55,3±4,14	62	58,5±4,10	>0,05	83	57,3
г) низкий материальный доход значительной части населения	26	68,4±3,87	80	75,5±3,58	>0,05	106	73,6
д) психосоциальные стрессы	12	31,6±3,87	50	47,2±4,16	**<0,01**	62	43,1
е) низкая приверженность к лечению пациентов	17	44,7±4,14	61	57,5±4,11	**<0,05**	78	54,2
ж) ведение асоциального образа жизни	25	65,8±3,95	76	71,7±3,75	>0,05	101	70,1
з) недостаточное взаимодействие противотуберкулезной и "общемедицинской" служб	4	10,5±2,55	17	16,0±3,05	>0,05	21	14,6
и) недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулезных служб	12	31,6±3,87	29	27,4±3,71	>0,05	41	28,5
к) рецидивы очень характерны для туберкулеза	2	5,3±1,86	8	7,5±2,19	>0,05	10	6,9
л) наличие лекарственной устойчивости	3	7,9±2,24	39	36,8±4,01	**<0,001**	52	36,1
м) низкая резистентность организмов многих людей	10	26,3±3,66	39	36,8±4,01	>0,05	49	34
н) другие причины	0	0	5	4,7±1,76	>0,05	5	3,5
о) затрудняюсь ответить	0	0	3	2,8±1,37	>0,05	3	2,1

Анализ полученных данных свидетельствует о том что, ведущими причинами возникновения рецидивов туберкулеза терапевты определили социально-экономические факторы (низкий материальный доход населения 73,6%, ведение асоциального образа жизни пациентами 70,1% и неудовлетворительные условия туда и быта больных). Следующие по значимости это медицинские факторы (низкая приверженность к лечению пациентов 54,2%, наличие психосоциальных стрессов 43,1% и возникновение лекарственной устойчивости МБТ 36,1%) и только затем недостатки взаимодействия различных служб.

На вопрос о том, что рецидивы туберкулеза протекают тяжелее и эпидемически более опасны, чем новые случаи заболевания туберкулезом терапевтами были высказаны следующие мнения: «Безусловно, да» ответили 32,6%, «Скорее да» 38,3% опрошенных. «Скорее нет» считают 21,5% и «Безусловно, нет» только 0,7% врачей. Затруднились ответить 6,9% врачей поликлиник.

Считают безусловно опасными рецидивы туберкулеза, чем новые случаи заболевания чаще молодые специалисты, чем врачи со стажем в 42,1% и в 29,2% случаев соответственно ($p<0,05$).

Скорее опасными считают врачи со стажем до 10 лет в 34,2% и в 39,7% со стажем более 10 лет ($p>0,05$).

О том, что рецидивы, безусловно, не опасны, упомянул только один человек. Сомневались в опасности рецидивов врачи со стажем до 10 лет в 15,8% случаев, а со стажем более 10 лет в 23,6% случаев ($p>0,05$).

Таким образом, 70,9% терапевтов признают несомненную опасность, и тяжесть течения рецидивов, в сравнении с новыми случаями заболевания туберкулезом, причем молодые доктора достоверно убеждены в этом по сравнению с более опытными коллегами.

В 22,2% случаев терапевты считают их возникновение менее опасным для окружающих.

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высоком уровне понимания и важности данной проблемы, как для врачей фтизиатров, так и специалистов общей лечебной сети, особенно отрадно, что на фоне роста числа рецидивов это понимают молодые специалисты, которые и столкнутся в своей работе с этой проблемой.

Однако 22,2% терапевтов считают их возникновение менее опасным для окружающих, то есть каждый пятый не совсем уверен в этом, что позволяет сделать вывод о необходимости проведения дополнительной разъяснительной работы среди врачей общей лечебной сети.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.8.

Таблица 3.3.8.

Оценка мнений терапевтов об опасности возникновения рецидивов туберкулеза

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы, что рецидивы туберкулеза протекают тяжелее и эпидемически более опасны, чем новые случаи заболевания							
а) безусловно, да	16	42,1±4,11	31	29,2±3,78	**<0,05**	47	32,6
б) скорее, да	13	34,2±3,95	42	39,7±4,07	>0,05	55	38,3
в) скорее, нет	6	15,8±3,03	25	23,6±3,53	>0,05	31	21,5
г) безусловно, нет	0	0	1	0,9±0,78	>0,05	1	0,7
д) затрудняюсь ответить	3	7,9±2,24	7	6,6±2,06	>0,05	10	6,9

О том, как долго, должен наблюдаться больной туберкулезом после постановки диагноза в противотуберкулезном диспансере, терапевтами было высказано следующее мнение. В 45,2% случаев терапевты считали «Пожизненно». Допускали, что оптимальным сроком для наблюдения является временной промежуток в пределах 3-5 лет 46,5% врачей. Только 1,4% опрошенных высказал мнение о достаточном сроке в пределах 2 лет. Врачей считающих достаточным сроком 1 год не было. Затруднились ответить 6,9%

респондентов.

Считали необходимым пожизненное наблюдение за больными туберкулезом врачи со стажем работы до 10 лет в 36,9% случаев, а со стажем более 10 лет в 48,1% случаев (p>0,05).

Высказали мнение, что вполне достаточно срока от 3 до 5 лет чаще молодые доктора, чем более опытные коллеги в 57,9% и 48,1% случаев соответственно (p<0,02). Сроки наблюдения до 2-х лет выбрали единицы терапевтов, а срок до года не назвал никто.

Таким образом, мнения терапевтов о сроках наблюдения за фтизиатрическими пациентами разделились поровну. За пожизненное наблюдение за больными туберкулезом высказались 45,2% опрошенных, а за наблюдение в пределах 3-5 лет 46,5%, причем мнение молодых врачей достоверно преобладало над мнением более опытных коллег по данному вопросу. Короткие сроки наблюдения выбрали единицы врачей. Из приведенных данных следует, что молодые терапевты лучше своих более опытных коллег ориентированы в существующих тенденциях развития фтизиатрии на современном этапе.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.9.

Таблица 3.3.9.

Оценки мнений о сроках наблюдения за фтизиатрическими пациентами

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Как долго должен наблюдаться фтизиатрический пациент после постановки диагноза туберкулез							
а) до 1 года	0	0	0	0	0	0	0
б) до 2-х лет	1	2,6±1,32	1	0,9±0,78	>0,05	2	1,4
в) до 3 - 5 лет	22	57,9±4,11	45	42,5±4,11	**<0,02**	67	46,5
г) пожизненно	14	36,9±4,02	51	48,1±4,16	>0,05	65	45,2
д) затрудняюсь ответить	1	2,6±1,32	9	8,5±2,32	**<0,05**	10	6,9

На вопрос анкеты: «Соблюдают ли врачебные рекомендации больные туберкулезом?» ответили, что «Практически все пациенты» только 2,8% врачей терапевтов, думают, что соблюдают около 50% больных 31,3% и соблюдают только 20-30% больных, так думают 33,3% опрошенных. О том, что выполняют рекомендации только единицы пациентов, указали 24,3% и затруднились ответить 8,3% респондентов.

Необходимо отметить, что третья часть терапевтов, вне зависимости от стажа работы высказалась практически единогласно, что врачебные рекомендации соблюдает каждый второй пациент. Еще одна треть врачей считает, что рекомендации соблюдает каждый третий больной, так думали врачи со стажем работы до и более 10 лет в 31,6% и 34% случаев ($p>0,05$).

О том, что врачебные рекомендации соблюдают лишь единицы больных мнение терапевтов со стажем до 10 и более лет также практически совпало 21,0% и 25,5% соответственно ($p>0,05$), а вот мнение что практически все больные туберкулезом соблюдают врачебные рекомендации преобладало у небольшой части молодых врачей, чем у их более опытных коллег 7,9% и 0,9% случаев соответственно ($p<0,01$).

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.10.

Таблица 3.3.10.

Оценка мнений о соблюдении больными туберкулезом врачебных рекомендаций

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Соблюдают ли врачебные рекомендации больные туберкулезом							
а) практически все	3	7,9±2,24	1	0,9±0,78	**<0,01**	4	2,8
б) около 50%	12	31,6±3,87	33	31,1±3,85	>0,05	45	31,3
в) 20 - 30%	12	31,6±3,87	36	34,0±3,94	>0,05	48	33,3
г) единицы или никто	8	21,0±3,39	27	25,5±3,63	>0,05	35	24,3
д) затрудняюсь ответить	3	7,9±2,24	9	8,5±2,32	>0,05	12	8,3

Таким образом, терапевты уверены в том, что только каждый второй больной туберкулезом соблюдает врачебные рекомендации, ещё третья часть уверена, что это только каждый третий больной, а каждый четвертый считает, что их соблюдают единицы больных. Высказали мнение о соблюдении всеми фтизиатрическими пациентами врачебных рекомендаций только 2,8% врачей терапевтов (4 человека).

Анализ полученных данных свидетельствует о сформировавшемся устойчивом представлении терапевтов в отношении больных туберкулезом, как не вполне адаптированных в социально-психологическом плане людей относящихся без должного внимания к своему здоровью и возможности выздоровления.

По мнению врачей работающих в поликлиниках города Волгограда, благотворительные (общественные) организации в настоящее время больным туберкулезом практически не помогают. Этой точки зрения придерживается 47,9% опрошенных, только 6,9% считают, что помощь оказывается ограниченно и всего 0,7% думают, что благотворительные организации много помогают больным туберкулезом людям. Затруднились ответить 44,5% респондентов.

Уверенность в отсутствии помощи со стороны общественных организаций в большей мере разделяют молодые врачи в 57,9% случаев, чем более опытные коллеги в 44,4% случаев соответственно ($p<0,01$).

Затруднения испытывали чаще врачи со стажем работы более 10 лет в 48,1%, а менее в 34,2% случаев ($p<0,02$). Мнение об ограниченной поддержке присутствовало у врачей с опытом работы до 10 лет в 5,3%, а более 10 лет в 7,5% соответственно ($p>0,05$).

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что, по мнению терапевтов благотворительные (общественные) организации реальную помощь больным туберкулезом не оказывают, о чем говорили 92,4% респондентов. Необходимо отметить, что практически половина респондентов (44,5%) затруднились ответить на данный вопрос, по-видимому, врачи не имеют

информации о проводимой работе благотворительными организациями в медицинских учреждениях.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.11.

Таблица 3.3.11.

Оценка мнений о помощи общественных организаций больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Благотворительные (общественные) организации в настоящее время больным туберкулезом людям							
а) много помогают	1	2,6±1,32	0	0	>0,05	1	0,7
б) ограниченно помогают	2	5,3±1,86	8	7,5±2,19	>0,05	10	6,9
в) практически не помогают	22	57,9±4,11	47	44,4±4,14	**<0,05**	69	47,9
г) затрудняюсь ответить	13	34,2±3,95	51	48,1±4,16	**<0,02**	64	44,5

В связи с оценкой мнений врачей об участии благотворительных организаций в оказании помощи больным туберкулезом, логично было бы выяснить их мнение о помощи со стороны религиозных организаций, в том числе Русской Православной Церкви.

Так 35,4% врачей терапевтов считают, что практическую помощь религиозные организации больным туберкулезом не оказывают, еще 50,7% затруднились высказаться по этому вопросу. Мнение об ограниченном участии религиозных организаций в помощи больным туберкулезом высказали 12,5% опрошенных и только 1,4% уверены, Православная церковь много помогает больным туберкулезом людям.

Интересно отметить, что наибольшие затруднения с ответом возникли у врачей со стажем работы более 10 лет в 54,7% случаев, а со стажем менее 10 лет в 39,4% соответственно ($p<0,01$).

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.12.

Таблица 3.3.12.

Оценка мнений о помощи религиозных организаций больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Православная церковь и другие религиозные организации в настоящее время больным туберкулезом людям							
а) много помогают	2	5,3±1,86	0	0	>0,05	2	1,4
б) ограниченно помогают	5	13,2±2,82	13	12,3±2,73	>0,05	18	12,5
в) практически не помогают	16	42,1±4,11	35	33,0±3,91	>0,05	51	35,4
г) затрудняюсь ответить	15	39,4±4,07	58	54,7±4,14	**<0,01**	73	50,7

Таким образом, только большинство терапевтов (86,1%) уверены в том, что религиозные организации практической помощи больным туберкулезом в настоящее время не оказывают, а присутствие священнослужителей в стенах противотуберкулезных учреждений носит спорадический характер и указывает на отсутствие должного взаимодействия учреждений здравоохранения и религиозных организаций в вопросах духовной реабилитации больных туберкулезом.

Вопрос оценки необходимости психологической помощи больным туберкулезом на взгляд терапевтов весьма интересен.

Так 34% терапевтов поликлиник считали, что практически все пациенты после постановки диагноза туберкулеза нуждались в психологической (психотерапевтической) помощи, еще 30,5% врачей думали, что в ней нуждаются около 50% больных туберкулезом и 17,4% считали, что таких пациентов около 20-30%.

Думают, что в оказании психологической помощи нуждаются единицы больных 6,3% опрошенных и затруднились ответить 11,8% респондентов.

Мнение о необходимости оказания практически всем больным психологической поддержки, высказывали врачи со стажем работы до 10 лет в

39,4% случаев, а со стажем менее 10 лет в 32,1% случаев, о необходимости оказания психотерапевтической помощи каждому второму больному туберкулезом считали необходимым 33% врачей с опытом работы более 10 лет, и 23,7% их более молодых коллег, а мнение о том, что в помощи нуждается каждый третий больной, указали доктора со стажем до 10 лет в 15,8% и со стажем более 10 лет в 17,9% случаев соответственно ($p>0,05$).

Таким образом, большинство терапевтов считает необходимым оказание психологической помощи всем впервые выявленным больным туберкулезом (34%), половине больных 30,5%, еще 13% только 20-30% больных, при этом только 6,3% терапевтов отрицали такую необходимость.

На вопрос о реальном получении больными туберкулезом психологической помощи более половины опрошенных 53,4% ответили, что только единицы пациентов ее получили. Затруднились с ответом 32% врачей, необходимо отметить, что такую позицию разделяли врачи не зависимо от стажа работы.

Мнение о том, психологическую помощь получают практически все пациенты, высказали только - 9% врачей, уверены, что ее получают около 50%, 3,5% и еще 2,1% думают, что таких больных около 20-30%.

Таким образом, по убеждению терапевтов (81,9%), большинство больных, после постановки диагноза туберкулез в той или иной степени нуждается в оказании психологической помощи, а реально больные туберкулезом её практически не получают, о чем говорили 85,4% врачей терапевтов.

Анализ полученных данных свидетельствует, что существует достаточно высокая необходимость в оказании психологической поддержки больным туберкулезом и крайне низкое ее осуществление в практической медицине.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.13.

Таблица 3.3.13.

Оценки мнений о необходимости и реальном получении психологической помощи пациентами болеющими туберкулезом

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Сколько пациентов после постановки диагноза туберкулез нуждаются в психологической (психотерапевтической) помощи							
а) практически все	15	39,4±4,07	34	32,1±3,89	>0,05	49	34
б) около 50%	9	23,7±3,54	35	33,0±3,91	>0,05	44	30,5
в) 20 - 30%	6	15,8±3,03	19	17,9±3,19	>0,05	25	17,4
г) единицы или никто	2	5,3±1,86	7	6,6±2,06	>0,05	9	6,3
д) затрудняюсь ответить	6	15,8±3,03	11	10,4±2,54	>0,05	17	11,8
Сколько Ваших пациентов с туберкулезом получили, / получают психологическую (психотерапевтическую) помощь							
а) практически все	5	13,2±2,82	8	7,5±2,19	>0,05	13	9
б) около 50%	2	5,3±1,86	3	2,8±1,37	>0,05	5	3,5
в) 20 - 30%	0	0	3	2,8±1,37	>0,05	3	2,1
г) единицы или никто	19	50,0±4,16	58	54,7±4,14	>0,05	77	53,4
д) затрудняюсь ответить	12	31,5±3,87	34	32,2±3,89	>0,05	46	32

На вопрос о необходимости оказания дополнительной социальной помощи больным туберкулезом терапевтами были высказаны следующие мнения.

Так 29,2% врачей терапевтов поликлиник отметили, что практически все больные туберкулезом нуждаются в дополнительной помощи работников социальной службы (кроме назначения пенсии по инвалидности), еще 16% врачей считают, в такой помощи нуждаются около 50% больных туберкулезом и 22,2% думают, что в дополнительной социальной помощи нуждаются около 20-30% больных. Высказали мнение, что в дополнительной социальной помощи нуждаются только единицы больных туберкулезом 11,8% терапевтов. Затруднились ответить 20,8% респондентов.

Уверены, что практически все больные туберкулезом нуждаются в

социальной помощи 42,1% с опытом работы до 10 лет и 24,5% врачей с опытом работы более 10 лет ($p<0,01$).

В том, что только половина больных туберкулезом нуждается в социальной помощи, уверены врачи со стажем работы до 10 лет в 7,9% случаев, а со стажем более 10 лет в 18,8% случаев соответственно ($p<0,02$).

Считают, что только 20-30% больных туберкулезом нуждается в социальной помощи 13,2% молодых врачей и 25,5% более опытных специалистов ($p<0,01$).

О том, что в социальной помощи нуждаются единицы больных, чаще говорили врачи со стажем работы до 10 лет, чем более опытные коллеги в 18,4% и 9,4% случаев соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, большинство терапевтов (67,4%) высказали мнение, что пациенты больные туберкулезом нуждаются в дополнительной социальной помощи со стороны ее работников (кроме назначения пенсии по инвалидности). При этом интересно отметить, что молодые терапевты придерживались противоположных точек зрения, так достоверно установлено, что часть их высказалась за оказание социальной помощи всем больным туберкулезом, а другая часть, считала, что она необходима, единицам больных. Врачи с опытом работы более 10 лет ответили не так категорично, указав достоверно, что в социальной помощи нуждался каждый второй или третий пациент больной туберкулезом.

На вопрос о реальном получении дополнительной социальной помощи со стороны сотрудников социальных служб 50,7% врачей поликлиник ответили, что только единицы пациентов ее получили. Затруднились с ответом 36,1% опрошенных, что свидетельствует о том, что врачи поликлиник не знали, как в действительности решается эта проблема. Только 6,9% врачей думают, что дополнительную социальную помощь получили 20-30% больных туберкулезом, еще 2,1% считают, что таких больных около 50% и 4,2% уверены, что практически все пациенты получают дополнительную социальную поддержку. Распределение ответов представлено в таблице 3.3.14.

Таблица 3.3.14.

Оценки мнений о необходимости и реальном оказании дополнительной социальной помощи фтизиатрическим пациентам

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Сколько пациентов, больных туберкулезом, нуждаются в помощи со стороны социальной службы и её сотрудников (кроме назначения пенсии по инвалидности)							
а) практически все	16	42,1±4,11	26	24,5±3,58	**<0,01**	42	29,2
б) около 50%	3	7,9±2,24	20	18,8±4,07	**<0,02**	23	16
в) 20 - 30%	5	13,2±2,82	27	25,5±3,63	**<0,01**	32	22,2
г) единицы или никто	7	18,4±3,22	10	9,4±2,43	**<0,05**	17	11,8
д) затрудняюсь ответить	7	18,4±3,22	23	21,8±3,44	>0,05	30	20,8
Сколько Ваших пациентов, больных туберкулезом, получили, / получают помощь со стороны социальной службы и её сотрудников (кроме назначения пенсии по инвалидности)							
а) практически все	2	5,3±1,86	4	3,8±1,59	>0,05	6	4,2
б) около 50%	0	0	3	2,8±1,37	>0,05	3	2,1
в) 20 - 30%	2	5,3±1,86	8	7,5±2,19	>0,05	10	6,9
г) единицы или никто	22	57,9±4,11	51	48,2±4,16	>0,05	73	50,7
д) затрудняюсь ответить	12	31,5±3,87	40	37,7±4,03	>0,05	52	36,1

Таким образом, абсолютное большинство терапевтов (86,8%) ответили, что больные туберкулезом реальной помощи со стороны социальных служб не получают.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что, по мнению терапевтов, больные туберкулезом нуждались в дополнительной социальной помощи, а практически она им не оказывается. О том, что её больные получили, говорили единичные случаи.

На вопрос об эффективности, проводимой в настоящее время санитарно-

просветительной работе среди населения, по вопросам профилактики и своевременной диагностике туберкулеза 47,9% врачей общегородских поликлиник признали её как эффективную. В тоже время 46,5% опрошенных оценили проводимую санитарно-просветительную работу как неэффективную. Затруднились ответить только 5,6% респондентов.

Необходимо отметить, что положительная оценка проводимой работе была более значимым фактором для молодых врачей, чем для более опытных 52,6% против 46,2%. Отрицательная оценка оказалась более значимой для опытных врачей 49,1% против 39,5% молодых специалистов.

Таким образом, мнения врачей поликлиник по вопросу проводимой санитарно-просветительной работы по профилактике и выявлению туберкулеза разделились поровну, причем положительную характеристику дали молодые врачи, а отрицательную более опытные специалисты. Все это свидетельствует о том, что формат проводимых мероприятий среди населения не соответствует современным требованиям развития массовых коммуникаций и явно отстает от потребностей населения.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.15.

Таблица 3.3.15.

Оценка мнений терапевтов об эффективности санитарно-просветительной работы по профилактике и выявлению туберкулеза среди населения

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Эффективна ли проводимая в настоящее время санитарно-просветительная работа по вопросам выявления и профилактики туберкулеза							
а) да	20	52,6±4,16	49	46,2±4,15	>0,05	69	47,9
б) нет	15	39,5±4,07	52	49,1±4,16	>0,05	67	46,5
в) затрудняюсь ответить	3	7,9±2,24	5	4,7±1,76	>0,05	8	5,6

Практически все врачи общегородских поликлиник 88,8% выразили согласие с положением о том, что помощь больным туберкулезом в настоящее

время носит исключительно медицинский характер, а социальным, психологическим и другим аспектам уделяется недостаточно внимания.

Только 5,6% опрошенных с этим категорически не согласились и еще 5,6% респондентов затруднились ответить. Полностью согласились с данным положением 52,7% врачей, из них чаще так думали врачи со стажем работы более 10 лет, чем их более молодые коллеги в 56,6% и 42,1% случаев соответственно ($p<0,02$). Частично согласились с данным утверждением 36,1% терапевтов, молодые доктора, так думали в 39,5%, более опытные в 34,9% случаев ($p>0,05$).

Высказали мнение, что не согласны с данным утверждением 5,6% терапевтов, из них врачей со стажем до 10 было 10,5%, а со стажем более 10 лет 3,8% соответственно ($p<0,02$).

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.16.

Таблица 3.3.16.

Оценка мнений терапевтов о различных аспектах реабилитации больных туберкулезом

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Согласны ли Вы с утверждением, что в настоящее время помощь больным туберкулезом носит исключительно медикаментозный характер, а социальным, психологическим и другим аспектам реабилитации уделяется недостаточно внимания							
а) полностью согласен	16	42,1±4,11	60	56,6±4,13	**<0,02**	76	52,7
б) частично согласен	15	39,5±4,07	37	34,9±3,97	>0,05	52	36,1
в) совсем не согласен	4	10,5±2,55	4	3,8±1,59	**<0,05**	8	5,6
г) затрудняюсь ответить	3	7,9±2,24	5	4,7±1,76	>0,05	8	5,6

Таким образом, большинство врачей общегородских поликлиник признают, что больные туберкулезом получают исключительно медикаментозную помощь, а вопросам социальной, психологической и другой помощи уделяется явно недостаточно внимания, при этом такое мнение достоверно чаще высказали опытные врачи, а не согласись молодые специалисты.

На вопрос о пользе организации с терапевтами общей лечебной сети специальных занятий, которые затрагивали бы актуальные медицинские вопросы, этико-правовые, психологические и социальные вопросы, связанные с проблемой туберкулеза получены следующие результаты.

Считали полезным организацию специальных занятий с врачами поликлиник по медицинским вопросам, затрагивающим проблемы связанные с туберкулезом 88,9% терапевтов, против таких занятий высказались всего 4,2% и затруднились ответить 6,9% респондентов.

О том, что такие занятия безусловно полезны, чаще упоминали врачи с опытом работы до 10 лет в 91,5% случаев, а врачи с со стажем до 10 лет в 81,6% случаев соответственно ($p<0,02$).

Высказали мнение, что в таких занятиях нет необходимости врачи со стажем работы до 10 лет в 2,6% случаев, а со стажем более 10 лет в 4,7% случаев ($p>0,05$).

Наибольшие затруднения с ответом испытывали молодые врачи, чем более опытные коллеги, соответственно в 15,8% и 3,8% случаев ($p<0,001$).

Таким образом, среди терапевтов, работающих в городских поликлиниках, существует четкая потребность в организации специальных занятий по медицинским проблемам, связанным с туберкулезом, причем острее эта проблема высветилась у врачей имеющих большой опыт работы.

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.17.

Таблица 3.3.17.

Оценки мнений терапевтов о возможности организации специализированных занятий в поликлиниках, посвященных медицинским проблемам туберкулеза

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом медицинским вопросам							
а) да	31	81,6±3,22	97	91,5±2,32	**<0,02**	128	88,9
б) нет	1	2,6±1,32	5	4,7±1,16	>0,05	6	4,2
в) затрудняюсь ответить	6	15,8±3,03	4	3,8±1,59	**<0,001**	10	6,9

Высказались в пользу организации специальных занятий посвященных этико-правовым вопросам возникающих в связи с заболеванием туберкулезом 63,9% терапевтов, против - 6,9% и затруднились ответить 29,2% респондентов. Интересно отметить, что мнение по данному вопросу практически совпало у всех врачей вне зависимости от стажа работы (p>0,05).

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.18.

Таблица 3.3.18.

Оценки мнений терапевтов о возможности организации специализированных занятий в поликлиниках по этико-правовым вопросам посвященным проблеме туберкулеза

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом этико-правовым вопросам							
а) да	25	65,8±3,95	67	63,2±4,01	>0,05	92	63,9
б) нет	3	7,9±2,24	7	6,6±2,06	>0,05	10	6,9
в) затрудняюсь ответить	10	26,3±3,66	32	30,2±3,82	>0,05	42	29,2

Таким образом, большая часть терапевтов, осознает важность данного вопроса для повседневной работы и нуждается в дополнительной помощи для решения возникающих проблем. Каждый третий врач, отказался высказать свое мнение по данному вопросу, по видимому из-за отсутствия достаточных знаний о существующих этических проблемах.

О пользе организации специальных занятий с терапевтами в поликлиниках, посвященных возникающим психологическим проблемам, ответили утвердительно 59% врачей, причем опытные врачи высказывали такую необходимость чаще своих молодых коллег в 63,2% и 47,4% случаев соответственно ($p<0,02$). Против организации занятий посвященных решению психологических проблем высказались 6,3% врачей и затруднились ответить 34,7% опрошенных. Затруднения с ответом возникали чаще у молодых врачей, чем их более опытных коллег соответственно в 44,7% и 31,1% случаев ($p<0,01$). Распределение ответов представлено в таблице 3.3.19.

Таблица 3.3.19.

Оценки мнений терапевтов о возможности организации специализированных занятий в поликлиниках по психологическим вопросам посвященным проблеме туберкулеза

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом психологическим вопросам							
а) да	18	47,4±4,16	67	63,2±4,01	**<0,01**	85	59,0
б) нет	3	7,9±2,24	6	5,7±1,93	>0,05	9	6,3
в) затрудняюсь ответить	17	44,7±4,14	33	31,1±3,85	**<0,02**	50	34,7

Таким образом, большая часть терапевтов признает важными существующие проблемы психологического плана при общении с больными

туберкулезом, причем достоверно точно эту потребность ощущают опытные терапевты. Однако третья часть врачей попыталась уйти от решения данных вопросов, это в основном молодые доктора, отказавшись отвечать напрямую, что позволяет сделать вывод о существовании психологических проблем при общении с больными туберкулезом.

Высказали мнение о пользе организации специальных занятий с врачами посвященных вопросам оказания социальной помощи больным туберкулезом 49,3% врачей поликлиник, высказались против 13,2% и затруднились ответить 37,5% опрошенных. Необходимо отметить, что поддержали организацию таких занятий врачи с опытом работы более 10 лет в 51,9% случаев, а менее опытные коллеги в 42,1% случаев. Против организации занятий посвященных оказанию социальной помощи молодые врачи, и опытные коллеги в 15,8% и 12,3% случаев и пожелали не отвечать на данный вопрос соответственно 42,1% врачей со стажем до 10 лет и 35,8% со стажем более 10 лет ($p>0,05$).

Распределение ответов представлено в таблице 3.3.20.

Таблица 3.3.20.

Оценки мнений терапевтов о возможности организации специализированных занятий в поликлиниках по вопросам оказания социальной помощи больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом вопросам оказания социальной помощи							
а) да	16	42,1±4,11	55	51,9±4,16	>0,05	71	49,3
б) нет	6	15,8±3,03	13	12,3±2,73	>0,05	19	13,2
в) затрудняюсь ответить	16	42,1±4,11	38	35,8±3,99	>0,05	54	37,5

Таким образом, около половины врачей поликлиник (49,3%) выразили заинтересованность в решении организационных вопросов по оказанию социальной помощи больным туберкулезом. Однако, почти столько же врачей (50,7%) высказали в явной или скрытой форме нежелание заниматься решением социальных проблем у фтизиатрических пациентов.

Подводя итог о целесообразности организации специальных занятий среди терапевтов общегородских поликлиник, посвященных решению медицинских, этико-правовых, психологических и социальных вопросов возникающих в процессе общения с больными туберкулезом, большинство терапевтов высказали мнение о необходимости таких занятий. По важности для себя возникающих проблем, они на первое место поставили решение медицинских вопросов - 88,9%, на второе этико-правовых 63,9%, на третье психологических 59% и последнее место они уделили решению социальных проблем 49,3%.

Таким образом, наиболее важной проблемой, с которой приходится сталкиваться в процессе лечения больных туберкулезом, терапевты определили для себя, как решение медицинских вопросов.

3.4. Проблемы фтизиатрии в оценках врачей, работающих в пенитенциарных учреждениях Волгоградской области

Проблемы, связанные с распространенностью туберкулеза и его медико-социальными последствиями являются актуальными не только для медицинских учреждений гражданской системы здравоохранения, но и для медицинских учреждений пенитенциарной системы. В связи с этим, определенный интерес представляет изучение мнения врачей работающих в пенитенциарных учреждениях.

На вопрос анкеты: «Существует ли прямая связь между распространенностью туберкулеза в исправительно-трудовых учреждениях и в гражданском обществе?» ответили «Безусловно, да» 46,9% и «Скорее да» 22,5% врачей работающих в пенитенциарной системе. Считают, что такая связь, безусловно отсутствует 12,2% опрошенных и сомневаются в этом еще 10,2% врачей. Затруднились ответить 8,2% респондентов.

Таким образом, большинство врачей работающих в пенитенциарных учреждениях 69,4% уверены в существовании прямой причинно-следственной связи между распространенностью туберкулеза в ИТУ и в гражданском обществе. Отрицают наличие такой связи, как в категоричной форме, так и высказывая сомнения по данному вопросу 22,4% опрошенных. (Таблица 3.4.1.)

Таблица 3.4.1.

Оценка мнений врачей пенитенциарной системы в наличии связи между распространенностью туберкулеза в ИТУ и гражданском обществе

Вопрос анкеты	Все (n=49)	
	Абс.	%
Существует ли прямая связь между распространенностью туберкулеза в исправительно-трудовых учреждениях и в гражданском обществе		
а) безусловно, да	23	46,9
б) скорее, да	11	22,5
в) скорее, нет	5	10,2
г) безусловно, нет	6	12,2
д) затрудняюсь ответить	4	8,2

По мнению врачей работающих в медицинской службе пенитенциарных учреждений, наличие в них очагов туберкулеза представляет серьезную опасность для гражданского общества. Так думают 61,2% опрошенных. Не считают опасным для гражданского общества наличия очагов туберкулезной инфекции в ИТУ 34,7% врачей. Затруднились ответить только 4,1% респондентов.

Таким образом, большинство врачей, пенитенциарных учреждений считает опасным существование очагов туберкулезной инфекции в ИТУ для гражданского общества. Однако каждый третий опрошенный не видит в этом серьезной опасности. Необходимо отметить, что врачи активно высказали свое мнение по данному вопросу, что свидетельствует об актуальности для них данной проблемы. (Таблица 3.4.2.)

Таблица 3.4.2.

Оценка мнений о существовании очагов туберкулезной инфекции в ИТУ и опасности, которую они представляют для гражданского общества

Вопрос анкеты	Все (n=49)	
	Абс.	%
Считаете ли Вы, что туберкулез в пенитенциарных учреждениях представляет серьезную опасность для гражданского общества		
а) да	30	61,2
б) нет	17	34,7
в) затрудняюсь ответить	2	4,1

Врачи работающие в «пенитенциарной» системе, в 100% случаев убеждены, что организация тесного взаимодействия между «гражданскими» и «пенитенциарными» противотуберкулезными службами в существующей на сегодня эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Волгоградской области является необходимой, так как позволит повысить эффективность лечения данного контингента больных. (Таблица 3.4.3.)

Таблица 3.4.3.

Оценка мнений о необходимости организации взаимодействия между «гражданскими» и «пенитенциарными» противотуберкулезными службами

Вопрос анкеты	Все (n=49)	
	Абс.	%
Необходимо ли взаимодействие между "гражданскими" и "пенитенциарными" противотуберкулезными службами		
а) да	49	100
б) нет	0	0
в) затрудняюсь ответить	0	0

Поставили реальную оценку существующей на практике системе взаимодействия «гражданских» и «пенитенциарных» противотуберкулезных служб врачи лечебных учреждений ИТУ следующим образом: «Хорошо» 10,2%, «Удовлетворительно» 69,4%, «Неудовлетворительно» 16,3% опрошенных. Затруднились ответить 4,1% респондентов.

Таким образом, большинство врачей работающих в ИТУ 69,4% склонились к мнению, что существующая система взаимодействия между противотуберкулезными службами их вполне удовлетворяет. Однако оценил ее как хорошую только каждый десятый, а каждый пятый и вовсе дал негативную оценку. Необходимо отметить, что необходимость взаимодействия между противотуберкулезными службами не вызывает никаких сомнений, однако пути организации такого взаимодействия в настоящее время все еще не достаточно эффективны и требуют координационной работы со стороны руководителей обоих служб. (Таблица 3.4.4.)

Таблица 3.4.4.

Оценка мнений о реальном взаимодействии «гражданских» и «пенитенциарных» противотуберкулезных служб

Вопрос анкеты	Все (n=49)	
	Абс.	%
В настоящее время взаимодействие между "гражданскими" и "пенитенциарными" противотуберкулезными службами		
а) хорошее	5	10,2
б) удовлетворительное	34	69,4
в) плохое	8	16,3
г) затрудняюсь ответить	2	4,1

Оценивая по значимости основные причины, которые способствуют возникновению и распространению туберкулеза в пенитенциарных учреждениях врачи этих учреждений на первое место поставили «нежелание осужденных с туберкулезом лечиться и соблюдать врачебные предписания», эту причину указали 85,7% опрошенных.

На второе место они поставили фактор наличия туберкулеза у большого количества осужденных, поступающих в пенитенциарные учреждения 49% ответов.

Третьим фактором они отметили преимущественно неблагоприятное течение туберкулеза у осужденных в 34,7% случаев.

В 30,6% врачи указали на очень ограниченные возможности медицины в пенитенциарных учреждениях.

Далее в 14,3% случаев врачи отметили наличие других, более серьезных проблем у пенитенциарных учреждений, чем проблема заболеваемости осужденных туберкулезом.

На несоблюдение осужденными с туберкулезом врачебных рекомендаций по независящим от них причинам указали 12,2% респондентов. 10,2% опрошенных считают важным существование других причин.

На отсутствие фтизиатрической настороженности указали только 4,1% и 2% уделили внимание плохим бытовым условиям содержания осужденных и отсутствию взаимопонимания с «гражданской» противотуберкулезной службой.

Отрадно отметить, что затруднившихся с ответом среди респондентов не оказалось, что свидетельствует о заинтересованности врачей пенитенциарных учреждений в решении проблем предупреждения распространения туберкулеза.

Таким образом, основной причиной, по мнению врачей пенитенциарной системы, влияющей на возникновение и распространение туберкулеза в ИТУ, является нежелание осужденных с туберкулезом лечиться и соблюдать врачебные предписания. Не менее важным они считают тот факт, что в учреждения ИТУ поступают осужденные с не диагностированным

туберкулезом в гражданской системе здравоохранения и существенную роль играет, вытекая из двух перечисленных факторов - неблагоприятное течение туберкулезного процесса у осужденных. (Таблица 3.4.5.)

Таблица 3.4.5.

Детализация причин возникновения и распространения туберкулеза в пенитенциарных учреждениях

Вопрос анкеты	Все (n=49)	
	Абс.	%
Каковы на Ваш взгляд основные причины возникновения и распространения туберкулеза в пенитенциарных учреждениях (возможно несколько ответов)		
а) отсутствие фтизиатрической настороженности у сотрудников данных учреждений	2	4,1
б) не желание осужденных с туберкулезом лечиться и соблюдать врачебные предписания	42	85,7
в) не соблюдение осужденными с туберкулезом врачебных предписаний по независящим от них причинам	6	12,2
г) плохие бытовые условия содержания осужденных	1	2
д) преимущественно неблагоприятное течение туберкулеза у осужденных	17	34,7
е) наличие туберкулеза у большого количества осужденных, поступающих в пенитенциарные учреждения	24	49
ж) очень ограниченные возможности медицины в пенитенциарных учреждениях	15	30,6
з) наличие других, более серьезных проблем у пенитенциарных учреждений, чем туберкулез	7	14,3
и) отсутствие взаимопонимания с гражданской фтизиатрической службой	1	2
к) другие причины	5	10,2
л) затрудняюсь ответить	0	0

В настоящее время в противотуберкулезных диспансерах состоит значительная часть контингента больных прибывших из ИТУ для прохождения дальнейшего лечения и постановке на диспансерный учет. В виду психологических, поведенческих и социальных особенностей работа с этим контингентом больных представляет определенные трудности для врачей

фтизиатров. В связи с этим важно было выяснить мнение врачей работающих в пенитенциарных учреждениях о целесообразности более широкой амнистии больных туберкулезом и нуждающихся в продолжение лечения, с передачей их под наблюдение «гражданской» противотуберкулезной службе.

В 69,4 % врачи пенитенциарных учреждений высказали мнение, что делать это нецелесообразно, еще 28,6% сомневались в необходимости принятия такого решения. Только 2% врачей категорично считали, что, согласны с этим положением. Все врачи высказали свое мнение по этому вопросу, затруднившихся ответить не было.

Таким образом, абсолютное большинство врачей работающих в пенитенциарных учреждениях 98% считает проведение более широкой амнистии больных туберкулезом и передачей их под наблюдение и лечение в «гражданской» противотуберкулезной службе нецелесообразным. (Таблица 3.4.6.)

Таблица 3.4.6.

Оценка мнений о более широкой амнистии больных туберкулезом и дальнейшей передаче их в «гражданские» противотуберкулезные диспансеры

Вопрос анкеты	Все (n=49)	
	Абс.	%
Целесообразна ли более широкая амнистия больных туберкулезом лиц, нуждающихся в продолжении лечения, с передачей их под наблюдение "гражданской" противотуберкулезной службе		
а) да	1	2
б) сомневаюсь в этом	14	28,6
в) нет	34	69,4
г) затрудняюсь ответить	0	0

В целом, оценивая ситуацию по заболеваемости и распространенности туберкулеза в пенитенциарных учреждениях, 40,8% врачей, сотрудников этих учреждений считают, что кардинально она не измениться. Высказали мнение, что она в целом улучшиться 20,4% и столько опрошенных считает наоборот, что она только ухудшиться. Затруднились ответить 18,4% респондентов.

Распределение мнений представлено в таблице 3.4.7.

Таблица 3.4.7.

Оценка мнений о перспективах развития ситуации с туберкулезом в пенитенциарных учреждениях

Вопрос анкеты	Все (n=49)	
	Абс.	%
В целом, в ближайшие годы ситуация по туберкулезу в пенитенциарных учреждениях		
а) улучшится	10	20,4
б) не изменится	20	40,8
в) ухудшится	10	20,4
г) затрудняюсь ответить	9	18,4

Таким образом, мнения врачей по данному вопросу неоднородно разделились. Так каждый четвертый считает, что ситуация с туберкулезом в ИТУ стабильна и меняться в какую либо сторону не будет. Но, тем не менее, каждый пятый опрошенный придерживается абсолютно противоположенных точек зрения, как в сторону улучшения, так ухудшения обстановки. И еще почти пятая часть не высказала своего мнения по данному вопросу, что, по всей видимости, является скрытой формой выражения протеста и несогласия с положительным ответом на данный вопрос.

3.5. Сравнительный анализ представлений специалистов и пациентов о возможностях реабилитации во фтизиатрии

Рассматривая вопрос о трудностях, возникающих в процессе лечения туберкулеза, необходимо отметить, что мнения высказанные пациентами, врачами фтизиатрами и терапевтами поликлиник по ряду причин совпадали.

Врачи фтизиатры и врачи терапевты поликлиник общей лечебной сети отметили, что серьезные затруднения вызывает наличие сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом в 41,3% и 21,5% соответственно. Пациенты указали данную причину в 19,5% случаев. На отсутствие необходимых лекарств, для лечения туберкулеза указали в 20,5% случаев пациенты и в 25% врачи фтизиатры. Говорили о побочном действии лекарственных препаратов пациенты и врачи фтизиатры в 35,3% и 27,2% соответственно. Высказали мнение о частой невротизации и психопатизации больных с туберкулезом врачи фтизиатры и врачи терапевты в 38% и 16,7% соответственно. Другие трудности не менее важные которые испытывали пациенты, фтизиатры и терапевты были описаны ранее.

Таким образом, наиболее значимым затруднением все респонденты отметили наличие сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом. Также важным было мнение об отсутствие необходимых лекарств и побочное действие лекарств, особенно на фоне выраженной невротизации и психопатизации пациентов. Необходимо отметить, что не испытывали трудности в основном сами пациенты и врачи терапевты поликлиник в 16,4% и 20,8% соответственно, а фтизиатры только в 2,2% случаев. Установлено, что наибольшие затруднения в лечении больных туберкулезом испытывают врачи фтизиатры, а в меньшей степени их испытывают сами пациенты и врачи терапевты.

Подробное распределение различных трудностей по оценкам пациентов, врачей фтизиатров и терапевтов поликлиник общей лечебной сети представлено в таблице 3.5.1.

Таблица 3.5.1.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и врачей терапевтов поликлиник города о трудностях при лечении туберкулеза

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	Абс.	Абс.	Абс.
Какие трудности Вы испытываете при лечении туберкулеза (возможно несколько вариантов ответов)						
1) отсутствие веры в выздоровление	82	14,1				
2) наличие многочисленных заболеваний	114	19,5	38	41,3	31	21,5
3) необходимость очень долго находиться в противотуберкулезном диспансере	192	32,8				
4) негативное отношение окружающих к больным туберкулезом людям	132	22,6				
5) отсутствие поддержки со стороны родных / близких	38	6,5				
6) отсутствие нужных лекарств	120	20,5	23	25		
7) побочное действие лекарств	206	35,3	25	27,2		
8) низкая приверженность к лечению			58	63		
9) асоциальное поведение пациентов (в частности их алкоголизацией)			74	80,4		
10) частая невротизация или психопатизация данного контингента больных			35	38	24	16,7
11) недисциплинированность и нарушения режима пациентами			81	88		
12) отсутствием фтизиатрической настороженности					8	5,6
13) трудностями диагностики					35	24,3
14) недостаточными знаниями по фтизиатрии					11	7,6
15) нежеланием пациентов обследоваться на туберкулез					92	63,9
16) отсутствием взаимопонимания с фтизиатрической службой					2	1,4
17) другие причины	29	4,9	7	7,6		
18) особых трудностей нет	96	16,4	2	2,2	30	20,8
19) затрудняюсь ответить	44	7,5	0	0	3	2,1

На вопрос о соблюдении практически всеми фтизиатрическими пациентами врачебных рекомендаций указали 4,3% фтизиатров и 2,8%

терапевтов. Высказали мнение, что рекомендации выполняют только половина пациентов 54,4% фтизиатров и 31,3% терапевтов. Мнение фтизиатров (33,7%) и терапевтов (33,3%) совпало полностью, что рекомендации выполняют лишь третья часть больных туберкулезом. Только 5,4% фтизиатров считают, что рекомендации выполняют единицы пациентов, а вот терапевтов думающих так оказалось 24,3%. Сами пациенты в 76,5% считают, что они полностью соблюдают врачебные рекомендации, частично соблюдает каждый пятый пациент, а не соблюдают всего 1,9% больных. (Таблица 3.5.2.)

Таблица 3.5.2.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов ЛПУ о соблюдении больными врачебных рекомендаций

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Врачебные рекомендации, Вы, скорее всего, соблюдаете:						
1) полностью	447	76,5				
2) частично	116	19,9				
3) практически не соблюдаю	11	1,9				
4) практически все			4	4,3	4	2,8
5) около 50%			50	54,4	45	31,3
6) 20 - 30%			31	33,7	48	33,3
7) единицы или никто			5	5,4	35	24,3
8) затрудняюсь ответить	10	1,7	2	2,2	12	8,3

Таким образом, мнение самих пациентов (76,5%) и мнение врачей участвующих в лечебном процессе (фтизиатры 4,3% и терапевты 2,8%) считающих, что все пациенты выполняют врачебные рекомендации, оказались полностью противоположными. Совпали мнения фтизиатров (33,7%) и терапевтов (33,3%), считающих, что только каждый третий больной соблюдает врачебные рекомендации и каждый пятый больной (19,9%) согласился с этим.

Указали на оптимальный срок стационарного лечения от 60 до 90 дней 22,4% пациентов и 6,5% фтизиатров. Считают оптимальным срок от 90 до 150

дней только 14,6% больных и 51,1% фтизиатров. Более 150 дней пребывать в стационаре считают необходимым 21,9% пациентов и 34,8% фтизиатров. (Таблица 3.5.3.)

Таблица 3.5.3.

Анализ мнений фтизиатров и пациентов о сроках стационарного лечения больного туберкулезом

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
На Ваш взгляд, продолжительность стационарного лечения, когда у Вас впервые выявили туберкулез органов дыхания, должна была бы быть				
а) 60 - 90 дней	131	22,4	6	6,5
б) 90 - 150 дней	85	14,6	47	51,1
в) более 150 дней	128	21,9	32	34,8
г) затрудняюсь ответить	240	41,1	7	7,6

Таким образом, большая часть пациентов (22,4%) желает находиться на стационарном лечении срок до 3-х месяцев, а врачи фтизиатры (51,1%) оптимальным сроком пребывания в стационаре считают продолжительностью до 5-и месяцев.

О реальных сроках нахождения в стационаре до 90 дней указали 14,6% пациентов и только 8,7% фтизиатров. О том, что лечились в стационаре до 150 дней, сообщили 14,9% пациентов и 44,6% фтизиатров, указали срок более 150 дней 36,3% больных и 32,6% фтизиатров.

Таким образом, реальный срок пребывания в стационаре оказался продолжительностью более 150 дней, в чем мнения пациентов 34,2% и фтизиатров 32,6% совпадали. Однако желаемое пребывание больных в стационаре более короткие сроки (60-90) дней (14,6%) не совпало с их реальным нахождением (более 150) дней (36,3%). А вот мнение фтизиатров об оптимальных сроках стационарного лечения и реальном пребывании больных в стационаре практически совпало полностью соответственно 34,8% и 32,6%. (Таблица 3.5.4.)

Таблица 3.5.4.

Анализ мнений пациентов и фтизиатров о реальном нахождении больных на стационарном лечении

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Сколько Вы тогда реально находились на стационарном лечении				
а) 60 - 90 дней	85	14,6	8	8,7
б) 90 - 150 дней	87	14,9	41	44,6
в) более 150 дней	212	36,3	30	32,6
г) затрудняюсь ответить	200	34,2	13	14,1

При определении дальнейшего места продолжения лечения после выписки из стационара 16,5% пациентов указали на желание продолжить лечение в амбулаторных условиях диспансерного отделения противотуберкулезного диспансера и 41,3% фтизиатров поддержали это мнение. В 47% случаев пациенты предпочитают продолжить лечение в условиях противотуберкулезного санатория, с чем согласны и 56,5% фтизиатров. На желание продолжить лечение дома указали 26,2% больных и только 1,1% фтизиатров разделяют такую возможность. (Таблица 3.5.5.)

Таблица 3.5.5.

Анализ мнений пациентов и фтизиатров о месте продолжения лечения после выписки из стационара

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Где, по Вашему мнению, лучше лечиться после выписки из стационара				
а) в диспансерном отделении противотуберкулезного диспансера	97	16,5	38	41,3
б) в санатории	274	47	52	56,5
в) дома	153	26,2	1	1,1
г) затрудняюсь ответить	60	10,3	1	1,1

Таким образом, мнение и пациентов (47%) и врачей фтизиатров (56,5%) считающих оптимальным продолжение лечения в условиях противотуберкулезного санатория совпали. Однако необходимо отметить, что почти половина врачей фтизиатров (41,3%) предпочитает все же продолжить лечение в условиях диспансерного отделения противотуберкулезного диспансера, в этом их поддерживает и 16,5% больных. И обращает особое внимание тот факт, что каждый четвертый пациент (26,2%) хотел бы лечиться в домашних условиях, с чем категорически не согласны врачи (1,1%).

Высказали свое мнение о пользе санаторного лечения респонденты следующим образом: в 78,6% случаев пациенты и в 88% фтизиатры считают, что оно полезно. Сомневаются или отрицают полезность санаторного лечения только 8,2% пациентов и 10,9% фтизиатров. (Таблица 3.5.6.)

Таблица 3.5.6.

Анализ мнений пациентов и фтизиатров о полезности санаторного лечения

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Считаете ли Вы полезным санаторное лечение после выписки из стационара				
а) безусловно, да	291	49,8	50	54,3
б) скорее да	168	28,8	31	33,7
в) скорее нет	38	6,5	10	10,9
г) безусловно, нет	10	1,7	0	0
д) затрудняюсь ответить	77	13,2	1	1,1

Таким образом, большинство больных туберкулезом и врачей фтизиатров не сомневаются в полезности санаторного лечения после выписки из стационара.

Выбирая оптимальные сроки санаторного лечения, пациенты в 20,4% предпочли срок до 30 дней, а фтизиатров думающих также только 8,7%. Срок лечения до 45 дней поддерживают 18,6% пациентов и 46,8% фтизиатров. Считают необходимым лечиться в санатории более 45 дней 25,2% пациентов и

38% врачей фтизиатров. Не смогли определиться с ответом 35,5% пациентов и 6,5% врачей.

Таким образом, врачи фтизиатры считают оптимальным сроком лечения в санатории - пребывание больного до 45 дней, так думает каждый второй специалист, а пациенты предпочитают находиться в санатории более 45 дней, о чем сказал каждый четвертый больной. (Таблица 3.5.7.)

Таблица 3.5.7.

Анализ мнений пациентов и фтизиатров об оптимальных сроках санаторного лечения

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Какова с Вашей точки зрения оптимальная продолжительность санаторного долечивания после выписки из стационара				
а) до 30 дней	119	20,4	8	8,7
б) до 45 дней	109	18,6	43	46,8
в) более 45 дней	147	25,2	35	38
г) затрудняюсь ответить	209	35,8	6	6,5

Процесс реабилитации неразрывно связан с лечением и является логическим его завершением, позволяющим полностью или частично восстановить утраченное здоровье, а также нормализовать психологическое состояние и социальное функционирование. Поэтому крайне важна оценка этого процесса, как самими больными, так и врачами фтизиатрами. Так только в 34,9% случаев пациенты оказались удовлетворены полнотой существующей реабилитации фтизиатрических больных, врачей фтизиатров удовлетворенных полнотой реабилитации оказалось 30,4%. Наибольшее неудовлетворение существующей системой реабилитации высказали фтизиатры в 58,7% случаев, пациенты считали также только в 18,4% случаев. Однако необходимо отметить, что почти каждый второй больной туберкулезом (46,7%) от ответа на данный вопрос уклонился, что, несомненно, свидетельствует о скрытой

неудовлетворенности от проводимой реабилитации. (Таблица 3.5.8.)

Таблица 3.5.8.

Анализ мнений удовлетворенности полнотой реабилитации пациентов и врачей фтизиатров

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Удовлетворены ли Вы полнотой реабилитации после выписки из стационара				
а) безусловно, да	100	17,1	1	1,1
б) скорее да	105	17,8	27	29,3
в) скорее нет	74	12,8	43	46,7
г) безусловно, нет	32	5,6	11	12
д) затрудняюсь ответить	273	46,7	10	10,9

Таким образом, существующим процессом реабилитации фтизиатрических пациентов удовлетворены только каждый третий больной и каждый третий врач, что свидетельствует о равнозначной оценке этого процесса, как со стороны пациента, так и со стороны врача. Полученные данные свидетельствуют о явно недостаточном внимании, уделяемом реабилитации фтизиатрических пациентов в настоящее время.

Рассматривая вопрос о целесообразности создания «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», с целью оказания различной помощи больным людям в 70,1% пациенты, в 63,1% фтизиатры и в 52,8% случаев врачи терапевты поликлиник поддерживают создание такой организации. Выразили сомнение или отрицательное отношение к созданию такой организации 8,2% пациентов, 16,3% фтизиатров и 32,6% врачей терапевтов поликлиник. Затруднились с определением своего мнения 21,7% пациентов, 20,6% фтизиатров и 14,6% терапевтов. (Таблица 3.5.9.)

Таблица 3.5.9.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов ЛПУ о необходимости создания «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом»

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Целесообразно ли создание "Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом", которая оказывала бы различную помощь болеющим туберкулезом людям						
а) безусловно	239	40,9	25	27,2	34	23,6
б) скорее да	170	29,2	33	35,9	42	29,2
в) скорее нет	25	4,3	9	9,8	30	20,8
г) безусловно, нет	23	3,9	6	6,5	17	11,8
д) затрудняюсь ответить	127	21,7	19	20,6	21	14,6

Таким образом, абсолютное большинство самих пациентов, врачей фтизиатров и врачей терапевтов считает необходимым создание такой ассоциации для оказания различной помощи больным туберкулезом людям. Наиболее критично высказались по этому вопросу врачи терапевты поликлиник ЛПУ (32,6%), а менее всего сами пациенты (8,2%).

О необходимости оказания им психологической помощи в связи с заболеванием туберкулезом указали 30,1% фтизиатрических пациентов. Считают, что такая помощь необходима практически всем больным 56,5% фтизиатров и 34% терапевтов. О нуждаемости в помощи половины больных отметили 18,5% фтизиатров и 30,5% терапевтов, а считают, что достаточно только 20-30% ее оказать 13% фтизиатров и 17,4% терапевтов. В 59,1% случаев больные туберкулезом сказали, что не нуждаются в оказании психологической (психотерапевтической) помощи. Мнение, что в ней нуждаются единицы больных туберкулезом, в 8,7% высказали фтизиатры и в 6,3% терапевты. Затруднились с ответом 10,8% пациентов, 11,8% терапевтов и только 3,3% фтизиатров. (Таблица 3.5.10.)

Таблица 3.5.10.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов поликлиник ЛПУ о необходимости оказания психологической помощи больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
В связи с заболеванием туберкулезом Вы нуждаетесь/нуждались/ в психологической /психотерапевтической/ помощи						
а) да	176	30,1				
б) нет	345	59,1				
а) практически все			52	56,5	49	34
б) около 50%			17	18,5	44	30,5
в) 20 - 30%			12	13	25	17,4
г) единицы или никто			8	8,7	9	6,3
в) затрудняюсь ответить	63	10,8	3	3,3	17	11,8

Таким образом, считают необходимым оказывать психологическую помощь практически всем больным туберкулезом 56,5% фтизиатров и 34% терапевтов, а сами пациенты в 59,1% случаев не видят такой необходимости. Только каждый третий пациент (30,1%) согласился на оказание психотерапевтической помощи.

Реально психологическая помощь, по мнению пациентов, была оказана им лишь в 17,3% случаев, а не получили они её 82,7% случаев. Врачи фтизиатры и терапевты указали, что получили такую помощь практически все больные в 2,2% и 9% случаев соответственно. Оказана психологическая поддержка половине больных, по мнению фтизиатров в 2,2% случаев и в 3,5% по мнению терапевтов, а наличие такой помощи у 20-30% пациентов отметили 2,2% фтизиатров и 2,1% терапевтов. О том, что реально психологическая помощь была оказана, только единичным пациентам в 70,6 % случаев, считали фтизиатры и в 53,4 % терапевты поликлиник ЛПУ.

Таким образом, врачи фтизиатры и врачи терапевты поликлиник ЛПУ, уверены, что большинство больных туберкулезом нуждаются в оказании психологической помощи, а сами фтизиатрические пациенты с такой точкой зрения не согласились. (Таблица 3.5.11.)

Таблица 3.5.11.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов поликлиник о реально оказанной психологической помощи

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Какую-либо психологическую /психотерапевтическую/ помощь Вы получаете /получили/						
а) да	101	17,3				
б) нет	483	82,7				
а) практически все			2	2,2	13	9
б) около 50%			2	2,2	5	3,5
в) 20 - 30%			2	2,2	3	2,1
г) единицы или никто			65	70,6	77	53,4
д) затрудняюсь ответить	0	0	21	22,8	46	32

Высказали мнение о необходимости социальной поддержки в связи с заболеванием туберкулезом 68,8% пациентов. Считают, что практически все больные туберкулезом нуждаются в социальной помощи 27,2% фтизиатров и 29,2% врачей терапевтов. О необходимости социальной помощи 50% фтизиатрических пациентов указали 39,2% фтизиатров и 16% терапевтов, еще 19,6% фтизиатров и 22,2% терапевтов думают, что нуждаются в социальной помощи только 20-30% больных.

В 20,4% случаев сами больные указали, что в социальной помощи они не нуждаются. Фтизиатры и врачи терапевты думают, что в социальной поддержке нуждаются только единицы больных в 3,3% и 11,8% случаев соответственно. Затруднились ответить 10,8% пациентов, 10,7% фтизиатров и 20,8% терапевтов.

Таким образом, считают необходимым оказывать социальную помощь практически всем больным туберкулезом 27,2% фтизиатров и 29,2% терапевтов, а сами пациенты в 68,8% случаев уверены, что она им необходима. (Таблица 3.5.12.)

Таблица 3.5.12.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов поликлиник ЛПУ о необходимости оказания социальной помощи больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
В связи с заболеванием туберкулезом Вы нуждаетесь /нуждались/ в социальной помощи						
а) да	402	68,8				
б) нет	119	20,4				
а) практически все			25	27,2	42	29,2
б) около 50%			36	39,2	23	16
в) 20 - 30%			18	19,6	32	22,2
г) единицы или никто			3	3,3	17	11,8
д) затрудняюсь ответить	63	10,8	10	10,7	30	20,8

Реально социальная помощь, по мнению пациентов, была оказана им лишь в 7,8% случаев, а не получили они её 84% случаев. Врачи фтизиатры и терапевты указали, что социальную помощь получили практически все больные в 1,1% и 4,2% случаев соответственно. Оказана социальная поддержка половине больных, по мнению фтизиатров в 2,2% случаев и в 2,1,% по мнению терапевтов, на наличие такой помощи у 20-30% пациентов отметили 5,4% фтизиатров и 6,9% терапевтов. О том, что реально психологическая помощь была оказана, только единичным пациентам в 65,2 % случаев, считали фтизиатры и в 51,7 % терапевты поликлиник ЛПУ. Затруднились ответить 8,2% пациентов, 26,1% фтизиатров и 36,1% терапевтов.

Обращает на себя внимание тот факт, что каждый четвертый фтизиатр, и каждый третий терапевт практически не имеют информации о мерах социальной поддержки, которыми пользуются больные туберкулезом. (Таблица 3.5.13.)

Таблица 3.5.13.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов поликлиник о реально оказанной социальной помощи

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Какую-либо социальную поддержку от служб социальной помощи Вы получаете/получили/ кроме пенсии по инвалидности, если она у Вас есть						
а) да	46	7,8				
б) нет	490	84				
а) практически все			1	1,1	6	4,2
б) около 50%			2	2,2	3	2,1
в) 20 - 30%			5	5,4	10	6,9
г) единицы или никто			60	65,2	73	50,7
д) затрудняюсь ответить	48	8,2	24	26,1	52	36,1

Таким образом, большинство фтизиатрических пациентов (68,8%) считают, что им необходимы дополнительные меры социальной поддержки в связи с заболеванием туберкулезом, реально же её получили только 7,8% больных. Каждый третий врач фтизиатр (27,2%) и терапевт (29,2%) уверен, что дополнительная социальная помощь необходима практически всем пациентам, а реально получили её единицы больных, в этом уверены 65,2% фтизиатров и 50,7% терапевтов.

Пациенты противотуберкулезных диспансеров в 2,4% случаев отметили, что регулярно получают помощь от различных благотворительных организаций, редко пользовались поддержкой благотворительных организаций 4,8% больных и 92,8% больных никогда не получали её. Врачей фтизиатров уверенных, что благотворительные организации много помогают больным туберкулезом, не оказалось совсем, а терапевты составили 0,7%. Считают, что ограниченная помощь поступает в туберкулезные стационары 17,4% фтизиатров и 6,9% терапевтов. В том, что благотворительные организации практически не помогают больным туберкулезом, убеждены 64,1% фтизиатров и 47,9% терапевтов. (Таблица 3.5.14.)

Таблица 3.5.14.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов поликлиник о помощи со стороны благотворительных организаций

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
От благотворительных (общественных) организаций какую-либо помощь Вы						
а) получали /получаете постоянно, регулярно/	14	2,4				
б) иногда /редко/	28	4,8				
в) никогда не получали	542	92,8				
Благотворительные (общественные) организации в настоящее время больным туберкулезом людям						
а) много помогают			0	0	1	0,7
б) ограниченно помогают			16	17,4	10	6,9
в) практически не помогают			59	64,1	69	47,9
г) затрудняюсь ответить			17	18,5	64	44,5

Таким образом, мнение большинства фтизиатрических пациентов, врачей фтизиатров и врачей терапевтов поликлиник ЛПУ, совпало в том, что реальная помощь со стороны различных благотворительных организаций больным туберкулезом людям отсутствует.

Об участии Русской Православной Церкви и других религиозных организаций, в оказании какой либо помощи больным туберкулезом, 46,7% фтизиатров и 35,4% терапевтов высказали мнение, что помощь с их стороны практически отсутствует. Считают, что религиозные организации ограниченно помогают 25% фтизиатров и 12,5% терапевтов и не получено ни одного положительного ответа от фтизиатров уверенных в оказании многосторонней помощи со стороны религиозных организаций, а терапевтов думающих также, всего 1,4%. Затруднились ответить 28,3% фтизиатров и 50,7% терапевтов. В то же время пациенты в 35,4% случаев говорили о необходимости помощи со стороны священнослужителей, отрицали такую помощь 38,7% и затруднились

ответить 25,9% опрошенных. Реально же помощь со стороны священнослужителей была оказана только 11,4% больных, а 88,7% такой помощи не получили. (Таблица 3.5.15.)

Таблица 3.5.15.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов поликлиник о реальной помощи со стороны религиозных организаций

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Хотели бы Вы получить какую-либо помощь со стороны священнослужителей (исповедоваться, креститься, получать какие либо советы и т.п.)						
а) да	207	35,4				
б) нет	226	38,7				
в) затрудняюсь ответить	151	25,9				
Какую-либо помощь со стороны священнослужителей Вы получали /получаете/						
а) да	66	11,3				
б) нет	518	88,7				
Православная церковь и другие религиозные организации в настоящее время больным туберкулезом людям						
а) много помогают			0	0	2	1,4
б) ограниченно помогают			23	25	18	12,5
в) практически не помогают			43	46,7	51	35,4
г) затрудняюсь ответить			26	28,3	73	50,7

Таким образом, каждый третий больной туберкулезом (35,4%) высказал мнение о необходимости получить помощь со стороны священнослужителей, а получил такую помощь только каждый десятый больной (11,3%). Каждый четвертый пациент (25,9%) не определился по этому вопросу и каждый третий (38,7%) не считает это необходимым для себя. И врачи фтизиатры (46,7%) и терапевты (35,4%) в большинстве уверены, что религиозные организации практически не помогают больным туберкулезом, а та помощь, которая, оказывается, носит ограниченный, скорее разовый характер. Обращает

внимание тот факт, что каждый третий фтизиатр и каждый второй терапевт, уклонился от ответа на данный вопрос.

Оценивая причины рецидивов туберкулеза в настоящее время, фтизиатры на первое место поставили ведение пациентами асоциального образа жизни (85,9%), а терапевты низкий материальный доход значительной части населения (73,6%). На второе место фтизиатры поставили низкий материальный доход значительной части населения (79,3%), а терапевты ведение пациентами асоциального образа жизни (70,1%). На третье место фтизиатры поставили психосоциальные стрессы (56,5%), а терапевты неудовлетворительные условия труда и быта пациентов (57,3%). На четвертом месте фтизиатры расположили фактор неудовлетворительных условий труда и быта пациентов (52,2%), а терапевты указали на низкую приверженность к лечению пациентов (54,2%). На пятое место фтизиатры поставили низкую приверженность к лечению пациентов (51,2%), а терапевты отметили наличие психосоциальных стрессов (43,1%). На шестом месте фтизиатры расположили фактор отсутствия фтизиатрической настороженности у врачей общей лечебной сети (48,9%), а терапевты указали на наличие лекарственной устойчивости (36,1%). На седьмое место фтизиатры поставили фактор наличия лекарственной устойчивости (46,7%), а терапевты – низкую резистентность организма (34%). Далее, по мнению фтизиатров, следовал фактор низкой резистентности организма (41,3%), а терапевты указали на недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулезных служб (28,5%). На девятое место фтизиатры поставили недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулезных служб (26,1%), а терапевты – низкое качество противотуберкулезного лечения (16%). Десятым по значимости фтизиатры отметили недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулезных служб (25%), а терапевты указали на недостаточное взаимодействие противотуберкулезной и общемедицинской служб (14,6%). И только на одиннадцатое место фтизиатры поставили низкое качество противотуберкулезного лечения (19,6%), а терапевты - отсутствие

фтизиатрической настороженности у врачей обще лечебной сети (11,8%). На двенадцатом месте и фтизиатры (13%) и терапевты (6,9%) сошлись во мнении, что рецидивы очень характерны для туберкулеза. На последнем месте обе группы врачей указали другие причины. (Таблица 3.5.16.)

Таблица 3.5.16.

Анализ мнений фтизиатров и врачей терапевтов поликлиник города о причинах рецидивов туберкулеза в настоящее время

Вопрос анкеты	Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%
Каковы на Ваш взгляд причины рецидивов туберкулеза в настоящее время (возможно несколько ответов)				
а) низкое качество противотуберкулезного лечения	18	19,6	23	16
б) отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей общемедицинской сети	45	48,9	17	11,8
в) неудовлетворительные условия труда и быта	48	52,2	83	57,3
г) низкий материальный доход значительной части населения	73	79,3	106	73,6
д) психосоциальные стрессы	52	56,5	62	43,1
е) низкая приверженность к лечению пациентов	47	51,2	78	54,2
ж) ведение асоциального образа жизни пациентами	79	85,9	101	70,1
з) недостаточное взаимодействие противотуберкулезной и общемедицинской служб	24	26,1	21	14,6
и) недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулезных служб	23	25	41	28,5
к) рецидивы очень характерны для туберкулеза	12	13	10	6,9
л) наличие лекарственной устойчивости	43	46,7	52	36,1
м) низкая резистентность организмов многих людей	38	41,3	49	34
н) другие причины	8	8,7	5	3,5
о) затрудняюсь ответить	0	0	3	2,1

Таким образом, основными причинами возникновения рецидивов туберкулеза и фтизиатры, и терапевты, считают социальные и психологические факторы, а медицинские уходят на второй план. Необходимо отметить, что наибольшие разногласия возникли по вопросу связанному с отсутствием фтизиатрической настороженности у врачей общей лечебной сети, так практически каждый второй фтизиатр (48,9%) говорил об этом и только каждый десятый терапевт (11,8%) соглашался с этим. Взаимосвязанным оказался с этим оказался и вопрос о недостаточном взаимодействии противотуберкулезных и общемедицинских служб. Каждый четвертый фтизиатр (26,1%) указал на важность данного вопроса, а согласился с этим только каждый восьмой терапевт (14,6%).

Осознают, что рецидивы туберкулеза протекают тяжелее и эпидемически более опасны, чем новые случаи заболевания 86,9% фтизиатров и 70,9% терапевтов. Усомнились в этом 9,8% фтизиатров и 21,5% терапевтов. Абсолютно не согласных с таким утверждением фтизиатров не было, а терапевты составили 0,7%. Затруднились ответить 3,3% фтизиатров и 6,9% терапевтов. (Таблица 3.5.17.)

Таблица 3.5.17.

Анализ мнений фтизиатров и терапевтов ЛПУ об опасности рецидивов туберкулеза по сравнению с новым случаем заболевания

Вопрос анкеты	Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%
Считаете ли Вы, что рецидивы туберкулеза протекают тяжелее и эпидемически более опасны, чем новые случаи заболевания				
а) безусловно, да	37	40,2	47	32,6
б) скорее, да	43	46,7	55	38,3
в) скорее, нет	9	9,8	31	21,5
г) безусловно, нет	0	0	1	0,7
д) затрудняюсь ответить	3	3,3	10	6,9

Таким образом, большинство фтизиатров и терапевтов считают, что рецидивы туберкулеза более опасны с эпидемиологической точки зрения и клинически протекают тяжелее, чем новые случаи заболевания. Сомнения возникали у каждого пятого терапевта, не согласных с этим фтизиатров не было ни одного.

Достаточным сроком диспансерного наблюдения за больным туберкулезом в течение 2-х лет считают 3,3% фтизиатров и 1,4% терапевтов. Наблюдать за фтизиатрическими больными в течение 3-5 лет необходимо, по мнению фтизиатров в 79,3% случаев, терапевты думают также в 46,5%. О необходимости пожизненного наблюдения за больным туберкулезом говорили 12% фтизиатров и 45,2% терапевтов. Срок наблюдения до 1 года не указал ни один врач. Затруднились ответить 5,4% фтизиатров и 6,9% терапевтов. (Таблица 3.5.18.)

Таблица 3.5.18.

Анализ мнений фтизиатров и терапевтов о длительности наблюдения за фтизиатрическим пациентом

Вопрос анкеты	Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%
Как долго должен наблюдаться фтизиатрический пациент после постановки диагноза туберкулез				
а) до 1 года	0	0	0	0
б) до 2-х лет	3	3,3	2	1,4
в) до 3 - 5 лет	73	79,3	67	46,5
г) пожизненно	11	12	65	45,2
д) затрудняюсь ответить	5	5,4	10	6,9

Таким образом, большинство фтизиатров и терапевтов считают оптимальным сроком наблюдения за фтизиатрическим пациентом от 3 до 5 лет. Однако каждый второй терапевт, и каждый восьмой фтизиатр настаивают на пожизненном наблюдении за больными туберкулезом.

О необходимости наблюдения за пациентами с остаточными

посттуберкулезными изменениями в легких в условиях противотуберкулезного диспансера высказались 26,1% фтизиатров и 20,8% терапевтов. Высказали сомнения, но поддержали данное мнение еще 32,6% фтизиатров и 36,8% терапевтов. В 26,1% случаев фтизиатры и в 13,2% терапевты считают, что такие пациенты должны наблюдаться в поликлиниках общей лечебной сети, сомневались, но все же выбрали общемедицинские учреждения еще 13% фтизиатров и 24,3% терапевтов. Затруднились с ответом 2,2% фтизиатров и 4,9% терапевтов. (Таблица 3.5.19.)

Таблица 3.5.19.

Анализ мнений фтизиатров и терапевтов о месте наблюдения за больными с остаточными посттуберкулезными изменениями

Вопрос анкеты	Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%
Как Вы считаете, где должны наблюдаться пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями				
а) безусловно, в ПТД	24	26,1	30	20,8
б) скорее в ПТД	30	32,6	53	36,8
в) безусловно, в ЛПУ	24	26,1	19	13,2
г) скорее в ЛПУ	12	13	35	24,3
д) затрудняюсь ответить	2	2,2	7	4,9

Таким образом, в едином мнении и фтизиатры (58,7%) и терапевты (57,6%) считают необходимым оставить больных с посттуберкулезными изменениями для наблюдения в условиях противотуберкулезного диспансера. Но, тем не менее, значительная часть и фтизиатров (39,1%) и терапевтов (37,5%) придерживаются противоположенной точки зрения и выступают за передачу таких больных в учреждения общей лечебной сети.

Эффективности проводимой в настоящее время санитарно-просветительной работы по вопросам раннего выявления и профилактики туберкулеза 19,6% фтизиатров и 47,9% терапевтов дали положительную оценку. На неэффективность санитарно-просветительной работы указали 59,8%

фтизиатров и 46,5% терапевтов. Затруднились ответить, 20,6% фтизиатров и 5,6% терапевтов. (Таблица 3.5.20.)

Таблица 3.5.20.

Анализ мнений фтизиатров и терапевтов об эффективности проводимой санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам выявления и профилактики туберкулеза

Вопрос анкеты	Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%
Эффективна ли проводимая в настоящее время санитарно-просветительная работа по вопросам выявления и профилактики туберкулеза				
а) да	18	19,6	69	47,9
б) нет	55	59,8	67	46,5
в) затрудняюсь ответить	19	20,6	8	5,6

Таким образом, абсолютное большинство фтизиатров признало проводимую санитарно-просветительную работу по выявлению и профилактике туберкулеза как неэффективную. Терапевты придерживаются другой точки зрения и считают проводимую санитарно-просветительную работу достаточно эффективной. В тоже время необходимо отметить, что практически каждый второй терапевт дал отрицательную оценку проводимым мероприятиям. Обращает на себя внимание и тот факт, что воздержался от прямого ответа каждый пятый фтизиатр.

Давая оценку утверждению, что в настоящее время помощь больным туберкулезом носит исключительно медикаментозный характер, а социальным, психологическим и другим аспектам реабилитации уделяется недостаточно внимания 76,1% фтизиатров и 52,7% терапевтов полностью с этим согласны. Еще 20,6% фтизиатров и 36,1% терапевтов согласились с этим частично. Среди фтизиатров кто бы отрицал данное утверждение не получено ни одного ответа, а терапевты составили всего 5,6% опрошенных. Затруднились с ответом, 3,3%

фтизиатров и 5,6% терапевтов. (Таблица 3.5.21.)

Таблица 3.5.21.

Анализ мнений фтизиатров и терапевтов по различным аспектам реабилитации фтизиатрических пациентов

Вопрос анкеты	Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%
Согласны ли Вы с утверждением, что в настоящее время помощь больным туберкулезом носит исключительно медикаментозный характер, а социальным, психологическим и другим аспектам реабилитации уделяется недостаточно внимания				
а) полностью согласен	70	76,1	76	52,7
б) частично согласен	19	20,6	52	36,1
в) совсем не согласен	0	0	8	5,6
г) затрудняюсь ответить	3	3,3	8	5,6

Таким образом, абсолютное большинство фтизиатров 96,7% и терапевтов 88,8% считают, что действительно в настоящее время помощь больным туберкулезом носит исключительно медикаментозный характер, другим аспектам реабилитации практически не уделяется никакого внимания. Важно отметить, что это понимают не только врачи фтизиатры, и врачи терапевты общей лечебной сети.

Оценивая уровень взаимодействия между «гражданскими» и «пенитенциарными" противотуберкулезными службами 5,4% фтизиатров и 10,2% врачей работающих в системе ИТУ считают его достаточно хорошим. Оценили данное сотрудничество как удовлетворительное 39,1% фтизиатров и 69,4% врачей ИТУ. Считают существующее взаимодействие неудовлетворительным 29,4% фтизиатров и 16,3% врачей пенитенциарной системы. Затруднились ответить, 26,1% фтизиатров и 4,1% врачей ИТУ. (Таблица 3.5.22.)

Таблица 3.5.22.

Анализ мнений фтизиатров и врачей пенитенциарной системы по вопросам взаимодействия между противотуберкулезными службами

Вопрос анкеты	Фтизиатры (n=92)		Врачи МВД (n=49)	
	Абс.	%	Абс.	%
В настоящее время взаимодействие между "гражданскими" и " пенитенциарными" противотуберкулезными службами				
а) хорошее	5	5,4	5	10,2
б) удовлетворительное	36	39,1	34	69,4
в) плохое	27	29,4	8	16,3
г) затрудняюсь ответить	24	26,1	2	4,1

Таким образом, абсолютное большинство врачей работающих в пенитенциарной системе и большинство фтизиатров считают, что в настоящее время взаимодействие между «гражданскими» и «пенитенциарными» противотуберкулезными службами удовлетворительное, считают его хорошим только единицы врачей, а каждый третий фтизиатр им явно недоволен и каждый четвертый уклонился от ответа.

Рассматривая вопрос участия родственников в судьбе больных туберкулезом пациентов, сами больные в 63,1% отметили, что они их очень поддерживают в борьбе с болезнью. Говорили, что родные немного поддерживают 22,4% пациентов и указали на отсутствии какой-либо помощи со стороны родных и близких 9,4% опрошенных. Считают, что практически все больные туберкулезом получают реальную поддержку со стороны родственников 8,7% фтизиатров. Думают, что помощь со стороны родных и близких оказана в 50% случаев 38,1% врачей фтизиатров, еще 21,7% уверены, что помощь родственников получают около 20-30% больных. Мнение о том, что только единицы больных получают поддержку со стороны близких, высказали 13,1% фтизиатров. Затруднились с ответом, 5,1% пациентов и 18,4% фтизиатров. (Таблица 3.5.23.)

Таблица 3.5.23.

Анализ мнений пациентов и фтизиатров о реальной поддержке больных туберкулезом со стороны родных и близких

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Поддерживают ли Вас родные и близкие в связи с заболеванием туберкулезом				
а) да, очень поддерживают	368	63,1		
б) немного поддерживают	131	22,4		
в) никак не поддерживают	55	9,4		
г) затрудняюсь ответить	30	5,1		
Сколько Ваших пациентов, больных туберкулезом, получили /получают/ помощь и реальную поддержку со стороны своей семьи и родственников				
а) практически все			8	8,7
б) около 50%			35	38,1
в) 20 - 30%			20	21,7
г) единицы или никто			12	13,1
д) затрудняюсь ответить			17	18,4

Таким образом, большинство фтизиатрических пациентов говорили о значительной поддержке со стороны родных, а большинство фтизиатров с этим не согласились и указали, что только 50% больных получают реальную помощь со стороны родственников. Обращает на себя внимание тот факт, что каждый пятый больной получил лишь небольшую помощь, а каждый десятый и вовсе остался без неё, что подтвердили своими ответами и фтизиатры.

Большинство пациентов 63,5% и фтизиатров 88,1% высказали мнение, что считают полезным обеспечение больных и их родственников литературой, содержащей медицинские рекомендации для людей, болеющих туберкулезом. Не видят пользы от распространения такой литературы среди больных и их родственников 15,1% пациентов и только 4,3% фтизиатров. Затруднились с ответом на данный вопрос 21,4% больных и 7,6% врачей. (Таблица 3.5.24.)

Таблица 3.5.24.

Анализ мнений пациентов и фтизиатров о полезности обеспечения медицинской литературой с рекомендациями больных туберкулезом и их родственников

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Полезно было бы обеспечить Вас литературой, содержащей медицинские рекомендации для людей, болеющих туберкулезом и их родственников				
а) да	371	63,5	81	88,1
б) нет	88	15,1	4	4,3
в) затрудняюсь ответить	125	21,4	7	7,6

Таким образом, абсолютное большинство фтизиатров, не ставит под сомнение вопрос о пользе обеспечения медицинской литературой больных туберкулезом и их родственников. Сами пациенты, хотя в большинстве случаев и говорили о пользе данного мероприятия, но, тем не менее, каждый шестой больной пользы в этом не увидел, а каждый пятый уклонился от прямого ответа.

О пользе организации специальных занятий для терапевтов общей лечебной сети, посвященных связанным с туберкулезом медицинским вопросам, согласились 88,1% фтизиатров и 88,9% терапевтов. Не согласились с проведением таких занятий только 4,3% фтизиатров и 4,2% терапевтов. Затруднились ответить на данный вопрос 7,6% фтизиатров и 6,9% терапевтов.

О пользе организации специальных занятий для терапевтов общей лечебной сети, посвященных связанным с туберкулезом этико-правовым вопросам, согласились 78,3% фтизиатров и 63,9% терапевтов. Не согласились с полезностью таких мероприятий только 1,1 % фтизиатров и 6,9 % терапевтов. Не имеют своего четкого мнения о необходимости таких занятий 20,6% фтизиатров и 29,2% терапевтов.

О пользе организации специальных занятий для терапевтов общей лечебной сети, посвященных связанным с туберкулезом психологическим

вопросам, говорили 68,5% фтизиатров и 59% терапевтов. Не видят пользы от проведения таких занятий 4,3% фтизиатров и 6,3% терапевтов. Затруднились сформулировать свое мнение по данному вопросу 27,2% фтизиатров и 34,7% терапевтов.

В необходимости организации специальных занятий для терапевтов общей лечебной сети, посвященных связанным с туберкулезом вопросам оказания социальной помощи больным, не сомневались 63,1% фтизиатров и 49,3% терапевтов. Считают не нужным проводить такие мероприятия среди терапевтов 6,5% фтизиатров и 13,2% терапевтов. Не определились с собственным мнением на момент опроса, касательно социальных моментов помощи 30,4% фтизиатров и 37,5% терапевтов. (Таблица 3.5.25.)

Таблица 3.5.25.

Анализ мнений фтизиатров и терапевтов о полезности организации занятий для врачей поликлиник по реабилитации фтизиатрических пациентов

Вопрос анкеты	Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом медицинским вопросам				
а) да	81	88,1	128	88,9
б) нет	4	4,3	6	4,2
в) затрудняюсь ответить	7	7,6	10	6,9
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом этико-правовым вопросам				
а) да	72	78,3	92	63,9
б) нет	1	1,1	10	6,9
в) затрудняюсь ответить	19	20,6	42	29,2
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом психологическим вопросам				
а) да	63	68,5	85	59
б) нет	4	4,3	9	6,3

в) затрудняюсь ответить	25	27,2	50	34,7
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом вопросам оказания социальной помощи				
а) да	58	63,1	71	49,3
б) нет	6	6,5	19	13,2
в) затрудняюсь ответить	28	30,4	54	37,5

Таким образом, большинство фтизиатров и терапевтов поликлиник согласились, что существует явный недостаток специфических знаний по различным вопросам, затрагивающим социальные, психологические, этико-правовые проблемы, связанные с туберкулезом и реабилитацией фтизиатрических пациентов, поэтому организация специальных занятий с терапевтами поликлиник является актуальным и своевременным мероприятием, организуемым с участием профильных специалистов при поддержке фтизиатрической службы.

ГЛАВА IV

4.1. Эффективность психологического сопровождения больных туберкулезом

Первым этапом обработки данных, полученных с помощью методики диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ), разработанной под руководством Л.И.Вассермана (Санкт–Петербургский научно–исследовательский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева), а также опросника способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман «Ways of Coping Questionnaire» (WCQ) и методики диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении В.В. Бойко, являлась проверка выборочной совокупности (n=145) на нормальность по критерию Колмогорова–Смирнова. Нормальность распределения исследуемых качеств не была выявлена в данной выборке.

Вторым этапом стало исследование различий между группами испытуемых и их значимости (вероятность статистической ошибки по отношению к генеральной совокупности). Так как выборочная совокупность не соответствует закону нормальности, то для дальнейшего анализа был использован непараметрический критерий сравнения данных – критерий Манна-Уитни.

При сравнении контрольной (№1) — здоровые лица, и экспериментальной групп (№2) — больные с впервые выявленным туберкулёзом лёгких, на среднем уровне значимости $p<0,05$ в группе №2 была обнаружена большая выраженность таких копинг-стратегий как: конфронтация, дистанцирование, поиск социальной поддержки, стратегия бегства-избегания.

Кроме того, диагностика доминирующей стратегии в общении выявила высокие баллы по шкале избегания: в 58% случаев первично выявленные больные склонны уходить от конкретного решения проблемы, нежели достигать соглашения с партнером миролюбием и дипломатией (13%) или же дать достойный отпор обидчику (29% случаев).

В целом это создает «правильную» картину реагирования для данной группы лиц, которые только что столкнулись с серьёзным диагнозом слабоизлечимого заболевания. Наиболее предпочитаемые личностью стратегии общения, а также работа обозначенных копингов в свою очередь обеспечивают формирование определенного типа отношения к своему заболеванию. В данном случае наиболее выраженными у первично выявленных больных являются сенситивный, неврастенический, тревожный, анозогнозический, эргопатический, эгоцентрический и дисфорический типы отношения к болезни. Следует отметить, что какого-либо «чистого» типа отношения к болезни выявлено не было, как правило, наблюдалось преобладание двух и даже более типов одновременно, что говорит о диффузности, малой сформированности конкретного отношения к болезни и лечению.

Эти данные представлены на диаграмме (Рис.3).

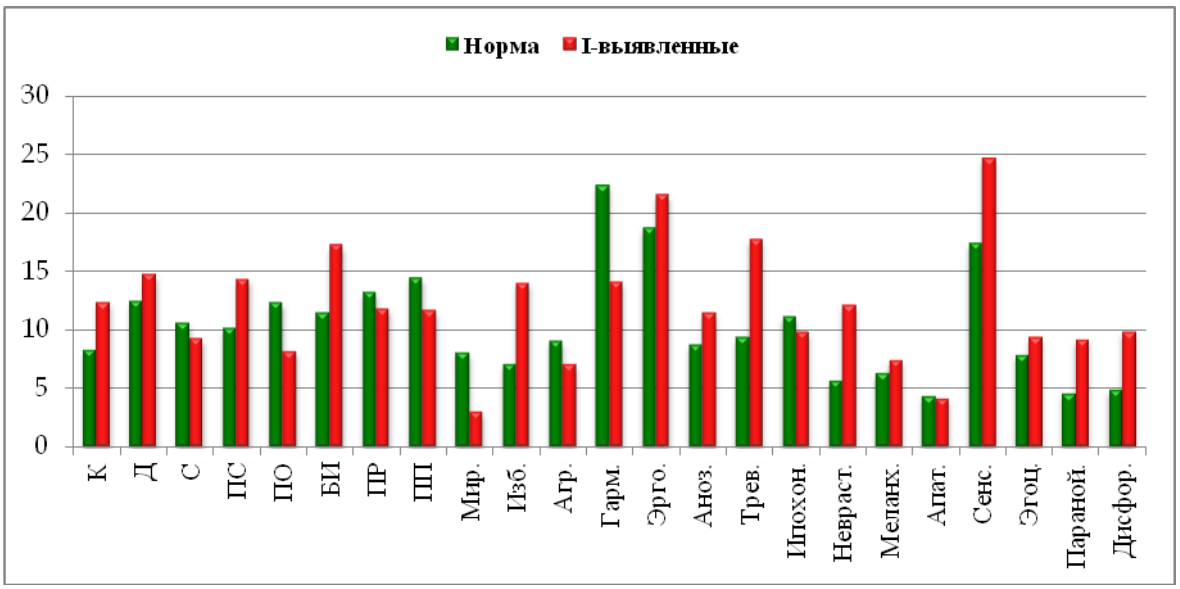


Рис. 3. Сравнение здоровых лиц и первично выявленных больных туберкулёзом лёгких по применяемым копинг-стратегиям, стратегиям общения и типам отношения к болезни

При сравнении контрольной (№1) − здоровые лица, и экспериментальной групп (№3) − хронически больные туберкулёзом лёгких, на среднем уровне значимости $p<0,05$ в группе №3 наибольшие отличия были обнаружены в типах отношения к болезни, а также стратегиях общения. Так, наиболее

выраженными являются анозогнозический, неврастенический, меланхолический, эгоцентрический и дисфорический типы реагирования на болезнь при относительно низком миролюбии, а также не столь выраженными, нежели у здоровых респондентов, копингами принятия ответственности и положительной переоценки. Кроме того, менее выраженными по сравнению с нормой являются тревожный, ипохондрический, апатический и паранойяльный типы отношения к болезни.

Данные наглядно продемонстрированы на диаграмме (Рис. 4).



Рис 4. Сравнение здоровых лиц и хронически больных туберкулёзом лёгких по применяемым копинг-стратегиям, психологическим защитам и типам отношения к болезни

Это говорит о том, что лица с хроническим туберкулёзом лёгких склонны проявлять эмоциональные реакции непозитивного характера (дисфория), прибегать к агрессивной стратегии общения. Обычно лечащие врачи и младший медицинский персонал относят таких пациентов к разряду «сложных», не только потому, что хроническое заболевание обычно полирезистентно к медикаментозному лечению, но также по причине их высокой эмоциональной лабильности, агрессивным вспышкам по незначительному поводу, склонности нарушать режим. Возможно, это является своего рода компенсацией потерянных в связи с болезнью ценностей за счет

требования повышенного внимания к своей личности.

Сравнение двух экспериментальных групп (№2) — впервые выявленные больные туберкулёзом лёгких, и № 3 — лица с хроническим туберкулезом, на среднем уровне значимости $p<0,05$ выявило в группе №2 выраженное функционирование тех же копинг-стратегий, которые обозначились при сравнении с группой №1 (здоровые лица) − конфронтации, дистанцирования, бегства и поиска социальной поддержки; доминирующая стратегия избегания в общении среди первично выявленных больных также сохранила свои позиции. Кроме того, впервые выявленные больные туберкулезом отличаются от пациентов-хроников высокими шкалами сенситивного, эргопатического и тревожного типов отношения к болезни. Следует отметить, что, как и в случае сопоставления с нормой, «чистого» типа не наблюдается, имеют место смешанное, изменяющееся во времени и зависимое от конкретной ситуации отношение к болезни.

Полученные результаты визуализированы на диаграмме (Рис.5).

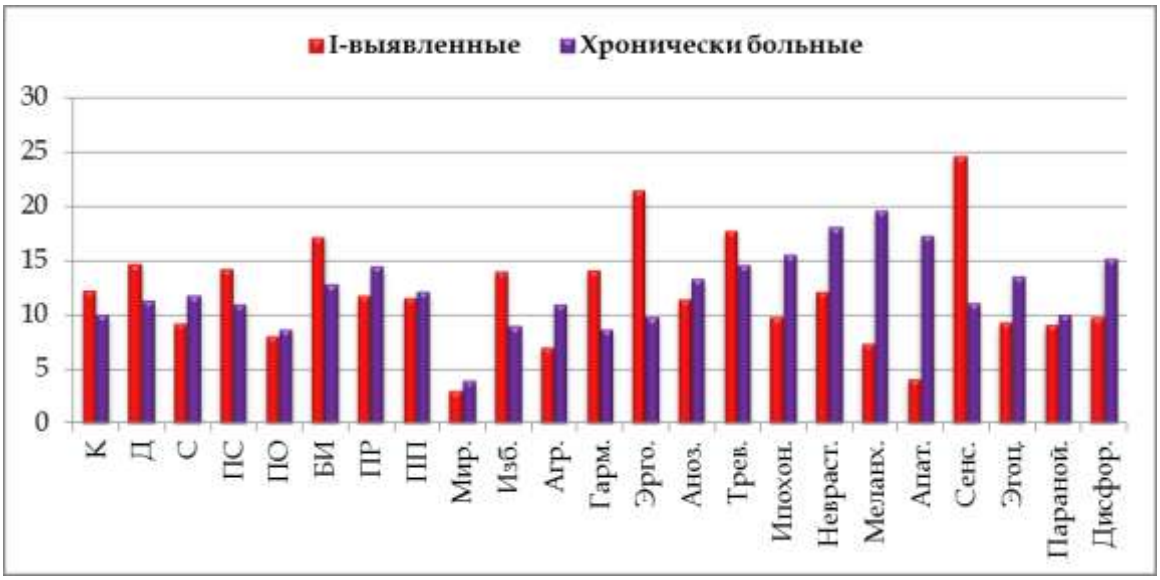


Рис. 5. Сравнение впервые выявленных и хронически больных туберкулёзом лёгких по применяемым копинг-стратегиям, психологическим защитам и типам отношения к болезни

Интересно то, что при хронификации заболевания шкалы эргопатии и сенситивности резко снижаются. Возможно, это связано с тем, что именно в данных сферах – общение и работа – больной социально опасным заболеванием человек становится наиболее уязвимым. Человеческая психика самосохранна, и с течением времени ее защитные механизмы как бы нивелируют значимость тех частей реальности, которые в связи с болезнью стали «неполноценными» по мнению больных. Человек перестает замечать позитивные ресурсы в социальном окружении, в трудовой деятельности. И единственным источником компенсации «отнятых» болезнью ценностей становится требование повышенного внимания к своей личности, что значительно осложняет отношения с медицинским персоналом.

Таким образом, создается порочный круг, когда различные позиции врача и пациента приводят к нонкомплаентности последнего, которая в свою очередь влечет еще более тяжкие медицинские последствия для больного, закономерно отражающиеся в его личности.

Третьим этапом обработки данных стал корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона. В соответствии тем, что на предыдущем этапе обработки данных в экспериментальных группах (№2 и №3) были выявлены с наибольшей выраженностью такие копинг–стратегии как конфронтация, дистанцирование, поиск социальной поддержки, бегство-избегание, а также тревожный, неврастенический, меланхолический, дисфорический, эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни, то именно они и представляют особый интерес при анализе корреляций. Основные корреляции представлены в таблице 4.1.1., из которой следует, что были выявлены как прямые, так и обратные корреляционные связи.

Таблица 4.1.1.

Основные корреляции, выявленные между типами отношения к болезни, копингами и стратегиями общения

Типы отношения к болезни	Стратегии совладания				Стратегии общения	
	Д	ПСП	ПО	Б-И	избегание	агрессия
дисфоричес.		−0,530*				0,810**
неврастен.		0,609*	−0,568*		0,477*	
эргопатич.		0,357*		0, 420*	0, 534*	
тревожный		0,698*	−0,711*			
сенситивный	0,586*	0,887**				−0,395*

Дисфорический тип отношения к болезни имеет прямую корреляционную связь с агрессивной стратегией общения (U=0,810 при p<0,01) и обратную – со стратегией поиска социальной поддержки (U= -0,530 при p<0,05), это означат, что в периоды мрачно−озлобленного настроения пациенты пренебрегают социальным окружением, склонны к агрессивным вспышкам и обвинениям окружающих в собственном болезненном состоянии.

Неврастенический тип отношения к болезни обратно взаимосвязан с копингом принятия ответственности (U= − 0,568 при p<0,05), имеет прямые корреляции со стратегией избегания (U= 0,477 при p<0,05) и поиском социальной поддержки (U= 0,609 при p<0,05). Такие взаимосвязи свидетельствуют о том, что соматически и психически ослабленные пациенты не признают своей роли в решении проблемы, не считают себя способными к самопомощи, и склонны перекладывать ответственность на кого-либо из своего ближайшего окружения.

Тревожный тип отношения к болезни, согласно корреляционному анализу, имеет прямую связь с поиском социальной поддержки (U=0,698 при p<0,05) и обратную – со стратегией принятия ответственности (U= −0,711 при p<0,05). Это может говорить о следующем: чем выше уровень беспокойства за свое будущее, связанного со спецификой заболевания и его лечения, тем более такой пациент склонен обращаться за помощью к социальному окружению, искать содействия и поддержки от членов семьи, а также других пациентов с

подобным диагнозом.

Среди впервые выявленных больных, как известно, высокие баллы были получены по шкале эргопатического типа отношения к болезни. Как показал корреляционный анализ, такой тип отношения имеет прямые взаимосвязи с копингами поиска социальной поддержи (U=0,357 при p<0,05), бегства (U=0,420 при p<0,05) и стратегией избегания (U=0,534 при p<0,05). Это означает, что чем сильнее пациент стремится «уйти» от болезни в работу, тем больше он желает найти эмоционального комфорта в окружении других людей, избежать столкновения с болезнью «лицом к лицу».

Сенситивный тип отношения к болезни, также обнаруженный среди впервые выявленных больных, прямо коррелирует с копингами дистанцирования (U=0,586 при p<0,05), поиска социальной поддержки (U=0,887 при p<0,01) и имеет обратную корреляцию с агрессивной стратегией общения (U= −0,395 при p<0,01). Это свидетельствует о высокой чувствительности пациентов к мнению социума, закономерно связанной с желанием как можно больше узнать то, что думают окружающие насчет его болезни, каких успехов в лечении добились другие пациенты с подобными диагнозами; пациенты этого типа менее всего склонны вести себя агрессивно.

Из полученных корреляционных связей следует, что воздействуя на привычные для пациента копинги (дистанцирование, бегство-избегание), заменяя их более адаптивными стратегиями (поиск социальной поддержки, принятие ответственности), можно позитивно изменить его отношение к болезни, к перспективам ее лечения, предупредить явления нонкомплаенса, а значит – добиться большей эффективности в борьбе за здоровье легких.

По результатам настоящего исследования было выявлено, что большинство респондентов среди больных туберкулёзом лёгких чаще используют не самые адаптивные стратегии совладания, прибегают к неконструктивным моделям поведения в общении, что вкупе формирует неадекватное реагирование на заболевание и лечение, снижая комплаентность пациентов и эффективность терапии. Психологические особенности больных

туберкулезом часто усложняют их адаптацию в различных социальных условиях. Многие пациенты нуждаются в помощи при адаптации не только к новому, но и к прежнему социальному окружению, которое представлено набором других социальных ролей. Это особенно актуально для тех пациентов, которые впервые столкнулись с диагнозом туберкулеза дыхательных органов.

Для повышения мотивации пациентов к лечению необходимо оказывать им требуемую психологическую помощь, вести психологическое сопровождение процесса лечения. Так, группа впервые выявленных больных туберкулезом стала объектом психологического воздействия. В предложенной ниже программе в качестве основной была выбрана групповая форма работы по типу тренинга. Выбор данной формы работы с пациентами обусловлен рядом соображений. Так, группы психологического тренинга создают для человека условия получения личностного опыта и тем самым содействуют развитию самосознания. В отличие от психотерапии, цели тренинговой работы не связаны собственно с лечением. Ведущий тренинга ориентирован на оказание психологической помощи, а не на лечебное воздействие. Это положение, конечно, не исключает возможности применения оздоровительных процедур. В тренинге уделяется внимание не столько дискретным характеристикам внутреннего мира, отдельным психологическим структурам, сколько развитию личности в целом. Вместе с тем, тренинговую работу невозможно свести только к обучению, так как когнитивный компонент не всегда является в тренинге основным и иногда может вообще отсутствовать. Ряд специалистов считает наиболее ценным для участников тренинга получение, прежде всего, эмоциональных переживаний и опыта. Тем не менее, психологический тренинг очень тесно соприкасается с развивающим обучением, понимаемым в широком смысле слова. При всем этом в тренинге могут применяться психотерапевтические, коррекционные и обучающие методы, что во многих случаях не позволяет однозначно определить форму групповой работы.

Следует отметить, что каждый пациент перед включением в групповую психологическую работу и дальнейшее исследование получил достаточную

информацию о целях, задачах, методах, ожидаемой пользе и потенциальных рисках, о неудобствах, которые могли бы возникнуть вследствие участия в исследовании, любых иных значимых аспектах исследования. Также пациенты были проинформированы о том, что в любой момент могут отказаться от участия в исследовании или отозвать своё согласие без объяснения причин. В итоге для обеспечения защиты прав пациентов, их благополучия и безопасности, участникам исследования для личного ознакомления и подписания была предложена форма добровольного информированного согласия.

Учитывая специфику выявленных психологических качеств данной группы, можно сформулировать цель и примерные задачи оптимальной модели мотивационного тренинга.

Целью данного тренинга является развитие позитивных адаптивных возможностей больных туберкулёзом лёгких, профилактика явлений нонкомплаентности.

Для достижения поставленной цели намечены следующие задачи:

- просвещение пациентов по теме туберкулеза, его этиологии и патогенеза, а также особенностям лечения;
- определение своего отношения к болезни, осознание участниками группы важность приобретения ими социальных навыков;
- формирование групповой сплоченности;
- формирование навыков эмпатии;
- обучение больных туберкулёзом лёгких некоторым приёмам общения и расширения ролевого репертуара;
- обучение навыкам саморегуляции и конструктивного поведения в ситуациях конфликта;
- формирование позитивного отношения к действительности через рефлексию и когнитивную переоценку основных жизненных ценностей;

- развитие умения принимать ответственность за происходящее, объективно оценивать ситуацию и ее вероятные исходы.

Групповые коррекционные занятия, в соответствие с установленными целями и задачами, делятся на 6 блоков:

1 блок направлен на психолого-педагогическую работу с больными, знакомство их с сутью заболевания, объяснение патогенетических механизмов, а также перспектив лечения. Занятие проходит в форме лекции и последующей беседы пациентов с врачом по интересующим их вопросам.

2 блок направлен на определение трудностей, с которыми пациенты столкнулись при установлении диагноза, сформировавшихся отношений к болезни, а также на снятие тревоги и напряженности от впервые возникшей тренинговой ситуации.

3 блок состоит из трех занятий и направлен на формирование групповой сплоченности, обучение эффективному взаимодействию в коллективе, обучение презентативным навыкам, навыкам эмпатии, умения слушать.

4 блок (два занятия) направлен на работу с агрессией, обучение навыкам саморегуляции и конструктивного поведения в ситуациях конфликта; развитие умения адекватно выражать негативные эмоции.

5 блок состоит из трех занятий и направлен на самопринятие, умение делать выбор и принимать ответственность за происходящее в жизни; определение возможностей личностного развития.

6 блок направлен на подведение итогов работы, диагностику изменений, возможных по завершении групповых коррекционных занятий.

Планирование программы представлено в таблице 4.1.2.

Программа предполагает групповую работу в группах закрытого типа, то есть раз сформировавшись, группа уже не принимает новых членов. Это обеспечивает больший психологический комфорт для членов группы, оптимальная численность которых составляет 10-12 человек. Длительность каждого из занятий около 1,5-2 часов (90-120 минут). Общий объем тренинговой работы — 20-21 час.

Таблица 4.1.2.

План мероприятий психологической помощи пациентам с туберкулёзом лёгких

Блок №1 «Информационный»	
Задачи	✓ проинформировать пациентов по вопросам заболевания, его лечения и профилактики; ✓ сформировать (или усилить) мотивацию к выздоровлению и готовность к сложным схемам лечения; ✓ обучить основам самонаблюдения и саморегуляции.
Упражнения	1. Лекция на тему «Туберкулёз органов дыхания: этиология, лечение, профилактика» 2. Беседа с приглашенными врачом-фтизиатром, сестринским персоналом 3. Упражнение «Противоболевое дыхание»
Необходимое оснащение: Лист ватмана, пишущие материалы **Время:** 90 мин.	
Блок №2 «Закладка фундамента»	
Задачи	✓ установить эмоциональный контакт с участниками группы; ✓ создать благоприятные условия для работы группы; ✓ сформировать позитивный настрой группы; ✓ выявить ожидания участников; ✓ установить правила группы; ✓ снять напряжение, возникшее от тренинговой ситуации.

продолжение Таблицы 4.1.2.

Упражнения	Занятие №1 1. Упражнение «Павел – пицца – Прага» 2. Составление свода правил «Наш устав» 3. Упражнение «Камушек в ботинке» 4. Упражнение «Наши ожидания» 5. Разминка «Испорченный телефон» 6. «Рецепт приготовления друга» Занятие №2 1. «Выпустите свою фантазию наружу 2. «Антивремя» 3. «Анабиоз» 4. «Я знаю, что тебе приснилось»
Необходимое оснащение: лист ватмана, ручки, цветные карандаши, фломастеры, маркеры **Время:** занятие №1 − 90 мин.; занятие №2 − 90 мин.	
БЛОК №3 ««Командное взаимодействие»	
Задачи	✓ сформировать чувство групповой сплоченности, доверия в группе; ✓ помощь в приобретении опыта взаимодействия с группой при выполнении новых задач; ✓ помочь в возникновении эмпатии между участниками.
Упражнения	Занятие №1 1. Упражнение «Выбор» 2. Упражнение «Моисей» 3. Игра «От сумы да от тюрьмы» Занятие № 2 1. Упражнение «Рад тебя видеть» 2. «Пишущая машинка» 3.Упражнение «Слепой полёт» 4. «Обо мне наоборот» Занятие №3 1. Дискуссия со скрытыми ролями 2. Разминка «Ералаш» 3. «Поменяйтесь местами» 4. «Семеро козлят»
Необходимое оснащение: листы А4, пишущие материалы, липкая лента, заготовки букв алфавита из бумаги, повязка **Время:** занятие №1 – 100 мин.; занятие №2 – 90 мин.; занятие №3 – 90 мин.	
БЛОК №4 «Нападение ли лучшая защита?»	
Задачи	✓ развитие навыков саморегуляции; ✓ обучение навыкам конструктивного поведения в ситуациях конфликта; ✓ развитие умения адекватно выражать негативные эмоции.

продолжение Таблицы 4.1.2.

Упражнения	Занятие №1 1. «Первичный контроль» 2. «Разговор со сменой позиции» 3. Упражнение «Опоры внешние и внутренние» 4. Разминка «Вспомнить всё» 5. Упражнение «Мысленный экран» Занятие №2 1. «Спор: да/нет» 2. Упражнение «Зубы и мясо» 3. Техника «Психологическая амортизация» 4. «Спустить пар» 5. «Давай поругаемся»
Необходимое оснащение: листы А4, ручки, маркеры, мяч или мягкая игрушка (должны умещаться в ладони). **Время:** занятие №1 – 90 мин., занятие №2 – 90 мин.	
БЛОК №5 «Жизнь по собственному выбору»	
Задачи	✓ обучение навыкам саморегуляции; ✓ снятие скованности и зажимов; ✓ обучение медитативным техникам; развитие умения принимать ответственность на себя
Упражнения	Занятие №1 1. Дискуссия на тему с различных позиций 2. «Я сильный – слабый» 3. «Лестница достижений» 4. «Дождик» Занятие №2 1. «Пожелание» 2. Уверенное/неуверенное поведение (обсуждение) 3. «Слепой и поводырь» 4. «Самый − самый» 5. «Я за тебя отвечаю» Занятие №3 1. «Прогноз погоды» 2. Притча «Зеркало» 3. «Не бегите от страха» (обсуждение) 4. «Без Маски» 5. «Богатырь на распутье» 6. «Полёт белой птицы»
Необходимое оснащение: листы А4, ручки, цветные карандаши, маркеры, мяч или мягкая игрушка (должны умещаться в ладони), музыка для релаксации **Время:** занятие №1 – 90 мин., занятие №2 – 100 мин., занятие №3− 100 мин.	

продолжение Таблицы 4.1.2.

Блок № 6 ««Подведение итогов работы»	
Задачи	✓ подведение итогов групповой коррекционной работы; ✓ диагностика изменений
Упражнения	Занятие №1 1. «Спящие львы» 2. «Сладкая проблема» 3. «Ответы за другого» 4. «Мудрец из храма» Занятие №2 1. Игра «Страшноватый суд» 2. «Чему я научился»
Необходимое оснащение: листы А4, ручки, маркеры, отрезы белой и красной ткани **Время:** занятие №1 – 90 мин., занятие №2 – 100 мин.	

Для проверки результатов и эффективности проведенных мероприятий, по их завершении было организовано повторное тестирование членов психотерапевтических групп, а также тех пациентов, которым психологическая помощь не оказывалась.

Ретестирование показало, что практически все больные, участвующие в коррекционно-развивающей работе, повысили свои адаптивные возможности: в первую очередь это проявилось усилением выраженности использования проблемно-фокусированых копинг-поведенческих стратегий по сравнению с эмоционально-фокусированными копингами. Так, снизилась напряженность по копингам конфронтации, дистанцирования, а также бегства-избегания, выросли показатели таких стратегий совладания, как самоконтроль, принятие ответственности, планирование решения. Наряду с возросшим миролюбием в общении, результаты тестирования выявили снижение баллов по шкалам тревожного, неврастенического и дисфорического отношений к болезни. Это визуализировано на гистограмме (Рис. 6).

Интересно отметить снижение показателей по шкале сенситивного типа

отношения к болезни притом, что копинг поиска социальной поддержки остался на прежнем уровне. Возможно, это говорит о следующем: пациенты все так же обращаются за поддержкой к окружающим, но теперь они менее сенситивны к стороннему мнению и во многом способны самостоятельно искать решение проблемы, принимать ответственность.

Главным результатом является то, что медицинский персонал, работающий с больными туберкулезом, отмечают положительные изменения в поведении подопечных, в их готовности к проявлению доброжелательности и самое важное - готовности к сотрудничеству при борьбе с заболеванием, повышение мотивации пациентов на выздоровление.

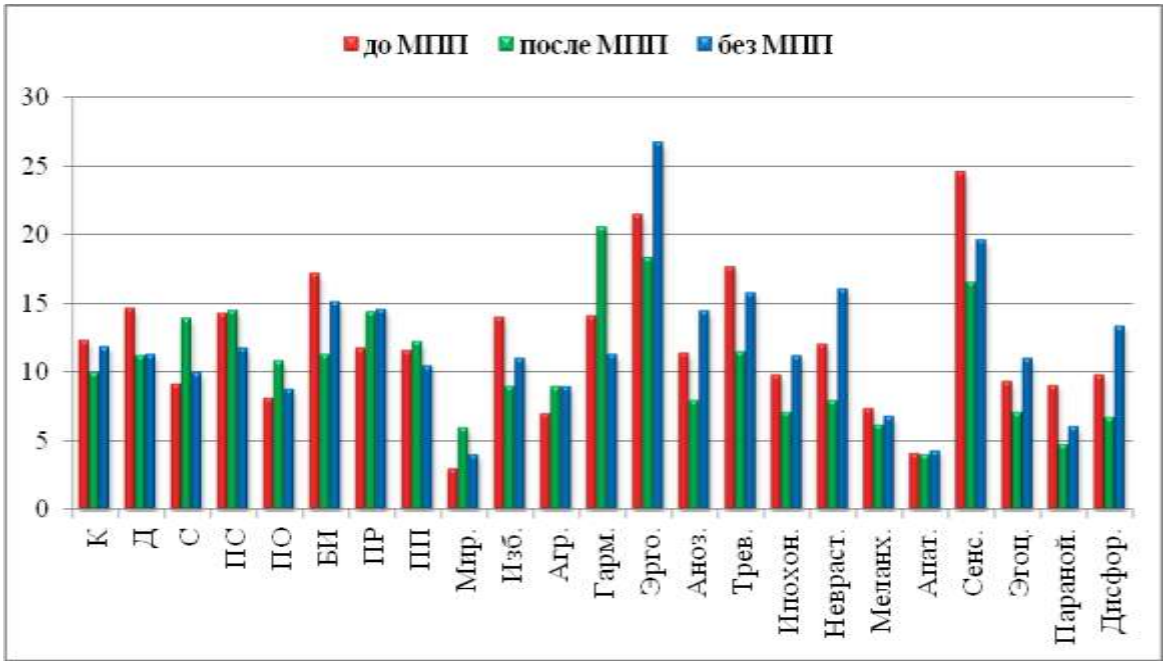


Рис. 6. Сравнение впервые выявленных больных туберкулезом по копингам, стратегиям общения и типам отношения к болезни до и после проведения мероприятий психологической поддержки

Пациенты с впервые выявленным туберкулёзом лёгких, которые участвовали в исследовании, но не получали психологической помощи и не были задействованы в психолого-педагогических мероприятиях, во многом сохранили и даже усилили дезадаптивные стратегии поведения. Так на прежнем уровне напряженности остались копинги конфронтации и бегства, сохранило позиции тревожное отношение к болезни. Снизились показатели

сенситивности и положительной переоценки. Вкупе с данными результатов по методике ТОБОЛ, это рисует удручающую картину истощенного длительным содержанием в стационаре больного, который подвержен ипохондрии, неврастении, склонен к вспышкам немотивированной агрессии (шкалы эгоцентрического, паранойяльного, дисфорического типов отношения к болезни) и тяжело переживает о тех последствиях болезни, которые могут отразиться на его работе и трудоспособности (показатели эргопатического типа). Возросшая шкала анозогнозического типа может говорить о том, что некоторые пациенты, чувствуя субъективное улучшение физического состояния за счет приема лекарственных препаратов, больше не считают себя больными. Такие пациенты обычно сильно докучают лечащим врачам и сестринскому персоналу тем, что просят прервать их пребывание в стационаре и отправить домой «долечиваться» самостоятельно. Как правило, по возвращении домой они бросают прием лекарств, не наблюдаются у участкового врача-фтизиатра, и в дальнейшем это приводит к хронификации заболевания и формированию суперустойчивости микобактерии к антибактериальным препаратам.

Таким образом, предложенная выше программа психологической поддержки больных туберкулезом лиц показала себя достаточно эффективной в применении к группе первично выявленных пациентов.

Настоящее исследование выявило закономерный и вместе с тем интересный факт того, что при столкновении с сильным фрустрирующим фактором диагноза туберкулёза лёгких, больные (как первичные, так и хроники) склонны прибегать к стратегии поиска социальной поддержки. И сохранение этой тенденции (что произошло в группе участвующих в мероприятиях психологической поддержки) – является ключом к успешной адаптации больного, лучшему пониманию механизмов заболевания и лечения, формированию высокой мотивации в борьбе за здоровье и сохранение прежнего уровня жизни. В первую очередь это позитивно отражается на качестве терапевтического альянса врача и пациента, достижении комплаенса

между ними.

В качестве общей рекомендации для врачей-фтизиатров и врачей-пульмонологов выступило предложение учитывать особенности отношения к болезни самих пациентов, наличие мотивации к лечению, психологические и социальные их характеристики при планировании диагностических и лечебных мероприятий. Кроме того, немаловажным фактором эффективного взаимодействия лечащего врача и пациента является осведомленность последнего об этиологии своего заболевания, особенностях его лечения и проч. И обо всем, что касается противотуберкулёзной терапии, диагностических процедур и перспектив лечения, больной должен узнавать непосредственно от лечащего врача, а не из других источников, для того, чтобы не возникало разночтений информации и недопонимания.

Выше были описаны такие варианты развития событий, когда пациент субъективно не ощущает какого-либо эффекта от лечения и решает прекратить его, считая совершенно бесполезным. В таких случаях, лечащему врачу необходимо подробно объяснить пациенту, в чем проявляется положительное воздействие препарата, как оно может отразиться на дальнейшем течении заболевания и прогнозе. Но встречаются и иного рода ситуации, когда пациент отказывается от приема назначенного препарата не по причине «недоверия» к лекарству, а по финансовым соображениям – назначенный препарат имеет высокую стоимость. В таких случаях пациенты могут либо совсем отказаться от курса терапии, либо заменить рекомендованное врачом лекарственное средство на более дешевый аналог. Причем в роли «аналога» часто выступает лекарственное средство, существенно отличающееся от выписанного по фармакокинетическим/фармакодинамическим свойствам или даже имеет в основе другое действующее вещество. Задача врача-профессионала в подобном случае − подробно разъяснить пациенту, на чем основан выбор того или иного лекарственного средства, опираясь на его спектр действия, профиль безопасности и особенности применения, чтобы исключить возможность последующей замены препарата в процессе покупки.

Согласно Этическому кодексу российского врача (1994, ст.9) «врач должен строить свои отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности, предпочитая всем моделям взаимоотношений модель терапевтического сотрудничества». Однако больной туберкулёзом лёгких – это не только пациент, требующий медицинской помощи, но и источник инфекции, представляющий опасность для окружающих. Это означает то, что помимо постоянного контроля над приверженностью лечению самого пациента, врачу-фтизиатру и пульмонологу необходимо активно взаимодействовать его ближайшим окружением − членами его семьи. Работа с близким окружением пациента имеет особое значение, поскольку несет в себе цель не только укрепления терапевтического альянса, но и профилактическую деятельность по предотвращению развития заболевания туберкулёза у контактных лиц (Пьянзова Т. В., 2014).

Пациенты должны быть осведомлены о возможностях получения медико-психологической, социальной и юридической поддержки, которые существуют в данном регионе. Например, если в регионе консультирует юрист, психолог или нарколог, необходимо обязательно довести эту информацию до пациентов.

Для того, чтобы больные могли полноценно реализовать свою потребность в социальной поддержке, необходимо создать им такую возможность на достаточном уровне и в приемлемых формах (туберкулез все же имеет инфекционную природу и относится к тяжелым заболеваниям, что создает опасность для незараженных лиц при тесном контакте с больными). Одним из способов реализации данного предложения может быть создание сообщества больных туберкулезом на местах их пребывания в медицинских учреждениях, фтизиатрических отделениях. Такие сообщества всегда характеризуется общностью территории, времени, расписанием встреч, которые в свою очередь создают условия для формирования дисциплины в учреждении. Следует отметить, что подобные группы не должны быть предоставлены сами себе, необходимо присутствие на каждой встрече специалиста — будь то врач, который способен наиболее полно проинформировать пациента о характере

заболевания, прогнозах, лечении, перспективах, или психолог, который сможет провести тренинговую работу, направленную, например, на преодоление трудностей саморегуляции и так далее. Однако подобные мероприятия часто требуют подведения определенной законодательной базы, а также финансирования из муниципального, федерального бюджетов и потому являются сложно осуществимыми. Так, на 2012 год финансирование противотуберкулёзных учреждений составило в целом по России 3,4% от консолидированного бюджета с учетом всех источников финансирования здравоохранения. И первоочередными статьями расходов являются приобретение противотуберкулезных препаратов (21 тыс. руб. на одного человека для Южного федерального округа), укрепление материально-технической базы учреждений, а также затраты на продукты питания для пациентов (на приобретение продуктов питания выделяется средств в среднем в 3 раза меньше, чем это необходимо). (Нечаева О. Б., 2013). Дополнительные расходы на организацию и материальное обеспечение мероприятий психологического сопровождения пациентов, на данный момент не представляются возможными.

Соответственно, наиболее адекватным предложением здесь может быть предложение об организации волонтерского движения студентов психологических факультетов, факультетов социальной работы, а также привлечение других социально активных групп населения, которые могли бы на безвозмездной основе провести столь значимую как в медицинском, так и в социально-психологическом плане работу.

В плане дальнейших исследований по теме, интересно пронаблюдать, есть ли у больных туберкулезом лиц тенденция к использованию каких-либо конкретных уровней социальной поддержки (семья, друзья, коллеги, другие значимые лица). Если такая тенденция будет отмечена, то следующей задачей исследования станет разработка рекомендаций по улучшению, повышению уровня социальной поддержки с опорой на ту группу близких людей, обращение к которой наиболее значимо для самих больных. Если допустить,

что в качестве наиболее предпочитаемого источника поддержки в среде больных туберкулёзом выявляется не семья, как это можно было бы предположить, а друзья или другие значимые лица, то здесь открываются возможности выхода за границу психологической проблематики в проблематику чисто социальную или даже социологическую, так как подобная смена ролей, нивелирование значимости семьи при столкновении личности с сильным фрустрирующим фактором может говорить о смене социальной ситуации если не в целом в обществе (для этого необходимо куда более сложное социологическое исследование), то хотя бы на уровне конкретной группы людей.

В отделе этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра с участием ведущих специалистов г. Волгограда в области фтизиатрии и социологии медицины была проведена фокус-группа, которая высоко оценила психокорекционную работу среди фтизиатрических пациентов позволив добиться у них улучшения настроя на лечение, а кроме этого, врачи-фтизиатры высказали пожелание - проводить психокоррекционную работу не только непосредственно с пациентами, но и с их родственниками.

4.2. Отношение православной церкви к оказанию помощи больным туберкулёзом людям

Служители церковного культа нисколько не сомневаются в необходимости обращения к Господу пациентов болеющих туберкулезом, как и всех остальных людей верующих в Бога. Это мнение они высказали в 100% случаев при ответе на аналогичный вопрос. (Таблица 4.2.1.)

Таблица 4.2.1.

Оценка мнений священнослужителей о необходимости обращения к Господу Богу больных туберкулезом людей

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Важно ли обращение к Господу людей, болеющих туберкулезом во время болезни?		
а) Да	39	100
б) Нет	0	0
в) Затрудняюсь ответить	0	0

На вопрос о том, насколько важным для человека является сохранение духовного и нравственного благополучия, пребывая в стенах туберкулезной больницы, в 100% священнослужители считают это абсолютно необходимым для физически больного человека. (Таблица 4.2.2.)

Таблица 4.2.2.

Оценка мнений священнослужителей о необходимости сохранения духовного и нравственного благополучия во время болезни

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Насколько важно сохранить духовное и нравственное состояние человека, пребывающего в туберкулезной больнице?		
а) Очень важно	39	100
б) Не важно	0	0
в) Затрудняюсь ответить	0	0

На вопрос кто же способен решить проблему сохранения духовного и нравственного состояния больного человека 64,1% считает, что это способны сделать совместной работой священнослужители и психотерапевты. В 35,9% случаев было высказано мнение, что с этим вполне может справиться только священнослужитель. Ни один из опрошенных не указал, что с данной проблемой способен справиться только один психотерапевт.

Таким образом, большинство священнослужителей считает, что решение проблемы только усилиями священнослужителей не возможно, а необходимы совместные усилия Церкви и мирян в лице психотерапевтов, и тем более решить эту проблему только одним психотерапевтам не удастся. (Таблица 4.2.3.)

Таблица 4.2.3.

Оценка мнений о путях сохранения духовного и нравственного благополучия фтизиатрических пациентов

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Кто, по Вашему мнению, способен лучше решить эту проблему, священнослужитель или психотерапевт?		
а) Только священник	14	35,9
б) Только психотерапевт	0	0
в) Они вдвоём	25	64,1
г) Затрудняюсь ответить	0	0

В 100% священнослужители считают, что совершение богослужений на территории туберкулезной больницы также важно, как и в храме. При этом, они отметили, что необходимо создавать при каждом лечебном учреждении имеющим стационар молельную комнату с прикрепленным священником и чётким расписанием богослужений. (Таблица 4.2.4.)

Таблица 4.2.4.

Оценка мнений о необходимости совершения богослужений в стенах туберкулезной больницы

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Важно ли совершение богослужений на территории туберкулезной больницы?		
а) Да	39	100
б) Нет	0	0
в) Затрудняюсь ответить	0	0

В необходимости организации общения больных туберкулезом со священнослужителями на территории лечебных учреждений уверены 92,3% респондентов. Затруднились ответить 7% опрошенных и абсолютно никто не высказал мнение против этого. (Таблица 4.2.5.)

Таблица 4.2.5.

Оценка мнений о необходимости организации общения пациентов со священнослужителями в лечебном учреждении

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Считаете ли Вы важным организацию общения больных туберкулезом со священнослужителями Православной Церкви?		
а) Да	36	92,3
б) Нет	0	0
в) Затрудняюсь ответить	3	7,7

В 82,1% Русская Православная Церковь считает необходимым организовать более тесное взаимодействие с противотуберкулезными учреждениями. Мнений отражающих сомнения или полностью считающих, что это не нужно священнослужителями высказано не было. Затруднились ответить 17,7% опрошенных.

Таким образом, абсолютное большинство священнослужителей выступает за организацию более тесного взаимодействия с противотуберкулезными учреждениями по духовному общению с верующими. (Таблица 4.2.6.)

Таблица 4.2.6.

Оценка мнений о необходимости организации взаимодействия Православной Церкви и противотуберкулезных учреждений

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Считаете ли Вы нужным тесное взаимодействие Православной церкви с противотуберкулезными медицинскими учреждениями?		
а) Да	32	82,1
б) Это вряд ли нужно	0	0
в) Нет, это не нужно	0	0
г) Затрудняюсь ответить	7	17,9

В реальности взаимодействие Православной Церкви и противотуберкулезных учреждений священнослужители оценили как «Поверхностное» в 15,4% случаев, считают, что оно практически отсутствует еще 33,3% опрошенных. Затруднились ответить 51,3% респондентов. Мнение о том, что оно достаточно тесное не высказал ни один респондент. (Таблица 4.2.7.)

Таблица 4.2.7.

Оценка мнений о реальном взаимодействии Православной Церкви и противотуберкулезных учреждений

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
В настоящее время взаимодействие Православной Церкви с противотуберкулезными медицинскими учреждениями		
а) Достаточно тесное	0	0
б) Поверхностное	6	15,4
в) По сути, отсутствует	13	33,3
г) Затрудняюсь ответить	20	51,3

Таким образом, 48,7% священнослужителей считают, что в настоящее время как такового взаимодействия противотуберкулезных учреждений и Православной Церкви практически не существует, а каждый второй предпочел

вообще не ответить на данный вопрос, что говорит о том, что, по всей видимости, они в этом процессе не участвуют вообще.

На вопрос о готовности священнослужителей нести духовное служение в стенах туберкулезной больницы 20,5% опрошенных выразили готовность это сделать, 30,8% священнослужителей оказались к этому не готовы в настоящее время. Затруднились ответить 48,7% респондентов. (Таблица 4.2.8.)

Таблица 4.2.8.

Оценка мнений о готовности нести службу в туберкулезной больнице

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Готовы ли Вы нести духовное служение в стенах туберкулезной больницы?		
а) Да	8	20,5
б) Нет	12	30,8
в) Затрудняюсь ответить	19	48,7

Таким образом, каждый пятый священнослужитель готов нести духовное служение в туберкулезной больнице, а каждый третий нет. Каждый второй не определился со своим мнением на сегодняшний день. Полученные данные свидетельствуют о том, что со стороны священнослужитель есть понимание и желание нести духовное служение в противотуберкулезном учреждении.

В сложившейся в настоящее время ситуации по общению священнослужителей с пациентами противотуберкулезных учреждений в 87,2% случаев священнослужители практически никогда не посещают туберкулезные больницы. Периодически принимает в этом участие только 12,8% опрошенных постоянно туберкулезные больницы с целью духовного служения не посещает никто.

Таким образом, церковные богослужения в противотуберкулезных больницах священнослужителями практически не осуществляются, а визиты туда носят нерегулярный периодический характер и вызваны просьбами самих пациентов. (Таблица 4.2.9.)

Таблица 4.2.9.

Возможности духовного служения в туберкулезном учреждении

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Вы несете духовное служение в стенах туберкулезной больницы?		
а) Достаточно часто	0	0
б) Периодически, иногда	5	12,8
в) Практически никогда	34	87,2

После того как были выяснены возможные варианты духовного общения священнослужителей с пациентами противотуберкулезных диспансеров, логически выяснить как осуществляется сотрудничество с врачами этих больниц. В 92,3% священнослужители отметили, что такое сотрудничество практически не осуществляется. Только 7,7% опрошенных указали, что иногда они сотрудничают с врачами фтизиатрами по возникающим духовным проблемам. Постоянного взаимодействия с врачами нет ни у одного священнослужителя.

Таким образом, практическое сотрудничество священнослужителей и врачей фтизиатров по вопросам духовного общения не ведется. Данные случаи единичны и носят спорадический характер. (Таблица 4.2.10.)

Таблица 4.2.10.

Сотрудничество священнослужителей и врачей фтизиатров по вопросам решения духовных проблем в противотуберкулезном диспансере

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Вы сотрудничаете с врачами туберкулезных больниц / диспансеров?		
а) Постоянно или часто	0	0
б) Периодически, иногда	3	7,7
в) Практически не сотрудничаете	36	92,3

Оценивая причины, которые препятствуют несению церковной службы в туберкулезной больнице, священнослужители на первое место поставили

фактор отражающий нежелание врачей сотрудничать со священнослужителями в 28,2% случаев. На вторую позицию они поставили опасность заразиться туберкулезом и заразить других прихожан 23,1%. На третьем месте 20,5% нежелание органов государственной власти сотрудничать со священнослужителями. Далее в 15,4% случаев они указали на нежелание самих пациентов общаться со священнослужителями и на отсутствие времени для регулярного посещения противотуберкулезных диспансеров. В 12,5% случаев священнослужители обратили внимание на трудности связанные с урегулированием финансовых вопросов и 7,7% указали на другие возможные причины. Затруднились ответить 51,3% опрошенных и 10,2% в принципе ничего не мешало нести духовную службу в противотуберкулезном диспансере. (Таблица 4.2.11.)

Таблица 4.2.11.

Детализация трудностей связанных с духовным служением в туберкулезном учреждении

Вопрос анкеты	Все (n=39)	
	Абс.	%
Духовному служению священнослужителей в стенах туберкулезной больницы/диспансера мешает (возможно несколько ответов)		
а) Нежелание врачей сотрудничать со священнослужителями	11	28,2
б) Нежелание больных туберкулезом общаться со священнослужителями	6	15,4
в) Нежелание органов государственной власти сотрудничать со священнослужителями	8	20,5
г) Трудности урегулирования финансовых вопросов	5	12,8
д) Опасения священнослужителей заразиться и заразить своих прихожан	9	23,1
е) Отсутствие времени на регулярное посещение подобных учреждений	6	15,4
ж) Другие причины	3	7,7
з) Затрудняюсь ответить	20	51,3
и) Ничего не мешает	4	10,2

Таким образом, главными проблемами, которые мешают духовному служению в туберкулезном стационаре, священнослужители считают нежелание врачей сотрудничать с представителями церкви, опасность заразиться туберкулезом во время несения службы, а также нежелание органов государственной власти участвовать в этом процессе.

4.3. «Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом»: её оценки представителями заинтересованных социальных групп

Особое место в процессе лечения уделяется взаимоотношениям родных и близких с больными, так как эпидемиологический фактор имеет немаловажное значение, так как всегда существует риск заразиться туберкулезом при контакте с больным, будь то родственник или нет.

На вопрос анкеты: «Поддерживают ли Вас Ваши родные и близкие в связи с заболеванием туберкулезом?». Абсолютное большинство 63,1% больных ответили, что «очень поддерживают», «немного поддерживают» отметили 22,4%, указали на полное отсутствие поддержки со стороны родственников 9,4% и затруднились ответить всего 5,1% опрошенных.

Высказали мнение, что родные и близкие им люди очень поддерживают их во время болезни пациенты моложе 60 лет в 62,7% случаев, а старше 60 лет в 64,6% случаев ($p>0,05$). Женщины говорили об этом чаще мужчин в 67,3% и 61,4% случаев соответственно ($p<0,01$). Среднее образование имели 62,3% и высшее 67,0% опрошенных ($p>0,05$).

О том, что их немного поддерживают родные, и близкие люди чаще упоминали пациенты моложе 60 лет, чем те кто старше в 22,3% и 17,7% случаев соответственно ($p<0,02$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Среди тех пациентов, кто говорил, что родственники его никак не поддерживают во время болезни, были достоверно чаще мужчины, чем женщины, соответственно в 10,4% и 6,7% случаев ($p<0,05$). Затруднились ответить чаще пациенты мужского пола ($p<0,05$).

Таким образом, среди всех пациентов, кого в достаточной мере поддерживают родные и близкие, достоверно больше внимания уделяется женщинам, а среди тех указал на недостаточное внимание со стороны родственников, больше было лиц моложе 60 лет и никакой помощи со стороны

родных чаще не получали мужчины.

Полученные данные свидетельствуют, что все же большинство больных туберкулезом, получает помощь и поддержку со стороны родственников, проявляющих заинтересованность в их дальнейшей судьбе. Но, тем не менее, о недостаточной помощи указал каждый 5 больной, а каждый десятый вообще не получает никакой помощи и поддержки от родственников.

Распределение ответов представлено в таблице 4.3.1. (Приложение 2).

Несмотря на то, что большинство пациентов отметили явную поддержку со стороны родственников во время лечения, всё же большая часть их испытывает на себе негативное отношение окружающих. Для того чтобы найти возможности расширить круг общения пациентов, был предложен вопрос о целесообразности создания «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», которая могла бы оказать различную помощь больным людям.

Абсолютно поддерживают эту инициативу 40,9% больных, которые ответили «безусловно, да». С некоторым сомнением высказались 29,2% ответивших «скорее да». Совершенно не приемлют создание такой ассоциации только 3,9% больных, ответивших «безусловно, нет» и «скорее нет» высказались 4,3% пациентов. Затруднились ответить 21,7% опрошенных.

Полностью поддерживают создание ассоциации пациенты женского пола в 46,7% случаев, а мужского в 38,9% случаев ($p<0,01$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного и образовательного факторов не выявлено ($p>0,05$).

Скорее за создание ассоциации высказались пациенты моложе 60 лет в 29,3% случаев, старше 60 лет в 27,8%, мужчины и женщины ответили в 28,9% и 30% случаев, среднее образование имели 40,4%, а высшее 43,9% случаев, достоверных статистический различий не выявлено ($p>0,05$).

Скорее против создания ассоциации чаще высказывались пациенты моложе 60 лет, чем те кто старше 60 лет в 4,6% и 2,5% случаев соответственно ($p<0,05$) мнение мужчин преобладало над мнением женщин, соответственно в

5,01% и 2% случаев (p<0,01) и пациентов со средним образованием так же было больше, чем с высшим, соответственно 4,6% и 2,4% случаев (p<0,05).

Категорически высказались против создания такой ассоциации пациенты с высшим образованием в 6,01% случаев, а со средним в 3,6% случаев (p<0,05). Затруднения возникли у каждого пятого пациента при ответе на данный вопрос.

Таким образом, за создание ассоциации высказались 70,1%, против 8,2% и не пожелали четко определить свою позицию по этому вопросу 21,7% опрошенных, чье мнение можно считать скорее отрицательным.

Необходимо отметить, что в поддержке создания ассоциации наибольшую заинтересованность проявили пациенты женского пола, а высказались против создания молодые мужчины, как со средним, так и с высшим образованием.

Распределение ответов представлено в таблице 4.3.2. (Приложение 2).

При наличии инфекционного заболевания, важным психологическим моментом является поддержка больного членами его семьи и родственниками. В 68,5% случаев фтизиатры высказали мнение, что больные туберкулезом в той или иной мере получают помощь со стороны родных и близких людей.

Так 38,1% врачей считают, что реальную помощь получают около 50% больных, 21,7% уверены, что 20-30% пациентов пользуются поддержкой родственников, и только 8,7% думают, что практически все больные получают поддержку со стороны близких им людей. В 13,1% случаев врачи считают, что помощь родственников оказывается единицам больных или поддержка с их стороны и вовсе отсутствует. Затруднились ответить 18,4% респондентов.

Высказали мнение, что практически все больные получают поддержку со стороны родственников в 10,7% случаев врачи диспансера и в 5,6% врачи стационара, доктора со стажем работы до 10 лет говорили об этом в 4,3% случаев, а со стажем более 10 лет в 10,1% соответственно (p>0,05).

О том, что поддержку со стороны родных имеют около 50% больных, высказались 37,5% врачей диспансерного отделения и 38,9% врачей стационарного отделения (p>0,05). Доктора со стажем работы более 10 лет

были уверены в этом чаще, чем более молодые коллеги в 43,6% и 21,7% случаев соответственно ($p<0,01$).

Считают, что только 20-30% больных получают помощь со стороны родных и близких в 19,6% врачи диспансерного отделения и в 25% врачи стационарного отделения, доктора со стажем работы до 10 лет говорили об этом в 30,4% случаев, а со стажем более 10 лет в 18,8% соответственно ($p>0,05$).

Ответили, что помощь родственников получают единицы больных в 10,7% случаев врачи амбулаторной службы и в 16,7% врачи стационарной службы, доктора со стажем работы до 10 лет упоминали об этом в 17,4% случаев, а со стажем более 10 лет в 11,6% соответственно ($p>0,05$). Затруднился ответить практически каждый пятый фтизиатр.

Таким образом, врачи противотуберкулезных учреждений отмечают, недостаточную поддержку больных со стороны своих родственников - ведь только 8,7% врачей считают, что поддержку имеют все больные, а 38,1% - что её имеет половина больных, и еще 21,7% - что только третья часть и 8,4% отказались ответить напрямую, что можно трактовать как отрицательный ответ. Поученные данные свидетельствуют о наличии достаточно сложных проблем в межличностных отношениях между больными туберкулезом и здоровыми людьми, имеющими родственные связи.

Распределение ответов представлено в таблице 4.3.3. (Приложение 3).

Ряд вопросов анкеты затрагивает проблемы социального, психологического, межличностного взаимодействия больных и окружающего их общества. Каково отношение фтизиатров к самоорганизации больных в различные сообщества с целью поддержки друг друга.

На вопрос о целесообразности создания «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом» фтизиатры в 63,1% высказались положительно, 16,3% считает нецелесообразным создание такой ассоциации и 20,6% затруднились ответить на данный вопрос.

«Безусловно, да» ответили 27,2%, «Скорее да» 35,9% опрошенных,

«Безусловно, нет» и «Скорее нет» ответили соответственно 6,5% и 9,8% фтизиатров соответственно.

Считают, безусловно, полезным создание такой ассоциации в 30,4% случаев врачи диспансерного отделения и в 22,2% врачи стационарного отделения ($p>0,05$). Уверены в этом врачи со стажем до 10 лет в 39,2% случаев, а со стажем более 10 лет в 23,2% случаев соответственно ($p<0,02$).

Высказались с сомнением, но в пользу создания ассоциации в 35,7% врачи амбулаторной службы и в 36,1% врачи стационарной службы, доктора со стажем до 10 лет и более 10 лет ответили в 30,5% и в 37,7% случаев соответственно ($p>0,05$).

Считают безусловно ненужным, создание такой ассоциации в 13,4% случаев врачи стационарного отделения и только в 1,8% врачи диспансерного отделения ($p<0,01$).

Высказались скорее против такой ассоциации в 12,5% случаев врачи диспансерного отделения и в 5,6% врачи стационара, доктора с опытом работы до 10 лет говорили об этом в 4,3% случаев, а с опытом работы более 10 лет в 11,6% соответственно ($p>0,05$).

Таим образом, достоверно установлено, что, безусловно, поддерживают создание «ассоциации родственников и друзей больных туберкулезом» для оказания им дополнительной помощи врачи с опытом работы более 10 лет, а, безусловно, против создания такой ассоциации высказались врачи стационарной службы. Однако, в общем, большинство фтизиатров (63,1%) поддерживает данную инициативу, а выразили несогласие только 16,3% опрошенных и еще 20,6% не имеют определенного мнения по этому вопросу. Распределение ответов представлено в таблице 4.3.4. (Приложение 3).

О целесообразности создания «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом» врачами терапевтами было высказано следующее мнение. Безусловно поддерживают создание такой ассоциации 23,6% врачей, еще 29,2% скорее согласны с этим. Высказали абсолютно отрицательное отношение к идее создания такой ассоциации 11,8%

опрошенных и сомневались в необходимости ее создания 20,8% врачей. Затруднились ответить 14,6% респондентов.

Среди врачей кто безоговорочно поддерживает идею создания ассоциации, в значительной мере преобладает мнение молодых специалистов в 34,2% случаев, а более опытные коллеги высказались в 19,8% случаев соответственно ($p<0,01$). Менее категорично, но поддержали создание ассоциации врачи со стажем до 10 лет в 23,7% случаев, а со стажем более 10 лет в 31,1% случаев соответственно ($p>0,05$).

Категорически против создания ассоциации высказались врачи с опытом работы более 10 лет в 12,3% и до 10 лет в 10,5% случаев ($p>0,05$). Сомневались в создании ассоциации, врачи со стажем работы до 10 лет, и более 10 лет в 21,7% и 18,4% случаев соответственно ($p>0,05$).

Таким образом, достоверно установлено, что за создание ассоциации для оказания различной помощи больным туберкулезом выступают молодые врачи терапевты.

Распределение ответов представлено в таблице 4.3.5.

Таблица 4.3.5.

Оценка мнений терапевтов о необходимости создания «ассоциации» для оказания различной помощи больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Стаж				P	Все (n=144)	
	До 10 лет (n=38)		10 лет и более (n=106)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Целесообразно ли создание "Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом", которая оказывала бы различную помощь болеющим туберкулезом людям							
а) безусловно, да	13	34,2±3,95	21	19,8±3,32	**<0,01**	34	23,6
б) скорее, да	9	23,7±3,54	33	31,1±3,85	>0,05	42	29,2
в) скорее, нет	7	18,4±3,22	23	21,7±3,43	>0,05	30	20,8
г) безусловно, нет	4	10,5±2,55	13	12,3±2,73	>0,05	17	11,8
д) затрудняюсь ответить	5	13,2±2,82	16	15,1±2,98	>0,05	21	14,6

Необходимо отметить, что врачей абсолютно уверенных в необходимости создания ассоциации (23,6%) было почти в 2 раза больше, чем тех, кто категорически против (11,8%)

Анализ полученных данных свидетельствует, что за создание «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом» высказались большинство (52,8%) врачей терапевтов поликлиник, а не поддерживают её создание 32,6% опрошенных. По всей видимости, большинство терапевтов, считает недостаточным объем оказываемой помощи больным туберкулезом со стороны различных социальных институтов.

Рассматривая вопрос о целесообразности создания «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», с целью оказания различной помощи больным людям в 70,1% пациенты, в 63,1% фтизиатры и в 52,8% случаев врачи терапевты поликлиник поддерживают создание такой организации. Выразили сомнение или отрицательное отношение к созданию такой организации 8,2% пациентов, 16,3% фтизиатров и 32,6% врачей терапевтов поликлиник. Затруднились с определением своего мнения 21,7% пациентов, 20,6% фтизиатров и 14,6% терапевтов. (Таблица 4.3.6.)

Таблица 4.3.6.

Анализ мнений пациентов, фтизиатров и терапевтов ЛПУ о необходимости создания «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом»

Вопрос анкеты	Пациенты (n=584)		Фтизиатры (n=92)		Терапевты (n=144)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Целесообразно ли создание "Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом", которая оказывала бы различную помощь болеющим туберкулезом людям						
а) безусловно	239	40,9	25	27,2	34	23,6
б) скорее да	170	29,2	33	35,9	42	29,2
в) скорее нет	25	4,3	9	9,8	30	20,8
г) безусловно, нет	23	3,9	6	6,5	17	11,8
д) затрудняюсь ответить	127	21,7	19	20,6	21	14,6

Таким образом, абсолютное большинство самих пациентов, врачей фтизиатров и врачей терапевтов считает необходимым создание такой ассоциации для оказания различной помощи больным туберкулезом людям. Наиболее критично высказались по этому вопросу врачи терапевты поликлиник ЛПУ (32,6%), а менее всего сами пациенты (8,2%).

Специалисты отдела этической, правовой и социологической экспертизы по результатам проведенной фокус-группы позитивно отнеслись к созданию данной ассоциации и поддерживают её деятельность, при этом необходимо проводить разъяснительную работу с медперсоналом, а координировать деятельность ассоциации, помогать ей со стороны медицинского учреждения, в первую очередь, могут как раз психологи и специалисты по социальной работе.

ГЛАВА V

Технологические инновации в организации помощи больным туберкулёзом людям

В современных условиях лечение больного туберкулезом представляет сложный комплекс из нескольких госпитализаций (в том числе в разных противотуберкулезных стационарах), санаторно-курортного лечения и амбулаторного наблюдения, при этом заводится множество историй болезни и амбулаторных карт, доступ к которым для лечащего врача бывает затруднителен даже внутри одной организации. Это зачастую приводит к проведению ненужных повторных исследований и неполной информированности врача. Ориентироваться в традиционной истории болезни становится все труднее, требуются новые формы обобщения. Важнейшую роль в решении этих проблем призваны сыграть современные информационные и электронные технологии.

Медицинские информацинные системы значительно повышают безопасность и качество медицинской помощи, увеличивают оперативность представления медицинской информации, обеспечивают комфортность в работе медицинского персонала. Получение из архива электронного медицинского документа осуществляется быстрее и проще. Такой документ, в отличие от традиционного, может быть доступен многим врачам одновременно и может быть использован для компьютерной обработки (построения динамических кривых, контроля действий персонала, статистической обработки, экспертных систем, подготовки отчетов и т.п.).

Электронная медицинская карта пациента – основа медицинской информационной системы, единое хранилище медицинской информации, предназначенное для ведения, хранения, поиска и выдачи по информационным запросам (в том числе и по электронным каналам связи) сведений по всем случаям обращения пациента за медицинской помощью в лечебное учреждение.

Существующие в настоящее время электронные медицинские карты пациентов не вполне отражают специфику больного туберкулезом и не могут быть успешно применены в практике врача-фтизиатра. В связи с этим представляется актуальным разработка электронной медицинской карты фтизиатрического пациента, отражающая все нюансы ведения и наблюдения больного туберкулезом различных локализаций.

Сотрудниками кафедры фтизиопульмонологии Волгоградского государственного медицинского университета совместно с доцентом Волгоградского государственного технического университета, к.э.н. Гагариным А.Г. разработана электронная медицинская карта фтизиатрического пациента (рис. 7).

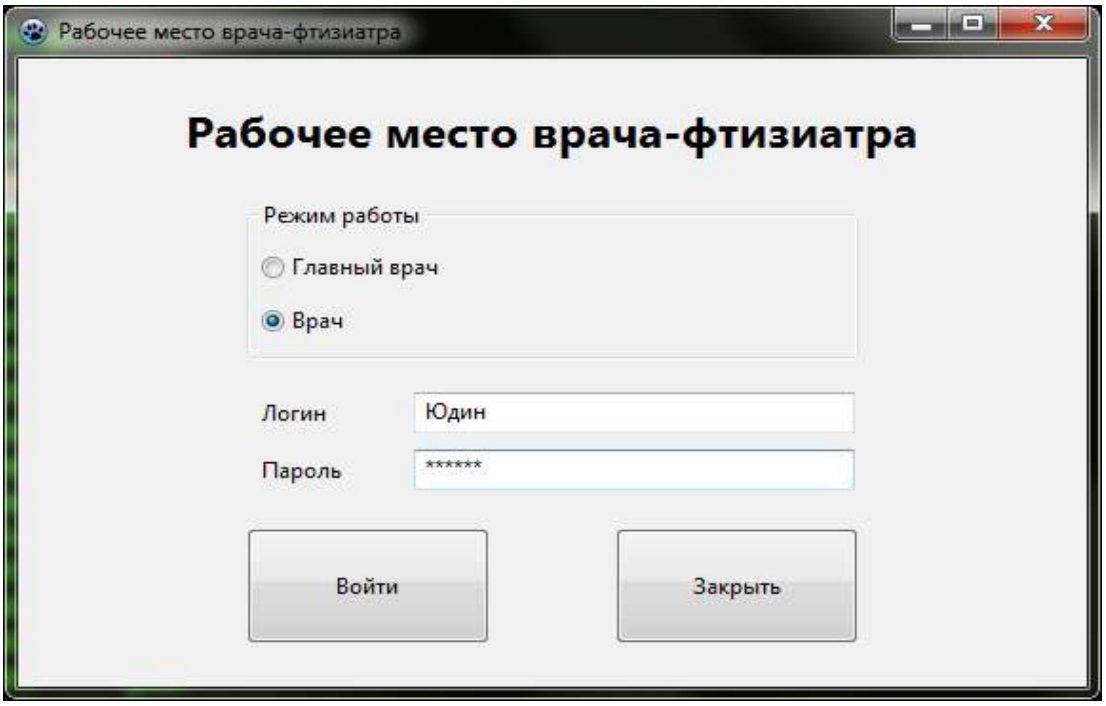


Рис. 7 – Рабочий экран программы «Рабочее место врача-фтизиатра».

Ввод данных осуществляется с клавиатуры или посредством выбора значений из списка на 8 закладках (Данные о пациенте, Диспансерное наблюдение, Стационарное лечение, Санаторно-курортное лечение, Врачебная комиссия, Рентгенологическое обследование, Бактериограмма, Лекарственная устойчивость МБТ).

Закладка «Данные о пациенте» состоит из нескольких разделов. Основная информация включает в себя паспортные данные пациента, сведения об его

уровне образования, семейном положении, профессии и месте работы (рис. 8).

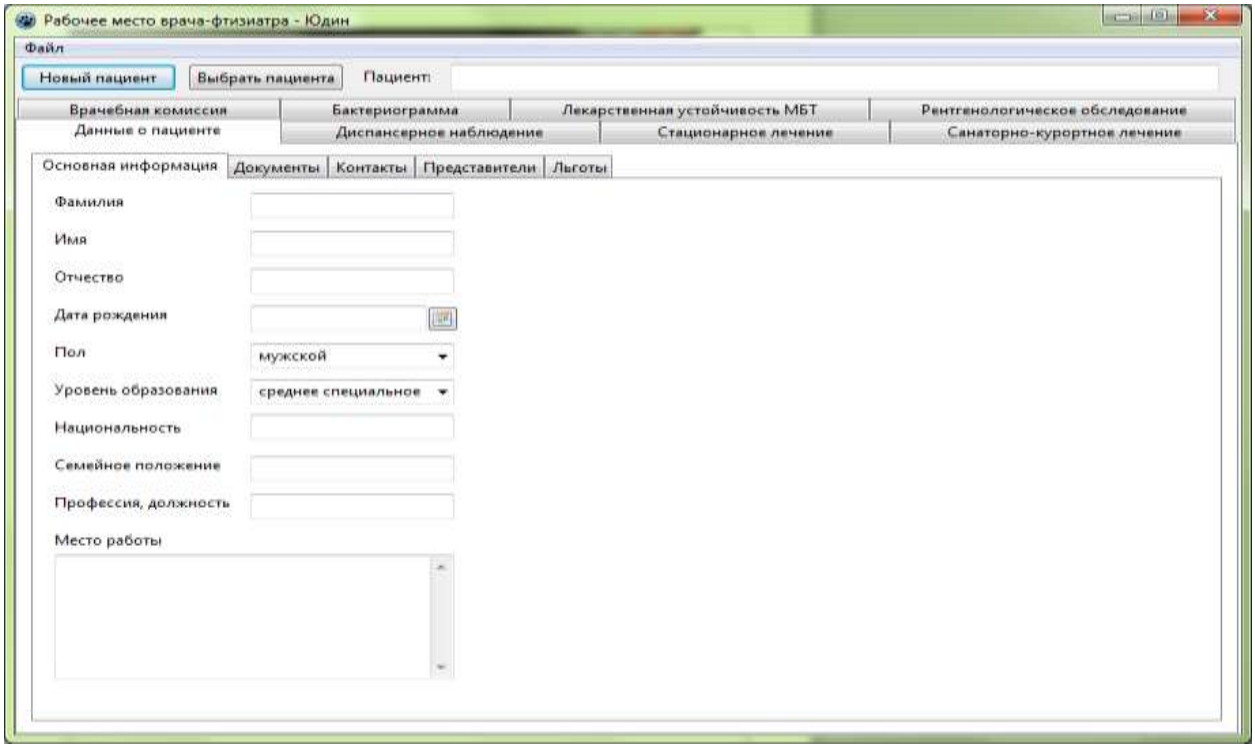


Рис. 8 – Рабочий экран программы. Закладка «Данные о пациенте. Основная информация».

В разделе «Документы» содержится информация о различных видах документов пациента (паспорт, медицинский полис, СНИЛС, ИНН, данные о временной нетрудоспособности) (рис. 9).

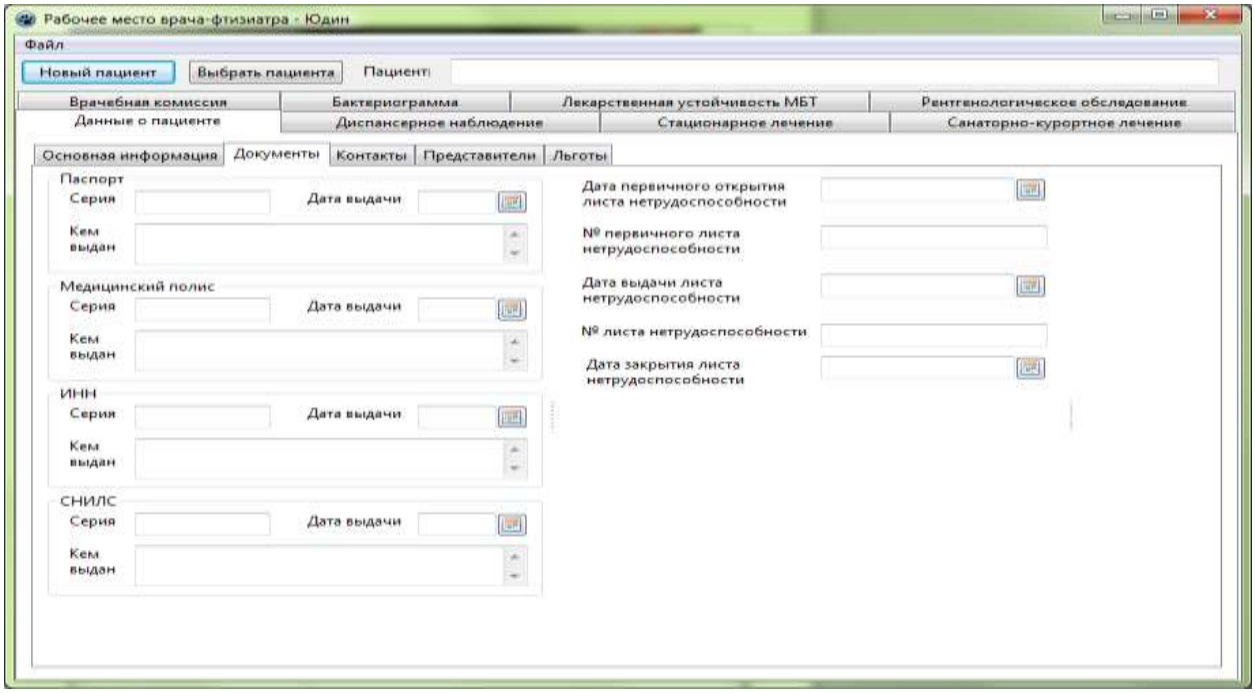


Рис. 9 – Рабочий экран программы. Закладка «Данные о пациенте. Документы».

В разделе контакты пациента отражена информация о месте проживания пациента и возможности связи с ним (телефон городской, служебный, сотовый) (рис. 10).

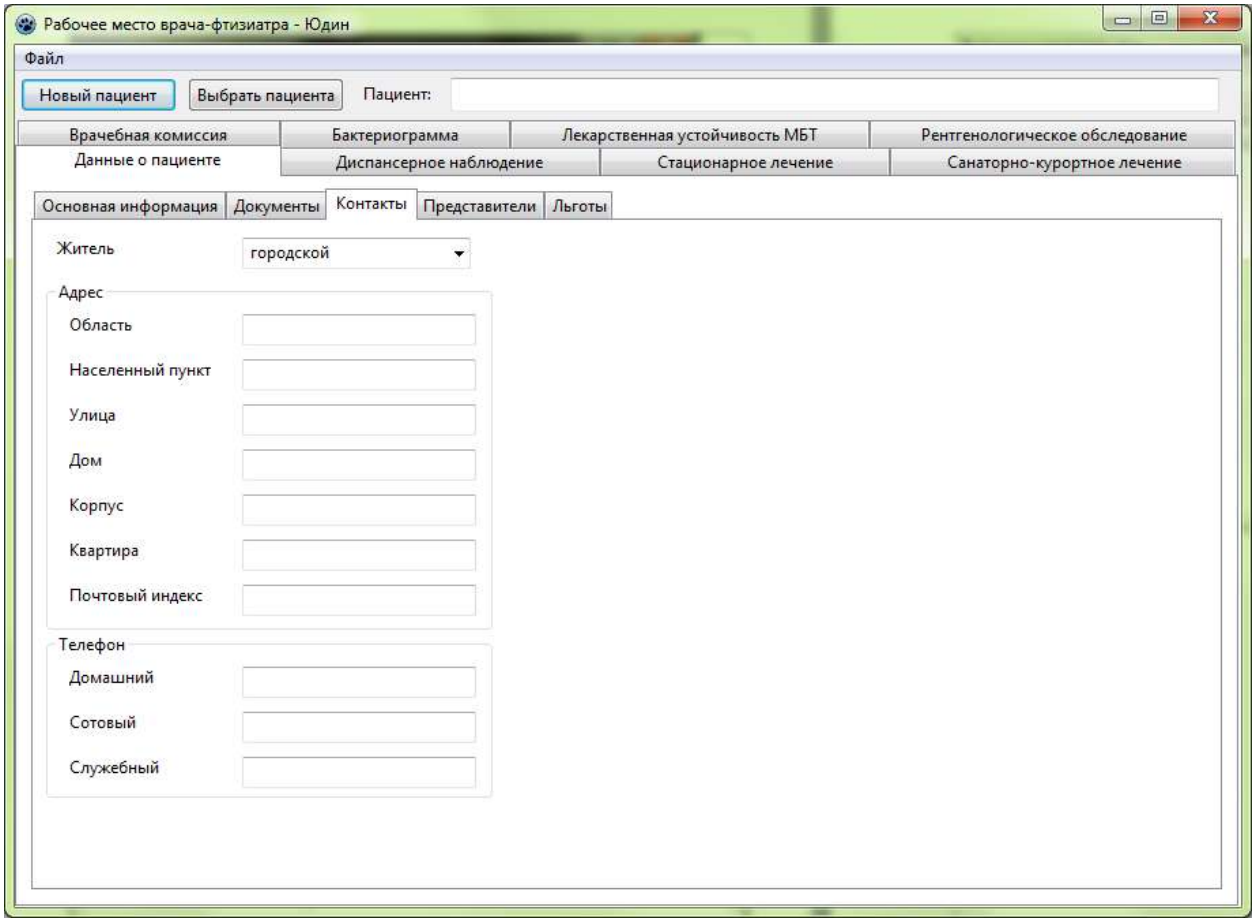


Рис. 10 – Рабочий экран программы. Закладка «Данные о пациенте. Контакты».

Так же учтена необходимость внесения информации о родственниках пациента с указанием степени родства, фамилии, имени, и отчества родственника, его месте жительства и контактных телефонах. Можно внести информацию о любом количестве родственников, при необходимости проводить соответствующую коррекцию данных (рис. 11).

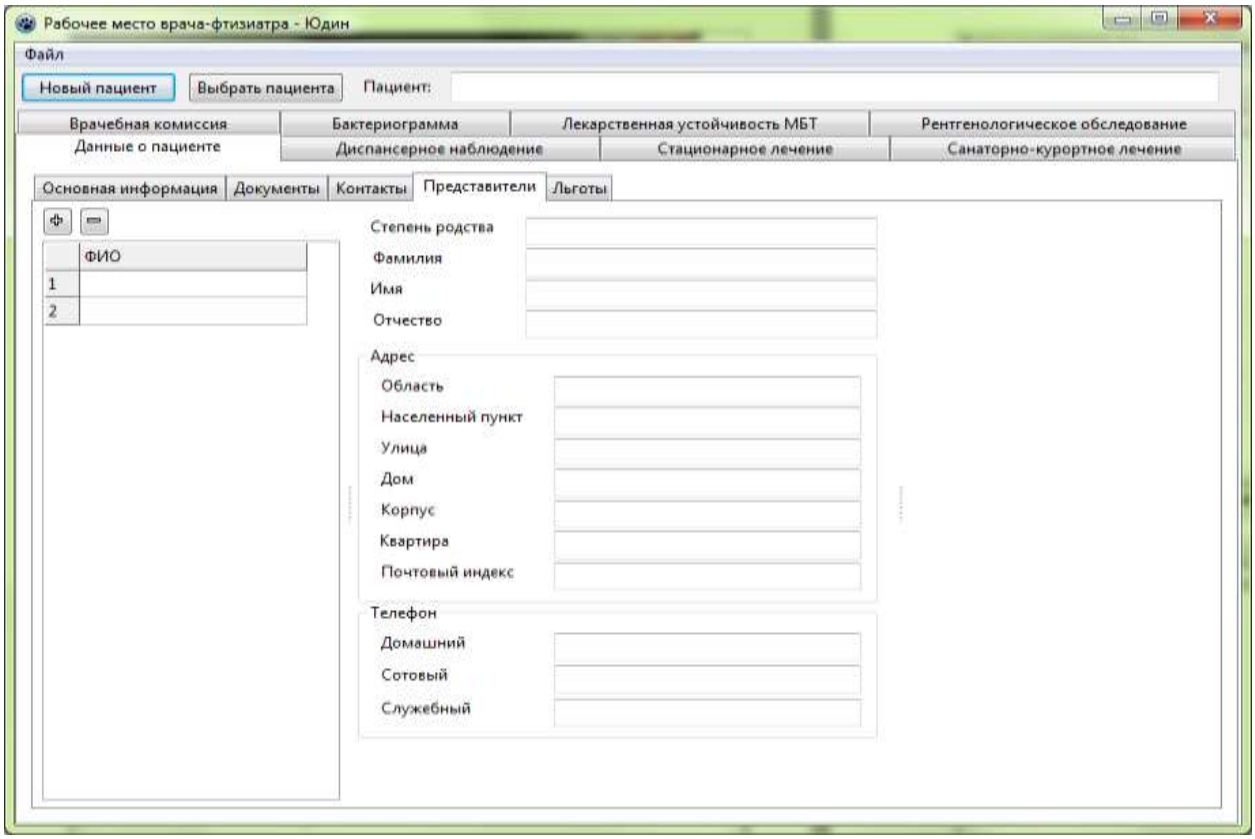


Рис. 11 – Рабочий экран программы. Закладка «Данные о пациенте. Представители».

В разделе льготы вносится информация о наличие группы инвалидности (рис. 12).

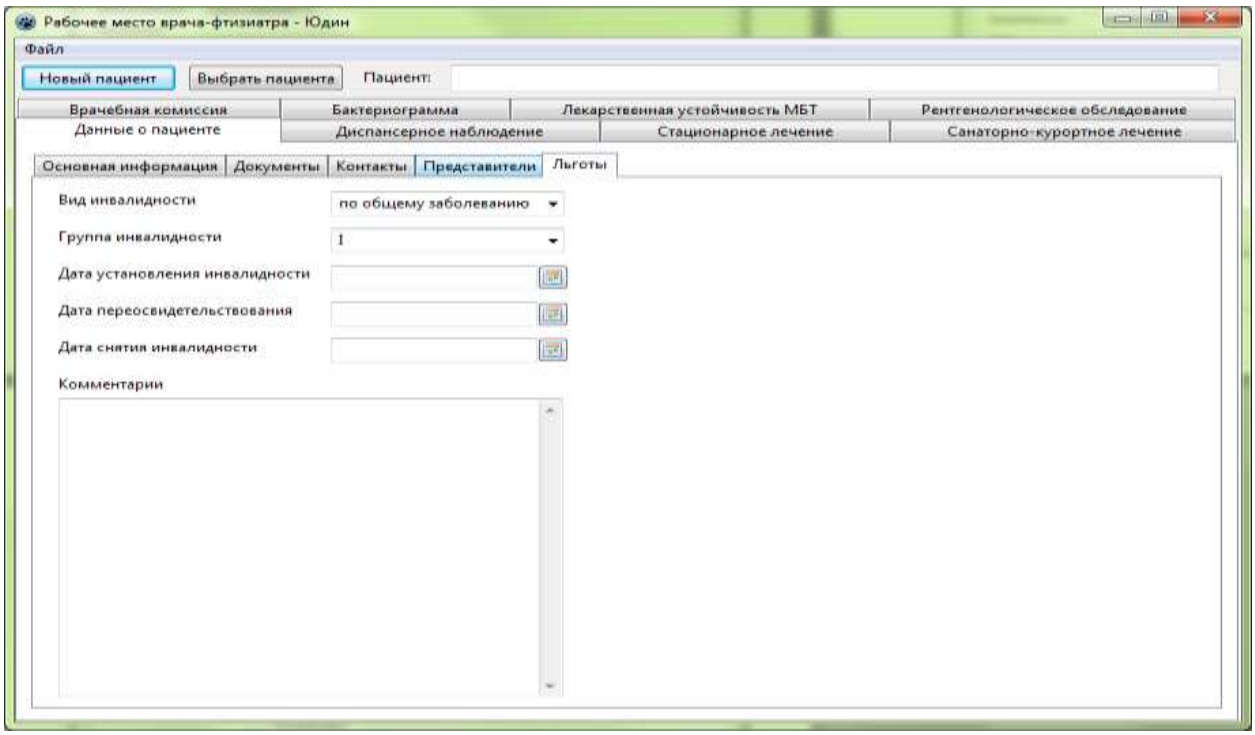


Рис. 12 – Рабочий экран программы. Закладка «Данные о пациенте. Льготы».

Закладка «Диспансерное наблюдение» состоит из двух разделов – первичное посещение и посещение (повторные) (рис. 13). При первичном посещении пациентом противотуберкулезного диспансера подробно собирается анамнез (рис. 14), жалобы. Проводится тщательные объективный осмотр больного (рис. 14) и выполняется обязательный диагностический минимум обследования фтизиатрического пациента. В итоге заносится информация о результате проведения ЦВКК.

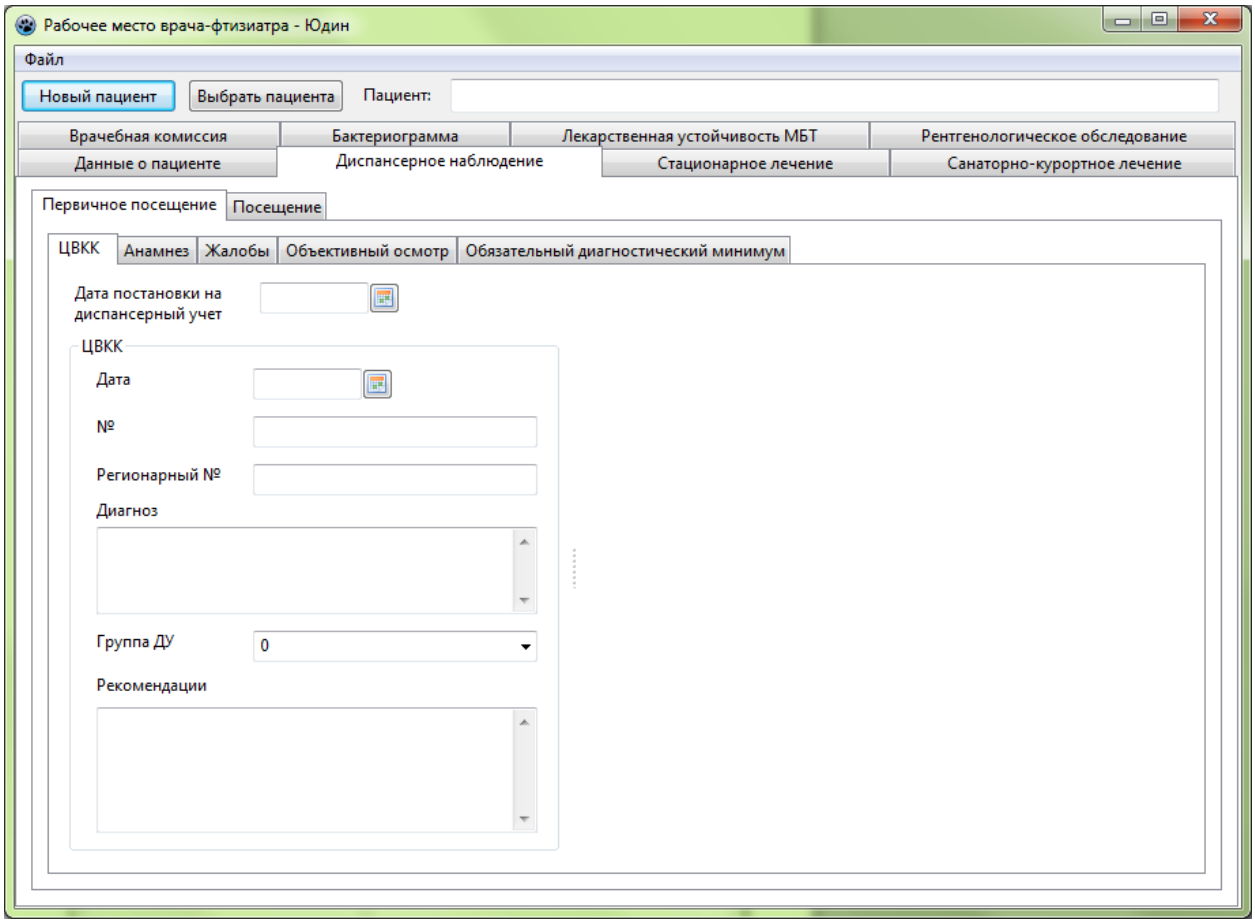


Рис. 13 – Рабочий экран программы. Закладка «Диспансерное наблюдение. Первичное посещение. ЦВКК».

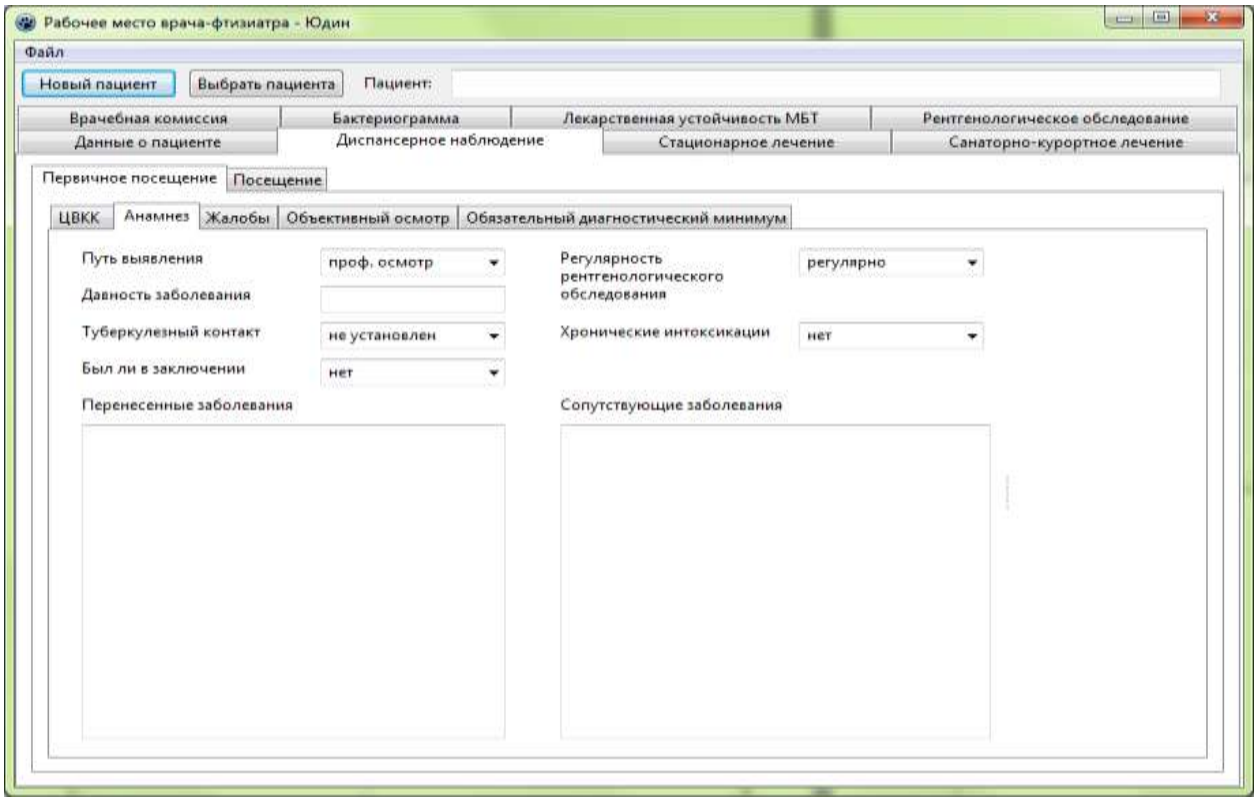


Рис. 14 – Рабочий экран программы. Закладка «Диспансерное наблюдение. Первичное посещение. Анамнез».

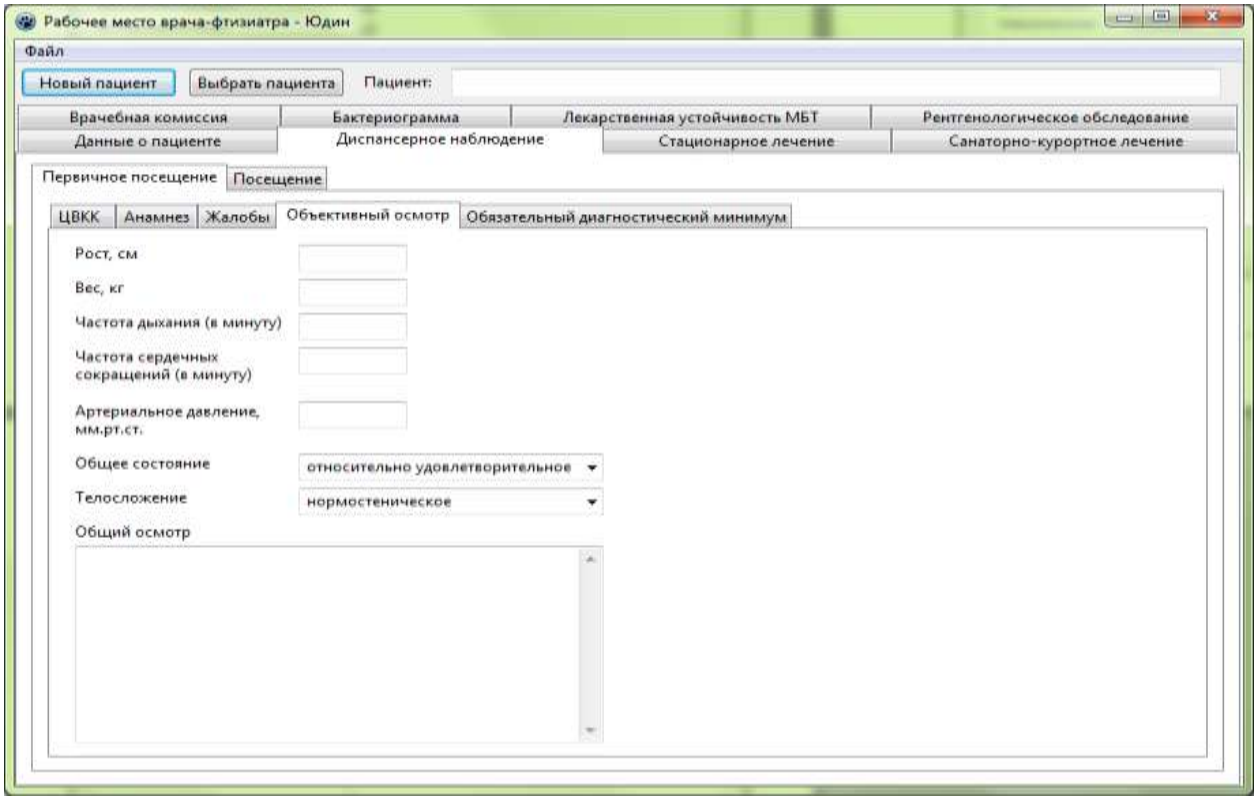


Рис. 15 – Рабочий экран программы. Закладка «Диспансерное наблюдение. Первичное посещение. Объективный осмотр».

Обязательный диагностический минимум обследования пациента при подозрении на туберкулез включает в себя следующие разделы:

- Рентгенологическое обследование (с указанием даты проведения обследования, вид и объект исследования, описание, заключение, рекомендации, сведения о враче-рентгенологе). У одного пациента может быть проведено неско видов обследования (флюорография, рентгенография, рентгеновская или компьютернная томография и прочее) (рис. 16).
- Туберкулинодиагностика включает информацию о пробе Манту с « 2ТЕ ППД-Л и Диаскин-теста (дата проведения и результат теста).
- Бактериограмма содержит информацию о проведенном бактериоскопическом и бактериологическом исследовании материалов полученных от пациента, включая современные технологии полимеразной цепной реакции и BACTEC (рис. 17).
- В разделе ОАК, ОАМ отражены основные параметры общего анализа крови и мочи.

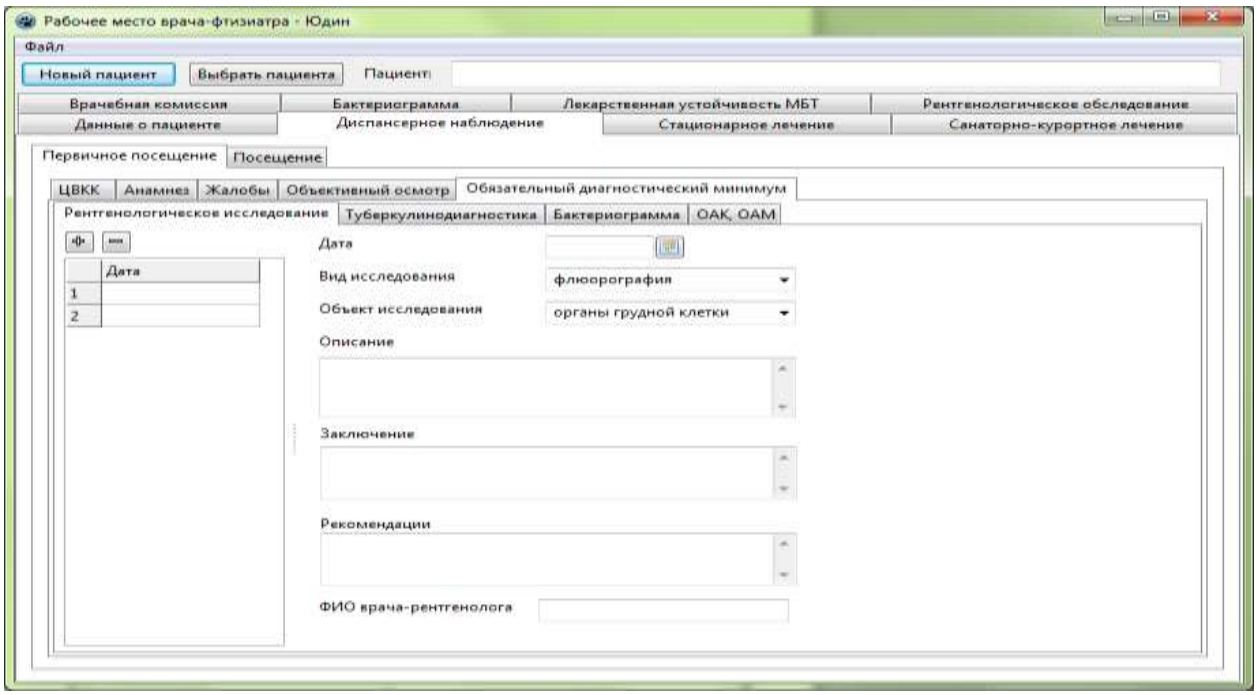


Рис. 18 – Рабочий экран программы. Закладка «Диспансерное наблюдение. Первичное посещение. Обязательный диагностический минимум. Рентгенологическое обследование».

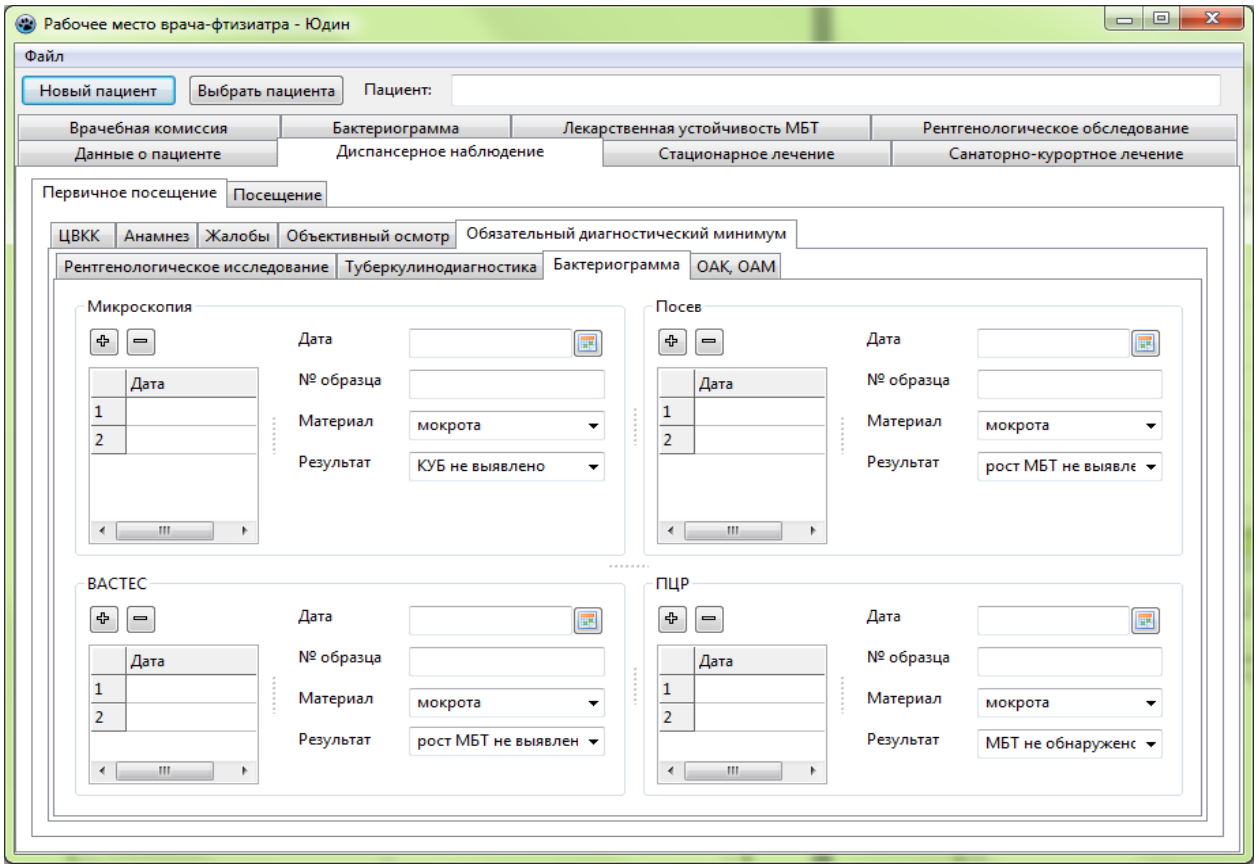


Рис. 19 – Рабочий экран программы. «Диспансерное наблюдение. Первичное посещение. Обязательный диагностический минимум. Бактериограмма».

Раздел «Посещение» содержит информацию о всех последующих посещениях пациентом участкового врача-фтизиатра и включает в себя дату визита, жалобы пациента, общее состояние, основные объективные данные, рекомендации врача (рис. 20).

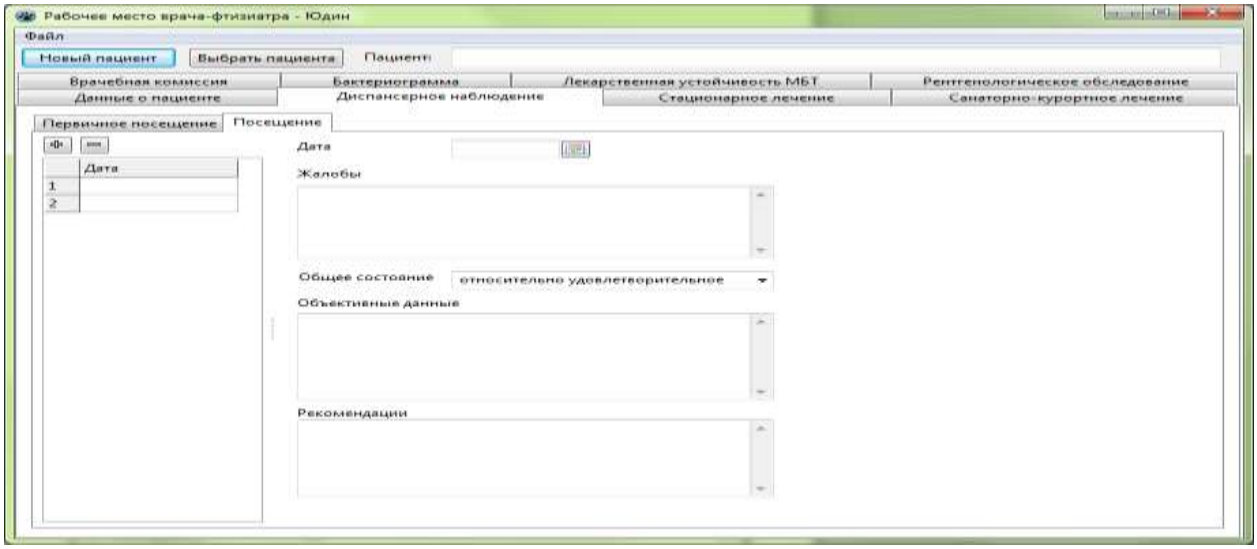


Рис. 20 – Рабочий экран программы. Закладка «Диспансерное наблюдение. Посещение».

Следующий раздел «Стационарное лечение» содержит основную информацию обо всех случаях госпитализации данного пациента в противотуберкулезный стационар (рис. 21).

Раздел «Санаторно-курортное лечение» содержит информацию о всех случаях санаторного лечения пациента (рис. 22).

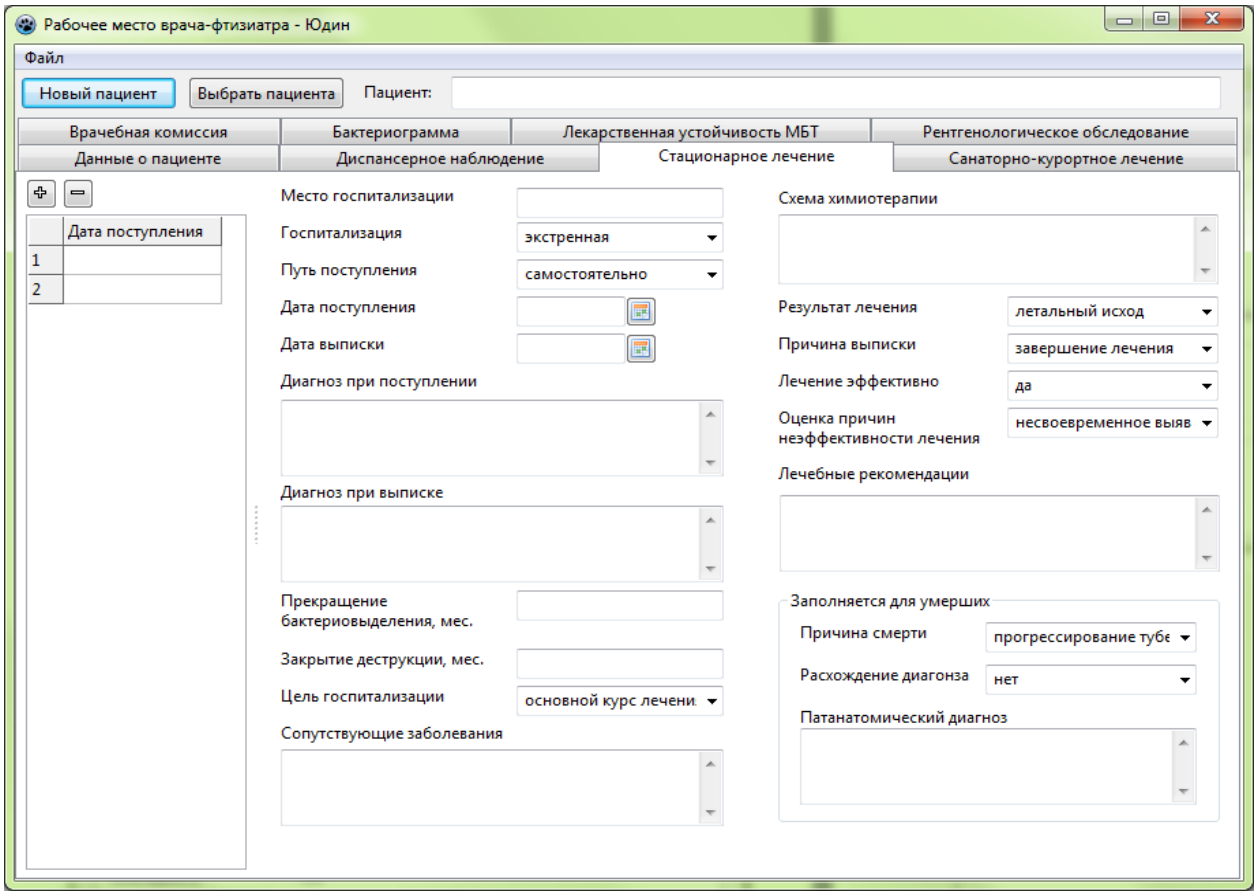


Рис. 21 – Рабочий экран программы. Закладка «Стационарное лечение».

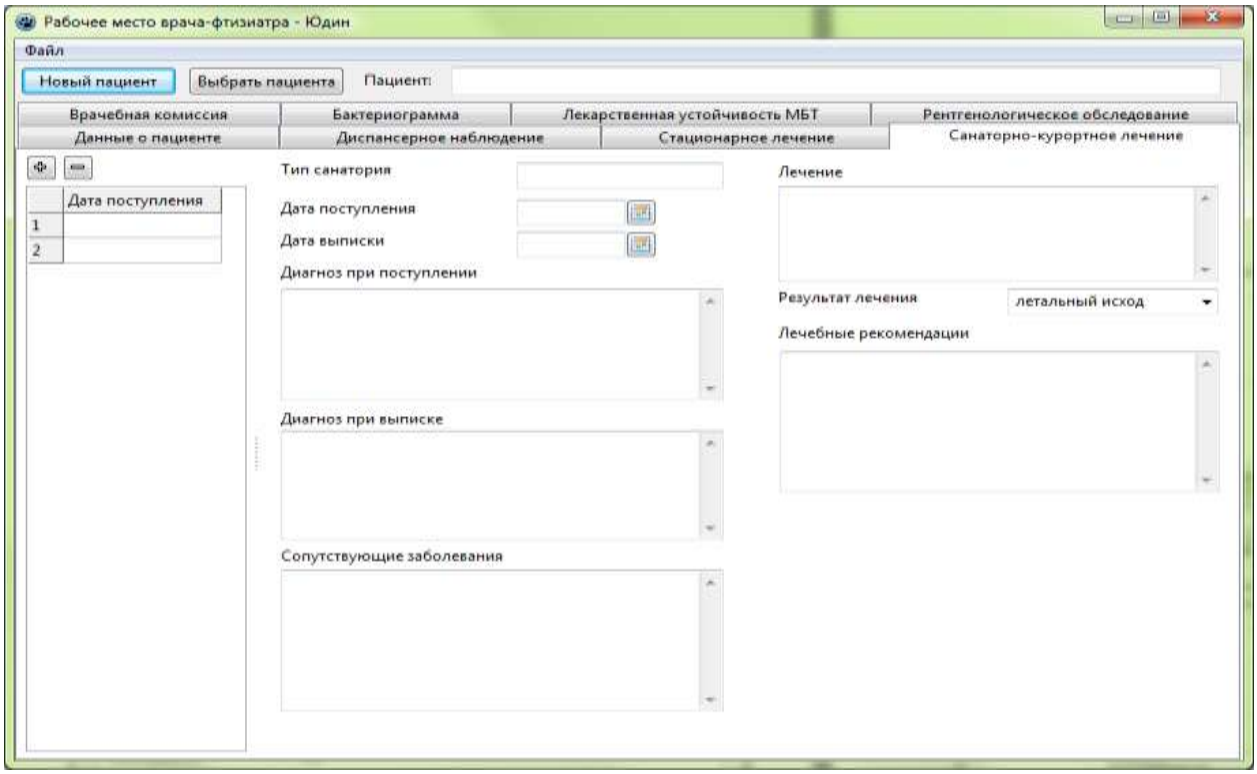


Рис. 22 – Рабочий экран программы. Закладка «Санаторно-курортное лечение».

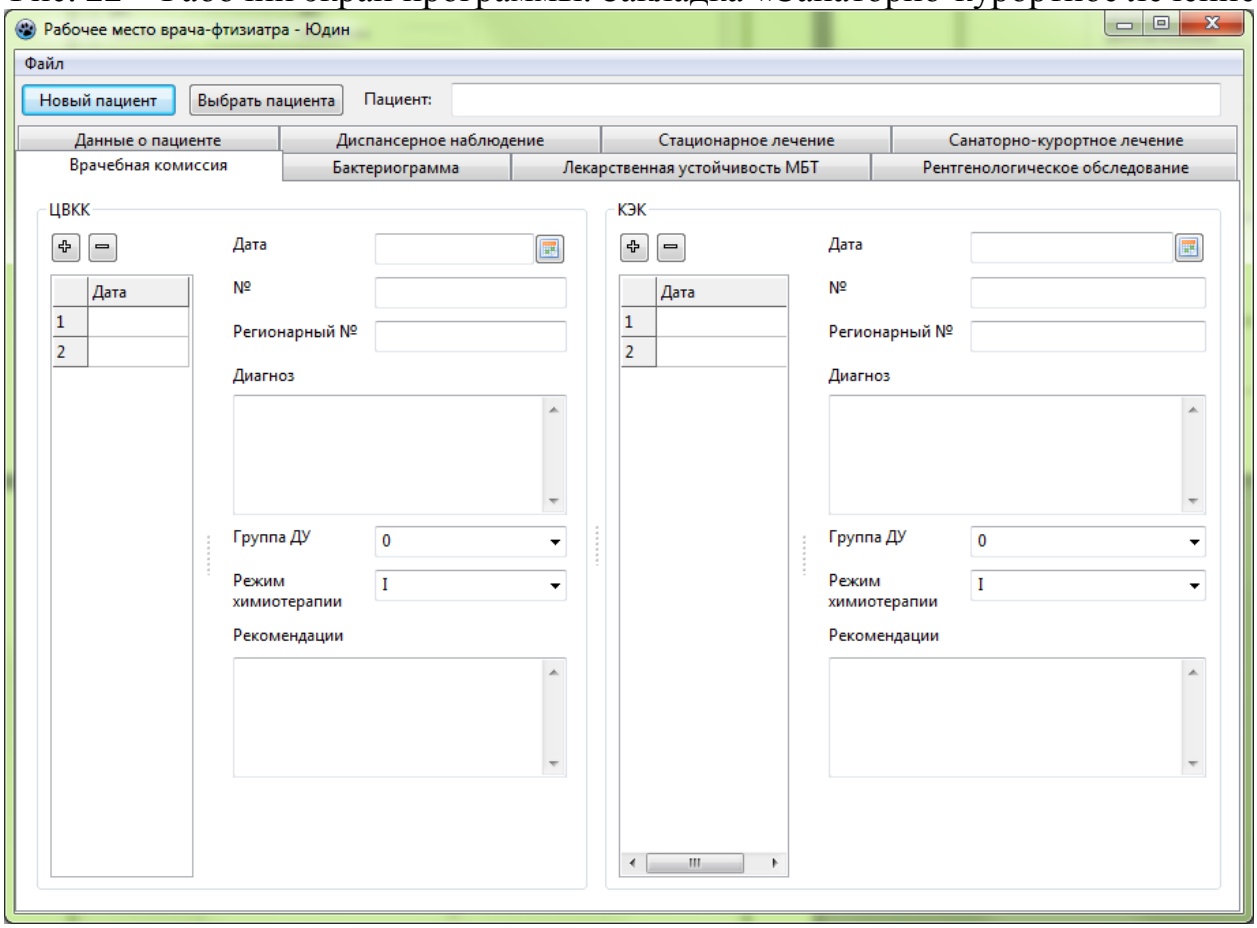


Рис. 23 – Рабочий экран программы. Закладка «Врачебная комиссия».

На закладке «Врачебная комиссия» отражена информация о работе ЦВКК и КЭК (дата проведения, номер комиссии, региональный номер, диагноз, группа диспансерного учета, рекомендуемый режим химиотерапии, рекомендации). (рис. 23).

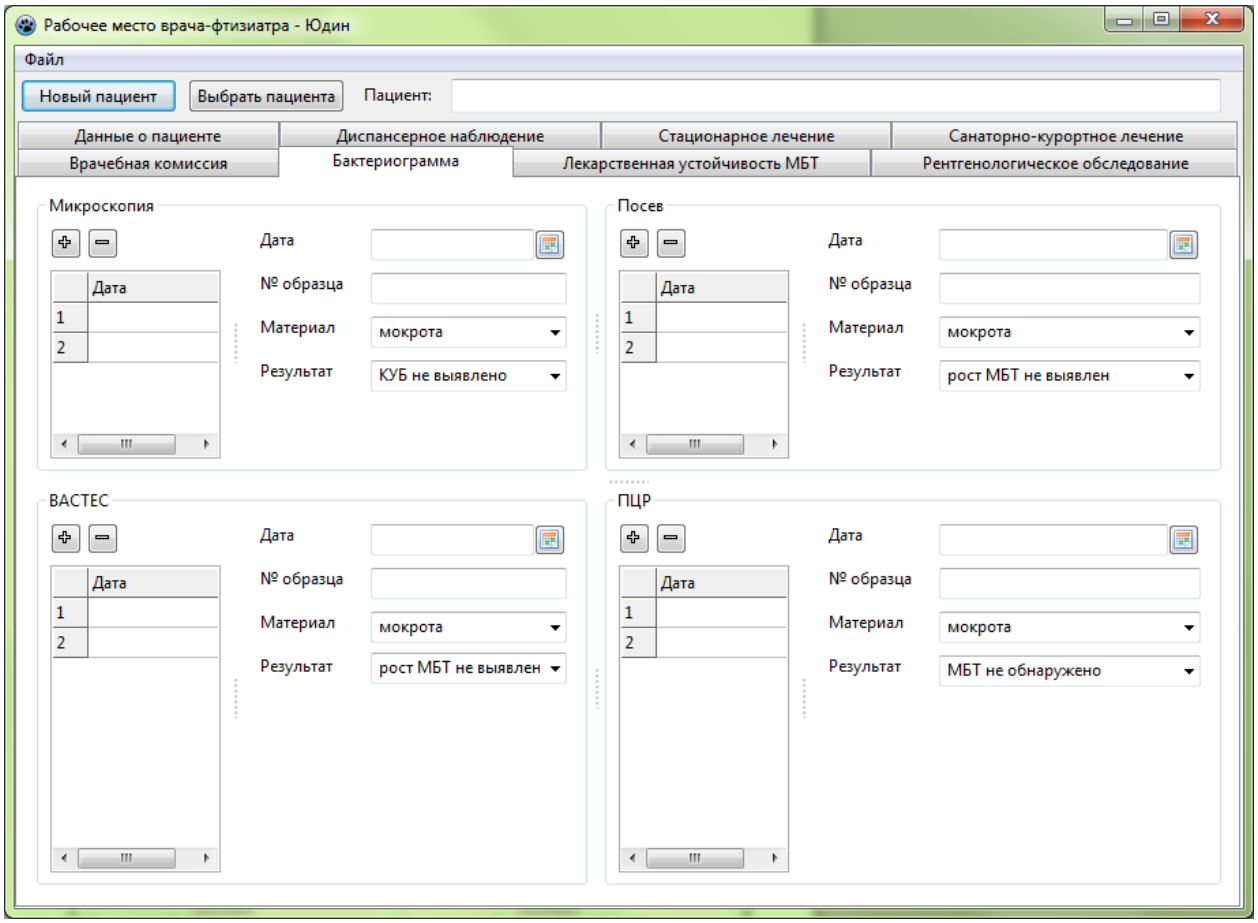


Рис. 24 – Рабочий экран программы. Закладка «Бактериограмма».

Закладка «Бактериограмма» содержит информацию о всех проведенных у данного пациента микробиологических исследованиях – микроскопия материала, посев на плотные питательные среды, исследование методами ПЦР и ВАСТЕС (рис. 24).

В электронной карте пациента так же имеются указания на лекарственную устойчивость МБТ (рис. 25) и проведенные рентгенологические обследования (рис. 26).

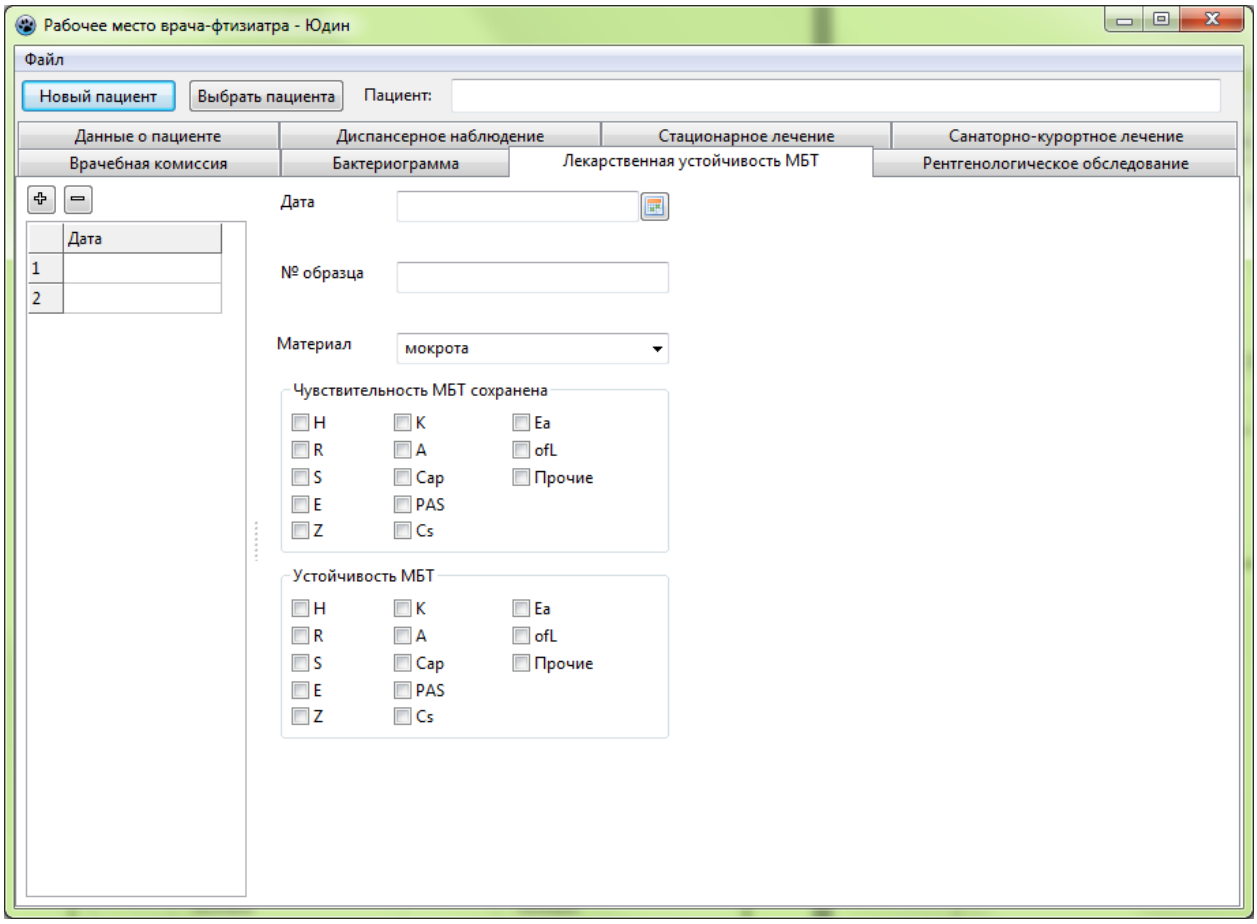


Рис. 25 – Рабочий экран программы. «Лекарственная устойчивость МБТ».

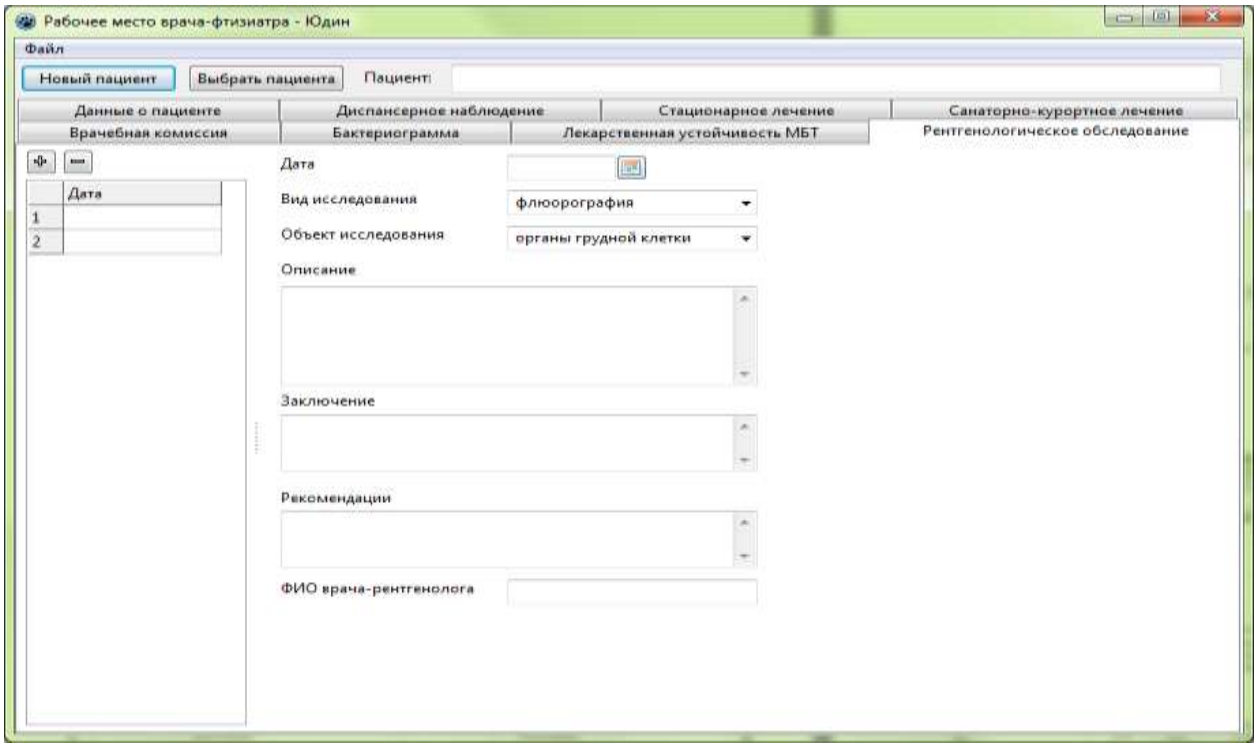


Рис. 26 – Рабочий экран программы. Закладка «Рентгенологическое обследование».

Далее приводим фрагмент программы для ЭВМ «Рабочее место врача-фтизиатра».

```
   FIXLSApp.Application_.EnableEvents := false;
   if not Assigned(IWorkbook) then
     FIWorkbook := IXLSApp.Workbooks.Add(EmptyParam, 0);
   cur_list:=1;
//    while FIWorkbook.Worksheets.Count>0 do
//      FIWorkbook.Worksheets.Delete(LOCALE_USER_DEFAULT);
//ISheet:=IWorkbook.Worksheets.Item[2] as Excel8TLB._Worksheet;
//    Workbook.Worksheets.Add(EmptyParam,EmptyParam,5,EmptyParam,0);

//*************************************************************
//* экспортировать в эксэль всю таблицу???                    *
//*************************************************************
   if export_entire_table then
   begin
     ArrayData := VarArrayCreate([1, DataModule2.MainTable.RecordCount+1, 1,
DataModule2.MainTable.FieldCount], varVariant);

   //  ArrayData[1,1]:='Исходные данные';
     DataModule2.FieldNamesTable.first;
     j:=2;
     while not DataModule2.FieldNamesTable.Eof do
     begin
       ArrayData[1, j]:=DataModule2.FieldNamesTable.FieldValues['DESC'];
       DataModule2.FieldNamesTable.Next;
       inc(j);
     end;

     DataModule2.MainTable.First;
     for i:=1 to DataModule2.MainTable.RecordCount do
     begin
       for j:=1 to DataModule2.MainTable.FieldCount do
         ArrayData[i+1, j] := DataModule2.MainTable.Fields[j-1].AsVariant;
       DataModule2.MainTable.Next;
     end;
   end;
//*************************************************************
//* экспортировать в эксэль всю таблицу!!!!                   *
//*************************************************************

//*************************************************************
//* НАЧАЛО РАСЧЕТА МАТИЦЫ R^2                                 *
//*************************************************************
   if calculateR2 then
   begin
     SetLength(summ,DataModule2.MainTable.FieldCount);
     ZeroMemory(summ,DataModule2.MainTable.FieldCount*sizeof(double));
     SetLength(summ2,DataModule2.MainTable.FieldCount);
     ZeroMemory(summ2,DataModule2.MainTable.FieldCount*sizeof(double));
     R2:= VarArrayCreate([0, DataModule2.MainTable.FieldCount, 0,
       DataModule2.MainTable.FieldCount], varVariant);
     SetLength(summXY,DataModule2.MainTable.FieldCount,
       DataModule2.MainTable.FieldCount);
     {ZeroMemory(summXY,DataModule2.MainTable.FieldCount*
       DataModule2.MainTable.FieldCount*sizeof(double));   }
 {   for i:=1 to DataModule2.MainTable.FieldCount do
     begin
       SetLength(summXY[i],DataModule2.MainTable.FieldCount);
       ZeroMemory(summXY[i],DataModule2.MainTable.FieldCount*sizeof(double));
```

```
  end;}

  // считаем суммы и суммы квадратов
  DataModule2.MainTable.First;
  for i:=1 to DataModule2.MainTable.RecordCount do
  begin
    for j:=0 to DataModule2.MainTable.FieldCount-1 do
      if (DataModule2.MainTable.Fields[j].DataType=ftFloat) or
      (DataModule2.MainTable.Fields[j].DataType=ftSmallInt) then
      begin
        summ[j] := summ[j]+DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat;
        summ2[j] := summ2[j]+sqr(DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat);
      end;
    DataModule2.MainTable.Next;
  end;
  n:=DataModule2.MainTable.RecordCount;

  // считаем суммы произведений
  for i:=0 to DataModule2.MainTable.FieldCount-1 do
  begin
    if (DataModule2.MainTable.Fields[i].DataType=ftFloat) or
    (DataModule2.MainTable.Fields[i].DataType=ftSmallInt) then
      for j:=0 to DataModule2.MainTable.FieldCount-1 do
        if (DataModule2.MainTable.Fields[j].DataType=ftFloat) or
        (DataModule2.MainTable.Fields[j].DataType=ftSmallInt) then
        begin
          DataModule2.MainTable.First;
          for k:=1 to DataModule2.MainTable.RecordCount do
          begin
            summXY[i,j]:=summXY[i,j]+
              DataModule2.MainTable.Fields[i].AsFloat*
              DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat;
            DataModule2.MainTable.Next;
          end;
        end;
  end;

  // считаем R^2
  j:=0;
  for i:=0 to DataModule2.MainTable.FieldCount-1 do
//    if (DataModule2.MainTable.Fields[i].DataType=ftFloat) or
//    (DataModule2.MainTable.Fields[i].DataType=ftSmallInt) then
    for j:=0 to DataModule2.MainTable.FieldCount-1 do
      if ((DataModule2.MainTable.Fields[i].DataType=ftFloat) or
      (DataModule2.MainTable.Fields[i].DataType=ftSmallInt)) and
      ((DataModule2.MainTable.Fields[j].DataType=ftFloat) or
      (DataModule2.MainTable.Fields[j].DataType=ftSmallInt)) then
      begin
        Qx:=sqrt(summ2[i]/n-sqr(summ[i]/n));
        Qy:=sqrt(summ2[j]/n-sqr(summ[j]/n));
        if Qx*Qy<>0 then
          R2[i+1,j+1]:=(summXY[i,j]/n-summ[i]/n*summ[j]/n)/(Qx*Qy)
        else
          R2[i+1,j+1]:='-';
      end
      else
        R2[i+1,j+1]:='NND';
  // подписываем заголовки
  DataModule2.FieldNamesTable.first;
  j:=2;
  i:=2;
  while not DataModule2.FieldNamesTable.Eof do
```

```
      begin
        R2[0, j]:=DataModule2.FieldNamesTable.FieldValues['DESC'];
        R2[i, 0]:=DataModule2.FieldNamesTable.FieldValues['DESC'];
        DataModule2.FieldNamesTable.Next;
        inc(j);
        inc(i);
      end;
      R2[0,0]:='R'; // да-да, на самом деле здесь просто R, а не R^2
    end;
//***********************************************************
//* КОНЕЦ РАСЧЕТА МАТИЦЫ R^2                                *
//***********************************************************

//***********************************************************
//* считаем 3-й лист - средние значения и %                 *
//***********************************************************
    if calculate_average_and_frequency then
    begin
      List3:= VarArrayCreate([1, DataModule2.MainTable.FieldCount*10, 1, 1000], varVariant);
      // сначала д/в/в, потом - для остальных, потом - для всех
      // фильтруем БД
      t:=-1;
      DataModule2.FiltersTable.Open;
      DataModule2.FiltersTable.First;
      if DataModule2.Query.Active then
        DataModule2.Query.Close;
      while not DataModule2.FiltersTable.Eof do
      begin
        if DataModule2.FiltersTable.FieldByName('ACTIVE_').AsBoolean then
        begin
          inc(t);

          DataModule2.MainTable.Filtered:=false;
          DataModule2.MainTable.Filter:=
            DataModule2.FiltersTable.FieldByName('FILTER').AsString;
          DataModule2.MainTable.Filtered:=
            DataModule2.FiltersTable.FieldByName('FILTERED').AsBoolean;

          DataModule2.Query.Filtered:=false;
          DataModule2.Query.Filter:=
            DataModule2.FiltersTable.FieldByName('FILTER').AsString;
          DataModule2.Query.Filtered:=
            DataModule2.FiltersTable.FieldByName('FILTERED').AsBoolean;

          List3[1,t*10+1]:=
            DataModule2.FiltersTable.FieldByName('DESC').AsString;

          offset3_0:=2;
          offset3_1:=2;
          n_total:=DataModule2.MainTable.RecordCount;

          if n_total>0 then
          begin
            DataModule2.FieldNamesTable.First;
            for j:=1 to DataModule2.MainTable.FieldCount-1 do
            begin
              case MainTableFieldType[j] of
                0: // фиксированный список значений - 0..x     Fxx_lookup.dbf
                begin
                  try
                    ZeroMemory(@sum_arr[1],sizeof(sum_arr));
                    str:=MainTableFieldLookup[j]+'.dbf';
```

```
   if DataModule2.table.active then
    DataModule2.table.Close;
   DataModule2.table.TableName:=str;
   DataModule2.table.Open;
   n_variant:=DataModule2.table.RecordCount;

   // подсчет сумм по категориям и рассчет ср. арифм.
   sum:=0;
   DataModule2.MainTable.First;
   for i:=0 to DataModule2.MainTable.RecordCount-1 do
   begin
    sum_arr[DataModule2.MainTable.Fields[j].AsInteger+1]:=
      sum_arr[DataModule2.MainTable.Fields[j].AsInteger+1]+1;
    sum:=sum+DataModule2.MainTable.Fields[j].AsInteger;
    DataModule2.MainTable.Next;
   end;
   average:=sum/n_total;

   // рассчет дисперсии Sigms^2
   sum:=0;
   DataModule2.MainTable.First;
   for i:=0 to DataModule2.MainTable.RecordCount-1 do
   begin
    sum:=sum+sqr(DataModule2.MainTable.Fields[j].AsInteger-average);
    DataModule2.MainTable.Next;
   end;
   sigma2:=sum/n_total;

   List3[offset3_0,1+t*10]:=DataModule2.FieldNamesTable.fieldbyname('DESC').Value;
   List3[offset3_0+1,1+t*10]:='Значение';
   List3[offset3_0+1,2+t*10]:='Описание';
   List3[offset3_0+1,3+t*10]:='Частота';
   List3[offset3_0+1,4+t*10]:='%';
   DataModule2.table.First;
   for i:=1 to n_variant do
   begin
    List3[offset3_0+i+1,1+t*10]:=DataModule2.table.fieldbyname('N').Value;
    List3[offset3_0+i+1,2+t*10]:=DataModule2.table.fieldbyname('VALUE').Value;
    List3[offset3_0+i+1,3+t*10]:=sum_arr[i];
    List3[offset3_0+i+1,4+t*10]:=sum_arr[i]/n_total*100;
    DataModule2.table.Next;
   end;
   List3[offset3_0+i+1,3+t*10]:=n_total;
   List3[offset3_0+i+1,4+t*10]:='100%';
   List3[offset3_0+i+1,1+t*10]:=average;
   List3[offset3_0+i+2,1+t*10]:='Дисперсия (sigma^2)';
   List3[offset3_0+i+2,2+t*10]:=sigma2;

   offset3_0:=offset3_0+n_variant+5;
  except
   memo1.Lines.Add('Error during making List3_0 (field #'+inttostr(j)+')');
  end;
end;
1: // интервальный ряд - необходим файл Fxx_range.dbf
begin
  try
   sum:=0;
   ZeroMemory(@sum_arr[1],sizeof(sum_arr));
   str:=MainTableFieldLookup[j]+'.dbf';
   if DataModule2.table.active then
    DataModule2.table.Close;
   DataModule2.table.TableName:=str;
```

```
try
  DataModule2.table.Open;
except
end;
if DataModule2.table.active then
begin
  n_variant:=DataModule2.table.RecordCount;

  // расчет частот по интервалам и среднего
  DataModule2.MainTable.First;
  for i:=0 to DataModule2.MainTable.RecordCount-1 do
  begin
    sum:=sum+DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat;
    DataModule2.Table.First;
    if (DataModule2.Table.FieldByName('LIMIT1').AsFloat<=
        DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat) and
       (DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat<=
        DataModule2.Table.FieldByName('LIMIT2').AsFloat)
    then
      sum_arr[1]:=sum_arr[1]+1
    else
    begin
      DataModule2.Table.Next;

      for k:=1 to DataModule2.Table.RecordCount-1 do
      begin
        if (DataModule2.Table.FieldByName('LIMIT1').AsFloat<
            DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat) and
           (DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat<=
            DataModule2.Table.FieldByName('LIMIT2').AsFloat)
        then
        begin
          sum_arr[k+1]:=sum_arr[k+1]+1;
          break;
        end;
        DataModule2.Table.Next;
      end;
      // если значение не попало ни в один из пределов
      if k=DataModule2.Table.RecordCount then
        memo1.Lines.Add('значение '+
          FloatToStr(DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat)+
          ' вне пределов в файле '+str)
    end;

    DataModule2.MainTable.Next;
  end;
  average:=sum/n_total;

  // расчет дисперсии
  sum:=0;
  DataModule2.MainTable.First;
  for i:=0 to DataModule2.MainTable.RecordCount-1 do
  begin
    sum:=sum+sqr(DataModule2.MainTable.Fields[j].AsFloat-average);
    DataModule2.MainTable.Next;
  end;
  sigma2:=sum/n_total;

  List3[offset3_1,5+t*10]:=DataModule2.FieldNamesTable.fieldbyname('DESC').Value;
  List3[offset3_1+1,5+t*10]:='Предел1';
  List3[offset3_1+1,6+t*10]:='Предел2';
  List3[offset3_1+1,7+t*10]:='Описание';
```

```
        List3[offset3_1+1,8+t*10]:='Частота';
        List3[offset3_1+1,9+t*10]:='%';
        DataModule2.table.First;
        for i:=1 to n_variant do
        begin
          List3[offset3_1+i+1,5+t*10]:=DataModule2.table.fieldbyname('LIMIT1').Value;
          List3[offset3_1+i+1,6+t*10]:=DataModule2.table.fieldbyname('LIMIT2').Value;
          List3[offset3_1+i+1,7+t*10]:='-';//DataModule2.table.fieldbyname('VALUE').Value;
          List3[offset3_1+i+1,8+t*10]:=sum_arr[i];
          List3[offset3_1+i+1,9+t*10]:=sum_arr[i]/n_total*100;
          DataModule2.table.Next;
        end;
        List3[offset3_1+i+1,8+t*10]:=n_total;
        List3[offset3_1+i+1,9+t*10]:='100%';
        List3[offset3_1+i+1,5+t*10]:=average;
        List3[offset3_1+i+2,5+t*10]:='Дисперсия (sigma^2)';
        List3[offset3_1+i+2,6+t*10]:=sigma2;

        offset3_1:=offset3_1+n_variant+5;
      end
      else
        memo1.Lines.Add('Could"t open '+str)
    except
      memo1.Lines.Add('Error during making List3_1 (field #'+inttostr(j)+')');
    end;

  end;
  2: // строка - пропускаем
  begin

  end;
 end;
 DataModule2.FieldNamesTable.Next;

end;// for j:=1 to DataModule2.MainTable.FieldCount-1 do

// execute queries from QUERIES.DBF
inc(offset3_1,3);
try
 if DataModule2.QueriesTable.Active=false then
  DataModule2.QueriesTable.Open;
 DataModule2.QueriesTable.First;
 while not DataModule2.QueriesTable.Eof do
 begin
  if DataModule2.QueriesTable.FieldByName('ACTIVE_').AsBoolean then
  begin
  try
    if DataModule2.Query.active then
      DataModule2.Query.Close;

    st:=DataModule2.QueriesTable.FieldByName('QUERY').AsString;
    if replace(st,':prmTableName',
    ""+ExtractFileName(DataModule2.MainTable.TableName+""))=true
    then
    begin
      DataModule2.Query.SQL.Text:=st;
      DataModule2.Query.Open;

      List3[offset3_1,5+t*10]:=DataModule2.QueriesTable.FieldByName('DESC').AsString;
      List3[offset3_1+1,5+t*10]:=DataModule2.Query.RecordCount;
      List3[offset3_1+1,6+t*10]:=100*DataModule2.Query.RecordCount/n_total;
```

```
              inc(offset3_1,3);
             end;
            except
             memo1.Lines.Add('Could"t execute query='+
              DataModule2.Query.SQL.Text);
             memo1.Lines.Add('  description="'+
              DataModule2.QueriesTable.FieldByName('DESC').AsString+'"');
             for i:=0 to DataModule2.Query.ParamCount  do
              memo1.Lines.Add('  param['+DataModule2.Query.Params[i].Name
               +']='+
               DataModule2.Query.Params[i].AsString);
            end;
            end;
            DataModule2.QueriesTable.Next;
           end;
         except
         end
        end
        else //if n_total>0 then
         List3[offset3_0+1,t*10]:='Отфильтровано 0(ноль) записей!';

        if DataModule2.QueriesTable.Active then
         DataModule2.QueriesTable.Close;
       end;
       DataModule2.FiltersTable.Next;
     end;
   end;
   DataModule2.FiltersTable.Close;
//***********************************************************
//*  конец расчета средних и частот
//***********************************************************


   DataModule2.MainTable.Filtered:=false;

   // передаем исходные данные

   ISheet:=IWorkbook.Worksheets.Item[cur_list] as Excel8TLB._Worksheet;
   if export_entire_table then
   begin
    IDispatch(IR1) := ISheet.Cells.Item[1, 1];
    IDispatch(IR2) := ISheet.Cells.Item[
     DataModule2.MainTable.RecordCount+1,DataModule2.MainTable.FieldCount];
    ISheet.Range[IR1, IR2].Value := ArrayData;
    ISheet.Name:='Все больные';
    inc(cur_list);
   end;


   // передаем матрицу R^2

   if calculateR2 then
   begin
    if cur_list>IWorkbook.Worksheets.Count then
    begin
     ISheet:=IWorkbook.Worksheets.Item[IWorkbook.Worksheets.Count] as Excel8TLB._Worksheet;
     IWorkbook.Worksheets.Add(EmptyParam,ISheet,1,EmptyParam,0);
    end;
    ISheet:=IWorkbook.Worksheets.Item[cur_list] as Excel8TLB._Worksheet;
    IDispatch(IR1) := ISheet.Cells.Item[2, 1];
    IDispatch(IR2) := ISheet.Cells.Item[
     DataModule2.MainTable.FieldCount+2,DataModule2.MainTable.FieldCount+1];
```

```
    ISheet.Range[IR1, IR2].Value := R2;
    ISheet.Name:='Парные коэф. корреляции';
  // красим зеленым высокие R (0.75<=|R|<=1.0)
    n:=0;
    for i:=1 to DataModule2.MainTable.FieldCount do
      for j:=1 to DataModule2.MainTable.FieldCount do
      begin
        if i=j then
          Continue;
        try
          value:=double(VarAsType(R2[i,j],varDouble));
          if ((R2[i,j]>=0.75)and(R2[i,j]<=1)) or
          ((R2[i,j]<=-0.75)and(R2[i,j]>=-1)) then
          begin
            ISheet.Cells.Item[i+2,j+1].Interior.Color :=$0000FF00;
            inc(n);
          end
          {else
            ISheet.Cells.Item[i+1,j+1].Interior.Color :=$0000FFFF;}
        except
        end;
      end;
    ISheet.Cells.Item[1,1].value:='0.75<=|R|<=1';
    ISheet.Cells.Item[1,2].value:=n;
    inc(cur_list);
  end;


// передаем 3-й лист - средние значения и %

  if calculate_average_and_frequency then
  begin
    if cur_list>IWorkbook.Worksheets.Count then
    begin
      ISheet:=IWorkbook.Worksheets.Item[IWorkbook.Worksheets.Count] as Excel8TLB._Worksheet;
      IWorkbook.Worksheets.Add(EmptyParam,ISheet,1,EmptyParam,0);
    end;
    ISheet:=IWorkbook.Worksheets.Item[cur_list] as Excel8TLB._Worksheet;
    ISheet.Cells.NumberFormat:='@';
    IDispatch(IR1) := ISheet.Cells.Item[2, 1];
    IDispatch(IR2) := ISheet.Cells.Item[max(offset3_0,offset3_1)+1,100];
    ISheet.Range[IR1, IR2].Value := List3;
    ISheet.Name:='Ср.значения, частоты';
  end;

  DecodeDate(Date,AYear,AMonth,ADay);
  DecodeTime(Date,AHour,AMinute,ASecond,AMilliSecond);

{   def_path:='c:\Moё\Users\Svetlana Genadieva\'+
    'SDB'+inttostr(AYear)+inttostr(AMonth)+inttostr(ADay)+'_'+
    inttostr(AHour)+':'+inttostr(AMinute)+':'+inttostr(ASecond)+':'+inttostr(AMilliSecond)+
    '.xls';}
{   IWorkbook.SaveAs('c:\1.xls',
    xlNormal,EmptyParam,EmptyParam,False,false,
    EmptyParam,EmptyParam,EmptyParam,true,EmptyParam,LOCALE_USER_DEFAULT);
       }

//   IWorkbook.Name:='SDB_'+datetostr(date);
//  IWorkbook.FullName[0]:=def_path;
//   ISheet.Cells.Item[2,2].SelectFirst;
//   FIXLSApp.ActiveWindow.FreezePanes:=true;
//   ExcelApp.activewindow.set_FreezePanes(1);
```

```
//    Workbook.WorkSheets[2].cells.item[2,2].Select;
//    ExcelApp.activewindow.FreezePanes;
//  Workbook.modules[1].Copy

//    ShowExcel(ExcelApp);

  except
    result:=false;
    if DataModule2.Query.active then
      DataModule2.Query.Close;
    if DataModule2.Table.active then
      DataModule2.Table.Close;
    DataModule2.MainTable.BeforeScroll:=DataModule2.MainTableBeforeScroll;
    DataModule2.MainTable.AfterScroll:=DataModule2.MainTableAfterScroll;
    DataModule2.MainTable.UnlockTable(ltWriteLock          );
    DataModule2.MainTable.GotoBookmark(cur_rec);
    DataModule2.MainTable.FreeBookmark(cur_rec);
//    FreeAndNil(ExcelApp);
    MessageDlg('Could''t connect to Excel',mtError,[mbOK],0);
  end;
finally
  if DataModule2.Query.active then
    DataModule2.Query.Close;
  if DataModule2.Table.active then
    DataModule2.Table.Close;

  DataModule2.MainTable.BeforeScroll:=DataModule2.MainTableBeforeScroll;
  DataModule2.MainTable.AfterScroll:=DataModule2.MainTableAfterScroll;
  DataModule2.MainTable.EnableControls;
  try
    DataModule2.MainTable.UnlockTable(ltWriteLock          );
  except
  end;
  DataModule2.MainTable.Filtered:=false;
  DataModule2.MainTable.Filter:='';
  DataModule2.Query.Filtered:=false;
  DataModule2.Query.Filter:='';
  DataModule2.MainTable.GotoBookmark(cur_rec);
  DataModule2.MainTable.FreeBookmark(cur_rec);
//  FreeAndNil(ExcelApp);
end;
end;


procedure TForm1.ExportToExcelSpeedButtonClick(Sender: TObject);
var t:boolean;
begin
  CreateExcel(false);
  ShowExcel;

  t:=RunExcel2;

  if t=false then
  begin
    FIWorkbook:= nil;
    ReleaseExcel;
  end;
  //ReleaseExcel; // ???
end;

procedure TForm1.OpenDBSpeedButtonClick(Sender: TObject);
var n:string;
```

```
    i:integer;
    its_ok:boolean;
begin
  try
    its_ok:=true;
    if OpenDBDialog.Execute then
      //n:=ExtractFileName(OpenDBDialog.FileName);
      n:=OpenDBDialog.FileName;

    if DataModule2.MainTable.State in [dsInsert,dsEdit] then
      DataModule2.MainTable.Post;

    DataModule2.SetLookupActiveProperty(false);
    if DataModule2.MainTable.active=true then
      DataModule2.MainTable.Close;
    DataModule2.MainTable.TableName:=n;
    DataModule2.MainTable.Open;

    if DataModule2.MainTable.FieldCount=MainTableNumFields then
    begin
      for i:=0 to MainTableNumFields-1 do
        if DataModule2.MainTable.Fields[i].FieldName<>MainTableFields[i+1] then
          its_ok:=false;
    end
    else
      its_ok:=false;
    if not its_ok then
    begin
      DataModule2.MainTable.Close;
      MessageDlg('Ошибка в структуре файла базы данных "'+n+'"',mtError,[mbOK],0)
    end
    else
    begin
      DataModule2.SetLookupActiveProperty(true);
      Form1.Caption:='БД историй болезни: '+n;
      CfgFile.WriteString('START','LastDB',n);
      RefreshCounter;
    end
  except
    on E:EDBEngineError do ShowError(E);
    else
    begin
      DataModule2.MainTable.Close;
      MessageDlg('Ошибка открытия файла базы данных "'+n+'"',mtError,[mbOK],0)
    end;
  end;
end;

procedure TForm1.ShowError(AExc: EDBEngineError);
var
  i: Integer;
begin
  Memo1.Lines.Clear;
  Memo1.Lines.Add('Number of errors: ' + IntToStr(AExc.ErrorCount));
  Memo1.Lines.Add('');
  {Iterate through the Errors records}
  for i := 0 to AExc.ErrorCount - 1 do begin
    Memo1.Lines.Add('Message: ' + AExc.Errors[i].Message);
    Memo1.Lines.Add('   Category: ' +
      IntToStr(AExc.Errors[i].Category));
    Memo1.Lines.Add('   Error Code: ' +
      IntToStr(AExc.Errors[i].ErrorCode));
```

```
    Memo1.Lines.Add('   SubCode: ' +
      IntToStr(AExc.Errors[i].SubCode));
    Memo1.Lines.Add('   Native Error: ' +
      IntToStr(AExc.Errors[i].NativeError));
    Memo1.Lines.Add('');
  end;
end;

procedure TForm1.NumerizeSpeedButtonClick(Sender: TObject);
var i,cur_rec:integer;
begin
  cur_rec:=DataModule2.MainTable.RecNo;
  DataModule2.MainTable.First;
  for i:=1 to DataModule2.MainTable.RecordCount do
  begin
    DataModule2.MainTable.Edit;
    DataModule2.MainTable.FieldByName('N').AsInteger:=i;
    DataModule2.MainTable.Post;
    DataModule2.MainTable.Next;
  end;
  DataModule2.MainTable.RecNo:=cur_rec;
end;

procedure TForm1.GetDBSpeedButtonClick(Sender: TObject);
begin
  Memo1.Lines.Add('RecordCount='+inttostr(DataModule2.MainTable.RecordCount));
  Memo1.Lines.Add('RecNo='+inttostr(DataModule2.MainTable.RecNo));
end;

procedure TForm1.PackDBSpeedButtonClick(Sender: TObject);
var
  Props: CURProps;
  hDb: hDBIDb;
  TableDesc: CRTblDesc;
begin
  if (DataModule2.MainTable.State=dsEdit) or
    (DataModule2.MainTable.State=dsInsert) then
    DataModule2.MainTable.Post;

  DataModule2.MainTable.Close;
  DataModule2.MainTable.Exclusive:=true;
  DataModule2.MainTable.Open;

  // Get the table properties to determine table type...
  Check(DbiGetCursorProps(DataModule2.MainTable.Handle, Props));

  // If the table is a Paradox table, you must call DbiDoRestructure...
  if Props.szTableType = szPARADOX then begin
    // Blank out the structure...
    FillChar(TableDesc, sizeof(TableDesc), 0);
    // Get the database handle from the table's cursor handle...

    Check(DbiGetObjFromObj(hDBIObj(DataModule2.MainTable.Handle), objDATABASE, hDBIObj(hDb)));
    // Put the table name in the table descriptor...
    StrPCopy(TableDesc.szTblName, DataModule2.MainTable.TableName);
    // Put the table type in the table descriptor...
    StrPCopy(TableDesc.szTblType, Props.szTableType);
    // Set the Pack option in the table descriptor to TRUE...
    TableDesc.bPack := True;
    // Close the table so the restructure can complete...
    DataModule2.MainTable.Close;
    // Call DbiDoRestructure...
```

```
    Check(DbiDoRestructure(hDb, 1, @TableDesc, nil, nil, nil, False));
  end
  else
    // If the table is a dBASE table, simply call DbiPackTable...
    if (Props.szTableType = szDBASE) then
      Check(DbiPackTable(DataModule2.MainTable.DBHandle, DataModule2.MainTable.Handle, nil, szDBASE, True))
    else
      // Pack only works on PAradox or dBASE; nothing else...
      raise EDatabaseError.Create('Table must be either of Paradox or dBASE ' +
        'type to pack');

  DataModule2.MainTable.Close;
  DataModule2.MainTable.Exclusive:=false;
  DataModule2.MainTable.Open;
end;


procedure TForm1.RefreshCounter;
begin
  CounterLabel.Caption:='Запись '+inttostr(DataModule2.MainTable.RecNo)+'/'+
  inttostr(DataModule2.MainTable.RecordCount);
end;

procedure TForm1.SpeedButton1Click(Sender: TObject);
begin
  ExcelExportOptionsForm:=TExcelExportOptionsForm.Create(nil);
  ExcelExportOptionsForm.ShowModal;

  CfgFile.WriteBool('EXCEL EXPORT OPTIONS','calculateR2',calculateR2);
  CfgFile.WriteBool('EXCEL EXPORT OPTIONS','export_entire_table',export_entire_table);
  CfgFile.WriteBool('EXCEL EXPORT
OPTIONS','calculate_average_and_frequency',calculate_average_and_frequency);

end;


procedure TForm1.BitBtn1Click(Sender: TObject);
var t,i:integer;
    st:string;
begin
try
  DataModule2.MainTable.LockTable(ltWriteLock    );
  DataModule2.MainTable.BeforeScroll:=nil;
  DataModule2.MainTable.AfterScroll:=nil;
  DataModule2.MainTable.DisableControls;

  t:=-1;
  DataModule2.FiltersTable.Open;
  DataModule2.FiltersTable.First;
  while not DataModule2.FiltersTable.Eof do
  begin
    if DataModule2.FiltersTable.FieldByName('ACTIVE_').AsBoolean then
    begin
      inc(t);

      DataModule2.MainTable.Filtered:=false;
      DataModule2.MainTable.Filter:=
        DataModule2.FiltersTable.FieldByName('FILTER').AsString;
      DataModule2.MainTable.Filtered:=
        DataModule2.FiltersTable.FieldByName('FILTERED').AsBoolean;
```

```
    DataModule2.Query.Filtered:=false;
    DataModule2.Query.Filter:=
      DataModule2.FiltersTable.FieldByName('FILTER').AsString;
    DataModule2.Query.Filtered:=
      DataModule2.FiltersTable.FieldByName('FILTERED').AsBoolean;


    if DataModule2.QueriesTable.Active=false then
      DataModule2.QueriesTable.Open;
    DataModule2.QueriesTable.First;
    while not DataModule2.QueriesTable.Eof do
    begin
      if DataModule2.QueriesTable.FieldByName('ACTIVE_').AsBoolean then
      begin
      try
        if DataModule2.Query.active then
          DataModule2.Query.Close;

{         DataModule2.Query.ParamCheck:=false;
        DataModule2.Query.Params.Clear;
        DataModule2.Query.Params.CreateParam(ftString,'prmTableName',ptInput);
        st:=ExtractFileName(DataModule2.MainTable.TableName);
        DataModule2.Query.ParamByName('prmTableName').AsString:=st;
        DataModule2.Query.ParamCheck:=true;}

        st:=DataModule2.QueriesTable.FieldByName('QUERY').AsString;
        if replace(st,':prmTableName',
        ExtractFileName(DataModule2.MainTable.TableName))=false then
          RaiseException(0,0,0,0);
        DataModule2.Query.SQL.Text:=st;
        DataModule2.Query.Open;

        memo1.Lines.Add(DataModule2.QueriesTable.FieldByName('DESC').AsString);
        memo1.Lines.Add(inttostr(DataModule2.Query.RecordCount));

      except
        memo1.Lines.Add('Could"t execute query="'+
          DataModule2.Query.SQL.Text+'"');
        memo1.Lines.Add('  description="'+
          DataModule2.QueriesTable.FieldByName('DESC').AsString+'"');
        for i:=0 to DataModule2.Query.ParamCount  do
          memo1.Lines.Add('  param['+DataModule2.Query.Params[i].Name
            +']='+
            DataModule2.Query.Params[i].AsString);
      end;
      end; //if
      DataModule2.QueriesTable.Next;
    end;//while
  end;// if
  DataModule2.FiltersTable.Next;
 end;// while
 DataModule2.FiltersTable.Close;
except
end;
 if DataModule2.QueriesTable.Active then
   DataModule2.QueriesTable.close;

 DataModule2.MainTable.Filtered:=false;
 DataModule2.MainTable.Filter:='';
 DataModule2.Query.Filtered:=false;
 DataModule2.Query.Filter:='';
 DataModule2.MainTable.BeforeScroll:=DataModule2.MainTableBeforeScroll;
```

```
  DataModule2.MainTable.AfterScroll:=DataModule2.MainTableAfterScroll;
  DataModule2.MainTable.EnableControls;
  DataModule2.MainTable.UnlockTable(ltWriteLock);
end;

procedure TForm1.ClearSpeedButtonClick(Sender: TObject);
begin
  Memo1.Lines.Clear;
end;

procedure TForm1.DBCheckBox1Click(Sender: TObject);
var i,n_resist:integer;
begin
  memo1.Lines.Add('DBCheckBox1Click');

  n_resist:=0;
  for i:=60 to 71 do
    if DataModule2.MainTable.FieldByName('F'+inttostr(i)).AsInteger=1 then
      inc(n_resist);
  DataModule2.MainTable.Edit;
  DataModule2.MainTable.FieldByName('F84').Value:=n_resist;
  DataModule2.MainTable.Post;
end;

procedure TForm1.DBEdit31Enter(Sender: TObject);
var i,n_resist:integer;
begin
  n_resist:=0;
  for i:=60 to 71 do
    if DataModule2.MainTable.FieldByName('F'+inttostr(i)).AsInteger=1 then
      inc(n_resist);
  //Table1.DisableControls;
  DataModule2.MainTable.Edit;
  DataModule2.MainTable.FieldByName('F84').Value:=n_resist;
  DataModule2.MainTable.Post;
  //Table1.EnableControls;
end;

procedure TForm1.FilterActionExecute(Sender: TObject);
var name:string;
    n:integer;
begin
  try
    if ActiveControl is TDBEdit then
    begin
      name:=TDBEdit(ActiveControl).DataField;
      n:=StrToIntDef(copy(name,2,2),-1);
      MessageDlg(name, mtInformation,
      [mbOk], 0)
    end;
  except
  end;
end;

end.
```

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Туберкулез как инфекционное и социально значимое заболевание и сегодня представляет глобальную угрозу общественному здоровью в мире и РФ. Стратегическим направлением в борьбе с ним является преодоление бедности, улучшение социально-экономических условий жизни, повышение уровня образования и культуры населения (Перельман М.И., 2010).

Характерной особенностью современной эпидемии туберкулеза является повсеместное распространении лекарственно – устойчивых штаммов возбудителя заболевания (WHO/HTM/TB-2009.411; WHO/HTM/TB-2010.3; LoBue P.A. et al., 2010; McNerney R., Mallard K. 2007; Hyson A.M., Reid M.J. 2007; Hewison C. et al., 2007; Boman G. et al., 2007; Althomsons S.P. et al., 2007).

В Российской Федерации динамика эпидемиологической ситуации с начала XXI века соответствует мировым тенденциям и в целом остается весьма напряженной (Хоменко А.Г., 1995, 1997; Шилова М.В., 2002, 2010; СтародубовВ.И. и др., 1999; Перельман М.И., 2001; Сельцовский П.П., Литвинов В.И. 2004).

Современная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации характеризуется в основном тремя особенностями: 1) высокая инфицированность населения; 2) качественное ухудшение клинической структуры туберкулеза за счет роста распространенных и остропрогрессирующих, а также лекарственно-устойчивых форм; 3) высокий показатель смертности от туберкулеза (Богданов К.А. и др., 2011).

Эпидемическая ситуация по туберкулезу существенно зависит от социально-экономических условий жизни населения, поэтому его относят к социально-значимым заболеваниям и рассматривают как медико-социальную проблему (Краснов В.А., 1991; Фролова И.А., 1991; Хоменко А.Г., 1994; Ерохин В.В., 2004; 2006; Богородская Е.М. и др., 2011; Madaras T. A., 2000; Zakoska M., 2003; WHO 2007, 2008).

В России среди больных туберкулезом имеют широкое распространение

неблагоприятно сказывающиеся на результатах лечения факторы социально-демографического и экономического характера. Чаще всего имеет место злоупотребление алкоголем, отсутствие постоянной работы, отсутствие прочных семейных связей и пребывание в прошлом в местах лишения свободы, (Паролина Л.Е. и др. 2003; Jakubowiak W., et al., 2008), увеличивается среди населения количество лиц, имеющих бытовые и профессиональные контакты с бактериовыделителями, и лиц предрасположенных к развитию заболевания туберкулезом (Сельцовский П.П., Литвинов В.И. 2004).

Для достижения эффективности реабилитационных мероприятий у фтизиатрических больных необходимо сочетание различных видов реабилитации: медико-социальной, психологический, трудовой и социальной (Репин Ю.М., 2007; Трифонова Н.Ю., Кузьмишин Л.Е. 2006; Холостова Е.И., 2003; Сухов В.М., Сухова Е.В., 2003; Aydin I.O., Ulusahin A., 2001).

Изучению влияния медицинских и социальных факторов влияющих на инвалидизацию фтизиатрических пациентов посвящены работы многих авторов, так как проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов больных туберкулезом особенно актуальны в современной фтизиатрии (Вишневская Л.К., 2005; Плакс М.В., 2001; Чабанова О.Н., 2005; Кодзоева Т.И., 2004; Осадчих А.И., 2002; Шагарова С.В., 2001; Шевченко А.И., 2004), при этом медицинские факторы усугубляют течение туберкулезного процесса (Линева З.Е., Зорина С.П. 2011).

Конечной целью лечения больного является восстановление его соматического и психического здоровья, позволяющее добиться улучшения качества жизни (Дроздова И.В., 2002; Зайцев В.П., 1998; Николаева Л.Ф., 1998).

Для достижения эффективности реабилитационных мероприятий у фтизиатрических больных необходимо сочетание различных видов реабилитации: медико-социальной, психологический, трудовой и социальной (Репин Ю.М., 2007; Трифонова Н.Ю., Кузьмишин Л.Е. 2006; Холостова Е.И., 2003; Сухов В.М., Сухова Е.В., 2003; Aydin I.O., Ulusahin A., 2001).

В настоящее время во фтизиатрии в основном применяется медицинская

реабилитация, а социальная и психологическая не нашли широкого применения, однако без учета психологических и социальных аспектов невозможно добиться полной адаптации и возврату к обычной социальной роли больных туберкулезом.

В связи с этим целью исследования явилось изучение медицинских и социальных детерминант течения туберкулеза, анализа законодательства, социологических опросов врачей с целью разработки мероприятий по оптимизации данной социальной практики у фтизиатрических пациентов в современных условиях.

Важным элементом данной работы был компаративный анализ представлений врачей фтизиатрических, общесоматических и пенитенциарных учреждений, а также самих пациентов и служителей Русской Православной Церкви о проблемах реабилитации больных туберкулёзом.

Общее количество участвующих в социологическом исследовании составило 908 человек, из больных туберкулезом – 584 человека, врачей фтизиатров 92, врачей терапевтов 144, врачей пенитенциарной системы 49, служителей Русской Православной Церкви 39.

Согласно результатам проведенного опроса 61,3% больных туберкулезом считают, что качество медицинской помощи в противотуберкулезном диспансере их удовлетворяет и только 36,5% удовлетворены ею в районной поликлинике. Только 30,4% фтизиатров удовлетворены полнотой реабилитации больных туберкулезом, а 58,7% считают, что она явно недостаточна. 88,8% терапевтов уверены, что больные туберкулезом получают реабилитационную помощь исключительно медицинского характера. Это свидетельствует о явно неэффективном взаимодействии медицинских, социальных и общественных институтов, что негативно сказывается на результатах лечебно-реабилитационного процесса.

При оценке результатов опроса выяснилось, что общее число инвалидов после лечения выросло в 3 раза по сравнению с теми, у кого инвалидность уже была до лечения, и составило 32,9%.

Отмечается тенденция к нарастанию лиц-инвалидов с более тяжелой степенью за счет второй группы с 8% до 27,6%, что связано, с достаточно злокачественным течением туберкулеза, особенно с множественной и широкой лекарственной устойчивостью на современном этапе, при этом обращает на себя внимание тот факт, что число лиц-инвалидов третьей группы остается практически не низменным в пределах 3,1-3,4%, что свидетельствует о неблагоприятных медико-социальных последствиях у данной категории больных.

Проблема инвалидности носит многофакторный характер. Показатель инвалидности больных не в полной мере отражает нарушение здоровья с утратой трудоспособности, так как, при определении нетрудоспособности в определенной мере учитываются возможности социальной защиты больного.

Показатель первичного выхода на инвалидность в Волгоградской области в течение 10 лет значительно превышает аналогичный по РФ. В 2013 году показатель инвалидности по туберкулезу в Волгоградской области составил 78,7 на 100 тыс. населения, что почти в 2 раза превышает показатель по РФ (39,2 на 100 тыс.).

Сложившаяся ситуация по инвалидности в Волгоградской области говорит о том что необходимо менять подходы к реабилитации этой группы больных. В связи с этим только 30,4% фтизиатров удовлетворены полнотой реабилитации больных туберкулезом, а 58,7% считают, что она явно недостаточна. В частности, врачи фтизиатры (60,9%) при оценке удовлетворенности проводимой реабилитации у фтизиатрических пациентов, отметили, что испытывают трудности при проведении реабилитации пациентов после выписки из стационара. Мнение терапевтов о проводимой реабилитации у фтизиатрических пациентов было еще более пессимистичным, так 88,8% уверены, что больные туберкулезом получают реабилитационную помощь исключительно медицинского характера, а социальным, психологическим и другим аспектам уделяется недостаточно внимания.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что абсолютное

большинство фтизиатров (88,0%) и 78,6% пациентов считают необходимым продолжить долечивание больных после выписки из стационара в условиях санатория, однако реально туда данный контингент больных они не направляют. В результате лечение в санатории получают только 16,2% больных, а более 70% больных санаторным лечением не охвачены. Это свидетельствует о недостаточной работе проводимой фтизиатрами по направлению фтизиатрических пациентов на санаторное долечивание, в результате чего не в полной мере используется потенциал санаториев для полноценной реабилитации больных, тем более, что Волгоградской области имеется 3 местных противотуберкулезных санатория с достаточным количеством коек.

Согласно результатам анкетирования наиболее частой причиной мешавшей получению долечивания в условиях санатория, пациенты, в 21,9% случаев указали, что врачи не предлагали или отказывали в этом, 12,7% отметили наличие «семейных обстоятельств», 11% связывают с финансовыми трудностями, 5,1% не устраивают условия в санатории, 3,9% указали на отказ со стороны органов социальной защиты (ФСС) и только 2,6% больных получили отказ из-за наличия противопоказаний к санаторному лечению.

Вызывает определенный интерес мнение медицинских работников (врачей фтизиатров и терапевтов) о необходимости организации специальных занятий, которые затрагивали бы актуальные медицинские, этико-правовые, психологические и социальные вопросы, связанные с проблемой лечения и реабилитации больных туберкулезом.

Важно отметить, что по наибольшую потребность у фтизиатров в дополнительном освещении затронутых проблем вызывали этико-правовые вопросы 86,9% случаев, на втором месте психологические проблемы 77,2% случаев, и только на третьем месте медицинские вопросы 76,1% и далее вопросы, посвященные социальным проблемам 70,7%. Не считают нужным заниматься решением других проблем, кроме медицинских всего от 2,2% до 7,6% врачей.

Терапевты по важности для себя возникающих проблем, на первое место поставили решение медицинских вопросов 88,9%, на второе этико-правовых 63,9%, на третье психологических 59% и последнее место они уделили решению социальных проблем 49,3%.

Обращает на себя внимание тенденция уменьшения числа положительных ответов и рост числа затруднившихся ответить по мере удаления от медицинской тематики связанной с туберкулезом у врачей фтизиатров. Полученные данные свидетельствуют о том, врачи уделяют основное внимание медицинским проблемам туберкулеза, а сохраняется явное недопонимание важности этико-правовых, психологических и социальных проблем которые влечет за собой заболевание человека туберкулезом.

Обучение самих пациентов необходимым знаниям о туберкулезе значительно повысит их приверженность к лечению, что положительно скажется на полноценном лечении и возвращении пациента в социум. Так 65% опрошенных пациентов считают полезным обеспечить их литературой, которая содержала бы перечень медицинских рекомендаций для болеющих туберкулезом людей.

В настоящее время в России значительная часть больных относится к социально незащищенным слоям общества, что предполагает оказание социальной поддержки не только со стороны государственных структур, но и оказание благотворительной помощи со стороны общественных организаций и частных структур.

Всего 2,4% больных туберкулезом отметили, что регулярно получают благотворительную помощь, 4,8% получают ее иногда. Соответственно 92,8% никогда не получали никакой благотворительной помощи.

Следует отметить, что мнения пациентов, врачей фтизиатров и терапевтов об оказании (точнее неоказании) благотворительной помощи больным туберкулезом практически полностью совпали.

Проведенное социологическое исследование однозначно свидетельствует о том, что благотворительная помощь больным туберкулезом людям как

социальная практика в настоящее время практически полностью отсутствует. Это является следствием соответствующего отношения к благотворительности в массовом сознании населения, включая и пассивное отношение врачей фтизиатров к взаимодействию с общественными организациями и частными лицами по организации оказания благотворительной помощи пациентам.

В настоящее время необходимость и востребованность социальной помощи больным туберкулезом не вызывает сомнений. Данные социологического опроса свидетельствуют, что 68,8% пациентов и 66,4% фтизиатров отметили необходимость ее оказания. Однако реальное получение социальной помощи отметили только 7,8% больных, а 84% отрицают ее получение. Оценки врачей фтизиатров по данному вопросу оказались достаточно пессимистичными, так как 65,2% ответили, что среди их пациентов ее никто не получал или получали единицы. Мнение врачей общесоматической сети, в целом соответствовало оценкам врачей фтизиатров.

Существующая ситуация объясняется недостаточным развитием в настоящее время социальной работы в системе отечественного здравоохранения, негативным настроем специалистов социальных служб (в первую очередь первичного звена) к работе с больными туберкулезом людьми (как к работе с исключительно асоциальным контингентом и высоким риском личного заражения данной патологий). А также пассивным отношением врачей к оказанию немедицинской (социальной) помощи пациентам.

Важным является вопрос об отношении к больным туберкулезом людям со стороны окружающих в современном российском обществе. Проведенное исследование показало, что хотя большинство фтизиатрических пациентов (85,5%) отметили поддержку со стороны родственников, всё же почти половина из них (55,1%) испытывает на себе негативное отношение окружающих; наиболее остро это воспринимают пациенты женского пола в возрасте до 60 лет. В этой связи встает вопрос об усилении социальной (а также психологической и медицинской) поддержки данного контингента пациентов, для чего представляется целесообразным создание «Ассоциации родственников

и друзей людей, болеющих туберкулезом», что поддержали 70,1% больных туберкулёзом лиц, 63,1% фтизиатров и 52,2% терапевтов.

В условиях непрекращающейся урбанизации при недостаточно стабильной социальной ситуации в стране ощущается острая потребность жителей городов, особенно крупных, в благоприятном духовном климате. Особенно это касается различных категорий социально незащищенных лиц, в первую очередь, имеющих хронические заболевания, способствующие их инвалидизации и стигматизации. Поэтому немаловажное значение в современном российском обществе придается взаимодействию государства и церкви.

Выразили желание получить помощь со стороны священнослужителей 35,4% больных, отрицательно отнеслись к этому 38,7% и затруднились ответить 25,9% опрошенных. Однако реально получали какую-либо помощь со стороны священнослужителей только 11,3% больных (соответственно, 88,7% её никогда не получили).

О необходимости взаимодействия противотуберкулезной службы с религиозными организациями фтизиатры высказали следующее мнение: 60,9% врачей уверены, что в современных условиях существует необходимость взаимодействия противотуберкулезных диспансеров с Русской Православной Церковью. На вопрос о реальном участии религиозных организаций в оказании помощи больным туберкулезом 46,7% врачей ответили, что практически такая помощь отсутствует. Врачи общей лечебной сети по данной проблеме высказали следующее мнение: большинство терапевтов (86,1%) уверены в том, что религиозные организации практической помощи больным туберкулезом в настоящее время не оказывают, а присутствие священнослужителей в стенах противотуберкулезных учреждений носит спорадический характер и указывает на отсутствие должного взаимодействия учреждений здравоохранения и религиозных организаций в вопросах духовной реабилитации больных туберкулезом.

Что касается священнослужителей Русской Православной Церкви,

несущих духовное служение в храмах Волгоградской области, то они нисколько не сомневались в необходимости обращения к Господу пациентов, болеющих туберкулезом, как и всех остальных людей верующих в Бога. Все священнослужители также ответили, что совершение богослужений на территории туберкулезной больницы также важно, как и в храме. В необходимости организации общения больных туберкулезом со священнослужителями на территории лечебных учреждений были уверены 92,3% опрошенных священнослужителей; затруднились ответить 7,7% и никто не высказался против этого.

82,1% опрошенных поддержали идею о более тесном взаимодействии Русской Православной Церкви с противотуберкулезными учреждениями; остальные (17,9%) затруднились ответить на данный вопрос (при этом никто из респондентов не высказал своего отрицательного мнения по данному вопросу).

В реальности взаимодействие Православной Церкви и противотуберкулезных учреждений 15,4% священнослужителей оценили как «Поверхностное»; 33,3% считали, что оно практически отсутствует и затруднились ответить 51,3% (мнения о том, что оно достаточно «тесное» не высказал ни один респондентов). Следовательно, 48,7% священнослужителей считали, что в настоящее время как такового взаимодействия противотуберкулезных учреждений и Православной Церкви практически не существует, а каждый второй предпочел вообще не ответить на данный вопрос, что говорит о том, что, по всей видимости, он в этом процессе не участвуют.

Полученные данные свидетельствуют о востребованности духовного служения в стенах противотуберкулезных учреждений и готовности к нему как со стороны фтизиатров так священнослужителей. Однако реальную помощь со стороны священнослужителей больные туберкулезом в настоящее время не получают, чему, в значительной мере способствует незаинтересованность органов управления здравоохранением и руководителей противотуберкулезных учреждений по привлечению священнослужителей к духовному служению в стенах туберкулезных учреждений.

Целесообразность оказания психологической/психотерапевтической помощи (ППП) значительной части пациентов соматического профиля в настоящее время не вызывает сомнений, (Карвасарский Б.Д., 2008; Нечипоренко В.В., Королёв С.А. 2008; Александровский Ю.А., 2006; Коркина М.В. и др., 2008; Jakubowiak W. et al., 2007), однако во фтизиатрии её применение явно недостаточно и носит эпизодический характер.

О том, что в связи с заболеванием туберкулезом они нуждаются в психотерапевтической помощи высказались 30,1% больных, а о реальном её получении отметили 17,3% пациентов.

По мнению 56,5% врачей фтизиатров в психотерапевтической помощи нуждаются практически все больные туберкулезом, при этом 70,6% ответили, что среди их пациентов ее никто не получал или таких были единицы. Мнение врачей общесоматической сети, в целом, соответствовали оценкам врачей фтизиатров.

Проведенное исследование показало, что больные туберкулезом люди недооценивают целесообразность оказания им психотерапевтической помощи (характерно существование негативных установок в российском обществе относительно данного вида помощи). Врачи фтизиатры и особенно терапевты(оказывающие медицинскую помощь больным туберкулезом) пассивно относятся к оказанию психотерапевтической помощи своим пациентам. В результате, несмотря на её несомненную востребованность во фтизиатрии, она оказывается явно в недостаточном объеме.

Характерной особенностью оказания медицинских услуг при туберкулёзе является необходимость длительного и, в большинстве случаев, неоднократного лечения, что делает особенно актуальной проблему приверженности пациентов врачебным рекомендациям, включая и соблюдение ими медикаментозного режима.

Проведённое исследование позволяет сделать следующие основные выводы. Врачи-фтизиатры, как и терапевты общесоматической сети крайне низко оценивают комплаентность больных туберкулёзом лиц, что, в целом,

соответствует встреченным в литературе оценкам врачебного сообщества. Также обращает на себя внимание диаметрально противоположные оценки врачей и больных туберкулёзом лиц приверженности последних к лечению. Это свидетельствует о явно неэффективном взаимодействии в диаде «врач-пациент», негативно сказывающимся на результатах лечебно-реабилитационного процесса в целом. Встаёт вопрос о необходимости психологического сопровождения лечебного процесса во фтизиатрии, которое, согласно полученным результатам, фактически отсутствует. Представляется, что ключевую роль в подобном взаимодействии должен играть медицинский (клинический) психолог, а ключевыми детерминантами направленности его работы и будет являться повышение комплаентности пациентов и коррекция стигматизирующих проявлений у врачей.

15.12.2014г. в отделе этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра (ВМНЦ) состоялась фокус-группа, посвященная оптимизации оказания медико-социальной помощи во фтизиатрии.

В работе фокус-группы приняли участие: ассистент кафедры фтизиопульмонологии ВолгГМУ к.м.н. Юдин С.А. (модератор); заведующий кафедрой общей и клинической психологии ВолгГМУ д.с.н. В.; главный врач ГКУЗ «Волгоградский областной противотуберкулезный диспансер» к.м.н. К.; доцент кафедры фтизипульмонологии ВолгГМУ к.м.н., Ш.; ассистент кафедры фтизипульмонологии ВолгГМУ, врач-фтизиатр 1-го легочного отделения ГКУЗ «Волгоградский областной клинический противотуберкулёзный диспансер» к.м.н. Г.; доцент кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной ВолгГМУ к.м.н. Ч.; ответственный секретарь Регионального Независимого Этического Комитета отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ВМНЦ к.соц.н., доцент Ч.

Юдин С.А. кратко рассказал о проведенном в 2011-2014 гг. комплексном медико-социологическом исследовании, в ходе которого, в частности, было проведено анкетирование 584 пациентов фтизиатрического профиля, 92 врачей-

фтизиатров и 144 терапевтов общесоматической сети, предложена инновационная программа оказания психологической помощи и начата деятельность «Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом». В этой связи он попросил присутствующих в своих выступлениях сделать акцент на эффективности оказания психологической помощи больным туберкулёзом людям и рекомендациях относительно деятельности «Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом».

Ш. отметил, что сама по себе целесообразность оказания психологической или психотерапевтической помощи пациентам фтизиатрического профиля давно не вызывает сомнений, тем не менее его 40-й стаж работы во фтизиатрии свидетельствует о том, что в силу хорошо понимаемых причин, она больным с данной нозологией совершенно не оказывается и поэтому он полностью поддерживает начатые усилия по её внедрению во фтизиатрическую практику.

Г. подчеркнула, что проведённые психологические занятия с пациентами несомненно позволили позитивно изменить их отношения к болезни, к перспективам ее лечения, повысить их комплаентность и, как следствие, добиться у большинства из них более положительных «медицинских» результатов; причем подобной точке зрения придерживаются практически все врачи-фтизиатры. Кроме этого, у врачей-фтизиатров есть пожелание - проводить психокоррекционную работу не только непосредственно с пациентами, но и с их родственниками, т.к. нередко не столько больные, сколько их родственники дезорганизуют лечебный процесс. В этой связи одной из площадок, где могло бы осуществляться психологическое консультирование родственников, может явиться «Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом». Однако данная ассоциация только начинает функционировать.

К. поддержал предыдущую точку зрения, согласившись с тем, что ни от того из врачей больницы он не слышал плохих отзывов о психокоррекционной

работе, наоборот, только хорошее, и практически все отмечают улучшение настроя на лечение у пациентов, получавших психологическую помощь. Положительной оценки заслуживает и «Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», однако отношение к ней не такое однозначное, как к психологической помощи - большинство «за», но есть и противники, а мгновенных очень положительных (как и отрицательных) результатов нет, да и быть не может. Поэтому её деятельность стоит поддерживать и развивать, но никак не форсировать, проводя при этом разъяснительную работу с медперсоналом, а координировать деятельность ассоциации, помогать ей со стороны медицинского учреждения, в первую очередь, могут как раз психологи и специалисты по социальной работе.

В. обратил особое внимание на эффективность деятельности психологов в соматической медицине, т.к. в настоящее время в медицинской среде не сложилось твёрдого понимания необходимости данных специалистов как в стационарных, так и в амбулаторных медицинских учреждениях, хотя, с другой стороны, далеко не все выпускники факультета социальной работы и клинической психологии сами хотят работать в практическом здравоохранении, особенно в «специфических» учреждениях, типа противотуберкулёзного диспансера. Несомненно стоит позитивно отнестись к «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом» и, наверное более активно поддерживать её деятельность. В целом, же оба вынесенных на обсуждения вопроса (психологическая помощь больным туберкулёзом и создание общественной организации родственников пациентов), актуальны, полностью соответствуют общемировым тенденциям и стоит только приветствовать, что эти вопросы начинают решаться.

К.с.н. Ч. также подчеркнула актуальность рассматриваемых вопросов и правильность походов к их решению, полностью согласующихся с современной тенденцией расширения психосоциального компонента при реабилитации пациентов самого различного профиля, что особенно важно при реабилитации больных туберкулёзом, традиционно относимого к социально значимым

заболеваниям. При этом четко соблюдены все этико-правовые правила.

К.м.н. Ч. отметила, что обсуждаемые вопросы очень актуальны и для клиники инфекционных болезней (особенно относительно организации лечебно-реабилитационного процесса у ВИЧ-инфицированных пациентов, больных вирусными гепатитами), она узнала много нового и интересного и попытается внедрить обсуждаемые практики в клинику инфекционных заболеваний.

ВЫВОДЫ

1. В последние годы в Волгоградской области наблюдается определённая положительная динамика эпидемиологической ситуации по туберкулезу (снижение показателей заболеваемости со 110,9 в 2000г. до 79,4 в 2013г.; смертности с 29,3 в 2005г. до 13,9 в 2013г.; распространенности туберкулеза с 291,7 в 2005г. до 209,2 в 2013г.; всё на 100 тыс. населения), однако достигнутые показатели в 1,5-2 раза превышают аналогичные по РФ, которые в 2013г. составили 63,0; 11,3 и 147,5 соответственно. При этом в области ежегодно отмечается рост лекарственно-устойчивого туберкулеза в наиболее неблагоприятных комбинациях (множественная и широкая лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам - с 4,7% в 2005г. до 13,8% в 2013г.); числа больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (в сравнении с 2012г. годом рост составил 14,5%), а показатель инвалидности по туберкулезу в 2013г. составил 78,7 на 100 тыс. населения, что почти в 2 раза превышает показатель по РФ (39,2 на 100 тыс.).
2. Сохранению напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Волгоградской области способствует то, что не полностью соблюдается принятая последовательность этапов лечения и их сроки; имеется существенное преобладание стационарного звена над амбулаторным при неразвитости стационарзамещающих технологий; специализированная помощь оказывается не в полном объёме (в том числе из-за отсутствия современной материально-технической базы противотуберкулезных учреждений). Соответственно, удовлетворены полнотой реализуемых в настоящее время реабилитационных мероприятий менее половины фтизиатров (41,3%); 60,9% испытывают трудности при её проведении у профильных пациентов, и в амбулаторных условиях около трети (39,1%) специалистов.
3. Вследствие отсутствия в противотуберкулезных диспансерах активной работы по направлению больных после выписки из стационара в

санатории и недостаточно тесном взаимодействии стационарных и диспансерных фтизиатрических служб в санатории направляется только 22,5% больных, хотя подавляющее большинство как фтизиатров (88,0%) так и самих пациентов (78,6%) считают необходимым санаторно-курортное лечение, которое является важным этапом в достижении излечения от туберкулеза (основными причинами отказа от санаторного лечения больные называют отсутствие убедительной аргументации лечащего врача в необходимости санаторного лечения, семейные обстоятельства и финансовые трудности).

4. По мнению фтизиатров, значимыми трудностями при лечении туберкулеза являются недисциплинированность и нарушения режима пациентами (88%), асоциальное поведение фтизиатрических пациентов, в частности их алкоголизация (80,4%), низкая приверженность к лечению (63%), наличие сопутствующей патологии (41,3%), частая невротизация и психопатизация больных (38%), побочное действие лекарств (27,2%). В тоже время 76,5% больных туберкулёзом лиц считали, что они полностью соблюдают врачебные рекомендации, а к основным негативным факторам отнесли побочное действие лекарств (35,3%), необходимость длительного пребывания в противотуберкулезном диспансере (32,3%), негативное отношение окружающих к больным туберкулезом людям (22,6%), отсутствие нужных лекарств (20,5%). Выявленные диаметрально противоположные оценки больных туберкулёзом лиц и врачей (фтизиатров и терапевтов общесоматической сети) комплаентности пациентов свидетельствуют о недостаточно эффективном взаимодействии в диаде «врач-пациент». При этом врачи во многом разделяют негативное отношение современного российского общества к больным туберкулезом людям, что свидетельствует о хабитуализации стигматизационных оценок данной категории пациентов. Это негативно сказывается на результатах оказания медицинской помощи и еще больше детерминирует необходимость психологического сопровождения лечебного процесса во

фтизиатрии.

5. Вследствие интровертированности в свою «рабочую» среду, врачи пенитенциарных структур недооценивают значимость неблагополучной эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в исправительно-трудовых учреждениях для российского общества и, необходимость, в частности, собственной активизации борьбы с данной патологией.
6. 68,8% пациентов, 66,4% фтизиатров и 45,2% терапевтов общесоматической сети считают необходимой социальную помощь людям в связи с их заболеванием туберкулезом, но отрицали ее получение 84,0% больных; благотворительную помощь когда-либо получали менее 10%. Основными причинами недостаточного объёма оказания данного вида помощи являются недостаточное развитие социальной работы в системе отечественного здравоохранения, негативный настрой специалистов социальных служб (в первую очередь первичного звена) к работе с больными туберкулёзом людьми (как к работе с исключительно асоциальным контингентом и высоким риском личного заражения данной патологией), а также пассивное отношение врачей к оказанию немедицинской (в частности, социальной) помощи пациентам.
7. Общественные организации оказывают крайне ограниченный объём помощи больным туберкулёзом людям, т.к. их сотрудничество с противотуберкулезными учреждениями, по мнению, 82,6% фтизиатров, 92,4% терапевтов и 92,8% самих пациентов, носит единовременный, не системный характер, а осуществляется от случая к случаю. Одной подобных организаций, из реально помогающей больным туберкулёзом людям, может быть «Ассоциация родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», позитивное отношение к которой высказали 63,1% фтизиатров, 52,2% терапевтов и 70,1% самих пациентов, однако в настоящее время наблюдается её становление, что не позволяет ей осуществлять масштабную деятельность.
8. О восстребованности в духовной помощи со стороны священнослужителей

высказались 35,4% больных; более 60% врачей и 80% священнослужителей считают необходимым взаимодействие противотуберкулёзных и религиозных организаций. В тоже время 92,3% священнослужителей отрицали какое-либо сотрудничество с противотуберкулёзными учреждениями и духовную помощь получают около 10% пациентов. Сложившаяся ситуация обусловлена незаинтересованностью органов управления здравоохранением и руководителей противотуберкулезных учреждений в привлечении священнослужителей к духовному служению в стенах туберкулезных учреждений, а также опасениями самих священнослужителей заразиться туберкулезом и заразить других прихожан наряду с отсутствием времени для регулярного посещения противотуберкулезных диспансеров.

9. При несомненной восстребованности в психологической / психотерапевтической помощи, подавляющее большинство (более 80%) фтизиатрических пациентов её никогда не получали, чему способствуют недооценка её целесообразности самими пациентами, пассивность фтизиатров и терапевтов общесоматической сети в её назначении и дефицит соответствующих специалистов во фтизиатрии. В тоже время оказание дифференцированной психологической помощи, учитывающей особенности внутренней картины болезни и копинг-стратегий у первично выявленных и повторно госпитализируемых пациентов, делает их более комплаентными и способствует развитию конструктивных стратегий поведения, что повышает эффективность реабилитационного процесса.
10. Созданная авторская информационная система ведения электронных медицинских карт фтизиатрических пациентов с возможностью хранения информации о паспортных данных пациента, проведенном обследовании (включая физикальное, лабораторное, микробиологическое и рентгенологическое обследование), стационарном и санаторно-курортном лечении позволяет повысить качество работы врача-фтизиатра за счет сокращения затрат времени на оформление медицинской документации,

повышения надежности хранения данных и ускорения доступа к материалам медицинских карт (вплоть до режима online), улучшить взаимодействие структурных подразделений противотуберкулезного диспансера (начиная от амбулаторного приема, организационно-методического кабинета и заканчивая административным управлением), а также взаимодействие амбулаторных и стационарных противотуберкулёзных служб.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разработать и утвердить национальные рекомендации, а в дальнейшем и стандарты реабилитации пациентов фтизиатрического профиля на разных этапах.
2. Для решения назревших проблем фтизиатрии Волгоградской области разработать комплексную программу профилактики, выявления и лечения туберкулёза в качестве одного из приоритетных направлений развития регионального здравоохранения. В рамках данной программы реализовать, в частности, следующие мероприятия:

- создать «Центр по борьбе с туберкулезом в Волгоградской области» как основной научно-образовательный центр, организующий и координирующий оказание фтизиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях, а также обеспечивающий взаимодействие с общей лечебной сетью, пенитенциарными учреждениями, общественными и благотворительными организациями, с размещение на его базе кафедры фтизиопульмонологии Волгоградского государственного медицинского университета;
- составить прогноз развития эпидемиологической ситуации по туберкулезу с учетом постоянного роста его лекарственно-устойчивых форм и ограниченных возможностей организации современного инфекционного контроля;
- активнее использовать потенциал местных туберкулёзных санаториев, особенно с использованием кумысотерапии, для чего на региональном уровне разработать положение о направлении в данные санатории не менее 70% впервые выявленных больных;
- учитывая напряженную ситуацию в регионе по туберкулёзу, Министерству здравоохранения Волгоградской области, по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации, в рамках пилотного проекта восстановить VII группу диспансерного учета;
- внедрить в работу фтизиатрической службы региона разработанную

автором систему ведения электронных медицинских карт фтизиатрических пациентов; ходатайствовать перед Министерством здравоохранения Российской Федерации о пилотной апробации данной документации в других регионах РФ (в первую очередь, с неблагоприятной ситуацией по туберкулёзу);

- организовать постоянно действующий семинар для врачей общей лечебной сети по вопросам своевременного выявления туберкулеза и профилактике его рецидивов, а также другим социальным, психологическим, этико-правовым проблемам, связанными с туберкулезом и реабилитацией фтизиатрических пациентов; с целью информационного обеспечения данных семинаров подготовить и опубликовать методические рекомендации и лекции для данной категории специалистов;
- для систематического и профессионально грамотного информирования населения переработать и дополнить санитарно-просветительные материалы по туберкулёзу в медицинских учреждениях с учетом происшедших социокультурных изменений, выявленных особенностей интериоризации населением данной проблемы и современных технологий воздействия на массовое сознание.

3. Факультетам социальной работы и клинической психологии при подготовке специалистов для работы в учреждениях практического здравоохранения больше внимания уделять вопросам оказания социальной и психологической помощи при социально обусловленных заболеваниях (в частности, при туберкулёзе) и коррекции имеющихся стигматизационных проявлений в отношении пациентов данных групп. В штатные расписания противотуберкулёзных учреждений необходимо включать должности врача-психотерапевта (и/или медицинского психолога) и специалиста по социальной работе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдаев Б.У. особенности выявления туберкулеза среди лиц с асоциальным поведением: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 1989. – 28 с.

2. Адзиев А.А., Гусейнов Г.К., Мамаев И.А., Асхабалиев М.Г., Пахиева Х.Ю., Муталимов М.А., Абдуллаева З.К., Салмаханов А.Р.. Тагирова П.И. Динамика эпидемической ситуации по туберкулезу в Республике Дагестан / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 17-18.

3. Азаматова М.М., Аминев Х.Л., Ягофарова Р.К., Аталипова И.Н., Гилязитдинов К.А., Даминов Э.А. Основные тенденции эпидемиологии туберкулеза в республике Башкоторстан // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 22-23.

4. Аксенова В.А. Заболеваемость туберкулезом детей в России в условиях внедрения современных методов выявления и профилактики заболевания // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации. (Материалы 1го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация Фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского) – Спб., 2012 – С. 391-393.

5. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков в России к началу XXI века // Медицинский альянс №1, - 2013 – С. 46-55

6. Аксенова В.А., Рейзис А.Р., Борзакова С.Н., Возненко А.А., Клевно Н.И., Чуланов В.П., Никитина Т.С., Одинец В.С. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированных поражений печени у детей и взрослых, больных туберкулезом. / Методические рекомендации // М. – 2012. – С. 22.

7. Александрова Е.Н., Морозова Т.И Клинико-эпидемиологические аспекты туберкулеза у детей и подростков / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 25.

8. Амельченко А.А., Малыхина Т.И. Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Белгородской области в условиях функционирования территориальной системы мониторинга туберкулеза / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 30-31.

9. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской федерации. Туберкулез в Российской Федерации 2008 г. – М., 2009. – 192 с.

10. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской федерации. Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. – М., 2010. – 224 с.

11. Андреева О.А., Марьяндышев А.О., Перхин Д.В. Сравнительные результаты лечения больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких, завершивших курс химиотерапии и прервавших лечение. // // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 180-181.

12. Андрианова А.Ю., Мишин В.Ю. Состояние лиц с остаточными туберкулезными изменениями в легких в поликлиниках общей лечебной сети по материалам отдаленных наблюдений. Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению: Материалы науч.-практ. конф. Под ред. профессора П.К. Яблонского. СПб., 2011. С. 16-17.

13. Антонова Н.В. научно-организационные основы построения системы мониторинга туберкулеза: Автореф. дис. … канд. мед. наук // 2007. – 26 с.

14. Баланцев Г.А., Перхин Д.В., Никишова Е.И., Марьяндышев А.О. Внедрение автоматизированной системы мониторинга туберкулеза INIT-TB в ГУЗ «ОКПТД» Архангельской области // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом. Материалы Всерос. науч. – прак. конф. с

международ. участием. Под ред. профессора П.К. Яблонского, член-корр. РАМН, профессора Ю.Н. Левашова. – СПб., 2010. – С. 24-25.

15. Баласанянц Г.С. Формирование приверженности к лечению больных туберкулезом – залог эффективности противотуберкулезной терапии // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 182-183.

16. Баласанянц Г.С., Кечаева Н.В. Санаторное лечение фтизиатрических пациентов / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 305-307.

17. Баранова Г.В., Золотова Н.В., Столбун Ю.В. Структура личностных черт у больных туберкулёзом лёгких [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. −2012.− № 3 (14). − URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 25.10.2013).

18. Басченко Л.В., Иванова О.В. Разработка и внедрение программного обеспечения микробиологической диагностики туберкулеза в кемеровской области // Материалы IX съезда фтизиатров России «Туберкулез и болезни легких» №4. - 2011. - С. 50-51.

19. Белиловский Е.М., Борисов С.Е. Анализ заболеваемости туберкулезом по данным государственного мониторинга // Материалы 10-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. – СПб., 2000. – С. 378.

20. Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Скачкова Е.И. Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации // Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации – М., 2010. – С. 22-60.

21. Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Сон И.М., Нечаева О.Б., Шилова М.В. Распространенность туберкулеза в Российской Федерации // Туберкулез в

России, 2010: аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации. – М., 2011. – С. 84-93.

22. Белякова Е.Ф., Горовенко Л.И., Фролов Е.Г. Анализ эпидемической ситуации по распространению туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в Московской области / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 141-143.

23. Берлин-Чертов С.В. Туберкулёз и психика. – М., 1948.

24. Богадельникова И.В., Перельман М.И. Туберкулез на пороге третьего тысячелетия // Врач. – 1997. - № 7. – С. 1-6.

25. Богданов К.А., Воробьёв А.А., Диденко Г.В. и др. Хирургическое лечение туберкулеза // Научные труды. К 70-летию В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ. – 2011. – С. 131-144.

26. Богданова Е.Н., Никишова Е.И., Перхин Д.В., Баланцев Г.А., Марьяндышев А.О. Проблема определения социально-экономического статуса больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 194-195.

27. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. - № 2. – С. 3-11.

28. Богородская Е.М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулезом: Автореф. дис. … док. мед. наук: 14.00.26. М., 2010. – 47 с.

29. Богородская Е.М., Алексеева В.М., Агапова В.А. Экономическая эффективность социальной помощи больным туберкулезом / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 57-58.

30. Богородская Е.М., Борисов С.Е., Данилова И.Д., Белиловский Е.М., Яблонский П.К., Стерликов С.А., Пашкевич Д.Д. Контроль эффективности

лечения больных туберкулезом в Российской Федерации // Туберкулез в Российской Федерации, 2010г.: аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации. – М., 2011. – С.117-135.

31. Богородская Е.М., Борисов С.Е., Пучков К.Г. и др. Первые результаты внедрения Приказа Минздрава РФ № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза» // Пробл. туб. и болезней легких. – 2007. - № 5. – С. 3-7.

32. Богородская Е.М., Смердин С.В., Стерликов С.А. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. – М.: Нью-Терра. – 2011. – 216 с.

33. Борзенко А.С., Гагарина С.Г., Калуженина А.А. Туберкулез легких в Волгоградской области в 2002-2011 гг. / Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2012. - №4. - С. 3-5.

34. Борзенко А.С., Гагарина С.Г., Калуженина А.А., Юдин С.А. Проблема лечения современного лекартсвенно-устойчивого туберкулеза легких /Лекарственный вестник № 1(53) - 2014. Том 8 С. 42-47.

35. Борзенко А.С., Гагарина С.Г., Самойлова И.В., Калуженина А.А. / Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза среди больных туберкулезом легких и её влияние на стойкую утрату трудоспособности в Волгоградской области // Туберкулез и болезни легких. №12. – 2007. – С. 28-30.

36. Борзенко А.С., Джура П.И., Гагарина С.Г. и др. Некоторые проблемы множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в Волгоградской области // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации. - СПб. - 2012. - С. 184-186.

37. Борзенко А.С., Джура П.И.. Гагарина С.Г., Шмелев Э.Н., Калуженина А.А., Попкова Н.Л., Таипов И.М. Некоторые проблемы множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в Волгоградской области / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация

фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 184-186.

38. Борзенко А.С., Шмелев Э.Н., Попкова Н.Л., Выстропова И.В. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Волгоградской области / Стрежень: Научный ежегодник Под. ред. М.М. Загорулько Вып. 10. Волгоград: Издатель, 2012. - С. 335-342.

39. Борисов С.Е., Белиловский Е.М., Кук Ф., Шайкевич Ш. Досрочное прекращение лечения в противотуберкулезных стационарах // Пробл. туб. и бол. легких. – 2007. - № 6. – С. 17-25.

40. Борисов С.Е., Иванушкина Т.Н., Литвинова Н.В. и др. Пути повышения эффективности этиотропного лечения больных туберкулезом // Научные труды. К 70-летию В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ. – 2011. – С. 70-97.

41. Боровицкий В.С., Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., Завражнов С.П., Кононец А.С., Мякишева Т.В., Хорошилова Н.Е., Андрианова А.Ю., Мишина А.В. Медикаментозные осложнения при лечении IV режимом химиотерапии больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 63-64.

42. Борщевский В.В., Горбач Л.А. Инвалидность при туберкулезе как медико-социальная проблема: обзор // Мед. новости. – 1997. - № 9. – С. 14-17.

43. Ботнару В.И., Писаренко С.В., Доменте Л.И Основные итоги и перспективы борьбы с туберкулезом в Республике Молдова / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 67-68.

44. Брюханова Н.С., Мордык А.В. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом легких // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2011. – Т. 8. – Вып. 4. – С. 71-72.

45. Будницкий А.М., Серегина В.А., Кучко И.В., Правада Н.С. Особенности и факторы риска рецидивов туберкулеза органов дыхания в Витебской области //

Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 27-28.

46. Буйнова Л.Н., Фелькер И.Г., Щегерцов Д.Ю. Особенности течения и эффективность лечения туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий к противотуберкулезным препаратам // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 73-74.

47. Бутенко И.А. Организация прикладного социологического исследования. – М.: Тривола, 1998. – 228 с.

48. Бухарева С.В., Сечихин П.В., Чушкин М.И. Анализ качества жизни с помощью анкеты госпиталя Святого Георга у больных с посттуберкулезными изменениями / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 76.

49. Валиев Н.Р., Хаертынова Н.М., Валиев Р.Ш., Идиятуллина Г.А. Особенности лечения больных туберкулезом, сочетанным ВИЧ-инфекцией / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 76-77.

50. Валиев Р. Ш. Лечение больных туберкулёзом лёгких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни // Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких – 1999. – № 2. – С. 27-31.

51. Валиев Р.Ш. Качество групп больных туберкулезом в зависимости от уровня информированности о своем заболевании //Туберкулез сегодня: Материалы VII Российского съезда фтизиатров. – М.: БИНОМ, 2003. – С. 53.

52. Валиев Р.Ш. Особенности течения и эффективность лечения различных вариантов деструктивного туберкулеза легких в современных социально-экономических условиях: автореф. дис. … д-ра. мед. наук М., 2000. – 36 с.

53. Валиев Р.Ш., Богатова Э.В., Бурнашов Р.У. Уровень информированности пациентов противотуберкулезных диспансеров и отношение их к лечебному процессу // Пробл. туб. – 2002. - № 6. – С. 10-14.

54. Валиев Р.Ш., Идиятуллина Г.А. К проблеме взаимоотношения врача и больного и больного при туберкулезе // Пробл. туб. – 2000. - № 1. – С. 4-7.

55. Валиев Р.Ш., Результаты химиотерапии туберкулеза в Республике Татарстан // Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 130-131.

56. Васильева И.А., Багдасарян Т.Р., Самойлова А.Г., Эргешов А.Э. Эффективность комплексного лечения больных туберкулезом легких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 81.

57. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. и др. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах. – Методические рекомендации. - СПб Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. − 2008.− 33 с.

58. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. – Пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – 2009. – 39 с.

59. Вашакидзе Э., Вашахидзе Л., Гегеннеидзе Г., Рухадзе Г. Хронические вирусные гепатиты на фоне алкоголизма и наркомании у больных туберкулезом // Сб. научн. тр. Тбилиского гос. мед ин-та. – 2001. – №37. – С. 191-194.

60. Вильдерман А.М. Клиника и дифференциальная диагностика поражений печени различной этиологии у больных туберкулезом легких.// Автореферат ....дисс. д-ра. мед. наук. – М. – 1972.

61. Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулёза лёгких // Проблемы туберкулёза. – 1991. – № 10. – С. 41-43.

62. Винокурова М.К., Алексеева Г.И., Бурнашева А.У., Кондаков С.Н. Тенденция развития множественной лекарственной устойчивости у больных туберкулезом легких в Республике Саха (Якутия) / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С.97-98.

63. Вишневская Л.К. Причинные факторы инвалидности вследствие туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 7. - С. 13-15.

64. Возненко А.А. Побочные действия противотуберкулезных препаратов: взаимосвязь с эффективностью терапии // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 192-193.

65. Волобуева Е.М., Севастьянова Н.А., Федосеева П.Е., Никифоренко Н.С. Клинические аспекты лекарственно-устойчивого туберкулеза легких по материалам стационар противотуберкулезного диспансера // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 91-92.

66. Волчегорский И.А., Новоселов П.И., Астахова Т.В. Нарушения эмоциональной сферы у больных инфильтративным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 11. – С. 3-6.

67. Высоцкая Л.П. Социальные характеристики инвалидов с инфильтративным туберкулезом легких // 9-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – М., 31 окт. – 3 нояб. – 1999. – С. 421-421.

68. Гагарин А.Г., Зотов Д.А. Специфика разработки научного программного обеспечения в среде Lazarus // Аграрная наука - основа успешного развития АПК и сохранения экосистем. Материалы Международной научно-практической конференции. Том.3. - Волгоград: ФГБОУ ВПО Волгоградский ГАУ. - 2012. - С. 301-305.

69. Гагарина С.Г. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких в Волгоградской области: особенности выявления, наблюдения и лечения. Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Москва. - 2008. – 27 с.

70. Галиуллин А.Н., Альмитов Р.А. Прогнозирование туберкулеза легких по медико-социальным факторам риска // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - № 5. – С. 15-19.

71. Галкин В.Б. Оценка состояния эпидемической ситуации и качества противотуберкулезной помощи в СФЗО в 2007-2011 годах // Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 209-210.

72. Галкин В.Б., Исаева Н.Ю., Майорова О.А., Ефремова С.Н. Состояние противотуберкулезной помощи населению в СЗФО в 2005-2009 годах // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 32-34.

73. Гельберг И.С., Вольф С.Б., Авласенко В.С., Алексо Е.Н.. Шевчук Д.В., Демидик С.Н., Чалая Е.В. Побочные реакции при химиотерапии препаратами резерва у больных туберкулезом / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 101.

74. Гельберг И.С., ВольфС.Б., Врублевская Н.И., Пигалкова Е.Н., Короткова Е.Н. Негативные последствия полихимиотерапии у больных туберкулезом и пути их коррекции // Проблемы туберкулеза. – 2002. – №4. – С. 12-14.

75. Гиляровский В.А. Психиатрия. – М. – Л.: Биомедгиз, 1935. – 750 с.

76. Голубев В. Л., Данилов А. Б., Добрушина О. Р. Применение стратегии повышения мотивации пациента в лечении хронической боли // РМЖ. Спецвыпуск «Болевой синдром». – 2011 − С. 1–5.

77. Голубев Д.Н. О ходе выполнения и эффективности реализации федеральной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в

России на 1998 – 2004 гг.» в Уральском федеральном округе // Пробл. туб и болезней легких. – 2002. - № 11. – С. 6-9.

78. Голубев Д.Н., Голубев Ф.Д. Проблема взаимодействия между стационаром и диспансером в противотуберкулезной службе // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом. Материалы Всероссийской науч. – практ. конф. Под ред. профессора П.К. Яблонского – СПб., 2011. – С. 48-49.

79. Голубев Д.Н., Саломатов Д.М. Комплексная модернизация подотрасли здравоохранения «Фтизиатрия» на основе инновационных компьютерных технологий // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом. Материалы Всерос. науч. – прак. конф. с международ. Участием. Под ред. профессора П.К. Яблонского, член-корр. РАМН, профессора Ю.Н. Левашова. – СПб., 2010. – С. 321-322.

80. Голубев Д.Н., Скорняков С.Н., Подгаева В.А. и др. Особенности тактики химиотерапии туберкулеза органов дыхания в территориях с высоким уровнем лекарственной устойчивости возбудителя / Пособие для врачей. – Екатеринбург. – 2009. – 24 с.

81. Горбач Л.А. Состояние экспертизы трудоспособности и эффективности медицинской реабилитации инвалидов по туберкулезу органов дыхания // II (XI) съезд научно-мед. Ассоциации фтизиатров: сб. резюме, г. Саратов, 1994. – М., 1994. – С.66.

82. Горбунова Л.А., Казимирова Н.Е., Иноходова И.Н. Социальные и медицинские проблемы полноценной реализации реабилитационного потенциала впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 107.

83. Гречихин В.Г. Лекции по методике и технике социологических исследований. – М.: Изд-во МГУ, 1988. – 232 с.

84. Гуревич М.О. Психиатрия: учебник для медицинских институтов. – М.: Медгиз, 1949. – 502 с.

85. Гусева В.А., Коломиец В.М., Кудинов С.М., Шахова Ю.И. ВИЧ-инфицированные как группа риска по туберкулезу / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 114-115.

86. Даминов Э.А., Ягафарова Р.К., Мингазова Г.Ш. Социальная поддержка больных туберкулезом легких / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 118-119.

87. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования: Учебное пособие. – 2-е изд., испр. – М.: Книжный Дом "Университет", 2002. – 296 с.

88. Дейкало В.К., Левчук Л.И., Пуховский А.Г., Кисель М.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Брестской области / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 121-122.

89. Деларю В. В., Юдин С. А., Борзенко А. С. Оказание психологической/психотерапевтической помощи больным туберкулёзом людям (по данным социологического исследования) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (18). – URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 23.10.2013).

90. Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине. – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2005. – 88 с.

91. Долматова И.А., Науменко Е.С. Анкетирование пациентов, как критерий оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 173-174.

92. Доманская Т.Х., Мишин В.Ю., Садовский А.И. Эффективность медицинской реабилитации у впервые выявленных больных туберкулезом легких в условиях туберкулезного санатория / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 130-131.

93. Доронина Т.Д. Туберкулез и алкоголизм у социально дезадаптированных лиц // Туберкулез сегодня. Материалы 7 Российского съезда фтизиатров. – М. – 2003. – С. 237.

94. Дроздова И.В. // Междунар. мед. журнал. – 2002. - № 4. – С. 50-54.

95. Ермолаев А. А., Трофимов А. Ю. Использование образовательной программы у больных обструктивной болезнью легких и ее влияние на психоэмоциональный статус // Сборник трудов XVI Национального конгресса по болезням органов дыхания; II конгресс Евроазиатского респираторного о-ва. СПб., 14–17 ноября 2006. – С. 219.

96. Ерохин В.В. Актуальные проблемы организации борьбы с туберкулезом в России // Материалы научной сессии, посвященной 85-летию ЦНИИТ РАМН. – М., 2006. – С. 13-14

97. Ерохин В.В. Основные итоги и перспективы работы сотрудничающего центра ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2004. - № 8. – С. 3-7.

98. Ерохин В.В., Пунга В.В., Скачкова Е.И., Якимова М.А., Русакова Л.И., Капков Л.П. Анализ причин смертности больных туберкулезом // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 40.

99. Ерохин В.В., Пунга В.В., Скачкова Е.Н. Формирование показателя смертности от активного туберкулеза на территориях зоны курации Центрального НИИ туберкулеза РАМН // Пробл. туб. и болезней лёгких. – 2005. - № 12. – С. 8-14

100. Жемков В.Ф., Захарова О.П., Шалыгин К.В., Шпаковская Л.Р. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Санкт-Петербурге // Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 372-373.

101. Жук Н.А. Причины неэффективного лечения больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза. – 2003. - № 4. – С. 34-39.

102. Зайцев В.П. Психологическая реабилитация больных. Медицинская реабилитация / Под редакцией акад. В.М. Боголюбова. – Пермь: Звезда. – 1998. – Т. 1. – С. 531-567.

103. Золотова Н.В., Сисерина Н.Н., Стрельцов В.В. Исследование распространенности форм агрессии у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2007. - № 9. – С. 16-19.

104. Иванова Д.А., Борисов С.Е. Побочные реакции при лечении впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 161-162.

105. Иванова О.Г., Мордык А.В., Мордык Д.И., Животенко Ю.А., Бородкина С.П., Горбатых Е.В., Андреева Е.Г. Первичная инвалидность вследствие туберкулеза в Омской области и факторы ее обусловливающие / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 163.

106. Иконина И.В., Корниенко С.В. Результаты внедрения ежегодного флюорографического обследования населения старше 15 лет в Воронежской области / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 166-167.

107. Иксанов И.Я., Валиев Р.Ш. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Татарстан в 2006-2010гг. / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 167-168.

108. Иммерман К.Л., Панкратова Л.Э. Особенности характера и динамики нервно-психических нарушений у больных с впервые выявленным туберкулезом легких в условиях интенсивной химиотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т. 88. – Вып. 6. – С. 109-113.

109. Калуженнина А.А.Реабилитация больных туберкулезом легких в Волгоградской области при первичном выходе на инвалидность. Автореф. дис. … канд. мед. наук. - Москва. – 2010. – 21 с.

110. Калюк А.Н. Характеристика возбудителя туберкулеза в различных регионах РФ и её значение в оценке эпидемиологической ситуации // Пробл. туб. – 1996. - № 3. – С. 8-10.

111. Каневская С.С. первичная инвалидность вследствие туберкулеза // Пробл. туберкулеза. – 1990. – 3 12. – С. 16-19.

112. Капков Л.П. Значение показателей резервуара бациллярных больных туберкулезом органов дыхания в оценке эпидемической ситуации по туберкулезу // Пробл. туберк. и бол. легких. – 2007. - № 1. – С. 17-22.

113. Капков Л.П. Туберкулез в России XX века // В сб.: Научные труды к 75-летию вед. противотуб. учреждения г. Москвы (под. ред. Литвинова В.И.) – М.: Медицина и жизнь. – 2001. – С. 59-24.

114. Капков Л.П. Туберкулез в России в XX веке // Здравоохранение Росс. Федерации. – 2002. - № 3. – С. 20-24.

115. Каркач О.О., Чернов М.Т., Смердин С.В. Организация лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью на стационарном этапе // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 183-184.

116. Кибрик Б.С., Писарев В.Ф., Соловьев Е.О. Формирование групп риска заболевания туберкулезом при совместной работе учреждений здравоохранения, МВД и бюро по трудоустройству населения // Проблемы туберкулеза. – 1994. - № 2. – С. 14-15.

117. Кильдюшева Е.И., Кравченко М.А. Особенности течения туберкулеза у больных с широкой лекарственной устойчивостью // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 188-189.

118. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008.

119. Ключиха А.В., Запарий С.П., Калашникова С.Н. Медико-социальная характеристика первичной инвалидности населения вследствие туберкулеза в омской области // Омск. науч. вест. – 2006. - № 10. – С. 72-74.

120. Кобелева Г.В., Копылова И.Ф., Байбородова Т.И. Летальные исходы больных туберкулезом в условиях его эпидемии / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 195-196.

121. Кодзоева Т.И. Анализ первичной инвалидности вследствие туберкулеза в республике Ингушетия за 1997-2001 г.г. // медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. - № 1. – С. 35-36.

122. Колодняк О.Л., Полякова Н.А. Неблагоприятные побочные реакции на лекарственные средства при лечении туберкулеза / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 199-200.

123. Коломиец В.М. Современные оценки эпидемической ситуации по туберкулезу / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 200-201.

124. Комиссарова О.Г., Ерохин В.В., Абдуллаев Р.Ю., Васильева И.А., Пузанов В.В. Спектр лекарственной устойчивости M. Tuberculosis у больных туберкулезом легких при полирезистентности, множественной и обширной лекарственной устойчивости / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 202.

125. Комиссарова О.Г., Мишин В.Ю., Чуканов В.И. Особенности течения процесса у больных туберкулезом легких, выделяющих МБТ устойчивые к основным и резервным противотуберкулезным препаратам (XDR). // В сб.: Материалы 8-го Российского съезда фтизиатров: «Туберкулез в России». – М. – 2007. – С. 175-175.

126. Корниенко С.В., Здобникова С.Н. Анализ основных причин летальности в противотуберкулезном диспансере / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 208.

127. Костромцов С.В., Парпиева Н.Н., Мухаммедов К.С., Джурабаева М.Х., Массавиров Ш.Ш., Бабаматова Х.У. Изучение причин и факторов, способствующих развитию рецидивов туберкулеза органов дыхания / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 211-212.

128. Кочеткова Е.Я. Совершенствование системы противотуберкулезной помощи взрослому населению города Москвы: Автореф. дис. … док. мед. наук. Москва - 2012. – 48 с.

129. Краснов В.А. Эпидемиологическая обстановка и задачи по усилению борьбы с туберкулезом в Западной Сибири // Пробл. туберкулеза. – 1991. - № 12. – С. 8-10.

130. Краснов В.А., Калачев И.В., Ревякина О.В., Степанов Д.В. Проблемы медико-социальной помощи больным туберкулезом на современном этапе // Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 311-313.

131. Краснов В.А., Калачев И.В., Свистельник А.В. и др. Системный подход к управлению ситуацией по туберкулезу: основания, методология, практика. – Новосибирск: Наука, 2008. – 200 с.

132. Краснов В.А., Ревякина О.В., Свистельник А.В. Некоторые особенности эпидемической ситуации по туберкулезу в Сибири и на Дальнем Востоке // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 45-46.

133. Краснов В.А., Роньжина Е.Г., Петренко Т.И. Особенности течения туберкулеза легких у больных с патологией печени // Проблемы туберкулеза. – 2003. – №4. – С. 26-28.

134. Краснов В.А., Чернышов В.М., Стрельченко О.В., Степанов Д.В., Ревякина О.В. Факторы, препятствующие улучшению ситуации по туберкулезу в субъектах Сибирского федерального округа // Туберкулез и болезни легких. – 2012. - № 10. – С. 8-14.

135. Крюкова, Т. Л., Куфтяк, Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Психологическая диагностика. –2005. – № 3. – С. 65-75.

136. Кудинов С.М., Гусева В.А., Петрухина Л.Н., Хованский А.А. Коломиец В.М. Рецидивы туберкулеза в пенитенциарных условиях / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 219-220.

137. Кузнецова Л.Н. Отделение медико-социальной помощи и реабилитации для больных активным туберкулезом: опыт, методика, проблемы // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 48-52.

138. Купавцева Е.А., Чушкин М.И., Сенчихин П.В.. Шапатава М.Н., Дадашева Х.Б., Мандрыкин С.Ю. Использование анкет качества жизни для оценки эффективности лечения туберкулеза легких / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 4. – С. 224.

139. Купрешвили Л.Г., Вашакидзе С.А., Киквадзе М.С. Туберкулез – медико-социальная проблема среди насильственно-перемещенных лиц // Материалы VII Российского съезда фтизиатров, М., 2003. – С. 18-18.

140. Кучеров А.Л. Туберкулез среди социально-отягощенных групп населения // Пробл. туб. – 1990. - № 6. – С. 20-23.

141. Лебедев Ю.И.. Блинков Ю.А., Новикова С.Н., Пастухова А.В. Социальная активность больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 21.

142. Лебедева Н.О, Сухова Е.В. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. и болезней легких. – 2006. - № 12. – С. 13-16.

143. Левашов Ю.Н., Гришко А.Н., Шеремет А.В., Мушкин А.Ю. Современные эпидемиологические тенденции внелегочного туберкулеза // В сб.: Актуальные вопросы диагностики и лечения туберкулеза. Научные труды Всероссийской науч.-прак. конф. (под ред. Левашова Ю.Н.) – СПб. – 2006. – С. 23-26.

144. Левченко В.И., Чумакова Е.С. Динамика лекарственной устойчивости и результаты лечения больных туберкулезом легких м первичной множественной лекарственной устойчивостью в 3-м легочно-терапевтическом отделении

краевого клинического противотуберкулезного диспансера г. Ставрополя в 2007-2009гг. // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 24-25.

145. Линева З.Е., Зорина С.П. Особенности первичной инвалидности вследствие туберкулеза легких взрослого населения г. Якутска / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 27-28.

146. Линева З.Е., Павлова Е.С. Лечение больных деструктивным туберкулезом с сопутствующей патологией ЖКТ // Туберкулез сегодня. Материалы 7 Российского съезда фтизиатров. – М., - 2003. - С. 237.

147. Литвинов В.И. Эпидемическая ситуация и особенности эпидемии туберкулеза в Москве // Туберкулез сегодня: материалы 7 Российского съезда фтизиатров. – М. – 2003. – С. 20-21.

148. Литвинов В.И., Сельцовский П.П. Туберкулез: проблемы и перспективы // В сб.: Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. Научные труды и материалы конференции, посвященной памяти М.М. Авербаха (к 75-летию со дня рождения). – М. – 2000. – С. 9-13.

149. Литвинов В.И., Сельцовский П.П., Рыбка Л.Н. и др. Эпидемилогическая ситуация по туберкулезу и организация противотуберкулезной помощи населению Москвы (2008). – М.: МНПЦБТ. – 2009. – 149 с.

150. Литвинов В.И., Сельцовский П.П., Сон И.М. и др. Эпидемилогическая ситуация по туберкулезу и организация противотуберкулезной помощи населению Москвы (2007). – М.: МНПЦБТ. – 2008. – 133 с.

151. Литвинов В.И., Сельцовский П.П., Сон И.М., Кочеткова Е.Я. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и организация противотуберкулезной помощи населению г. Москвы (2000г.). – М.: МНПЦ БТ. – 2001. – 212 с.

152. Любушкина Т.Л. комплексная реабилитация инвалидов // Социальная работа. – 2007. - № 6. – С. 42-43.

153. Маслова О.М. Анкетирование индивидуальное // Социология. Словарь – справочник. Т. 4. Социологическое исследование: методы, методика, математика и статистика / Отв. ред. Г.В. Осипов. – М.: Наука, 1991. – С.16-17.

154. Меерсон Д.Л. О нервно-психической сфере туберкулёзных // Одесский медицинский журнал. – 1929. – № 2-4. – С. 78-81.

155. Миронюк О.М., Никишова Е.И., Тарасова И.В., Антушева Е.В., Марьяндышев А.О. Регистрация и результаты лечения рецидивов заболевания туберкулезом в Архангельской области // Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 216-217.

156. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Скачкова Е.Н., Стерликов С.А. Распространение туберкулеза среди детей и подростков в Российской Федерации (Анализ данных официальной статистики) // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2009. - № 1. – С. 5-10.

157. Михайловский А.М., Сазыкин В.Л., Лепеха Л.Н. Эпидемическая ситуация по сочетанной патологии ТБ-ВИЧ в Оренбургской области / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 47-48.

158. Мишин В.Ю. Принципы химиотерапии / В кн.: Фтизиатрия. Национальное руководство. М.И. Перельман (ред.). – М. – 2007. – Глава 27. – С. 414-414.

159. Мишин В.Ю., Борисов С.Е., Соколова Г.Б. и др. Разработка современных протоколов диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания // Consilium Medicum. – 2001. - № 3. – С. 148-154.

160. Мишин В.Ю., Васильева И.А., Мартынова Л.П. Эффективность применения ломефлоксацина в комплексном лечении больных с полирезистентным туберкулезом легких, осложненным неспецифической бронхолегочной инфекцией // Пробл. туб. – 1999. - № 6. – С. 20-22.

161. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., Завражнов С.П. и др., Сравнительная эффективность IIб и I режимов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких с высоким риском развития первичной лекарственной устойчивости с позиций медицины доказательств // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 50-51.

162. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г.. Дитятков А.Е. Лечение впервые выявленных больных туберкулезом легких комбинированными таблетками с фиксированной дозировкой // Инфекции и антимикробная терапия. – 2001. – Т. 3. – С. 58-60.

163. Мишин В.Ю., Кононец А.С., Мохирева Л.В. и др. Эффективность нового стандартного режима химиотерапии с использованием фторхинолонов в лечении больных впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Материалы научной сессии, посвященной 85-летию ЦНИИТ РАМН «Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких» под ред. член-корреспондента РАМН В.В. Ерохина. – 2006. - М. - С. 109-110.

164. Мишин В.Ю., Чуканов В.И. Феномен индукции нарастающей поливалентной лекарственной резистентности микобактерий при стандартных курсах химиотерапии // В сб.: X Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – СПб. – 2000. – С. 293-293.

165. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А. Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью // Пробл. туб. – 2002. - № 12. – С. 18-23.

166. Моисеева О.В. Программный модуль определения индивидуальной степени риска на туберкулез у детей и подростков // Материалы IX съезда фтизиатров России «Туберкулез и болезни легких» №5. - 2011. - С. 53.

167. Молофеев А.Н., Асанов Б.М.. Булгаков С.Н. Анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в Ульяновской области за 2006-2010гг. / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 54.

168. Морозова Т.И. Особенности наблюдения за дифференциально-диагностическими больными в противотуберкулезном диспансере

Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению: Материалы науч.-практ. конф. Под ред. профессора П.К. Яблонского. СПб., 2011. С. 47-48.

169. Мохирева Л.В. Эффективность применения комбинированных противотуберкулезных препаратов у больных впервые выявленным туберкулезом легких // Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – 2013. – М. – 49 с.

170. Мурашкина Г.С., Алексеева Т.В., Новикова Н.М., Силайкина С.Т. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Сибирском и Дальневосточном Федеральных округах / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 61.

171. Мякишева Т.В, Мишин В.Ю. Впервые выявленный туберкулез легких у больных молодого возраста с различным характером лекарственной устойчивости возбудителя // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 66-67.

172. Найгозина Н.Б., Филатов В.Б., Ерохин В.В., Пунга В.В. Туберкулез в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. - № 3. – С. 4-11.

173. Нарышкина С.Л., Хромова Л.В., Кадышев С.А. Приверженность к лечению больных с сочетанной инфекцией (ВИЧ и туберкулез) / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С.70.

174. Незлин С.Е., Греймер М.С., Протопопова Н.М. Противотуберкулезный диспансер М., Медицина, 1979. 270с.

175. Нечаева О.Б. Заболеваемость и смертность от туберкулеза женщин Свердловской области // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. - № 6. – С.2 4-29.

176. Нечаева О.Б. Мониторинг и оценка изменений эпидемиологических показателей по туберкулезу в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. – 2012. - № 8. – С. 16-22.

177. Нечаева О.Б. Туберкулез в Российской Федерации: заболеваемость и смертность // Эпидемиология и гигиена. – 2014. - №4. – С. 7-12. Электронный ресурс.

178. Нечаева О.Б.. Бирагова О.К. Нечаева О.Б., Бирагова О.К. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации / Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2013. - №5.(33).http://vestnik.mednet.ru/content/view/514/30/

179. Нечаева О. Б. Финансирование противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации // Туберкулёз и болезни лёгких, − 2013, −№ 11. С. 36-40.

180. Нечипоренко В.В., Королёв С.А. Пограничные психические расстройства в современном обществе: обзор литературы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2008. – № 4. – С. 11-15.

181. Никифорова Ю.А. Социальные факторы риска заболевания туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 74.

182. Николаева Л.Ф. Основы медико-социальной реабилитации. Медицинская реабилитация / Под редакцией акад. В.М. Боголюбова. – Пермь: Звезда. – 1998. – Т. 1. – С. 6-34.

183. Овсянкина Е.М., Кобулашвили М.Г., Губкина М.Ф. и др. Факторы, определяющие развитие туберкулеза у детей и подростков в очагах туберкулезной инфекции // Пробл. туб. – 2009. - № 11. – С. 19-22.

184. Овсянкина Е.С. Туберкулез детей и подростков в Москве // Научные труды. К 70-летию В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ. – 2011. – С. 52-69.

185. Овсянкина Е.С., Губкина М.Ф., Сон И.М. Профилактика и выявление туберкулеза у детей и подростков. – М. – 2008. – 215 с.

186. Одинец В.С., Шалайко Т.А., Михайлова И.Г., Задремайлова Т.А. Выявление, регистрация и результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза в Ставропольском крае / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К.

Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 126-128.

187. Онищенко Г.Г. Эпидемиологическая ситуация по Российской Федерации и меры по ее стабилизации // Пробл. туб. – 2003. - № 11. – С. 4-9.

188. Осадчих А.И. Проблемы инвалидности реабилитации в Российской Федерации // Медицина труда и промышленная экология. -2002. - № 4. – С. 1-4.

189. Паниотто В.И. Качество социологической информации: [Методы оценки и процедуры обеспечения]. – Киев: Наукова думка, 1986. – 206 с.

190. Панкратова Л.Э. Расстройства психики при туберкулёзе // Российский медицинский журнал. – 2005. – № 5. – С. 17-20.

191. Пантелеев А.М. Рецидивы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 97-98.

192. Паролина Л.Е., Баринбойм О.Н., Докторова Н.П. Приверженность к лечению впервые выявленных больных лекарственно-устойчивым туберкулезом / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 100-101.

193. Паролина Л.Е., Завалев В.И., Морозова Т.И. Туберкулез легких: социальные проблемы. – Саратов.: Изд-во Сарат. мед. ун-та. – 2003. – 151 с.

194. Парпиева Н.Н., Костромцов С.В., Мухаммедов К.С. Частота и характер рецидивов излеченного туберкулеза легких / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 102.

195. Пасечников А., Рич М.Л. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью / Главные редакторы А. Пасечников, Майкл Л. Рич. – Партнеры во имя здоровья. – 2003. – 173 с.

196. Перельман М.И. (ред.) Национальное руководство по туберкулезу (Серия «Национальные руководства»). – М.: ГОЭТАР-Медиа. – 2007. – 512 с.

197. Перельман М.И. Больной туберкулезом и врач-фтизиатр // Пробл. туб. и болезней легких. – 2006. - № 5. – С. 3.

198. Перельман М.И. Ситуация с туберкулезом в России и выполнение Федеральной программы по борьбе с ним // Пробл. туб., - 2001. - №8. – С. 3-5.

199. Перельман М.И., Михайлова Ю.В. Туберкулез в Российской Федерации в 2007 г. Аналитический обзор основных показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М. – 2008. – 172 с.

200. Перельман М.И., Шилова М.В. Туберкулез в России – взгляд на проблему // Федеральный справочник «Здравоохранение в России»: спец. выпуск № 3. – М. – 2002.

201. Петров В. И., Седова Н. Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. - Москва: Издательство «Триумф». 2002. - 192 с.

202. Петров С.П. О психике туберкулёзных // Современная психиатрия. – 1913. – № 9. – С. 673-694.

203. Плакс М.В. Анализ первичной инвалидности вследствие туберкулеза за 1997-1999 гг. по г. Уфе // Здр. Башкортостана – 2001. – Спец. вып. № 6. - С. 51-52.

204. Плиева С.Л. Особенности ранних и поздних рецидивов туберкулеза органов дыхания / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 112.

205. Плиева С.Л., Сельцовский П.П. Особенности ранних и поздних рецидивов туберкулеза органов дыхания// Туберкулез и болезни легких. – 2011. - №6. – С. 23-27.

206. Пограничная психиатрия / под ред. Ю.А. Александровского. – М.: РЛС. – 2006. – 1280 с.

207. Подгаева В.А., Голубев Д.Н. Роль социально-экономических факторов в формировании показателей заболеваемости и смертности населения от туберкулеза на Урале // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 64-65.

208. Подгаева В.А., Голубев Д.Н., Черняев И.А. Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Уральском регионе в 2008-2009 годы // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 65-66.

209. Поклитар Е.А. Туберкулез, личность, психиатрия // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 10-12.

210. Полунина Т.Е. Лекарственные поражения печени / iDoctor. – 2013. – №5. – С. 23-28.

211. Полушкина Е.Е. Причины летальности больных туберкулезом и с болезнями легких в ГУЗ «РКТБ» МЗ Удмуртской Республики / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 116-117.

212. Полякова Н.А., Патлах И.В., Фольц И.В., Шишкова Л.И. Особенности течения рецидивов туберкулеза органов дыхания / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 117.

213. Приймак А.А., Шилова М.В. Эпидемиология туберкулеза и организация противотуберкулезной помощи в России // Рус. мед. журн. – 1996. - № 6. – С. 5-8.

214. Приказ МЗ РФ от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». – М., 2003. – 347 с.

215. Психиатрия: учебник для студентов медицинских вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко [и др.]. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ. – 2008. – 576 с.

216. Психическая оценка больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких при различных организационных формах лечебного процесса / В.Г. Макиева, М.В. Калинина, И.В. Богадельникова [и др.] // Проблемы туберкулёза. – 1999. – № 4. – С. 7-9.

217. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

218. Пугачева С.В., Зоркальцева Е.Ю., Чукавина И.Ю. Эпидемическая ситуация по туберкулезу среди детского населения Иркутской области / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 124.

219. Пузанов В. А., Рукосуева О. В., Жидак Т. Н. и др. Рецидивы туберкулёза лёгких - результат эндогенной реактивации или экзогенной суперинфекции // В сб.: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению». - СПб, 2010. - С. 71-72.

220. Пузанов В.А., Новожилова О.В., Черноусова Л.Н., Катулина Н.И., Васильева И.А. Особенности возникновения рецидивов туберкулеза легких в Ивановской области // В сб.: Материалы научн. практ. конф. Под ред. Профессора П.К. Яблонского «Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению». - СПб, 2011. – С. 55-57.

221. Пунга В.В., Ковалева С.И., Жукова М.П.. Худушина Л.Н., Рыбка Л.Н. Стариков А.Н., Алексеева Л.П. и др. Современные проблемы выявления и лечения больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза. – 1997. №5. – С. 7-9.

222. Пунга В.В., Путова Э.В., Русакова Л.И. и др. Рецидивы туберкулеза легких в РФ и территориях, курируемых ЦНИИТ РАМН // В сб.: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению». - СПб, 2010. - С. 70-71.

223. Пунга В.В., Русакова Л.И., Якимова М.А., Капков Л.П.,Путова Э.В. Распространенность и спектр лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у впервые выявленных больных и больных с рецидивом туберкулеза на территориях зоны курации ЦНИИТ РАМН / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 128-129.

224. Пьянзова Т.В., Лузина Н.В., Беликова О.А., Бердюгина А.А., Семенова О.С., Курилова В.Г. Качество жизни больных впервые выявленным туберкулезом легких, получающих противотуберкулезную терапию на стационарном этапе / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 130-131.

225. Пьянзова Т. В. Вопросы взаимоотношений в диаде врач-пациент // Туберкулёз и болезни лёгких, − 2014, − № 1. С. 3-7.

226. Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых / 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1976. – 328 с.

227. Ракина О.Н. Структура первичной инвалидности вследствие туберкулеза // Туберкулез сегодня: материалы VII российского съезда фтизиатров. – М.: Издательство БИНОМ, 2003. – С. 25.

228. Резолюция IX съезда фтизиатров России 1-3 июня 2011. Москва. // Туберкулез и болезни легких. №8. – 2011. – С. 4-6.

229. Рейзис А.Р., Борзакова С.Н., Аксенова В.А. Современные проблемы лекарственных поражений печени при туберкулезе // Клин., персп. гастроэнтерол., гепатол. 2009. - № 4. - С. 3-8.

230. Рейхардт В.В., Степанов С.А., Сократова Н.В. и др. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Пермском крае // Научные труды (К 85-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки, профессора М.М. Авербаха). – Под ред. В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ. – 2010. – С. 157-159.

231. Репин Ю.М. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких М.: Гиппократ, 2007. – 168 с.

232. Решетников А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. – 2001. - № 1. – С. 38-41.

233. Ридер Г.Л. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулезом // Пер. с англ. – М.: Весь мир. – 2001. – 192 с.

234. Рогачева М.Г. Социальные аспекты туберкулеза у лиц с психическими заболеваниями // Пробл. туб. и бол. легких. – 2005. - № 10. – С. 53-55.

235. Рогожина Н.А., Ивановичева Н.С., Лямина Е.Л.. Максимова С.А. Рецидивы туберкулеза в Республике Мордовия / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 134-135.

236. Рублева Н.В. Лечение и возможности реабилитации больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в стационаре / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 34-36.

237. Рукосуева О.В., Васильева И.А., Пузанов В.А., Яшенкова Н.М., Жидак Т.Н. Лекарственная устойчивость M. Tuberculosis больных с рецидивами туберкулеза легких // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 220-221.

238. РукосуеваО.В., Васильева И.А., Пузанов В.А., Ященкова Н.М., Катулина Н.И., Жидак Т.Н. Особенности течения и диагностики рецидивов туберкулеза легких / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 138-139.

239. Рыжков С.И. Влияние миграции населения на эпидситуацию по туберкулезу // Материалы VII Российского съезда фтизиатров, М., 2003. – С. 25-25.

240. Садыков А.С. Медико-социальные факторы у больных диссеминированным туберкулезом легких на современном этапе // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 74-75.

241. Самойлова А.Г., Васильева И.А., Багдасарян Т.Р. Факторы риска развития широкой лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 148.

242. Саранчина С.В. Информационное обеспечение работы противотуберкулезного диспансера // Материалы IX съезда фтизиатров России «Туберкулез и болезни легких» №5. - 2011. - С. 148-149.

243. Саушев С.В., Зубова Н.А., Рогожина Н.А. Анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в Республике Мордовия / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 149.

244. Седова Н. Н. Правовые основы биоэтики; Монография.— Москва, Триумф, 2004. —224 с.

245. Седова Н. Н. Философия медицины. Курс лекций для аспирантов и соискателей ученых степеней по медицинским специальностям. - Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2009. - 140 с.

246. Сельцовский П.П. Динамика эпидемиологической обстановки по туберкулезу в Москве в конце 19-20 столетиях // В сб.: Научные труды к 75-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы (под ред. Литвинова В.И.). – М.: Медицина и жизнь. – 2001. - С. 63-68.

247. Сельцовский П.П. К анализу особенностей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в городе Москве // Научные труды (К 85-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки, профессора М.М. Авербаха). – Под ред. В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ. – 2010. – С. 138-141.

248. Сельцовский П.П., Горбунов А.В., Рыбка Л.Н. Санитарное просвещение во фтизиатрии // В сб. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению». - СПб, 2011. - С. 59-61.

249. Сельцовский П.П., Литвинов В.И. Социальные аспекты эпидемиологической ситуации по туберкулезу. – М.: МНПЦ БТ. – 2004. – 224 с.

250. Сергеев И.И. Пограничные нервно-психические расстройства при некоторых формах туберкулёза легких // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1969. – Т. 69. – Вып. 3. – С. 414-419.

251. Сергеев И.И., Курбесова Н.В. Астенические состояния у больных инфильтративно-пневмоническим и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1970. – Т. 70. – Вып. 4. – С. 52-56.

252. Скрынник Н.А., Федоров С.В., Баласанянц Г.С. Социальный статус впервые выявленных больных туберкулезом на примере Адмиралтейского района Санкт-Петербурга // Российский семейный врач. – 2005. - № 2. – С. 31-36.

253. Смердин С.В. Опыт работы по предупреждению преждевременного прекращения лечения больными туберкулезом в Кемеровской области // Пробл. туб. и бол. легких. – 2008. - № 3. – С. 11-14.

254. Смердин С.В., Чернов М.Т., Саранчина С.В. Опыт совершенствования противотуберкулезной работы в Кемеровской области // Научные труды (К 85-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки, профессора М.М. Авербаха). – Под ред. В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ. – 2010. – С. 163-166.

255. Смычёк В.Б. Основные принципы реабилитации. [Электронный ресурс]. URL: http: www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_principi.doc (дата обращения 13.05.2008).

256. Соколов В.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Уральском и Волго-Вятском регионах и задачи службы на ближайший период // Пробл. туб. И болезней легких. – 2002. - № 11. – С. 10-11.

257. Соколова Г.Б, Зуев А.П., Мохирева Л.В., Дубиницкий Р.Д. Клиническая эффективность и фармакоэкономика комбинированных противотуберкулезных препаратов // Главврач. – 2005. - № 9. - С. 26-33.

258. Соколова Г.Б. Индивидуализированная химиотерапия туберкулеза легких (эксперементально-клинические исследования): дис. В виде науч. докл. … д-ра мед. наук. – М., 2000. – 67 с.

259. Сон И.М. Комплексная оценка эпидемической ситуации по туберкулезу и деятельности противотуберкулезной службы административных округов Москвы в условиях подъема эндемии туберкулеза // В сб.: Научные труды к 75-

летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы (под ред. Литвинова В.И.). – М.: Медицина и жизнь. – 2001. - С. 53-58.

260. Сон И.М., Литвинов В.И., Сельцовский П.П. Туберкулез на спаде и подъеме эндемии // В сб.: Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. Научные труды и материалы конференции, посвященной памяти М.М. Авербаха (к 75-летию со дня рождения). – М. – 2000. – С. 174-179.

261. Сон И.М., Литвинов В.И., Стародубов В.И. и др. Эпидемиология туберкулеза (по материалам анализа ситуации в городе Москве за 1960 – 2001 годы). – М. – 2003. – 286 с.

262. Сон И.М., Нечаева О.Б., Стерликов С.А., Кучерявая Д.А., Богородская Е.М., Дудина А.Г., Одинцов В.Е. Ресурсы и деятельность противотуберкулезных учреждений. Основные экономические показатели за 2009-2010 годы: статистические материалы. – М., 2011. – 156 с.

263. Сон И.М., Скачкова Е.И., Стерликов С.А., Кучерявая Д.А., Богородская Е.М., Одинцов В.Е. Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2008 – 2009 гг.: статистические материалы. – Тверь: ООО «Триада», 2010. – 60 с.

264. Социально-экономическое положение Волгоградской области в январе-сентябре 2013 года : доклад / Терр. орган Фед. службы гос. статистики по Волгоград. обл. – Волгоград : Волгоградстат, 2013. – 192 с.

265. Стародубов В.И. Современная стратегия повышения эффективности здравоохранения // В сб.: Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения: научные труды республиканской научно-практической конференции. – 28-30 мая 2002г. – М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 2002. – С. 5-11.

266. Стародубов В.И., Перельман М.И., Борисов С.Е. Туберкулез в России. Проблемы и пути их решения // БСЖ, 1999, №3, С. 8-10.

267. Стародубов В.И., Перельман М.И., Борисов С.Е. Туберкулез в России. Проблемы и пути их решения // Большой целевой журнал о туберкулезе. – 1999. - № 2. – С. 8-11.

268. Стародубов В.И., Сон И.М., Сельцовский П.П., Литвинов В.И. Влияние туберкулеза у мигрирующего населения на эпидемиологическую ситуацию // Сб. трудов. Под ред. Литвинова В.И., - М.: «Медицина и жизнь». – 2001. – С. 69-70.

269. Стерликов С.А., Сон И.М., Богородская Е.М., Смердин С.В., Одинцов В.Е., Нечаева О.Б. Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2010 – 2011 гг.: статистические материалы. – М., 2012. – 81 с.

270. Стрельцов В. В., Сиресина И. И. и др. Возможности оптимизации психологического состояния больных туберкулёзом легких в процессе индивидуальной психологической коррекции // Туберкулез и болезни легких, − 2012, − № 3. – С. 31-37.

271. Стрельцов В.А., Баранова Г.В., Столбун Ю.В. Необходимость оценки психологического статуса больных туберкулезом легких / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 176-177.

272. Стрельцова Е.Н., Степанова Н.А. Распространенность лекарственно устойчивого туберкулеза в Астраханской области / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 178.

273. Суханов Д.С. Лекарственные поражения печени у больных туберкулезом легких и гепатопротективная терапия // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб. – 2008.

274. Сухов В.М., Сухова Е.В. Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. - № 4. – С .29-30.

275. Сухова Е.В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. и болезней легких. – 2004. - № 10. – С. 34-36.

276. Тен М.Б., Лабутин И.В., Селюкова С.А. Актуальные вопросы эпидемиологии, диагностики клиники и лечения туберкулеза: Сб. науч. тр. – Саратов. 2005. – С. 80-83.

277. Торопов Н.Я. Характеристика впервые заболевших туберкулезом органов дыхания // В кн. IV (XIV) съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров (тезисы докладов) – 1999. – С. 44-44.

278. Трифонова Н.Ю., Кузьмишин Л.Е. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. - № 1. – С. 53-54.

279. Туберкулез органов дыхания. Руководство для врачей / Под редакцией А.Г. Хоменко. – М.: Медицина, 1981. – 560с.

280. Урусов И.Г., Боровинская Т.А., Краснов В.А. Новые подходы к этиотропному лечению туберкулеза осложненного сопутствующими заболеваниями // 1 всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания. – Киев, 1992. – С. 414-414.

281. Фетискин, Н. П., Козлов, В. В., Мануйлов, Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. - 490 с.

282. Филиппов А.В., Борисов С.Е., Сон И.М., Матвеева М.В. Использование показателя заболеваемости туберкулезом детей для оценки эпидемической ситуации // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом. Материалы Всерос. науч.-прак. конф. с международным участием. Под ред. Профессора П.К. Яблонского, член-корр. РАМН профессора Ю.Н. Левашова – Спб., -2010 - С. 174-175.

283. Фролова И.А. Медико-социальные факторы, влияющие на смертность больных туберкулезом // Пробл. туберкулеза. – 2004. - № 4. – С. 10-13.

284. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М.И.Перельмана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с. – (Серия «Национальные руководства»).

285. Хованов А.В., Нечаев В.И., Барков В.А. Геоинформационные технологии во фтизиатрии // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. - № 2. – С. 3-9.

286. Холостова Е.И. Социальная реабилитация: Учеб. пособие. 2-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2003. – 340 с.

287. Хоменко А.Г. Современные проблемы туберкулеза легких // Вестник РАМН. – 1995. – Т. 17. – С. 3-6.

288. Хоменко А.Г. Туберкулез вчера, сегодня, завтра // Пробл. туб. – 1997. - № 6. – С. 9-11.

289. Хоменко А.Г. Туберкулез как международная и национальная проблема // Пробл. туб., 1994, №2, С. 2-4.

290. Хорошилова Н.Е., Мишин В.Ю., Кононец А.С., Мякишева Т.И., Боровицкий В.С. Эффективность химиотерапии у больных деструктивным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя к основным и резервным препаратам // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 213-214.

291. Хоружая Г.Н., Овчинникова О.А. Роль ежегодных профилактическ5их осмотров на туберкулез в формировании эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Липецкой области за последние 20 лет // Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 223-225.

292. Хрулева Т.С., Гавриленко В.С. Динамика первичного выхода на инвалидность вследствие туберкулеза в современных условиях // Вопросы эпидемиологии, диагностики, клиники и лечения туберкулеза: материалы 20-й науч.-прак. конф. фтизиатров г. Москвы. – М., 1996. – С. 29-30.

293. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. – М.: Медицина, 1972. – 280 с.

294. Цыбикова Э.Б. Неудачи в лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких // // IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 217-218.

295. Цыбикова Э.Б. Эпидемиология туберкулеза легких с деструкцией легочной ткани в России в первом 10-летии XXI века // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием

21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 81-82.

296. Цыбикова Э.Б. Эпидемиология туберкулеза сочетанного с ВИЧ-инфекцией / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 87-89.

297. Цыганков И.Л., Чернова О.Э., Бородулина Е.А. Эпидемиология туберкулеза в городе с высоким распространением ВИЧ-инфекции (г. Тольятти, Самарская область, Россия) / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 76-77.

298. Чабанова О.Н. Медико-социальные факторы первичной инвалидности по туберкулезу (по материалам Астраханской области): автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.52. // ГОУ ВПО Астрах. гос. мед. акад. Росздрава. – Астрахань, 2005. – 23 с.

299. Черников А.Ю., Майкова Т.В., Ветрик Г.В., Процкая И.В. Проблема рецидивов туберкулеза в практике фтизиатра / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 222-223.

300. Шагарова С.В Особенности трудовой реабилитации инвалидов молодого возраста // Здравоохранение РФ. – 2001. - № 6. – С. 55.

301. Шаполовский В.В. Система критериев выбора тактики лечения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в современных эпидемиологических условиях // Автореф. дис. … канд. мед. наук. – 2004. 24 с.

302. Шевченко А.И. Эффективность медицинской реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.26. / каф. фтизиопульмонол. Кубан. гос. медю акад. – М., 2004. – 22 с.

303. Шевырева Е.В., Иванов А.К., Лучкевич В.С., Скрыник Н.А. Эффективность лечения больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в дневном

стационаре // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 251-252.

304. Шерстнев С.В., Шерстнева Т.В. Врач, сестра, больной: формирование приверженности к лечению. Обучающая программа: Барьеры и перспективы / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С. 256-258.

305. Шилова М.В. Противотуберкулезные стационары России (потребность, перспективы развития). // Пробл. туб. и болезней легких. – 2009. - № 5. – С. 9-15.

306. Шилова М.В. Система централизованного управления диспансерным наблюдением больных туберкулезом (на уровне головных противотуберкулезных учреждений административных территорий) // Методические указания: Приложение 4 к приказу Минздравмедпрома России от 22.11.95 г. № 324. – М. – 1995. – С. 22-36.

307. Шилова М.В. Туберкулез в Росси в 2009 году. – М.: ООО «РПЦ Прима», 2010. – 192 с.

308. Шилова М.В. Туберкулез в Росси в 2010 году. – М.: ООО «РПЦ Прима», 2012. – 224 с.

309. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2001 году. – М., 2002, 67 с.

310. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2006 году: монография / М.В. Шилова. – Воронеж: ВГПУ, 2007. – 83 с.

311. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2007 году. – М. – 2008. – 52 с.

312. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2007 году. – М.: Пагри Принт, 2008. – 152 с.

313. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2008 году. – М.: Пагри Принт, 2009. – 143 с.

314. Шилова М.В. Эпидемиология туберкулеза и его социальные основы // В сб.: Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний: научные труды Российской научно-практической конференции. – 26-27 мая 2004. – М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 2004. – С. 106-111.

315. Шишкина К.А., Богородская Е.М., Алексеева В.М., Белиловский Е.М., Данилова И.Д. Факторы риска развития рецидивов туберкулеза легких / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 238-239.

316. Шишлова М.В. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. // Туберкулез и болезни легких – 2010. - № 5. – С. 14-21.

317. Шлафер А. М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.01.06, 19.00.04 // Санкт-Петербург, − 2012. − 26 с.

318. Шмелев Е.И. Бронхообструктивный синдром и его коррекция у больных туберкулезом легких // Consilium Medicum. – 2004/ - Т. 6. - № 4.

319. Шогжал И.С.. Корецкая Н.М. Медико-социальные аспекты впервые выявленного туберкулеза органов дыхания и факторы способствующие его развитию у женщин в Республике Тыва / IX Съезд фтизиатров России. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 240-241.

320. Шомахов А.О., Кибишев В.М., Тхабисимов И.К., Тилова Л.А. Медико-социальные особенности впервые выявленных больных туберкулезом // Пробл. туб. и болезней легких. – 2004. - № 4. – С. 14-116.

321. Шульгина З.Л., Панкратова Л.Э. Характеристика состояния психики впервые выявленных больных туберкулезом легких в процессе антибактериального лечения // Проблемы туберкулеза. – 1988. – № 6. – С. 27-30.

322. Щелканова А.И., Батыров Ф.А., Рыманова И.В. Эпидемиологические аспекты заболевания туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с

международным участием 21-23 октября 2010 года «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2010. – С. 252-254.

323. Юдин С.А., Борзенко А.С., Деларю В.В. / Оказание социальной помощи больным туберкулезом людям (по результатам социологического исследования) // Вестник волгоградского государственного медицинского университета № 2.- 2013. – С. 44-46.

324. Юдин С.А., Деларю В.В., Борзенко А.С. / Оказывается ли благотворительная помощь больным туберкулезом? // Туберкулез и болезни легких № 7. -2013. – С. 9-10.

325. Юркевич И., Шумилова И., Мухамадиев Д., Мирзоев Т., Агапова В. Результаты социологического опроса больных туберкулезом / Материалы 1 го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации – Спб., 2012 – С.69-71.

326. Ядов В.А. Социологическое исследование: Методология, программа, методы. – Самара, Изд-во "Самарский университет", 1995. – 337 с.

327. Agboatwalla M., Kazi G.N., Shah K. A pilot intervention to reduce the stigma of tuberculosis in rural Pakistan. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S198.

328. Ahmed F., Islam M.A., Karim F., Alam R., Chowdhury A.M.R., Ishikawa N. Tb -related stigma in Bangladesh:- repercussions of social disapproval. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S46.

329. Ali L., Moukhayer M., Hamouda E., Yousif E., Hussien H., Adam K.H. Evolution of women's awareness about TB in Khartum State, Sudan. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International

Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S133-134.

330. Alobu I., Nwangele Z., Ukwaja K.N. Economic burden of tuberculosis at household level: highlight of the research and policy gaps. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S46.

331. Althomsons S.P., Holtz T.H., Armatrong L.R. Delay and decline in reporting drug susceptibility test results, United States 2000-2005. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S152.

332. Amara B., EI Rhazi K., Rahimi H., EI Biaze M., Nejjari C., Benjelloun M.C. Attitudes of Moroccan pneumo-phthisiologist towards smoking in tuberculosis patients. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S148.

333. Arcencio R.A. Social support for tuberculosis care: evidences from academia research to health services practice. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S43-44.

334. Argulian E., Hewinson C., Faqirzai J., Hurtado N. Treatment success for isoniazid-resistant tuberculosis patients according to treatment status. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S264.

335. Aydin I.O., Ulusahin A. Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHO-12 // Gen Hosp Psychiatry/ - 2001. – 23/ - P.77-83.

336. Bandason T., Corbett E.L., Vundia R., Muzangwa J., Zezai A., Munyati S., Mundofa S., Mason P. Risk factors for tuberculosis in HIV-positiv and HIV-negativ sub-populations living in high-prevalence countries. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S224.

337. Bang D., Andersen A.B., Thomsen V.O., Lillebaek T. Recurrent tuberculosis in Denmark: relapse versus reinfection analysed by nationwide DNA fingerprinting. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S197.

338. Betazzolli R.C. B., Cardoso M.A., Sa L.D., Nogueira J.A., Camara Filho R., Tribdade L.C., Sousa G.S., Villa T.C.S., Ruffino-Netto A. Tuberculosis and HIV/AIDS co-infection in Paraiba, Brazil, 1994-2006. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S222-223.

339. Blok L., Dhakal L.P., Hombergh J.V.D. Factors contributing to tuberculosis case detection: reviewing the evidence. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S240-241.

340. Boillot F., Peeters M., Kosia A., Delaporte E. Prevalence of human immunodeficiency virs among patients with tuberculosis on Sierra Leone, established from dried blood spots on filter paper. // Int. I. Tuberc. f. Ling., - 1997. – Vol. – 1. – P.493-497.

341. Boman G., Ljung U., Romanus V. Long-term follow-up of patients with MDR-TB in Sweden. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S125.

342. Buff A.M., Sosa L.E., Hoopes A.J., Buxton-Morris D., Condren T.B., Hadler J.L., Lobato M.N., Haddad M.B., Moonan P.K., Ijaz K. Investigation of tuberculosis outbreak in social network,Connecticut, 2006. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S239.

343. Carvalho A.C.C., Marcantoni C., Basche R., Azzini A., Bigoni S., Carosi G., Matteelli A. Tuberculosis presentation and outcome among elderly patients. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S88.

344. Chakaya J.M. Assuring HIV screening and care for TB patients // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S42.

345. Chretien J. Tuberculosis today // Eur. Resp. J. – 1995. Vol.8, Suppl.20. – P.617-619.

346. Concepcion A.A., Quelapio M.I.J.D., Auer C., Mira N.R., Orillaza-Chi R.B., Lofranco V., Tupasi T.E. Initial findings: KAP of health care providers on TB patients rights and responsibilities. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S234-235.

347. Crofton John et al. / Методические рекомендации по лечению резистентных форм туберкулеза. WHO/TB/96/210 (1редакция).

348. Dhaven P., Mosca D. Tuberculosis burden among globally migrant groups: finding from the international Organization for Migration. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S42.

349. Dukes R., Okereke E., McConville A., Lavingia S., Xavier G., Hassan M., Davies P., Barstow N. Building representative capacity of civil society in tuberculosis control: England's local tuberculosis partnerships. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S80-81.

350. Durkheim, E. Suicide: A study in sociology / Chicago: Free Press, 1951.

351. Elmoghazy E., Galal A., Victor S. National Tuberculosis Control Programme, Egypt, 2006. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S106.

352. Erkens C.G.M., Verver S., Van Soolingen D. Reactivation and re-infection among patients with recurrent tuberculosis treated in the Netherlands. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S149-150.

353. Farah M.G., Rygh J.H., Steen T.W., Selmer R., Heldal E., Bjune G. BMC Infect Dis Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. // 2006, 6, 33.

354. Frolova O., Yurasova E., Van Germert M., Jakubowiak W. Analysis of the spread of TB-HIV co-infection and the timeliness of HIV detection in TB patients in Russia. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S223.

355. Gamio L., Rodrigo T., Sarmiento A. Retreatment cases referred by private physicians and their treatment outcome. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S245.

356. Gandhi N., Moll A., Sturm A. et al. Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa // The Lancet/ - 2006. – V. 368. – P.1575-1580.

357. Gao S.Y., Zheng S.L., Ruan X.L., Du C.M., Wang G.B. Therapeutic effect and ADR for pulmonary TB treated by intravenous injection of capreomycin. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S84-85.

358. Gibson J. Unrecognized pulmonary TB: community clinic serving persons at risk // Tubercle & Lung Diseases: Conf. On Global Lung Health and 1997 Ann. Meeting of the IUATLD 1-4 / X – 1997. – P.144-144.

359. Global tuberculosis control // WHO Report.-Jeneva.-1998-2002.-p.175.

360. Goffman, E. Asylums: Essays and the Social Situation on Mental Patients and other Inmates / N.Y., 1961

361. Grange J., Zumla A. Making DOTS (directly observed therapy for tuberculosis) work // Lancet 1997; 350: 157.

362. Haaland A., Gajauuskiene V., Skerbiene A., Rohme K. Application of effective communication strategies in TB hospital. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S203.

363. Hall J., Windish P., Appledy Y., Story A. Social support for patients with tuberculosis: experiences from London. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S44.

364. Harada H., Murai S., Kojima H. Diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis complicated with chronic liver disease // Nippon-Rinsho. – 1998. – №56. – P.3212-3216.

365. Hewison C., Sizaire V., Kalon S., Cox H., Hurtado N. Development of extreme drug resistance in multidrug-resistant tuberculosis patients. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S63.

366. Hutanon M.S., Wiriyakijar M.S., Boonnak M.S., Boonpendej M.S. The success model of holistic health care for TB and TB-HIV // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S219-220.

367. Hyson A.M., Reid M.J. Multidrug-resistant tuberculosis and Mycobacterium avium complex co-infection in an immunocompetent patients. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S86.

368. Islam Z., Filippovych S., Denisiuk O., Geliukh E., Smetanina O. Partnership between civil society and state structures in response to fighting HIV-TB epidemic in Ukraine. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S81-82.

369. Jakubowiak W., Bogorodskay E., Borisov S., et al., Impact of socio-psychological factors on treatment adherence of TB patients in Russia // Tuberculosis. – 2008. – V. 88. – P.495-502.

370. Jakubowiak W., Bogorodskay E., Borisov S., et al., Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2007. – 11(1). – P.46-53.

371. Jakubowiak W., Bogorodskaya E., Borisov S., Danilova I., Lomakina O., Koyrbatova E. Socio-psychological factors and treatment adherence of new tuberculosis patients in Russia. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and

Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S248.

372. Jensen P., Perez S., Carter J. Taking TB-HIV to scale within the US Presidents Emergency Plan for AIDS Relief. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S235.

373. Jha K.K., Shrestha L. Gender disparity among TB suspects and new TB patients: record-based retrospective study in SAARC member states. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S132.

374. Jha. N. TB-HIV co-infection among TB patients attending the DOTS clinic in a hospital of Nepal. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S220.

375. Kanjee Z. Collaborative HIV and TB activities in South Africa: health policy in the context of two intertwined epidemics. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S92.

376. Kidgell-Koppelaar D., Burke F.M., G de Vries The yield of tuberculosis contact investigations in metropolitan area of Rotterdam. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S238-239.

377. King L., Ahuja S.D., Munaiff S. Is a tuberculosis treatment success target of 85% achievable for HIV-infected persons? // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against

Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S231.

378. Kipp A.M., Pungrassami P., Sengupta S., Balthip Q., Choonuan S., Kasetjaroen Y., Strauss R.P., Chongsuvivatwong V., Van Rie A. AIDS stigma associated with health-seeking delay among Thail TB patients. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S295.

379. Kisonga R., Taksadal M., Kyariga N., Mleoh L., Mpagama S. The role of nutrition during MDR-TB patients treatment. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S19-20.

380. Kononets A.S., Safonova S.G., Sidorova S.V., Jakubowiak W., Testov V.V., Pashkevich D.D. Success in detection and treatment of MDR-TB patients. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S224-225.

381. Liu F.Y. Analysis of TB prevention and treatment effect in the minority autonomous counties in Guangxi. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S60-61.

382. LoBue P.A., Enarson D.A., Thoen T.C. Tuberculosis in humans and its epidemiology, diagnosis and treatment in the United States. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2010. – Vol. – 14, N 10/ - P.1226-1232.

383. LoBue P.A., Enarson D.A., Thoen T.C. Tuberculosis in humans and its epidemiology, diagnosis and treatment in the United States. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2010. – Vol. – 14, N 10/ - P.1226-1232.

384. Lopiga R.V., Encarnacion R., Auer C., Quelapio M.I.D., Macalintal L.E., Maramba E.K., Orillaza-Chi R.B., Gler M.T., Tupasi T.E. Addressing psychosocial aspects of MDR-TB treatment though patient group discussions in Manila, Philippines. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S246.

385. Madaras T. A. Tuberculosis in European Region 2000. – Copenhagen, 2000.

386. Marais F., Renton A., Weaver T. Structural influences on the epidemiology and control of TB in migrant Africans in London. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S122.

387. Martins N., Morris P., Halpin S., Kelly P.M. Adverse events during tuberculosis treatment in high burden setting. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S244.

388. Matos Novas A.L., Diaz R. Tuberculosis situation in the Province of Azua, Dominican Repablic, 2001-2005. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S10-107.

389. McNerney R., Mallard K. Assessing the risk of testing for drug-resistant tuberculosis. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S57-58.

390. Mhiongo N.P., Mhlophe M.E., Giyose P., Ncanywa B. Supportive supervision is key to motivating clinic staff to improve programme performance: Nelson Mandela Metro. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The

Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S218-219.

391. Muham N., Darak B. Age and sex distribution amongst pulmonary tuberculosis patients in Punjab province, Pakistan. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S103.

392. Munro S.A.A., Lewin S., Smith H., Engel M., Fretheim A., Volmik J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S238.

393. Nagata Y., Kobayashi N., Tanaki N., Ehami F., Honda C., Kato S. / Collaborative work of nurses and social workers to support for tuberculosis treatment among homeless in Japan. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S45.

394. Nahid P., Gonzalez L.C., Rudoy I., de Jong B.C., Under A., Kawamura L.M., Osmond D.H., Hopewell P.C., Daley C.L. Risk factors for mortality in HIV-infected and non-infected patients with pulmonary tuberculosis. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S53.

395. Ndelu L. Tuberculosis and HIV summit action plans. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S48.

396. Ongen G., Icmeli O., Birgen N., Karagul G., Akgun S., Kýlýcasan Z., Umut S. Tuberculosis in Turkish prisons. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th

World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S68.

397. Owiti P., Gardiner A., Szkwarko D., Diego L., Carter E.J. Using text messages as a cue to action for tuberculosis patients. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S56.

398. Pai M. Tuberculosis diagnosis: market shortcomings in the private sector. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S64.

399. Pan Lei., Zhan-Sheng Jia, En Qing Fu, Guang-Yu Li. Effects of antituberculosis therapy on liver function of pulmonary tuberculosis patients infected with hepatits B virus // World J.Gastroenterol. – 2005. – Vol.11. – №16. – P.2518-2521.

400. Posey D.L., Cetron M.S. Twenty-first century migration. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S42.

401. Pulido F., Pena J.M., Rubio R. Treatment of tuberculosis in HIV-infected patients in Zair // NEJM 333 (8):519 – Correspondence.

402. Q. Ejaz., Sarwa P. Impact of training of religious leaders about tuberculosis on case detection rate in Balochistan, Pakistan. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S137-138.

403. Qadeer E., Siddiqui G., The defaulting rate of TB patients among the seasonal migrants: a case study of Balochistan. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis

and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S65.

404. Quelapio M.I., Egos G.E., Guilatco R., Orillaza R.B., Tupasi T.E. XDR-TB in the Philippines. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S63-64.

405. Raviglione MC, Dye C, Schmidt S, Kochi A. Assessment of worldwide tuberculosis control // Lancet. – 1997. – Vol. 350/ - P.624-629.

406. Richman L., Hershfield E. (editor). Tubtrculosis: A Comprehensive International Approach. – 2th ed. – 2000. – 898 p.

407. Saranchuk P., Makakole L., Goemaere E. Development of indicators and instruments for advocacy, communication and social mobilisation in tuberculosis. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S250-251.

408. Schaberg T., Rebhan K., Lode H. Risk factors for side-effects of izoniazid, rifampin and pyrazinamide in patients for pulmonary tubtrculosis // Eur. Respir. J. – 1996/ - V. 9. – P.2026-2030.

409. Schattner A. The emotional dimension and the biological paradigm of illness: time for a change. // QJM. – 2003. – Vol. 96(9). – P.617-621.

410. Sevim T., Aksoy E., Atac G., Özmen Ý., Gündüz G., Tahaoğlu K. The analysis of tuberculosis cases required stop treatment due to severe adverse effects. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S88-89.

411. Shah N., Wright A., Drobniewski F. et al. Extreme drug resistance in tuberculosis (XDR-TB): global survey of supranational reference laboratories for Mycobacterium tuberculosis with resistance to second-line drugs // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2005. – V. 9(1)/ - p.S77.

412. Shen X., Wu J., Jiang Y., Li J., Wang L.L., Mei J., Pan Q.C., Gao Q. Recurrent tuberculosis after successful treatment in an urban area in China. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S98-99.

413. Sigande L.M.S., Chipwalu A.C., Chanda-Kasese N.C.K., Mwamba M.M., Munalula M.M., Ayles H., Schaap A.S. Computerising TB registers by using internet facilities in Zambia: pilot in high workload clinics in Lusaka. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S242.

414. Skenders G., Holts T.H., Toma A., Prokopovica I., Broka L., Wells C.D., Leimane V. Introducing an assay for rapid detection of rifampin resistance into clinical care of MDR-TB patients, Latvia. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S81.

415. Small P. Tuberculosis: a new vision for the 21st century // Kekkaku. – 2009. – V. 84(11). – P.721-726.

416. Smith I. Regional and international coordination of non-government organization (NGO) involvement in tuberculosis control: the role of tbNET. Determinants of diagnostic policies in developing countries // Tubercle & Lung Diseases: Conf. On Global Lung Health and 1997 Ann. Meeting of the IUATLD 1-4 / X – 1997. – P.138-138.

417. Stephens J. The role of the state in ensuring prisoners are tuberculosis free: case study. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S51.

418. Storla D.G., Yimer S., Bjune G.F. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. // BMC Public Health. 2008, 8, 15.

419. Suares P.G., Monroy A., Barillas E., Tobin B., Qwunna C.H. Applying the management and organisational sustainability tool improved TB management (MOST for TB). // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S210.

420. Tennant F. Hepatitis C, B, D and A: contrasting Features and liver function abnormalities in herion addicts // Journal of Addictive Diseases. – 2001. – Vol.20. – №1. – P.9-17.

421. Tollefson D., Bloss E., Fanning A., Redd T., Barker K., McCray E. A systematic review of indigenous burden of tuberculosis globally. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S65.

422. Trovillion E., Murphy D., Mayfield J. et al. Costs of implementing a tuberculosis control plan: A complete education module that uses a traing-the trainer conctpt. // Amer. J. Contr. – 1998. – Vol. – 26. - № 3. – P.258-262.

423. Tuberculosis Handbook. – Geneva, WHO. – 1998. – P.222.

424. Van der Walt M., Finlay A.M., Lancaster J., Holtz T., Miranda A., Laserson K., Wells C., Weyer K. Risk factors for tuberculosis treatment default in South Africa differ between new and retreatment patients. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S144-145.

425. Van der Werf M.J., Langerdam M.W., Huitric E., Manissero D. Role of adherence to tuberculosis treatment guidelines to prevent the development or drug resistance. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S41.

426. Vieira R.C.A., Dietze R., Zandonade E., Maciel E.L.N. Ecological study of incidence and social determinants of tuberculosis, Espirito Santo State, Brazil, 2000-

2004. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S118-119.

427. Von Reyn C.F., Kimambo S., Mtei L., Lyima J., Matee M. Deaths from unrecognized disseminated tuberculosis in HIV infection. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S294.

428. Watetu L., Kamle K., Bhakta N., Buziba N.G., Carter E.J. AIDS afflicted household assessment of TB transmissions // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S57.

429. Williams V., Tools for engaging nursing associations and civil society for tuberculosis infection control implementation. // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S15.

430. Word Health Organization. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009, Geneva, Switzerland. WHO/HTM/TB/2009.411.

431. World Health Organization, Global tuberculosis control – epidemiology, strategy financing. WHO report 2009.WHO/HTM/TB-2009.411. Geneva, World Health Organization, 2009.

432. World Health Organization, Global tuberculosis control – epidemiology, strategy financing. WHO report 2009.WHO/HTM/TB-2009.411. Geneva, World Health Organization, 2009.

433. World Health Organization, Global, report on surveillance and response 2010: Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB) WHO/HTM/TB-2010.3

434. World Health Organization, Global, report on surveillance and response 2010: Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB) WHO/HTM/TB-2010.3

435. Yuanita A., Nurhanita N. TB advocacy, communication and social mobilisation in Indonesia. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. Abstract book. 38th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cape Town - South Africa 8-12 November 2007. - Vol. 11. (11). - P.S251.

436. Zakoska M. Risk factors for relapses of tuberculosis // Eur. Resp. J. – 2003. – Vol. 22, Suppl. 45. – P.2172.

437. Zakoska M., Ilievska Popovska B. Tuberculosis in prisons in Republic of Macedonia// 45th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Barcelona. Spain 28-October – 1 November 2014. - Vol. 18. (11). - P.S542-543.

438. Zierski M., Bek E. Side-effects of drug regimens used in short-course chemotherapy tuberculosis. A controlled clinical study // Tubercle. – 1980. – V. 61. – P.41-49.

439. Zhao F., Cheng S-M., He H., Huang Fei., Zhang H., Xu B., Murimwa T., Wang L-V. Spatial clustering characteristics of tuberculosis in China 2005-2011 // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October – 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S97-98.

440. Zwerling A., Pennington J., Knight G., White R., Gomez G., Vassall A., Cobelens F., Dowdy D. A user-frendly model to evaluate cost-effectiveness of shortened first-line treatment regimens for TB // 45th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Barcelona. Spain 28-October – 1 November 2014. - Vol. 18. (11). - P.S250.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

1.1. Вопросы анкеты для пациентов.

Уважаемые волгоградцы! ***Просим ответить Вас на вопросы предлагаемой анонимной анкеты, посвященной проблемам, с которыми сталкиваются заболевшие туберкулёзом люди.***

1. Оказываемой Вам в противотуберкулёзном диспансере медицинской помощью Вы:

☐ Удовлетворены ☐ Частично удовлетворены ☐ Не удовлетворены ☐ Затрудняюсь ответить

2. Оказываемой Вам в районной поликлинике медицинской помощью Вы:

☐ Удовлетворены ☐ Частично удовлетворены ☐ Не удовлетворены ☐ Затрудняюсь ответить

3. Какие трудности Вы испытываете при лечении туберкулеза (возможно несколько ответов):

☐ Отсутствие веры в выздоровление
☐ Наличие многочисленных заболеваний
☐ Необходимость очень долго находиться в противотуберкулёзном диспансере
☐ Негативное отношение окружающих к больным туберкулёзом людям
☐ Отсутствие поддержки со стороны родных / близких
☐ Отсутствие нужных лекарств
☐ Побочные действия лекарств
☐ Другие
☐ Особых трудностей нет
☐ Затрудняюсь ответить

4. Врачебные рекомендации, Вы, скорее всего, соблюдаете:

☐ Полностью ☐ Частично ☐ Практически не соблюдаю ☐ Затрудняюсь ответить

5. На Ваш взгляд, продолжительность стационарного лечения, когда у Вас впервые выявили туберкулез органов дыхания, должна была бы быть:

☐ 60-90 дней ☐ 90 -150 дней ☐ более 150 дней ☐ Затрудняюсь ответить

6. Сколько Вы тогда реально находились на стационарном лечении:

☐ 60-90 дней ☐ 90 -150 дней ☐ более 150 дней ☐ Затрудняюсь ответить

7. Где, по Вашему мнению, лучше лечиться после выписки из стационара:

☐ В диспансерном отделении противотуберкулёзного диспансера ☐ В санатории ☐ Дома ☐ Затрудняюсь ответить

8. Считаете ли Вы полезным санаторное лечение после выписки из стационара:

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

9. Какова с Вашей точки зрения оптимальная продолжительность санаторного долечивания после выписки из стационара:

☐ до 30 дней ☐ до 45 дней ☐ более 45 дней ☐ Затрудняюсь ответить

10. Получить санаторно-курортное лечение Вам мешало (возможно несколько ответов):

☐ Врачи не предлагали или отказали в этом ☐ Отказали органы соц. защиты / Фонд соц. страхования ☐ Не устраивают условия в санатории ☐ Были противопоказания

☐ Предлагали, но отказался по семейным обстоятельствам ☐ Предлагали, но отказался по материальным соображениям ☐ Другие причины ☐ Ничего не мешало ☐ Затрудняюсь ответить

11. Удовлетворены ли Вы полнотой реабилитации после выписки из стационара?

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

12. До постановки диагноза туберкулёза Вы: ☐ Работали ☐ Не работали

13. Вернулись ли Вы к работе после завершения основного курса лечения ☐ Да ☐ Нет

14. Была ли группа инвалидности у Вас до постановки диагноза туберкулез:

☐ Нет ☐ I I I группа ☐ I I группа ☐ I группа

15. Была ли группа инвалидности у Вас после завершения курса лечения:

☐ Нет ☐ I I I группа ☐ I I группа ☐ I группа

16. На Ваш взгляд, в большинстве случаев люди относятся к больным туберкулёзом:

☐ Сочувственно ☐ Безразлично (нейтрально) ☐ Негативно ☐ Затрудняюсь ответить

17. Поддерживают ли Вас Ваши родные и близкие в связи с заболеванием туберкулёзом:

☐ Да, очень поддерживают ☐ Немного поддерживают ☐ Никак не поддерживают ☐ Затрудняюсь ответить

18. Целесообразно ли создание «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», которая оказывала бы различную помощь болеющим туберкулёзом людям

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

19. В связи с заболеванием туберкулезом Вы нуждаетесь (нуждались) в психологической (психотерапевтической) помощи:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

20. Какую-либо психологическую (психотерапевтическую) помощь Вы получаете (получили)

☐ Да ☐ Нет

21. В связи с заболеванием туберкулезом Вы нуждаетесь (нуждались) в социальной помощи:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

22. Какую-либо социальную поддержку от служб социальной помощи Вы получаете / получили (кроме пенсии по инвалидности, если она у Вас есть)

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

23. Хотели бы Вы получить какую-либо помощь со стороны священнослужителей (исповедоваться, креститься, получить какие-либо советы и т.п.):

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

24. Какую-либо помощь со стороны священнослужителей Вы получали / получаете:

☐ Да ☐ Нет

25. От благотворительных (общественных) организаций какую-либо помощь Вы:

☐ Получали / получаете постоянно (регулярно) ☐ Иногда (редко) ☐ Никогда не получали

26. Полезно было бы обеспечить Вас литературой, содержащей медицинские рекомендации для людей, болеющих туберкулёзом и их родственников:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

Пожалуйста, АНОНИМНО укажите некоторые данные о себе

27. Возраст:	☐ До 60 лет	☐ 60 лет и больше
28. Пол	☐ Мужской	☐ Женский
29. Образование	☐ Среднее, среднеспециальное	☐ Неполное высшее, высшее

СПАСИБО ЗА ОТВЕТЫ!

1.2. Вопросы анкеты для фтизиатров

Уважаемые коллеги! ***Просим ответить Вас на вопросы предлагаемой анонимной анкеты, посвященной проблеме реабилитации фтизиатрических пациентов.***

1. Какие трудности испытываете Вы при лечении Ваших пациентов (возможно несколько ответов):

☐ Низкая приверженность к лечению пациентов
☐ Асоциальное поведение пациентов (в частности, их алкоголизацией)
☐ Частая невротизация или психопатизация данного контингента больных
☐ Недисциплинированность и нарушения режима пациентами
☐ Частое побочное действие лекарств
☐ Отсутствие эффективных лекарств
☐ Наличие сопутствующей патологии
☐ Другие трудности
☐ Особых трудностей при организации лечебного процесса нет
☐ Затрудняюсь ответить

2. Удовлетворяют ли Вас существующие режимы химиотерапии:

☐ Полностью удовлетворяет ☐ Частично ☐ Совсем не удовлетворяют ☐ Затрудняюсь ответить

3. Если существующие режимы химиотерапии Вас полностью или частично не удовлетворяют, то почему (возможно несколько ответов):

☐ Нерациональные комбинации препаратов
☐ Низкая клиническая эффективность
☐ Плохая переносимость данных препаратов
☐ Трудности в подборе всех препаратов
☐ Другие причины
☐ Затрудняюсь ответить

4. Неэффективные курсы химиотерапии чаще всего связаны с (возможно несколько ответов):

☐ Запущенной формой туберкулёзного процесса
☐ Наличием лекарственной устойчивости
☐ Отсутствием занятости пациентов при длительной госпитализации
☐ Асоциальным поведением пациентов
☐ Низкой приверженности к лечению
☐ Другими причинами
☐ Затрудняюсь ответить

5. Существующие группы учета фтизиатрических больных Вас:

☐ Полностью устраивают ☐ Частично ☐ Совсем не устраивают ☐ Затрудняюсь ответить

6. Считаете ли Вы ,что бывшую 7 группу ДУ необходимо вернуть в какой-либо форме:

☐ Да ☐ Сомневаюсь в этом ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

7. Как Вы считаете, где должны наблюдаться пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями?

☐ Безусловно, в ПТД ☐ Скорее, в ПТД ☐ Безусловно, в ЛПУ ☐ Скорее в ЛПУ ☐ Затрудняюсь ответить

8. Какова с Вашей точки зрения оптимальная продолжительность стационарного лечения впервые выявленного больного с туберкулезом органов дыхания:

☐ 60-90 дней ☐ 90 -150 дней ☐ более 150 дней ☐ Затрудняюсь ответить

9. Сколько реально пациент находится на стационарном лечении в Вашем противотуберкулезном диспансере?

☐ 60-90 дней ☐ 90 -150 дней ☐ более 150 дней ☐ Затрудняюсь ответить

10. Где, по Вашему мнению, должен лечиться пациент после выписки из стационара:

☐ В диспансерном отделении противотуберкулёзного диспансера ☐ В санатории ☐ Дома ☐ Затрудняюсь ответить

11. Где реально лечились большинство Ваших пациентов после выписки из стационара:

☐ В диспансерном отделении противотуберкулёзного диспансера ☐ В санатории ☐ Дома ☐ Затрудняюсь ответить

12. Считаете ли Вы полезным лечение в санатории после выписки из стационара?

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

13. Сколько Ваших пациентов реально получили санаторное лечение после выписки из стационара?

☐ Практически все ☐ Не более 50 % ☐ 20-30 % ☐ Только единицы ☐ Затрудняюсь ответить

14. Какова с Вашей точки зрения оптимальная продолжительность санаторного долечивания после выписки из стационара?

☐ до 30 дней ☐ до 45 дней ☐ более 45 дней ☐ Затрудняюсь ответить

15. Считаете ли Вы, что инвалиды по туберкулезу должны проходить долечивание в санаторных условиях?

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

16. Как долго должен наблюдаться фтизиатрический пациент после постановки диагноза туберкулез:

☐ до 1 года. ☐ до 2х лет ☐ до 3 -5 лет ☐ пожизненно ☐ Затрудняюсь ответить

17. Каковы на Ваш взгляд причины рецидивов туберкулеза в настоящее время (возможно несколько ответов):

☐ Низкое качество противотуберкулёзного лечения
☐ Отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей общемедицинской сети
☐ Неудовлетворительные условия труда и быта
☐ Низкий материальный доход значительной части населения
☐ Недостаточное взаимодействие противотуберкулёзной и «общемедицинской» служб
☐ Недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулёзных служб
☐ Рецидивы очень характерны для туберкулёза
☐ Наличие лекарственной устойчивости

☐ Психосоциальные стрессы ☐ Низкая резистентность организмов многих людей
☐ Низкая приверженность к лечению пациентов ☐ Другие причины
☐ Ведение асоциального образа жизни пациентами ☐ Затрудняюсь ответить

18. Считаете ли Вы, что рецидивы туберкулёза протекают тяжелее и эпидемически более опасны, чем новые случаи заболевания:

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

19. Эффективность лечения туберкулеза у лиц, отбывших наказание и продолжающих лечение в ПТД

☐ Достаточно высокая ☐ Средняя ☐ Низкая ☐ Затрудняюсь ответить

20. Соблюдают ли врачебные рекомендации больные туберкулёзом:

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

21. Удовлетворены ли Вы полнотой реабилитации большинства Ваших пациентов после выписки из стационара?

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

22. Испытываете ли Вы трудности при проведении реабилитации Ваших пациентов после выписки из стационара?

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

23. Эффективна ли существующая система принудительного лечения больных с бактериовыделением в условиях гражданского стационара?

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

24. Считаете ли необходимым создание хосписа для хронических больных туберкулезом с постоянным бактериовыделением?

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

25. В настоящее время взаимодействие между «гражданскими» и «пенитенциарными» противотуберкулезными службами:

☐ Хорошее ☐ Удовлетворительное ☐ Плохое ☐ Затрудняюсь ответить

26. Считаете ли Вы нужным организацию взаимодействия противотуберкулёзных медицинских учреждений с благотворительными (общественными) организациями:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

27. Благотворительные (общественные) организации в настоящее время больным туберкулёзом людям:

☐ Много помогают ☐ Ограниченно помогают ☐ Практически не помогают ☐ Затрудняюсь ответить

28. Сколько Ваших пациентов, больных туберкулезом, получили / получают помощь и реальную поддержку со стороны своей семьи и родственников:

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

29. Целесообразно ли создание «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», которая оказывала бы различную помощь болеющим туберкулёзом людям:

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

30. Считаете ли Вы нужным организацию взаимодействия противотуберкулёзных медицинских учреждений с Православной Церковью в современных условиях?

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

31. Православная церковь и другие религиозные организации в настоящее время больным туберкулёзом людям:

☐ Много помогают ☐ Ограниченно помогают ☐ Практически не помогают ☐ Затрудняюсь ответить

32. Сколько пациентов после постановки диагноза туберкулез нуждаются в психологической (психотерапевтической) помощи:

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

33. Сколько Ваших пациентов с туберкулезом получили / получают психологическую (психотерапевтическую помощь:

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

34. Сколько пациентов, больных туберкулезом, нуждаются в помощи со стороны социальной службы и её сотрудников (кроме назначения пенсии по инвалидности):

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

35. Сколько Ваших пациентов, больных туберкулезом, получили / получают помощь со стороны социальной службы и её сотрудников (кроме назначения пенсии по инвалидности):

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

36. Согласны ли Вы с утверждением, что в настоящее время помощь больным туберкулёзом носит почти исключительно медикаментозный характер, а социальным, психологическим и другим аспектам реабилитации уделяется недостаточно внимания:

☐ Полностью согласен ☐ Частично согласен ☐ Совсем не согласен ☐ Затрудняюсь ответить

37. Эффективна ли проводимая в настоящее время санитарно-просветительная работа по вопросам выявления и профилактики туберкулеза:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

38. Полезно было бы обеспечить пациентов, с впервые установленным диагнозом туберкулеза литературой («памятками»), содержащими медицинские рекомендации:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

Полезно было бы организовать <u>с терапевтами общей лечебной сети</u> специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом

39. Медицинским вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

40. Этико-правовым вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

41. Психологическим вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

42. Оказанию социальной помощи ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

Полезно было бы организовать <u>с фтизиатрами</u> специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом

43. Медицинским вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

44. Этико-правовым вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

45. Психологическим вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

46. Оказанию социальной помощи ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

47. Вы работаете ☐ фтизиатром в диспансере ☐ в стационаре

48. Ваш стаж по специальности ☐ до 10 лет ☐ более 10 лет

Спасибо за ответы!

1.3. Вопросы анкеты для терапевтов

Уважаемые коллеги! ***Просим ответить Вас на вопросы предлагаемой анонимной анкеты, посвященной проблеме реабилитации фтизиатрических пациентов.***

1. Испытываете ли Вы трудности в первичной постановке диагноза туберкулеза:

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

2. Трудности постановки диагноза туберкулеза связаны с (возможно несколько ответов):

☐ Отсутствием фтизиатрической настороженности
☐ Трудностями диагностики
☐ Недостаточными знаниями по фтизиатрии
☐ Частой невротизацией или психопатизацией больных
☐ Особых трудностей в диагностике нет
☐ Нежеланием пациентов обследоваться на туберкулез
☐ Наличием сопутствующей патологии
☐ Отсутствием взаимопонимания с фтизиатрической службой
☐ Затрудняюсь ответить

Другие трудности_____

3. Испытываете ли Вы трудности при лечении сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом:

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

4. Где должны наблюдаться пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями

☐ Безусловно, в ПТД ☐ Скорее в ПТД ☐ Скорее в ЛПУ ☐ Безусловно, в ЛПУ ☐ Затрудняюсь ответить

5. Знаете ли Вы группы учета фтизиатрических больных?

☐ Хорошо знаю ☐ Частично знаю ☐ Не знаю ☐ Затрудняюсь ответить

6. Считаете ли Вы оправданным наблюдение больных с посттуберкулезными изменениями в общей лечебной сети?

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

7. Каковы на Ваш взгляд причины рецидивов туберкулеза в настоящее время (возможно несколько ответов):

- ☐ Низкое качество противотуберкулёзного лечения
- ☐ Отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей общемедицинской сети
- ☐ Неудовлетворительные условия труда и быта
- ☐ Низкий материальный доход значительной части населения
- ☐ Психосоциальные стрессы
- ☐ Низкая приверженность к лечению пациентов
- ☐ Ведение асоциального образа жизни пациентами
- ☐ Недостаточное взаимодействие противотуберкулёзной и «общемедицинской» служб
- ☐ Недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулёзных служб
- ☐ Рецидивы очень характерны для туберкулёза
- ☐ Наличие лекарственной устойчивости
- ☐ Низкая резистентность организмов многих людей
- ☐ Другие причины
- ☐ Затрудняюсь ответить

8. Считаете ли Вы, что рецидивы туберкулёза протекают тяжелее и эпидемически более опасны, чем новые случаи заболевания:

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

8.Как долго должен наблюдаться фтизиатрический пациент после постановки диагноза туберкулез:

☐ до 1 года. ☐ до 2х лет ☐ до 3 -5 лет ☐ пожизненно ☐ Затрудняюсь ответить

9. Соблюдают ли врачебные рекомендации больные туберкулёзом:

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

10. Благотворительные (общественные) организации в настоящее время больным туберкулёзом людям:

☐ Много помогают ☐ Ограниченно помогают ☐ Практически не помогают ☐ Затрудняюсь ответить

11. Православная церковь и другие религиозные организации в настоящее время больным туберкулёзом людям:

☐ Много помогают ☐ Ограниченно помогают ☐ Практически не помогают ☐ Затрудняюсь ответить

12. Целесообразно ли создание «Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом», которая оказывала бы различную помощь болеющим туберкулёзом людям:

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

13. Сколько пациентов после постановки диагноза туберкулез нуждаются в психологической (психотерапевтической) помощи:

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

14. Сколько Ваших пациентов с туберкулезом получили / получают психологическую (психотерапевтическую помощь:

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

15. Сколько пациентов, больных туберкулезом, нуждаются в помощи со стороны социальной службы и её сотрудников (кроме назначения пенсии по инвалидности):

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

16. Сколько Ваших пациентов, больных туберкулезом, получили / получают помощь со стороны социальной службы и её сотрудников (кроме назначения пенсии по инвалидности):

☐ Практически все ☐ Около 50 % ☐ 20-30 % ☐ Единицы или никто ☐ Затрудняюсь ответить

17. Эффективна ли проводимая в настоящее время санитарно-просветительная работа

по вопросам выявления и профилактики туберкулеза:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

18. Согласны ли Вы с утверждением, что в настоящее время помощь больным туберкулёзом носит почти исключительно медикаментозный характер, а социальным, психологическим и другим аспектам реабилитации уделяется недостаточно внимания:

☐ Полностью согласен ☐ Частично согласен ☐ Совсем не согласен ☐ Затрудняюсь ответить

Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом

19. Медицинским вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

20. Этико-правовым вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

21. Психологическим вопросам ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

22. Оказанию социальной помощи ☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

Пожалуйста, АНОНИМНО несколько слов о себе

23. Вы работаете терапевтом ☐ в поликлинике ☐ в стационаре

24. Ваш стаж по специальности ☐ до 10 лет ☐ более 10 лет

Спасибо за ответы!

1.4. Вопросы анкеты для врачей пенитенциарных учреждений

Уважаемые коллеги! Пожалуйста, ответьте на вопросы настоящей анкеты, посвященной борьбе с туберкулёзом.

---

1. Существует ли прямая связь между распространенностью туберкулеза в исправительно-трудовых учреждениях и в гражданском обществе:

☐ Безусловно, да ☐ Скорее, да ☐ Скорее, нет ☐ Безусловно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

2. Считаете ли Вы, что туберкулез в пенитенциарных учреждениях представляет серьезную опасность для гражданского общества:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

3. Необходимо ли взаимодействие между «гражданскими» и «пенитенциарными» противотуберкулезными службами:

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

4. В настоящее время взаимодействие между «гражданскими» и «пенитенциарными» противотуберкулезными службами:

☐ Хорошее ☐ Удовлетворительное ☐ Плохое ☐ Затрудняюсь ответить

5. Каковы на Ваш взгляд основные причины возникновения и распространения туберкулеза в пенитенциарных учреждениях (возможно несколько ответов):

- ☐ Отсутствием фтизиатрической настороженности у сотрудников данных учреждений
- ☐ Не желание осужденных с туберкулёзом лечиться и соблюдать врачебные предписания
- ☐ Не соблюдение осужденными с туберкулёзом врачебных предписаний по независящим от них причинам
- ☐ Плохие бытовые условия содержания осужденных
- ☐ Преимущественно неблагоприятное течение туберкулёза у осужденных
- ☐ Наличие туберкулёза у большого количества осужденных, поступающих в пенитенциарные учреждения
- ☐ Очень ограниченные возможности медицины в пенитенциарных учреждениях
- ☐ Наличие других, более серьёзных проблем у пенитенциарных учреждений, чем туберкулёз
- ☐ Отсутствие взаимопонимания с гражданской фтизиатрической службой
- ☐ Другие причины
- ☐ Затрудняюсь ответить

9. Целесообразна ли более широкая амнистия больных туберкулезом лиц, нуждающихся в продолжении лечения, с передачей их под наблюдение «гражданской» противотуберкулёзной службе:

☐ Да ☐ Сомневаюсь в этом ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

10. В целом, в ближайшие годы ситуация по туберкулёзу в пенитенциарных учреждениях:

☐ Улучшится ☐ Не изменится ☐ Ухудшится ☐ Затрудняюсь ответить

СПАСИБО ЗА ОТВЕТЫ

1.5. Вопросы анкеты для священнослужителей РПЦ

Пожалуйста, ответьте на вопросы настоящей анкеты, посвященной взаимодействию противотуберкулёзной службы и Православной Церкви

1. Важно ли обращение к Господу людей, болеющих тубёркулёзом во время болезни?

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

2. Насколько важно сохранить духовное и нравственное состояние человека, пребывающего в туберкулезной больнице?

☐ Очень важно ☐ Не важно ☐ Затрудняюсь ответить

3. Кто, по Вашему мнению, способен лучше решить эту проблему, священнослужитель или психотерапевт?

☐ Только священник ☐ Только психотерапевт ☐ Они вдвоём ☐ Затрудняюсь ответить

4. Важно ли совершение богослужений на территории туберкулезной больницы?

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

5. Считаете ли Вы важным организацию общения больных туберкулёзом со священнослужителями Православной Церкви?

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

6. Считаете ли Вы нужным тесное взаимодействие Православной Церкви с противотуберкулёзными медицинскими учреждениями?

☐ Да ☐ Это вряд ли нужно ☐ Нет, это не нужно ☐ Затрудняюсь ответить

7. В настоящее время взаимодействие Православной Церкви с противотуберкулёзными медицинскими учреждениями?

☐ Достаточно тесное ☐ Поверхностное ☐ По сути, отсутствует ☐ Затрудняюсь ответить

8. Готовы ли Вы нести духовное служение в стенах туберкулезной больницы / диспансера?

☐ Да ☐ Нет ☐ Затрудняюсь ответить

9. Вы несёте духовное служение в стенах туберкулезной больницы?

☐ Достаточно часто ☐ Периодически, иногда ☐ Практически никогда

10. Вы сотрудничаете с врачами туберкулезных больниц/диспансеров?

☐ Постоянно или часто ☐ Периодически, иногда ☐ Практически не сотрудничаете

11. Духовному служению священнослужителей в стенах туберкулезной больницы / диспансера мешает (возможно несколько ответов):

☐ Нежелание врачей сотрудничать со священнослужителями

☐ Трудности урегулирования финансовых вопросов

☐ Другие причины

☐ Нежелание больных туберкулёзом общаться со священнослужителями

☐ Опасения священнослужителей заразиться и заразить других своих прихожан

☐ Затрудняюсь ответить

☐ Нежелание органов государственной власти сотрудничать со священнослужителями

☐ Отсутствие времени на регулярное посещение подобных учреждений

☐ Ничего не мешает

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. МАТЕРИАЛЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ – ОТВЕТЫ ПАЦИЕНТОВ

Таблица 3.1.1.

Удовлетворенность пациентов оказываемой им медицинской помощью

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и больше (n=79)			Мужской (n=434)		Женский n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, нез. высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Оказываемой Вам в противотуберкулёзном диспансере медицинской помощью Вы:																	
а) удовлетворены	303	60,0±2,02	55	69,6±1,90	**<0,001**	274	63,1±1,99	84	56,0±2,05	**<0,02**	307	61,1±2,01	51	62,2±2,0	>0,05	358	61,3
б) частично удовлетворены	149	29,5±1,88	16	20,2±1,66	**<0,001**	116	26,7±1,83	49	32,7±1,94	**<0,05**	145	28,9±1,87	20	24,4±1,77	>0,05	165	28,2
в) не удовлетворены	28	5,5±0,94	4	5,1±0,91	>0,05	22	5,1±0,91	10	6,7±1,03	>0,05	28	5,6±0,95	4	4,8±0,88	>0,05	32	5,5
г) затрудняюсь ответить	25	5,0±0,90	4	5,1±0,91	>0,05	22	5,1±0,91	7	4,6±0,86	>0,05	22	4,4±0,84	7	8,6±1,16	**<0,01**	29	5
Оказываемой Вам в районной поликлинике медицинской помощью Вы:																	
а) удовлетворены	179	35,4±1,97	34	43,0±2,04	**<0,01**	163	37,6±2,0	50	33,3±1,95	>0,05	186	37,1±1,99	27	32,9±1,94	>0,05	213	36,5
б) частично удовлетворены	162	32,1±1,93	18	22,8±1,73	**<0,001**	139	32,0±1,93	41	27,3±1,84	>0,05	153	30,5±1,9	27	32,9±1,94	>0,05	180	30,8
в) не удовлетворены	99	19,6±1,64	15	19,0±1,62	>0,05	80	18,4±1,6	34	22,7±1,73	>0,05	99	19,7±1,64	15	18,5±1,6	>0,05	114	19,5
г) затрудняюсь ответить	65	12,9±1,38	12	15,2±1,48	>0,05	52	12,0±1,34	25	16,7±1,54	**<0,05**	64	12,7±1,37	13	15,7±1,5	>0,05	77	13,2

Таблица 3.1.2.

Детализация трудностей пациентами во время лечения

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Какие трудности Вы испытываете при лечении туберкулеза (возможно несколько вариантов ответов)																	
а) отсутствие веры в выздоровление	67	13,1±1,39	15	18,9±1,62	**<0,01**	63	14,5±1,45	19	12,7±1,37	>0,05	67	13,4±1,40	15	18,3±1,60	**<0,05**	82	14,1
б) наличие многочисленных заболеваний	94	18,6±1,61	20	25,3±1,79	**<0,01**	77	17,7±1,57	37	24,7±1,78	**<0,01**	99	19,7±1,64	15	18,3±1,60	>0,05	114	19,5
в) необходимость очень долго находиться в противотуберкулезном диспансере	172	34,1±1,96	20	25,3±1,79	**<0,001**	138	31,8±1,92	54	36,0±1,98	>0,05	158	31,5±1,92	34	41,5±2,03	**<0,001**	192	32,8
г) негативное отношение окружающих к больным туберкулезом людям	123	24,4±1,77	9	11,4±1,31	**<0,001**	94	21,7±1,70	38	25,3±1,79	>0,05	107	21,3±1,69	25	30,5±1,90	**<0,001**	132	22,6
д) отсутствие поддержки со стороны родных / близких	34	6,7±1,03	4	5,1±0,91	>0,05	30	6,9±1,04	8	5,3±0,92	>0,05	32	6,4±1,01	6	7,3±1,07	>0,05	38	6,5
е) отсутствие нужных лекарств	110	21,8±1,7	10	12,6±1,37	**<0,001**	89	20,5±1,67	31	20,7±1,67	>0,05	106	21,1±1,68	14	17,1±1,55	>0,05	120	20,5
ж) побочное действие лекарств	180	35,6±1,98	26	32,9±1,93	>0,05	132	30,4±1,90	74	49,3±2,06	**<0,001**	167	33,3±1,95	39	47,6±2,06	**<0,001**	206	35,3
з) другие причины	22	4,4±0,84	7	8,8±1,17	**<0,01**	22	5,1±0,91	7	4,7±0,87	>0,05	25	5,0±0,90	4	4,9±0,89	>0,05	29	4,9
и) особых трудностей нет	81	16,0 ±1,5	15	18,9±1,62	>0,05	83	19,1±1,62	13	8,7±1,16	**<0,001**	84	16,7±1,54	12	14,6±1,46	>0,05	96	16,4
к) затрудняюсь ответить	40	7,9±1,11	4	5,1±0,91	>0,05	35	8,1±1,12	9	6,0±0,98	>0,05	42	8,4±1,14	2	2,4±0,63	**<0,001**	44	7,5

Таблица 3.1.3.

Выполнение врачебных рекомендаций пациентами болеющими туберкулезом

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Врачебные рекомендации, Вы скорее всего, соблюдаете																	
а) полностью	384	76,0±1,76	63	79,7±1,66	>0,05	324	74,7±1,79	123	82,0±1,58	**<0,01**	380	75,7±1,77	67	81,7±1,6	**<0,02**	447	76,5
б) частично	103	20,4±1,66	13	16,5±1,53	>0,05	93	21,4±1,69	23	15,3±1,48	**<0,01**	106	21,1±1,68	10	12,2±1,35	**<0,001**	116	19,9
в) практически не соблюдаю	9	1,8±0,55	2	2,5±0,64	>0,05	8	1,8±0,55	3	2,0±0,57	>0,05	8	1,6±0,51	3	3,7±0,78	**<0,05**	11	1,9
г) затрудняюсь ответить	9	1,8±0,55	1	1,3±0,46	>0,05	9	2,1±0,59	1	0,7±0,34	**<0,05**	8	1,6±0,51	2	2,4±0,63	>0,05	10	1,7

Таблица 3.1.4.

Оценка сроков стационарного лечения больными туберкулезом

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
На Ваш взгляд, продолжительность стационарного лечения, когда у Вас впервые выявили туберкулез органов дыхания, должна была бы быть																	
а) 60 - 90 дней	112	22,2±1,71	19	24,1±1,76	>0,05	92	21,2±1,69	39	26,0±1,81	>0,05	110	21,9±1,71	21	25,6±1,80	>0,05	131	22,4
б) 90 - 150 дней	72	14,3±1,44	13	16,5±1,53	>0,05	74	17,1±1,55	11	7,3±1,07	**<0,001**	76	15,1±1,48	9	11,0±1,29	**<0,05**	85	14,6
в) более 150 дней	104	20,5±1,67	24	30,3±1,9	**<0,001**	92	21,2±1,69	36	24,0±1,76	>0,05	109	21,7±1,70	19	23,2±1,74	>0,05	128	21,9
г) затрудняюсь ответить	217	43,0±2,04	23	29,1±1,87	**<0,001**	176	40,5±2,03	64	42,7±2,04	>0,05	207	41,3±2,03	33	40,2±2,02	>0,05	240	41,1
Сколько Вы тогда реально находились на стационарном лечении																	
а) 60 - 90 дней	66	13,1±1,39	19	24,1±1,76	**<0,001**	68	15,7±1,5	17	11,3±1,31	**<0,05**	70	13,9±1,43	15	18,3±1,60	**<0,05**	85	14,6
б) 90 - 150 дней	74	14,7±1,46	13	16,4±1,53	>0,05	66	15,2±1,48	21	14,0±1,43	>0,05	76	15,1±1,48	11	13,4±1,40	>0,05	87	14,9
в) более 150 дней	188	37,2±2,0	24	30,4±1,9	**<0,01**	148	34,1±1,96	64	42,7±2,04	**<0,01**	185	36,9±1,99	27	32,9±1,94	>0,05	212	36,3
г) затрудняюсь ответить	177	35,0±1,97	23	29,1±1,87	**<0,05**	152	35,0±1,97	48	32,0±1,93	>0,05	171	34,1±1,96	29	35,4±1,97	>0,05	200	34,2

Таблица 3.1.5.

Выбор пациентами места для долечивания после выписки из стационара

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Где, по Вашему мнению, лучше лечиться после выписки из стационара																	
а) в диспансерном отделении противотуберкулезного диспансера	79	15,7±1,50	18	22,8±1,73	**<0,01**	64	14,8±1,46	33	22,0±1,71	**<0,01**	82	16,3±1,52	15	18,3±1,6	>0,05	97	16,5
б) в санатории	245	48,5±2,06	29	36,7±1,99	**<0,001**	196	45,4±2,06	78	52,0±2,06	**<0,05**	229	45,6±2,06	45	54,9±2,05	**<0,01**	274	47
в) дома	129	25,5±1,67	24	30,4±1,90	>0,05	123	28,4±1,86	30	20,0±1,65	**<0,001**	137	27,3±1,84	16	19,5±1,63	**<0,01**	153	26,2
г) затрудняюсь ответить	52	10,3±1,25	8	10,1±1,24	>0,05	51	11,4±1,31	9	6,0±0,98	**<0,001**	54	10,8±1,28	6	7,3±1,07	**<0,05**	60	10,3

Таблица 3.1.6.

Мнение пациентов о полезности санаторного лечения

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы полезным санаторное лечение после выписки из стационара																	
а) безусловно	245	48,5±2,06	46	58,2±2,04	**<0,001**	205	47,2±2,06	86	57,3±2,04	**<0,001**	238	47,4±2,06	53	64,7±1,97	**<0,001**	291	49,8
б) скорее да	156	30,9±1,91	12	15,2±1,48	**<0,001**	132	30,4±1,90	36	24,0±1,76	**<0,02**	148	29,5±1,88	20	24,4±1,77	>0,05	168	28,8
в) скорее нет	29	5,7±0,95	9	11,4±1,31	**<0,001**	32	7,4±1,08	6	4,0±0,81	**<0,02**	37	7,4±1,08	1	1,2±0,45	**<0,001**	38	6,5
г) безусловно, нет	8	1,6±0,51	2	2,5±0,64	>0,05	9	2,1±0,59	1	0,7±0,34	**<0,05**	8	1,6±0,51	2	2,4±0,63	>0,05	10	1,7
д) затрудняюсь ответить	67	13,3±1,4	10	12,7±1,37	>0,05	56	12,9±1,38	21	14,0±1,43	>0,05	71	14,1±1,44	6	7,3±1,07	**<0,001**	77	13,2

Таблица 3.1.7.

Мнение пациентов о продолжительности санаторного лечения

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Какова с Вашей точки зрения оптимальная продолжительность санаторного долечивания после выписки из стационара																	
а) до 30 дней	98	19,4±1,63	21	26,6±1,82	**<0,01**	79	18,2±1,59	40	26,7±1,83	**<0,001**	97	19,3±1,63	22	26,8±1,83	**<0,01**	119	20,4
б) до 45 дней	96	19,0±1,62	13	16,5±1,53	>0,05	76	17,5±1,57	33	22,0±1,71	>0,05	85	16,9±1,55	24	29,3±1,88	**<0,001**	109	18,6
в) более 45 дней	134	26,5±1,82	13	16,5±1,53	**<0,001**	110	25,4±1,80	37	24,6±1,78	>0,05	127	25,4±1,80	20	24,4±1,77	>0,05	147	25,2
г) затрудняюсь ответить	177	35,1±1,97	32	40,4±2,03	>0,05	169	38,9±2,01	40	26,7±1,83	**<0,001**	193	38,4±2,01	16	19,5±1,63	**<0,001**	209	35,8

Таблица 3.1.8.

Факторы мешающие получить санаторное лечение, по мнению пациентов

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Получить санаторно-курортное лечение вам мешало (возможно, несколько ответов)																	
а) врачи не предлагали или отказали в этом	113	22,4±1,72	15	19,0±1,62	>0,05	101	23,3±1,74	27	18,0±1,58	**<0,05**	109	21,7±1,7	19	23,2±1,74	>0,05	128	21,9
б) предлагали, но отказался по семейным обстоятельствам	64	12,7±1,37	10	12,7±1,37	>0,05	54	12,4±1,36	20	13,3±1,40	>0,05	66	13,1±1,39	8	9,6±1,21	>0,05	74	12,7
в) отказали органы соц. Защиты /Фонд соц. Страхования	19	3,8±0,79	4	5,1±0,91	>0,05	22	5,1±0,91	1	0,7±0,34	**<0,001**	18	3,6±0,77	5	6,1±0,99	**<0,05**	23	3,9
г) предлагали, но отказался по материальным соображениям	58	11,5±1,32	6	7,6±1,09	**<0,05**	49	11,3±1,31	15	10,0±1,24	>0,05	59	11,8±1,33	5	6,1±0,99	**<0,001**	64	11
д) не устраивают условия в санатории	27	5,4±0,93	3	3,8±0,79	>0,05	26	6,0±0,98	4	2,7±0,67	**<0,01**	25	5,0±0,9	5	6,1±0,99	>0,05	30	5,1
е) другие причины	53	10,5±1,26	8	10,1±1,24	>0,05	46	10,6±1,27	15	10,0±1,24	>0,05	57	11,4±1,31	4	4,9±0,89	**<0,001**	61	10,4
ж) были противопоказания	10	2,0±0,57	5	6,3±1,0	**<0,001**	10	2,3±0,62	5	3,3±0,73	>0,05	13	2,6±0,65	2	2,4±0,63	>0,05	15	2,6
з) ничего не мешало	77	15,2±1,48	15	19,0±1,62	>0,05	63	14,5±1,45	29	19,3±1,63	**<0,05**	75	14,9±1,47	17	20,7±1,67	**<0,02**	92	15,8
и) затрудняюсь ответить	143	28,3±1,86	21	26,6±1,82	>0,05	119	27,4±1,84	45	30,0±1,89	>0,05	138	27,5±1,84	26	31,7±1,92	>0,05	164	28,1

Таблица 3.1.9.

Оценка пациентами полноты реабилитации после выписки из стационара

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Удовлетворены ли Вы полнотой реабилитации после выписки из стационара																	
а) безусловно	80	15,8±1,50	20	25,3±1,79	**<0,001**	73	16,8±1,54	27	18,0±1,58	>0,05	85	16,9±1,55	15	18,3±1,6	>0,05	100	17,1
б) скорее да	89	17,6±1,57	16	20,3±1,66	>0,05	85	19,6±1,64	20	13,3±1,4	**<0,01**	96	19,1±1,62	9	11,0±1,29	**<0,001**	105	17,8
в) скорее нет	67	13,4±1,4	7	8,9±1,17	**<0,02**	62	14,3±1,44	12	8,0±1,12	**<0,001**	69	13,8±1,42	5	6,1±0,99	**<0,001**	74	12,8
г) безусловно, нет	30	5,9±0,97	2	2,5±0,64	**<0,01**	22	5,1±0,91	10	6,7±1,03	>0,05	24	4,8±0,88	8	9,8±1,23	**<0,001**	32	5,6
д) затрудняюсь ответить	239	47,3±2,06	34	43,0±2,04	>0,05	192	44,2±2,05	81	54,0±2,06	**<0,001**	228	45,4±2,06	45	54,8±2,05	**<0,01**	273	46,7

Таблица 3.1.10.

Оценка мнений пациентов в вопросах о трудоспособности

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
До постановки диагноза туберкулеза Вы																	
а) работали	308	61,0±2,01	30	38,0±2,0	**<0,001**	256	59,0±2,03	82	54,7±2,05	>0,05	279	55,6±2,05	59	72,0±1,85	**<0,001**	338	57,8
б) не работали	197	39,0±2,01	49	62,0±2,0	**<0,001**	178	41,0±2,03	68	45,3±2,05	>0,05	223	44,4±2,05	23	28,0±1,85	**<0,001**	246	42,2
Вернулись ли Вы к работе после завершения основного курса лечения																	
а) да	139	27,5±1,84	15	19,0±1,62	**<0,001**	117	27,0±1,83	37	24,7±1,78	>0,05	126	25,1±1,79	28	34,1±1,96	**<0,001**	154	26,4
б) нет	366	72,5±1,84	64	81,0±1,62	**<0,001**	317	73,0±1,83	113	75,3±1,78	>0,05	376	74,9±1,79	54	65,9±1,96	**<0,001**	430	73,6

Таблица 3.1.11.

Оценка наличия группы инвалидности до и после лечения туберкулеза

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Была ли группа инвалидности у Вас до постановки диагноза туберкулез																	
а) нет	455	90,1±1,23	60	76,0±1,76	**<0,01**	376	86,6±1,40	139	92,7±1,07	**<0,001**	440	87,6±1,36	75	91,5±1,15	**<0,05**	515	88,2
б) III группа	16	3,2±0,72	2	2,5±0,78	>0,05	16	3,7±0,78	2	1,3±0,46	**<0,01**	15	3,0±0,7	3	3,7±0,78	>0,05	18	3,1
в) II группа	31	6,1±0,99	16	20,3±1,66	**<0,001**	38	8,8±1,17	9	6,0±30,98	>0,05	43	8,6±1,16	4	4,8±0,88	**<0,01**	47	8
г) I группа	3	0,6±0,31	1	1,2±0,45	>0,05	4	0,9±0,39	0	0	>0,05	4	0,8±0,36	0	0	>0,05	4	0,7
Была ли группа инвалидности у Вас после завершения курса лечения																	
а) нет	341	67,5±1,93	51	64,6±1,97	>0,05	293	67,5±1,93	99	66,0±1,96	>0,05	334	66,5±1,95	58	70,7±1,88	>0,05	392	67,1
б) III группа	18	3,6±0,77	2	2,5±0,64	>0,05	18	4,2±0,83	2	1,3±0,46	**<0,01**	17	3,4±0,74	3	3,7±0,78	>0,05	20	3,4
в) II группа	137	27,1±1,83	24	30,4±1,9	>0,05	115	26,5±1,82	46	30,7±1,9	>0,05	141	28,1±1,85	20	24,4±1,77	>0,05	161	27,6
г) I группа	9	1,8±0,55	2	2,5±0,78	>0,05	8	1,8±0,55	3	2,0±0,57	>0,05	10	2,0±0,57	1	1,2±0,45	>0,05	11	1,9

Таблица 3.1.12.

Оценка мнений пациентов болеющих туберкулезом по отношению к ним со стороны окружающих

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
На Ваш взгляд, в большинстве случаев люди относятся к больным туберкулезом																	
а) сочувственно	84	16,6±1,53	18	22,8±1,73	**<0,01**	82	18,9±1,62	20	13,3±1,40	**<0,01**	83	16,5±1,53	19	23,2±1,74	**<0,01**	102	17,5
б) безразлично /нейтрально/	61	12,1±1,34	12	15,2±1,48	>0,05	60	13,8±1,42	13	8,7±1,16	**<0,01**	62	12,4±1,36	11	13,4±1,40	>0,05	73	12,5
в) негативно	288	57,0±2,04	34	43,0±2,04	**<0,001**	224	51,6±2,06	98	65,3±1,96	**<0,001**	276	55,0±2,05	46	56,1±2,05	>0,05	322	55,1
г) затрудняюсь ответить	72	14,3±1,44	15	19,0±1,62	**<0,05**	68	15,7±1,50	19	12,7±1,37	>0,05	81	16,1±1,52	6	7,3±1,07	**<0,001**	87	14,9

Таблица 3.1.13.

Оценки мнений о необходимости и реальном оказании психологической помощи больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
В связи с заболеванием туберкулезом Вы нуждаетесь,/нуждались/ в психологической /психотерапевтической/ помощи																	
а) да	152	30,1±1,89	24	30,4±1,9	>0,05	103	23,7±1,75	73	48,7±2,06	**<0,001**	141	28,1±1,85	35	42,7±2,04	**<0,001**	176	30,1
б) нет	302	59,8±2,02	43	54,5±2,06	>0,05	279	64,3±1,98	66	44,0±2,05	**<0,001**	308	61,4±2,01	37	45,1±2,05	**<0,001**	345	59,1
в) затрудняюсь ответить	51	10,1±1,24	12	15,1±1,48	**<0,01**	52	12,0±1,34	11	7,3±1,07	**<0,01**	53	10,5±1,26	10	12,2±1,35	>0,05	63	10,8
Какую-либо психологическую /психотерапевтическую/ помощь Вы получаете, /получили/																	
а) да	75	14,9±1,47	26	32,9±1,94	**<0,001**	75	17,3±1,56	26	17,3±1,56	>0,05	81	16,1±1,52	20	24,4±1,77	**<0,001**	101	17,3
б) нет	430	85,1±1,47	53	67,1±1,94	**<0,001**	359	82,7±1,56	124	82,7±1,56	>0,05	421	83,9±1,52	62	75,6±1,77	**<0,001**	483	82,7

Таблица 3.1.14.

Оценки мнений о необходимости и реальном оказании социальной помощи больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
В связи с заболеванием туберкулезом Вы нуждаетесь, /нуждались/ в социальной помощи																	
а) да	353	69,9±1,89	49	62,1±2,0	**<0,01**	300	69,1±1,91	102	68,0±1,93	>0,05	353	70,3±1,89	49	59,6±2,03	**<0,001**	402	68,8
б) нет	97	19,2±1,62	22	27,8±1,85	**<0,001**	85	19,6±1,64	34	22,7±1,73	>0,05	96	19,1±1,62	23	28,2±1,86	**<0,001**	119	20,4
в) затрудняюсь ответить	55	10,9±1,28	8	10,1±1,24	>0,05	49	11,3±1,31	14	9,3±1,20	>0,05	53	10,6±1,27	10	12,2±1,35	>0,05	63	10,8
Какую-либо социальную поддержку от служб социальной помощи Вы получаете,/получили/ кроме пенсии по инвалидности, если она у Вас есть																	
а) да	38	7,5±1,08	8	10,1±1,24	>0,05	31	7,1±1,06	15	10,0±1,24	>0,05	38	7,6±1,09	8	9,8±1,23	>0,05	46	7,8
б) нет	426	84,4±1,50	64	81,0±1,62	>0,05	365	84,1±1,51	125	83,3±1,54	>0,05	422	84,1±1,51	68	82,9±1,55	>0,05	490	84
в) затрудняюсь ответить	41	8,1±1,12	7	8,9±1,17	>0,05	38	8,8±1,17	10	6,7±1,03	>0,05	42	8,3±1,14	6	7,3±1,07	>0,05	48	8,2

Таблица 3.1.15.

Оценки мнений о необходимости и реальном оказании помощи больным туберкулезом со стороны священнослужителей

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Хотели бы Вы получить какую-либо помощь со стороны священнослужителей (исповедоваться, креститься, получать какие либо советы и т.п.)																	
а) да	186	36,9±1,99	21	26,6±1,82	**<0,001**	146	33,6±1,95	61	40,7±2,03	**<0,02**	174	34,7±1,96	33	40,2±2,02	>0,05	207	35,4
б) нет	188	37,2±2,0	38	48,1±2,06	**<0,001**	170	39,2±2,02	56	37,3±2,0	>0,05	190	37,8±2,0	36	43,9±2,05	**<0,05**	226	38,7
в) затрудняюсь ответить	131	25,9±1,81	20	25,3±1,79	>0,05	118	27,2±1,84	33	22,0±1,71	**<0,05**	138	27,5±1,84	13	15,9±1,51	**<0,001**	151	25,9
Какую-либо помощь со стороны священнослужителей Вы получали, /получаете/																	
а) да	55	10,9±1,28	11	13,9±1,43	>0,05	50	11,5±1,32	16	10,7±1,27	>0,05	53	10,6±1,27	13	15,9±1,51	**<0,01**	66	11,3
б) нет	450	89,1±1,28	68	86,1±1,43	>0,05	384	88,5±1,32	134	89,3±1,27	>0,05	449	89,4±1,27	69	84,1±1,51	**<0,01**	518	88,7

Таблица 3.1.16.

Оценка мнений больных туберкулезом по оказанию им помощи со стороны благотворительных организаций

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
От благотворительных (общественных) организаций какую-либо помощь Вы																	
а) получали, /получаете постоянно, регулярно/	13	2,6±0,65	1	1,3±0,46	>0,05	12	2,8±0,68	2	1,3±0,46	>0,05	12	2,4±0,63	2	2,4±,0,63	>0,05	14	2,4
б) иногда /редко/	21	4,2±0,83	7	8,7±1,16	**<0,01**	21	4,8±0,88	7	4,7±0,87	>0,05	26	5,2±0,91	2	2,4±0,63	**<0,02**	28	4,8
в) никогда не получали	471	93,2±1,04	71	90,0±1,24	**<0,05**	401	92,4±1,09	141	94,0±0,98	>0,05	464	92,4±1,09	78	95,2±0,88	**<0,05**	542	92,8

Таблица 3.1.17.

Оценки мнений о возможном обеспечении литературой с рекомендациями для пациентов больных туберкулезом

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы обеспечить Вас литературой, содержащей медицинские рекомендации для людей, болеющих туберкулезом и их родственников																	
а) да	326	64,6±1,97	45	57,0±2,04	**<0,01**	259	59,7±2,02	112	74,6±1,80	**<0,001**	320	63,8±1,98	51	62,2±2,0	>0,05	371	63,5
б) нет	75	14,8±1,46	13	16,5±1,53	>0,05	69	15,9±1,51	19	12,7±1,37	>0,05	70	13,9±1,43	18	21,9±1,71	**<0,001**	88	15,1
в) затрудняюсь ответить	104	20,6±1,67	21	26,5±1,82	**<0,02**	106	24,4±1,77	19	12,7±1,37	**<0,001**	112	22,3±1,72	13	15,9±1,51	**<0,01**	125	21,4

Таблица 4.3.1.

Оценка мнений пациентов о помощи со стороны родных и близких во время болезни туберкулезом

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Поддерживают ли Вас родные и близкие в связи с заболеванием туберкулезом																	
а) да, очень поддерживают	317	62,7±2,0	51	64,6±1,97	>0,05	267	61,4±2,01	101	67,3±1,94	**<0,05**	313	62,3±2,0	55	67,0±1,94	>0,05	368	63,1
б) немного поддерживают	117	23,2±1,74	14	17,7±1,57	**<0,02**	97	22,4±1,72	34	22,7±1,73	>0,05	113	22,5±1,72	18	22,0±1,71	>0,05	131	22,4
в) никак не поддерживают	46	9,1±1,19	9	11,4±1,31	>0,05	45	10,4±1,26	10	6,7±1,03	**<0,05**	49	9,8±1,23	6	7,3±1,07	>0,05	55	9,4
г) затрудняюсь ответить	25	5,0±0,90	5	6,3±1,0	>0,05	25	5,8±0,96	5	3,3±0,73	**<0,05**	27	5,4±0,93	3	3,7±0,78	>0,05	30	5,1

Таблица 4.3.2.

Оценка мнения пациентов по вопросу создания «Ассоциации» помощи больным туберкулезом людям

Вопрос анкеты	Возраст				P	Пол				P	Образование				P	Все (n=584)	
	До 60 лет (n=505)		60 лет и более (n=79)			Мужской (n=434)		Женский (n=150)			Среднее, ср. специальное (n=502)		Высшее, незак.высшее (n=82)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Целесообразно ли создание "Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом", которая оказывала бы различную помощь болеющим туберкулезом людям																	
а) безусловно	205	40,6±2,03	34	43,1±2,04	>0,05	169	38,9±2,01	70	46,7±2,06	**<0,01**	203	40,4±2,03	36	43,9±2,05	>0,05	239	40,9
б) скорее да	148	29,3±1,88	22	27,8±1,85	>0,05	125	28,8±1,87	45	30,0±1,89	>0,05	147	29,3±1,88	23	28,1±1,85	>0,05	170	29,2
в) скорее нет	23	4,6±0,86	2	2,5±0,64	**<0,05**	22	5,1±0,91	3	2,0±0,57	**<0,01**	23	4,6±0,86	2	2,4±0,63	**<0,05**	25	4,3
г) безусловно, нет	21	4,2±0,83	2	2,5±0,64	>0,05	19	4,4±0,84	4	2,7±0,67	>0,05	18	3,6±0,77	5	6,1±0,99	**<0,05**	23	3,9
д) затрудняюсь ответить	108	21,3±1,69	19	24,1±1,76	>0,05	99	22,8±1,73	28	18,6±1,61	>0,05	111	22,1±1,71	16	19,5±1,63	>0,05	127	21,7

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. МАТЕРАЛЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ – ОТВЕТЫ ФТИЗИАТРОВ Таблица 3.2.1.

Мнение врачей фтизиатров о проблемах фтизиатрии

Вопрос анкеты	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Какие трудности испытываете Вы при лечении Ваших пациентов (возможно несколько вариантов ответов)												
а) низкая приверженность к лечению	37	66,1±4,93	21	58,3±5,14	>0,05	13	56,5±5,16	45	65,2±4,96	>0,05	58	63
б) асоциальное поведение пациентов (в частности их алкоголизацией)	44	78,6±4,27	30	83,3±3,88	>0,05	19	82,6±3,95	55	79,7±4,19	>0,05	74	80,4
в) частая невротизация или психопатизация данного контингента больных	20	35,7±4,99	15	41,7±5,14	>0,05	11	47,8±5,20	24	34,8±4,96	>0,05	35	38
г) недисциплинированность и нарушения режима пациентами	48	85,7±3,64	33	91,7±2,87	>0,05	19	82,6±3,95	62	89,9±3,14	>0,05	81	88
д) частое побочное действие лекарств	18	32,1±4,86	7	19,4±4,12	**<0,05**	5	21,7±4,29	20	29,0±4,73	>0,05	25	27,2
е) отсутствие эффективных лекарств	11	19,6±4,13	12	33,3±4,91	**<0,05**	4	17,4±3,95	19	27,5±4,65	>0,05	23	25
ж) наличие сопутствующей патологии	23	41,1±5,12	15	41,7±5,14	>0,05	9	39,1±5,08	29	42,0±5,14	>0,05	38	41,3
з) другие трудности	4	7,1±2,67	3	8,3±2,87	>0,05	2	8,7±2,93	5	7,2±2,69	>0,05	7	7,6
и) особых трудностей при организации лечебного процесса нет	2	3,6±1,94	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	1	1,4±1,22	>0,05	2	2,2
к) затрудняюсь ответить	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0

Таблица 3.2.2.

Оценка мнений фтизиатров о современных режимах химиотерапии

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Удовлетворяют ли Вас существующие режимы химиотерапии												
а) полностью удовлетворяют	10	17,8±3,98	2	5,6±2,39	**<0,02**	4	17,5±3,96	8	11,6±3,33	>0,05	12	13
б) частично удовлетворяют	41	73,2±4,61	29	80,6±4,12	>0,05	17	73,9±4,57	53	76,8±4,40	>0,05	70	76,1
в) совсем не удовлетворяют	2	3,6±1,94	5	13,8±3,59	**<0,02**	1	4,3±2,11	6	8,7±2,93	>0,05	7	7,6
г) затрудняюсь ответить	3	5,4±2,35	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	2	2,9±1,74	>0,05	3	3,3

Таблица 3.2.3.

Детализация причин затрудняющих проведение химиотерапии у больных туберкулезом

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Если существующие режимы химиотерапии Вас полностью или частично не удовлетворяют, то почему (возможно несколько ответов)												
а) нерациональные комбинации препаратов	9	16,1±3,83	7	19,4±4,12	>0,05	5	21,7±4,29	11	15,9±3,81	>0,05	16	17,4
б) низкая клиническая эффективность	15	26,8±4,61	13	36,1±5,0	>0,05	4	17,4±3,95	24	34,8±4,96	**<0,01**	28	30,4
в) плохая переносимость данных препаратов	16	28,6±4,71	13	36,1±5,0	>0,05	8	34,8±4,96	21	30,4±4,79	>0,05	29	31,5
г) трудности в подборе препаратов	22	39,3±5,09	21	58,3±5,14	**<0,02**	11	47,8±5,2	32	46,4±5,19	>0,05	43	46,7
д) другие причины	12	21,4±4,27	6	16,7±3,88	>0,05	5	21,7±4,29	13	18,8±4,07	>0,05	18	19,6
е) затрудняюсь ответить	4	7,1±2,67	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	3	4,3±2,11	>0,05	4	4,3

Таблица 3.2.4.

Анализ причин неэффективности курсов химиотерапии, по мнению фтизиатров

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Неэффективные курсы химиотерапии чаще всего связаны с (возможно несколько ответов)												
а) запущенной формой туберкулезного процесса	41	73,2±4,61	27	75,0±4,51	>0,05	14	60,9±5,08	54	78,3±4,29	**<0,02**	68	73,9
б) наличием лекарственной устойчивости	48	85,7±3,64	31	86,1±3,60	>0,05	20	87,0±3,50	59	85,5±3,67	>0,05	79	85,9
в) отсутствием занятости пациентов при длительной госпитализации	9	16,1±3,83	7	19,4±4,12	>0,05	5	21,7±4,29	11	15,9±3,81	>0,05	16	17,4
г) асоциальным поведением пациентов	46	82,1±3,99	28	77,8±4,33	>0,05	16	69,6±4,80	58	84,1±3,81	**<0,02**	74	80,4
д) низкой приверженности к лечению	39	69,6±4,80	24	66,7±4,91	>0,05	15	65,2±4,96	48	69,6±4,80	>0,05	63	68,5
е) другими причинами	6	10,7±3,22	5	13,9±3,60	>0,05	2	8,7±2,93	9	13,0±3,50	>0,05	11	12
д) затрудняюсь ответить	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Таблица 3.2.5.

Мнение фтизиатров о существующих группах учета больных туберкулезом

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Существующие группы учета фтизиатрических больных Вас												
а) полностью устраивают	29	51,8±5,20	16	44,4±5,18	>0,05	14	60,9±5,08	31	44,9±5,18	**<0,05**	45	48,9
б) частично устраивают	23	41,1±5,12	17	47,2±5,20	>0,05	9	39,1±5,08	31	44,9±5,18	>0,05	40	43,5
в) совсем не устраивают	1	1,8±1,38	2	5,6±2,39	>0,05	0	0	3	4,4±2,13	0	3	3,3
г) затрудняюсь ответить	3	5,4±2,35	1	2,8±1,71	>0,05	0	0	4	5,8±2,43	0	4	4,3

Таблица 3.2.6.

Мнение фтизиатров относительно контингента больных наблюдавшихся ранее в 7 группе ДУ

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы, что бывшую 7 группу ДУ необходимо вернуть в какой-либо форме												
а) да	23	41,1±5,12	19	52,8±5,20	>0,05	9	39,1±5,08	33	47,8±5,20	>0,05	42	45,7
б) сомневаюсь в этом	9	16,1±3,83	5	13,8±3,59	>0,05	4	17,3±3,94	10	14,5±3,67	>0,05	14	15,2
в) нет	15	26,7±4,61	6	16,7±3,88	>0,05	5	21,8±4,3	16	23,2±4,40	>0,05	21	22,8
г) затрудняюсь ответить	9	16,1±3,83	6	16,7±3,88	>0,05	5	21,8±4,3	10	14,5±3,67	>0,05	15	16,3

Таблица 3.2.7.

Мнение фтизиатров о месте наблюдения за больными с посттуберкулезными изменениями

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Как Вы считаете, где должны наблюдаться пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями												
а) безусловно, в ПТД	11	19,6±4,13	13	36,1±5,0	**<0,02**	9	39,1±5,08	15	21,7±4,29	**<0,02**	24	26,1
б) скорее в ПТД	17	30,4±4,79	13	36,1±5,0	>0,05	4	17,4±3,95	26	37,7±5,05	**<0,01**	30	32,6
в) безусловно, в ЛПУ	18	32,1±4,86	6	16,7±3,88	**<0,02**	6	26,1±4,57	18	26,1±4,57	>0,05	24	26,1
г) скорее в ЛПУ	9	16,1±3,83	3	8,3±2,87	>0,05	4	17,4±3,95	8	11,6±3,33	>0,05	12	13
д) затрудняюсь ответить	1	1,8±1,38	1	2,8±1,71	>0,05	0	0	2	2,9±1,74	>0,05	2	2,2

Таблица 3.2.8.

Мнение фтизиатров о сроках стационарного лечения

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%
Какова с Вашей точки зрения оптимальная продолжительность стационарного лечения впервые выявленного больного туберкулезом органов дыхания												
а) 60 - 90 дней	4	7,1±2,67	2	5,6±2,39	>0,05	0	0	6	8,7±2,93	>0,05	6	6,5
б) 90 - 150 дней	31	55,4±5,18	16	44,4±5,18	>0,05	13	56,6±5,16	34	49,3±5,21	>0,05	47	51,1
в) более 150 дней	16	28,6±4,71	16	44,4±5,18	**<0,05**	9	39,1±5,08	23	33,3±4,91	>0,05	32	34,8
г) затрудняюсь ответить	5	8,9±2,96	2	5,6±2,39	0,86	1	4,3±2,11	6	8,7±2,93	>0,05	7	7,6
Сколько реально пациент находится на стационарном лечении в Вашем противотуберкулезном диспансере												
а) 60 - 90 дней	6	10,7±3,22	2	5,6±2,39	>0,05	1	4,3±2,11	7	10,1±3,14	>0,05	8	8,7
б) 90 - 150 дней	24	42,9±5,16	17	47,2±5,20	>0,05	8	34,8±4,96	33	47,8±5,20	>0,05	41	44,6
в) более 150 дней	13	23,2±4,4	17	47,2±5,20	**<0,001**	12	52,2±5,20	18	26,2±4,58	**<0,001**	30	32,6
г) затрудняюсь ответить	13	23,2±4,4	0	0	0	2	8,7±2,93	11	15,9±3,81	>0,05	13	14,1

Таблица 3.2.9.

Мнение фтизиатров о местонахождении больных для долечивания и их реальном нахождении после выписки из стационара.

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Где, по Вашему мнению, должен лечиться пациент после выписки из стационара												
а) в диспансерном отделении противотуберкулезного диспансера	25	44,6±5,18	13	36,1±5,0	>0,05	9	39,1±5,08	29	42,1±5,14	>0,05	38	41,3
б) в санатории	30	53,6±5,19	22	61,1±5,08	>0,05	14	60,9±5,08	38	55,1±5,18	>0,05	52	56,5
в) дома	1	1,8±1,38	0	0	>0,05	0	0	1	1,4±1,22	>0,05	1	1,1
г) затрудняюсь ответить	0	0	1	2,8±1,71	>0,05	0	0	1	1,4±1,22	>0,05	1	1,1
Где, реально лечились большинство Ваших пациентов после выписки из стационара												
а) в диспансерном отделении противотуберкулезного диспансера	46	82,1±3,99	29	80,6±4,12	>0,05	18	78,3±4,29	57	82,7±3,94	>0,05	75	81,5
б) в санатории	1	1,8±1,38	0	0	>0,05	0	0	1	1,4±1,22	>0,05	1	1,1
в) дома	9	16,1±3,83	7	19,4±4,12	>0,05	5	21,7±4,29	11	15,9±3,81	>0,05	16	17,4
г) затрудняюсь ответить	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Таблицы 3.2.10.

Мнение фтизиатров о полезности санаторного лечения и реальном нахождении пациентов в санатории после выписки из стационара.

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы полезным лечение в санатории после выписки из стационара												
а) безусловно, да	30	53,6±5,19	20	55,6±5,18	>0,05	14	60,9±5,08	36	52,2±5,2	>0,05	50	54,3
б) скорее, да	20	35,7±4,99	11	30,6±4,8	>0,05	6	26,1±4,57	25	36,3±5,01	>0,05	31	33,7
в) скорее, нет	5	8,9±2,96	5	13,8±3,59	>0,05	3	13,0±3,5	7	10,1±3,14	>0,05	10	10,9
г) безусловно, нет	0	0	0	0	>0,05	0	0	0	0	>0,05	0	0
д) затрудняюсь ответить	1	1,8±1,38	0	0	>0,05	0	0	1	1,4±1,22	>0,05	1	1,1
Сколько Ваших пациентов реально получили санаторное лечение после выписки из стационара												
а) практически все	2	3,6±1,94	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	1	1,4±1,22	>0,05	2	2,1
б) не более 50%	4	7,1±2,67	0	0	>0,05	0	0	4	5,8±2,43	>0,05	4	4,2
в) 20 - 30%	13	23,3±4,4	2	5,6±2,39	**<0,001**	5	21,7±4,29	10	14,5±3,67	>0,05	15	16,2
г) только единицы	33	58,9±5,12	31	86,1±3,6	**<0,001**	14	60,9±5,08	50	72,5±4,65	>0,05	64	70
д) затрудняюсь ответить	4	7,1±2,67	3	8,3±2,87	>0,05	3	13,1±3,51	4	5,8±2,43	>0,05	7	7,5

Таблица 3.2.11.

Оценка оптимальной продолжительности санаторного лечения

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%
Какова с Вашей точки зрения оптимальная продолжительность санаторного долечивания после выписки из стационара												
а) до 30 дней	5	8,9±2,96	3	8,3±2,87	>0,05	2	8,7±2,93	6	8,7±2,93	>0,05	8	8,7
б) до 45 дней	24	42,9±5,16	19	52,8±5,20	>0,05	11	47,8±5,20	32	46,4±5,19	>0,05	43	46,8
в) более 45 дней	24	42,9±5,16	11	30,6±4,8	>0,05	8	34,8±4,96	27	39,1±5,08	>0,05	35	38
г) затрудняюсь ответить	3	5,3±2,33	3	8,3±2,87	>0,05	2	8,7±2,93	4	5,8±2,43	>0,05	6	6,5

Таблица 3.2.12.

Оценка мнений о необходимости санаторного долечивания инвалидов

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы, что инвалиды по туберкулезу должны проходить долечивание в санаторных условиях												
а) безусловно, да	20	35,7±4,99	16	44,4±5,18	>0,05	10	43,5±5,16	26	37,7±5,05	>0,05	36	39,1
б) скорее, да	27	48,2±5,2	13	36,1±5,0	>0,05	10	43,5±5,16	30	43,5±5,16	>0,05	40	43,5
в) скорее, нет	7	12,5±3,44	1	2,8±1,71	**<0,02**	1	4,3±2,11	7	10,1±3,14	>0,05	8	8,7
г) безусловно, нет	1	1,8±1,38	5	13,9±3,6	**<0,01**	1	4,3±2,11	5	7,2±2,69	>0,05	6	6,5
д) затрудняюсь ответить	1	1,8±1,38	1	2,8±1,71	>0,05	1	4,3±2,11	1	1,5±1,26	>0,05	2	2,2

Таблица 3.2.13.

Мнение фтизиатров о сроках диспансерного наблюдения за больными туберкулезом

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%
Как долго должен наблюдаться фтизиатрический пациент после постановки диагноза туберкулез												
а) до 1 года	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
б) до 2-х лет	3	5,4±2,35	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	2	2,9±1,74	>0,05	3	3,3
в) до 3 - 5 лет	43	76,8±4,4	30	83,4±3,87	>0,05	19	82,6±3,95	54	78,3±4,29	>0,05	73	79,3
г) пожизненно	8	14,3±3,64	3	8,3±2,87	>0,05	2	8,8±2,95	9	13,0±3,5	>0,05	11	12
д) затрудняюсь ответить	2	3,5±1,91	3	8,3±2,87	>0,05	1	4,3±2,11	4	5,8±2,43	>0,05	5	5,4

Таблица 3.2.14.

Детализация причин рецидивов туберкулеза, по мнению фтизиатров

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Каковы на Ваш взгляд причины рецидивов туберкулеза в настоящее время (возможно несколько ответов)												
а) низкое качество противотуберкулезного лечения	11	19,6±4,13	7	19,4±4,12	>0,05	3	13,0±3,50	15	21,7±4,29	>0,05	18	19,6
б) отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей общемедицинской сети	27	48,2±5,20	18	50,0±5,21	>0,05	12	52,2±5,02	33	47,8±5,20	>0,05	45	48,9
в) неудовлетворительные условия труда и быта	30	53,6±5,19	18	50,0±5,21	>0,05	9	39,1±5,08	39	56,5±5,16	**<0,02**	48	52,2
г) низкий материальный доход значительной части населения	45	80,4±4,13	28	77,8±4,33	>0,05	19	82,6±3,95	54	78,3±4,29	>0,05	73	79,3
д) психосоциальные стрессы	32	57,1±5,16	20	55,6±5,18	>0,05	11	47,8±5,20	41	59,4±5,11	>0,05	52	56,5
е) низкая приверженность к лечению пациентов	26	46,5±5,20	21	58,3±5,14	>0,05	13	56,5±5,16	34	49,2±5,21	>0,05	47	51,2
ж) ведение асоциального образа жизни пациентами	47	83,9±3,83	32	88,9±3,27	>0,05	21	91,3±2,93	58	84,1±3,81	>0,05	79	85,9

з) недостаточное взаимодействие противотуберкулезной и общемедицинской служб	17	30,6±4,80	7	19,4±4,12	>0,05	7	30,4±4,79	17	24,6±4,49	>0,05	24	26,1
и) недостаточное взаимодействие гражданских и тюремных противотуберкулезных служб	19	33,9±4,93	4	11,1±3,27	**<0,001**	7	30,4±4,79	16	23,2±4,4	>0,05	23	25
к) рецидивы очень характерны для туберкулеза	10	17,9±3,99	2	5,6±2,39	**<0,01**	3	13,0±3,50	9	13,0±3,50	>0,05	12	13
л) наличие лекарственной устойчивости	24	42,6±5,15	19	52,8±5,20	>0,05	8	34,8±4,96	35	50,7±5,21	**<0,05**	43	46,7
м) низкая резистентность организмов многих людей	22	39,3±5,09	16	44,4±5,18	>0,05	13	56,5±5,16	25	36,2±5,01	**<0,01**	38	41,3
н) другие причины	5	8,9±2,96	3	8,3±2,87	>0,05	2	8,7±2,93	6	8,7±2,93	>0,05	8	8,7
о) затрудняюсь ответить	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Таблица 3.2.15.

Мнение фтизиатров об опасности рецидивов туберкулеза

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы, что рецидивы туберкулеза протекают тяжелее и эпидемически более опасны, чем новые случаи заболевания												
а) безусловно, да	20	35,7±4,99	17	47,2±5,20	>0,05	6	26,1±4,57	31	44,9±5,18	**<0,01**	37	40,2
б) скорее, да	29	51,8±5,20	14	38,9±5,08	>0,05	14	60,9±5,08	29	42,1±5,14	**<0,02**	43	46,7
в) скорее, нет	4	7,1±2,67	5	13,9±3,60	>0,05	3	13,0±3,50	6	8,7±2,93	>0,05	9	9,8
г) безусловно, нет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
д) затрудняюсь ответить	3	5,4±2,35	0	0	>0,05	0	0	3	4,3±2,11	>0,05	3	3,3

Таблица 3.2.16.

Оценка мнений фтизиатров об эффективности лечения лиц отбывших наказание в ИТУ и продолжающих лечение в ПТД

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Эффективность лечения туберкулеза у лиц, отбывших наказание и продолжающих лечиться в ПТД												
а) достаточно высокая	1	1,8±1,38	1	2,8±1,71	>0,05	0	0	2	2,9±1,74	0	2	2,2
б) средняя	17	30,4±4,79	12	33,3±4,91	>0,05	7	30,5±4,80	22	31,9±4,85	>0,05	29	31,5
в) низкая	35	62,5±5,04	20	55,6±5,18	>0,05	13	56,5±5,16	42	60,9±5,08	>0,05	55	59,8
г) затрудняюсь ответить	3	5,3±2,33	3	8,3±2,87	>0,05	3	13,0±3,50	3	4,3±2,11	**<0,05**	6	6,5

Таблица 3.2.17.

Мнение фтизиатров о соблюдении врачебных рекомендаций больными туберкулезом

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%
Соблюдают ли врачебные рекомендации больные туберкулезом												
а) практически все	4	7,1±2,67	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	3	4,3±2,11	>0,05	4	4,3
б) около 50%	28	50,0±5,21	22	61,1±5,08	>0,05	10	43,5±5,16	40	58,0±5,14	**<0,05**	50	54,4
в) 20 - 30%	18	32,2±4,87	13	36,1±5,0	>0,05	10	43,5±5,16	21	30,5±4,8	>0,05	31	33,7
г) единицы или никто	4	7,1±2,67	1	2,8±1,71	>0,05	2	8,7±2,93	3	4,3±2,11	>0,05	5	5,4
д) затрудняюсь ответить	2	3,6±1,94	0	0	>0,05	0	0	2	2,9±1,74	>0,05	2	2,2

Таблица 3.2.18.

Оценка фтизиатрами удовлетворенности полнотой реабилитации и трудностей при ее проведении в условиях ПТД

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Удовлетворены ли Вы полнотой реабилитации большинства Ваших пациентов после выписки из стационара												
а) безусловно, да	0	0	1	2,8±1,71	>0,05	0	0	1	1,4±1,22	>0,05	1	1,1
б) скорее, да	23	41,1±5,12	4	11,1±3,27	**<0,001**	9	39,1±5,08	18	26,1±4,57	>0,05	27	29,3
в) скорее, нет	21	37,5±5,04	22	61,1±5,08	**<0,001**	9	39,1±5,08	34	49,3±5,21	>0,05	43	46,7
г) безусловно, нет	5	8,9±2,96	6	16,7±3,88	>0,05	1	4,3±2,11	10	14,5±3,67	**<0,02**	11	12
д) затрудняюсь ответить	7	12,5±3,44	3	8,3±2,87	>0,05	4	17,5±3,96	6	8,7±2,93	>0,05	10	10,9
Испытываете ли Вы трудности при проведении реабилитации Ваших пациентов после выписки из стационара												
а) безусловно, да	6	10,7±3,22	3	8,3±2,87	>0,05	2	8,7±2,93	7	10,1±3,14	>0,05	9	9,8
б) скорее, да	30	53,6±5,19	17	47,2±5,20	>0,05	9	39,2±5,08	38	55,2±5,18	**<0,05**	47	51,1
в) скорее, нет	12	21,4±4,27	5	13,9±3,60	>0,05	5	21,7±4,29	12	17,4±3,95	>0,05	17	18,5
г) безусловно, нет	1	1,8±1,38	0	0	>0,05	0	0	1	1,4±1,22	>0,05	1	1,1
д) затрудняюсь ответить	7	12,5±3,44	11	30,6±4,80	**<0,01**	7	30,4±4,79	11	15,9±3,81	**<0,05**	18	19,5

Таблица 3.2.19.

Оценка эффективности принудительного лечения больных туберкулезом

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Эффективна ли существующая система принудительного лечения больных с бактериовыделением в условиях гражданского стационара												
а) безусловно, да	5	8,9±2,96	3	8,3±2,87	>0,05	3	13,0±3,5	5	7,2±2,69	>0,05	8	8,7
б) скорее, да	3	5,4±2,35	3	8,3±2,87	>0,05	0	0	6	8,7±2,93	>0,05	6	6,5
в) скорее, нет	11	19,6±4,13	6	16,7±3,88	>0,05	6	26,1±4,57	11	15,9±3,81	>0,05	17	18,5
г) безусловно, нет	32	57,2±5,15	24	66,7±4,91	>0,05	13	56,6±5,16	43	62,4±5,05	>0,05	56	60,9
д) затрудняюсь ответить	5	8,9±2,96	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	4	5,8±2,43	>0,05	5	5,4

Таблица 3.2.20.

Оценка мнений фтизиатров о необходимости создания хосписа для хронических больных туберкулезом.

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы необходимым создание хосписа для хронических больных туберкулезом с постоянным бактериовыделением												
а) безусловно, да	36	64,3±4,99	30	83,3±3,88	**<0,01**	18	78,3±4,29	48	69,7±4,79	>0,05	66	71,7
б) скорее, да	15	26,7±4,61	6	16,7±3,88	>0,05	4	17,4±3,95	17	24,6±4,49	>0,05	21	22,8
в) скорее, нет	3	5,4±2,35	0	0	>0,05	0	0	3	4,3±2,11	>0,05	3	3,3
г) безусловно, нет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
д) затрудняюсь ответить	2	3,6±1,94	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	1	1,4±1,22	>0,05	2	2,2

Таблица 3.2.21.

Оценка мнений фтизиатров об уровне взаимодействия «гражданских» и «пенитенциарных» противотуберкулезных служб

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%
В настоящее время взаимодействие между "гражданскими" и " пенитенциарными" противотуберкулезными службами												
а) хорошее	4	7,1±2,67	1	2,8±1,71	>0,05	1	4,3±2,11	4	5,8±2,43	>0,05	5	5,4
б) удовлетворительное	21	37,4±5,04	15	41,8±5,14	>0,05	5	21,7±4,29	31	44,9±5,18	**<0,001**	36	39,1
в) плохое	17	30,5±4,80	10	27,7±4,66	>0,05	9	39,2±5,08	18	26,1±4,57	>0,05	27	29,4
г) затрудняюсь ответить	14	25,0±4,51	10	27,7±4,66	>0,05	8	34,8±4,96	16	23,2±4,40	>0,05	24	26,1

Таблица 3.2.22.

Оценка фтизиатрами необходимости взаимодействия противотуберкулезной службы и общественных организаций и реальная помощь с их стороны больным туберкулезом людям.

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы нужным организацию взаимодействия противотуберкулезных медицинских учреждений с благотворительными (общественными) организациями												
а) да	42	75,0±4,51	30	83,4±3,87	>0,05	17	73,9±4,57	55	79,7±4,19	>0,05	72	78,3
б) нет	3	5,4±2,35	3	8,3±2,87	>0,05	2	8,7±2,93	4	5,8±2,43	>0,05	6	6,5
в) затрудняюсь ответить	11	19,6±4,13	3	8,3±2,87	**<0,05**	4	17,4±3,95	10	14,5±3,67	>0,05	14	15,2
Благотворительные (общественные) организации в настоящее время больным туберкулезом людям												
а) много помогают	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
б) ограниченно помогают	8	14,3±3,64	8	22,2±4,33	>0,05	1	4,3±2,11	15	21,7±4,29	**<0,001**	16	17,4
в) практически не помогают	37	66,1±4,93	22	61,1±5,08	>0,05	17	74,0±4,57	42	60,9±5,08	>0,05	59	64,1
г) затрудняюсь ответить	11	19,6±4,13	6	16,7±3,88	>0,05	5	21,7±4,29	12	17,4±3,95	>0,05	17	18,5

Таблица 3.2.23.

Оценка фтизиатрами необходимости взаимодействия противотуберкулезной службы и религиозных организаций и реальная помощь с их стороны больным туберкулезом людям.

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Считаете ли Вы нужным организацию взаимодействия противотуберкулезных медицинских учреждений с Православной Церковью в современных условиях												
а) да	30	53,6±5,19	26	72,2±4,67	**<0,01**	12	52,2±5,2	44	63,8±5,01	>0,05	56	60,9
б) нет	9	16,1±3,83	4	11,1±3,27	>0,05	5	21,7±4,29	8	11,6±3,33	>0,05	13	14,1
в) затрудняюсь ответить	17	30,3±4,79	6	16,7±3,88	**<0,05**	6	26,1±4,57	17	24,6±4,49	>0,05	23	25
Православная Церковь и другие религиозные организации в настоящее время больным туберкулезом людям												
а) много помогают	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
б) ограниченно помогают	11	19,6±4,13	12	33,3±4,91	**<0,05**	5	21,7±4,29	18	26,1±4,57	>0,05	23	25
в) практически не помогают	23	41,1±5,12	20	55,6±5,18	**<0,05**	11	47,9±5,2	32	46,4±5,19	>0,05	43	46,7
г) затрудняюсь ответить	22	39,3±5,09	4	11,1±3,27	**<0,001**	7	30,4±4,79	19	27,5±4,65	>0,05	26	28,3

Таблица 3.2.24.

Оценка мнений о необходимости психологической помощи больным туберкулезом

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%
Сколько пациентов после постановки диагноза туберкулез нуждаются в психологической (психотерапевтической) помощи												
а) практически все	29	51,8±5,2	23	63,8±5,01	>0,05	11	47,9±5,2	41	59,4±5,11	>0,05	52	56,5
б) около 50%	11	19,6±4,13	6	16,7±3,88	>0,05	3	13,0±3,5	14	20,4±4,2	>0,05	17	18,5
в) 20 - 30%	7	12,5±3,44	5	13,9±3,6	>0,05	6	26,1±4,57	6	8,7±2,93	**<0,01**	12	13
г) единицы или никто	6	10,7±3,22	2	5,6±2,39	>0,05	3	13,0±3,5	5	7,2±2,69	>0,05	8	8,7
д) затрудняюсь ответить	3	5,4±2,35	0	0	>0,05	0	0	3	4,3±2,11	>0,05	3	3,3
Сколько Ваших пациентов с туберкулезом получили, /получают / психологическую (психотерапевтическую) помощь												
а) практически все	2	3,6±1,94	0	0	>0,05	0	0	2	2,9±1,74	>0,05	2	2,2
б) около 50%	2	3,6±1,94	0	0	>0,05	0	0	2	2,9±1,74	>0,05	2	2,2
в) 20 - 30%	1	1,8±1,38	1	2,8±1,71	>0,05	1	4,3±2,11	1	1,4±1,22	>0,05	2	2,2
г) единицы или никто	34	60,7±5,09	31	86,1±3,6	**<0,001**	17	73,9±4,57	48	69,6±4,79	>0,05	65	70,6
д) затрудняюсь ответить	17	30,3±4,79	4	11,1±3,27	**<0,01**	5	21,8±4,3	16	23,2±4,4	>0,05	21	22,8

Таблица 3.2.25.

Оценка мнений о необходимости социальной помощи больным туберкулезом

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Сколько пациентов, больных туберкулезом, нуждаются в помощи со стороны социальной службы и её сотрудников (кроме назначения пенсии по инвалидности)												
а) практически все	18	32,1±4,86	7	19,4±4,12	**<0,05**	7	30,4±4,79	18	26,2±4,58	>0,05	25	27,2
б) около 50%	22	39,3±5,09	14	38,9±5,08	>0,05	6	26,2±4,58	30	43,4±5,16	**<0,02**	36	39,2
в) 20 - 30%	8	14,3±3,64	10	27,8±4,67	**<0,05**	6	26,1±4,57	12	17,4±3,95	>0,05	18	19,6
г) единицы или никто	2	3,6±1,94	1	2,8±1,71	>0,05	1	4,3±2,11	2	2,9±1,74	>0,05	3	3,3
д) затрудняюсь ответить	6	10,7±3,22	4	11,1±3,27	>0,05	3	13,0±3,5	7	10,1±3,14	>0,05	10	10,7
Сколько Ваших пациентов, больных туберкулезом, получили, / получают / помощь со стороны социальной службы и её сотрудников (кроме назначения пенсии по инвалидности)												
а) практически все	1	1,8±1,38	0	0	>0,05	0	0	1	1,4±1,22	>0,05	1	1,1
б) около 50%	2	3,6±1,94	0	0	>0,05	0	0	2	2,9±1,74	>0,05	2	2,2
в) 20 - 30%	2	3,6±1,94	3	8,3±2,87	>0,05	2	8,7±2,93	3	4,3±2,11	>0,05	5	5,4
г) единицы или никто	37	66,0±4,93	23	63,9±5,0	>0,05	13	56,5±5,16	47	68,2±4,85	>0,05	60	65,2
д) затрудняюсь ответить	14	25,0±4,51	10	27,8±4,67	>0,05	8	34,8±4,96	16	23,2±4,4	>0,05	24	26,1

Таблица 3.2.26.

Мнения фтизиатров по различным аспектам реабилитации фтизиатрических пациентов

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%	Абс.	%	P	Абс.	%
Согласны ли Вы с утверждением, что в настоящее время помощь больным туберкулезом носит исключительно медикаментозный характер, а социальным, психологическим и другим аспектам реабилитации уделяется недостаточно внимания												
а) полностью согласен	42	75,0±4,51	28	77,8±4,33	>0,05	18	78,3±4,29	52	75,4±4,49	>0,05	70	76,1
б) частично согласен	12	21,4±4,27	7	19,4±4,12	>0,05	3	13,0±3,50	16	23,2±4,40	>0,05	19	20,6
в) совсем не согласен	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
г) затрудняюсь ответить	2	3,6±1,94	1	2,8±1,71	>0,05	2	8,7±2,93	1	1,4±1,22	**<0,05**	3	3,3

Таблица 3.2.27.

Оценка мнения об эффективности санитарно-просветительной работы

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Эффективна ли проводимая в настоящее время санитарно-просветительная работа по вопросам выявления и профилактики туберкулеза												
а) да	14	25,0±4,50	4	11,1±3,27	**<0,02**	5	21,7±4,29	13	18,8±4,07	>0,05	18	19,6
б) нет	29	51,8±5,20	26	72,2±4,67	**<0,01**	13	56,6±5,16	42	60,9±5,08	>0,05	55	59,8
в) затрудняюсь ответить	13	23,2±4,40	6	16,7±3,88	>0,05	5	21,7±4,29	14	20,3±4,19	>0,05	19	20,6

Таблица 3.2.28.

Оценки мнений о возможном обеспечении литературой с рекомендациями для пациентов больных туберкулезом

Вопрос анкеты	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы обеспечить пациентов, с впервые установленным диагнозом туберкулеза литературой ("памятками"), содержащими медицинские рекомендации												
а) да	50	89,3±3,22	31	86,1±3,6	>0,05	20	87,0±3,5	61	88,5±3,32	>0,05	81	88,1
б) нет	0	0	4	11,1±3,27	>0,05	1	4,3±2,11	3	4,3±2,11	>0,05	4	4,3
в) затрудняюсь ответить	6	10,7±3,22	1	2,8±1,71	**<0,05**	2	8,7±2,93	5	7,2±2,69	>0,05	7	7,6

Таблица 3.2.29.

Оценки мнений фтизиатров о возможности организации специализированных занятий для врачей поликлиник и больниц по медицинским вопросам посвященным проблеме туберкулеза

Вопрос анкеты	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом медицинским вопросам												
а) да	47	83,9±3,22	34	94,4±2,39	**<0,02**	20	87,0±3,50	61	88,4±3,33	>0,05	81	88,1
б) нет	2	3,6±1,94	2	5,6±2,39	>0,05	3	13,0±3,50	1	1,4±1,22	**<0,01**	4	4,3
в) затрудняюсь ответить	7	12,5±3,44	0	0	>0,05	0	0	7	10,2±3,15	>0,05	7	7,6

Таблица 3.2.30.

Оценки мнений фтизиатров о возможности организации специализированных занятий для врачей поликлиник и больниц по этико-правовым вопросам посвященным проблеме туберкулеза

Вопрос анкеты	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом этико-правовым вопросам												
а) да	42	75,0±4,51	30	83,4±3,87	>0,05	21	91,3±2,93	51	73,9±4,57	**<0,01**	72	78,3
б) нет	0	0	1	2,8±1,71	>0,05	0	0	1	1,4±1,22	>0,05	1	1,1
в) затрудняюсь ответить	14	25,0±4,51	5	13,8±3,59	**<0,05**	2	8,7±2,93	17	24,7±4,49	**<0,01**	19	20,6

Таблица 3.2.31.

Оценки мнений фтизиатров о возможности организации специализированных занятий для врачей поликлиник и больниц по психологическим вопросам посвященным проблеме туберкулеза

Вопрос анкеты	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом психологическим вопросам												
а) да	35	62,5±5,04	28	77,8±4,33	**<0,05**	18	78,3±4,29	45	65,3±4,96	**<0,05**	63	68,5
б) нет	3	5,4±2,35	1	2,8±1,71	>0,05	1	4,3±2,11	3	4,3±2,11	>0,05	4	4,3
в) затрудняюсь ответить	18	32,1±4,86	7	19,4±4,12	**<0,05**	4	17,4±3,95	21	30,4±4,79	**<0,05**	25	27,2

Таблица 3.2.32

Оценки мнений фтизиатров о возможности организации специализированных занятий для врачей поликлиник и больниц по вопросам оказания социальной помощи больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с терапевтами общей лечебной сети специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом вопросам оказания социальной помощи												
а) да	34	60,7±5,09	24	66,7±4,91	>0,05	18	78,3±4,29	40	58,0±5,14	**<0,01**	58	63,1
б) нет	4	7,1±2,67	2	5,6±2,39	>0,05	1	4,3±2,11	5	7,2±2,69	>0,05	6	6,5
в) затрудняюсь ответить	18	32,2±4,87	10	27,7±4,66	>0,05	4	17,4±3,95	24	34,8±4,96	**<0,01**	28	30,4

Таблица 3.2.33.

Оценки мнений о возможности организации специализированных занятий для фтизиатров по медицинским вопросам

Вопрос анкеты	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с фтизиатрами специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом медицинским вопросам												
а) да	39	69,6±4,79	31	86,1±3,60	**<0,01**	16	69,6±4,79	54	78,3±4,29	>0,05	70	76,1
б) нет	5	8,9±2,96	2	5,6±2,39	>0,05	2	8,7±2,93	5	7,2±2,69	>0,05	7	7,6
в) затрудняюсь ответить	12	21,5±4,28	3	8,3±2,87	**<0,02**	5	21,7±4,29	10	14,5±3,67	>0,05	15	16,3

Таблица 3.2.34.

Оценки мнений о возможности организации специализированных занятий для фтизиатров по этико-правовым вопросам

Вопрос анкеты	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с фтизиатрами специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом этико-правовым вопросам												
а) да	46	82,1±3,99	34	94,4±2,39	**<0,01**	20	87,0±3,50	60	87,0±3,50	>0,05	80	86,9
б) нет	2	3,6±1,94	0	0	>0,05	0	0	2	2,9±1,74	>0,05	2	2,2
в) затрудняюсь ответить	8	14,3±3,64	2	5,6±2,39	**<0,05**	3	13,0±3,5	7	10,1±3,14	>0,05	10	10,9

Таблица 3.2.35.

Оценки мнений о возможности организации специализированных занятий для фтизиатров по психологическим вопросам

Вопрос анкеты	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с фтизиатрами специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом психологическим вопросам												
а) да	38	67,9±4,86	33	91,7±2,87	**<0,001**	17	74,0±4,57	54	78,3±4,29	>0,05	71	77,2
б) нет	3	5,4±2,35	0	0	>0,05	1	4,3±2,11	2	2,9±1,74	>0,05	3	3,3
в) затрудняюсь ответить	15	26,7±4,61	3	8,3±2,87	**<0,01**	5	21,7±4,29	13	18,8±4,07	>0,05	18	19,5

Таблица 3.2.36.

Оценки мнений о возможности организации специализированных занятий для фтизиатров по вопросам оказания социальной помощи больным туберкулезом

Вопрос анкеты	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Полезно было бы организовать с фтизиатрами специальные занятия, посвященные связанным с туберкулезом вопросам оказания социальной помощи												
а) да	36	64,3±4,99	29	80,6±4,12	**<0,02**	16	69,6±4,79	49	71,0±4,73	>0,05	65	70,7
б) нет	3	5,4±2,35	2	5,6±2,39	>0,05	2	8,7±2,93	3	4,3±2,11	>0,05	5	5,4
в) затрудняюсь ответить	17	30,3±4,79	5	13,8±3,59	**<0,01**	5	21,7±4,29	17	24,7±4,49	>0,05	22	23,9

Таблица 4.3.3.

Мнения фтизиатров о реальной поддержке больных туберкулезом со стороны семьи и родственников

	Место работы				P	Стаж				P	Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)			До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Сколько Ваших пациентов, больных туберкулезом, получили, /получают/ помощь и реальную поддержку со стороны своей семьи и родственников												
а) практически все	6	10,7±3,22	2	5,6±2,39	>0,05	1	4,3±2,11	7	10,1±3,14	>0,05	8	8,7
б) около 50%	21	37,5±5,04	14	38,9±5,08	>0,05	5	21,7±4,29	30	43,6±5,16	**<0,01**	35	38,1
в) 20 - 30%	11	19,6±4,13	9	25,0±4,51	>0,05	7	30,4±4,79	13	18,8±4,07	>0,05	20	21,7
г) единицы или никто	6	10,7±3,22	6	16,7±3,88	>0,05	4	17,4±3,95	8	11,6±3,33	>0,05	12	13,1
д) затрудняюсь ответить	12	21,5±4,28	5	13,8±3,59	>0,05	6	26,2±4,58	11	15,9±3,81	>0,05	17	18,4

Таблица 4.3.4.

Мнения фтизиатров о создании «Ассоциации родственников и друзей больных туберкулезом» по оказанию им дополнительной помощи

	Место работы					Стаж					Все (n=92)	
	Диспансер (n=56)		Стационар (n=36)		P	До 10 лет (n=23)		10 лет и более (n=69)		P		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Целесообразно ли создание "Ассоциации родственников и друзей людей, болеющих туберкулезом", которая оказывала бы различную помощь болеющим туберкулезом людям												
а) безусловно, да	17	30,4±4,79	8	22,2±4,33	>0,05	9	39,2±5,08	16	23,2±4,4	**<0,02**	25	27,2
б) скорее, да	20	35,7±4,99	13	36,1±5,0	>0,05	7	30,5±4,8	26	37,7±5,05	>0,05	33	35,9
в) скорее, нет	7	12,5±3,44	2	5,6±2,39	>0,05	1	4,3±2,11	8	11,6±3,33	>0,05	9	9,8
г) безусловно, нет	1	1,8±1,38	5	13,9±3,6	**<0,01**	1	4,3±2,11	5	7,2±2,69	>0,05	6	6,5
д) затрудняюсь ответить	11	19,6±4,13	8	22,2±4,33	>0,05	5	21,7±4,29	14	20,3±4,19	>0,05	19	20,6