

## Поведенческий ответ больных на «клеймо» туберкулеза

**Е.В. СУХОВА**

*доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры экологии и безопасности жизнедеятельности Самарского государственного экономического университета*

*В статье изложены и обсуждены результаты осуществленного анкетирования мужчин и женщин, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Показано, что большинство больных чувствуют себя в вынужденной социальной изоляции, не получают эмоциональной поддержки, обращаются к вере в Бога, считают свою болезнь не инфекционным заболеванием, а социальным страданием, хотят отомстить обществу и не выполняют правил личной гигиены. Продемонстрировано, что усталость от лечения приводит к нарушению назначений и развитию лекарственной устойчивости микобактерий.*

**Ключевые слова:** *хронический туберкулез легких, социальные характеристики больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, отношение к болезни и лечению больных хроническим туберкулезом легких, отношение окружающих к больным туберкулезом, поведенческий ответ больных туберкулезом.*

Начало болезни при туберкулезе постепенное. Месяцами человека беспокоит слабость, нарушение ночного сна, потливость, сухой кашель, субфебрильная температура. К врачам обращаются при появлении прожилок крови в мокроте, что свидетельствует о распаде легочной ткани. Распад легочной ткани сопровождается бактерио-выделением, что делает больного опасным для окружающих [8]. Лечение впервые диагностированных форм занимает в среднем год-полтора, лечение хронических форм продолжается годами. За это время может сформироваться лекарственная устойчивость возбудителя к основным противотуберкулезным препаратам. В этом случае приходится применять резервные препараты, которые хуже переносятся больными, имеют больше побочных

эффектов, курс лечения оказывается более длительным [5; 7; 11]. Если больной с лекарственноустойчивыми штаммами микобактерий заражает окружающих, то он передает не только болезнь, но и устойчивость к лекарственным препаратам. Больные с хроническим течением туберкулеза, как правило, несут постоянную угрозу заражения окружающих, обычно раз в год они должны проходить курс стационарного лечения, которое длится несколько месяцев [5; 10; 12].

Длительное лечение сопровождается потерей работы, снижением материального и социального статусов (после излечения нельзя возвращаться к некоторым профессиям, например, педагога, воспитателя, парикмахера, т.е. тем, в которых имеется расширенный и тесный контакт с людьми). Существенно изме-

няется образ жизни, это касается не только самого больного, но и членов его семьи [5; 12].

Источником инфекции является больной человек, он выделяет заразное начало при кашле, разговоре, а при хронических формах — постоянно. Изменяется ли отношение окружающих, родных, членов семьи к больным туберкулезом? Пытаются ли они ограничить контакты с ним, уменьшить общение? Чувствует ли сам больной изменение отношения к себе, страх окружающих? Испытывают ли члены семьи больного туберкулезом изменение отношения к себе окружающих? Распространяется ли страх заражения окружающих также на членов семьи больного туберкулезом?

Заболевание является жизнеугрожающим для больного человека, осложнениями туберкулеза легких являются легочные кровотечения, свищи, спонтанный пневмоторакс. Больного туберкулезом легких месяцами беспокоят интоксикация, субфебрильная температура тела, слабость, потливость, нарушение сна. Он нуждается в эмоциональной поддержке близких и родственников. Для приобретения некоторых лекарств и продуктов ему может требоваться материальная поддержка. Получает ли он ее от своих близких и членов семьи? Если не получает, то какие действия предпринимает в ответ? При потере работы, социального и материального статусов не появляется ли у больных озлобление на общество? Повлекло ли заболевание существенные изменения в жизни? Каким образом сами больные пытаются справиться с такой ситуацией?

В доступной нам литературе мы не нашли ответов на эти вопросы.

## Программа обследования

Целью проведенного исследования было изучение специфики отношения окружающих, членов семьи, близких к больному туберкулезом легких, а также особенностей поведения самих больных туберкулезом легких.

Была обследована группа больных, проходивших курс стационарного лечения в ГУЗ ММУ «Самарская городская туберкулезная больница» № 5. Больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких было 253 человека, из них 152 мужчины (возраст  $45,7 \pm 3,8$  лет), и 101 женщина (возраст  $44,0 \pm 3,9$  лет). Средняя длительность заболевания туберкулезом среди всех больных составила  $7,5 \pm 1,8$  лет. Пациенты были отобраны методом сплошной выборки. Методы обследования были обычными для подтверждения диагноза туберкулеза легких (клинические, лабораторные, рентгенологические, функциональные). Лекарственная устойчивость подтверждалась культуральным методом.

Для анализа социальных характеристик была разработана специальная анкета «Социальные характеристики больных туберкулезом легких» (рационализаторское предложение № 216 Самарского государственного медицинского университета). В анкете отражены те параметры, которые характеризуют отношение членов общества к больным туберкулезом и самих больных-хроников по отношению к другим членам общества, поскольку больные данной категории являются бактериовыделителями и несут реальную угрозу заражения окружающих. Анкета содержит информацию по некоторым социальным характеристикам больных: образование, характер труда,

пребывание в исправительно-трудовых учреждениях, длительность курения, употребление алкоголя, наличие семьи, условия проживания. Таким образом, учитывались те факторы, которые являются факторами риска по туберкулезу легких. Вопрос о выполнении правил личной гигиены позволяет судить о социальной опасности больного человека. Исходя из норм медицинской этики, нельзя «в лоб» спрашивать, стремится ли больной заражать окружающих. Кроме того, не всегда следует ждать искреннего ответа на этот вопрос. Вопрос же о соблюдении правил личной гигиены поставлен корректно, все больные информированы о том, что это инфекционное заболевание и необходимо соблюдать гигиенические правила. Каждый анкетиремый письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании. Его ставили в известность о том, что обследование анонимное, и его фамилия нигде не будет фигурировать, а ответы будут анализироваться в обобщенном виде.

Для изучения отношения к болезни и лечению была разработана другая анкета (рационализаторское предложение № 510 Самарского военно-медицинского института). Анкета разрабатывалась для больных-хроников. Она позволяет выявить настрой больного человека на лечение, на основные трудности в лечении. Лечение длится до полугода. Все это время больной находится в условиях стационара, в отрыве от привычной жизни и семьи. Невыполнение назначений приводит к развитию лекарственной устойчивости, повышению социальной опасности больного. Сравнение результатов анкетирования с назначениями в истории болезни позволяет выявить, какие схемы лечения переносятся тяжелее,

какие процедуры больные переносят более болезненно, какие диагностические назначения воспринимаются как наиболее тяжелые. Помимо болезненности некоторых процедур, у больных имеются и другие трудности в лечении, например, отсутствие денег на приобретение симптоматических препаратов или продуктов питания. Основные препараты назначаются всем бесплатно, но для снятия побочных эффектов необходимы дополнительные симптоматические препараты, которые назначаются индивидуально. Вопросы о трудностях лечения также были включены в анкету. При нехватке денег на симптоматические препараты больные прекращают прием основных, либо снижают назначенную врачом дозировку. Это приводит к развитию лекарственной устойчивости и делает больных особенно социально опасными.

Методики анкетирования, в которых испытуемый отвечает на вопросы самостоятельно, более полно отражают изучаемые показатели, чем те, в которых результаты получены с помощью интервьюера. Анкета состоит из утверждений, на которые больной человек отвечает утвердительно или отрицательно. Утвердительные или отрицательные ответы пациентов суммировались и обрабатывались общепринятыми статистическими методиками. У 30% пациентов через месяц было проведено повторное анкетирование (качественные расхождения результатов зафиксированы не были).

### **Результаты обследования**

После изучения данных историй болезней были проанализированы значимые клинические, рентгенологические,

лабораторные характеристики больных. Они соответствовали диагнозу «фиброзно-кавернозный туберкулез легких». 87,9 % обследованных больных являлись бактериовыделителями. У 36,4% из них

была выявлена множественная лекарственная устойчивость.

Данные анкеты по изучению социальных характеристик были проанализированы и представлены в виде табл. 1.

Таблица 1

**Социальные характеристики больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких**

Показатель	Процент	
	мужчин	женщин
Средне-специальное образование	56,8	60,7
Среднее образование	35,5	31,2
Высшее образование	4,5	5,3
Начальное образование	3,2	2,8
Курение более 10 лет	97,8	46,7
Злоупотребление алкоголем	52,3	12,5
Проживает один	27,4	19,2
Проживает с другими родственниками	33,9	26,8
Имеет полную семью	30,6	41,2
Имеет неполную семью	8,1	12,8
Вдовец (вдова)	11,6	9,4
Не имеет постоянного места жительства	5,7	2,1
Имеет комнату в коммунальной квартире	17,7	34,2
Имеет частный дом без удобств	28,2	16,3
Имеет отдельную квартиру с удобствами	48,4	47,4
Не имеет средств к существованию	54,8	43,2
Доход ниже прожиточного уровня	40,3	52,7
Прожиточный минимум и больше	4,9	4,1
Неквалифицированный труд	9,7	6,4
Квалифицированный тяжелый труд	56,5	32,1
Труд, связанный с повышенным нервно-психическим напряжением	22,6	44,7
Квалифицированный легкий труд	11,2	16,8
Заболевание началось и протекало в исправительно-трудовых учреждениях	64,3	40,6
Отсутствие эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей	62,5	58,3
Отсутствие материальной поддержки от членов семьи, близких и друзей	62,4	42,1
Вынужденная изоляция больного туберкулезом от общества	48,6	60,8
Разрыв с больным контактов из-за болезни	80,3	80,7
Испытывает на себе то, что больные туберкулезом — «изгой» общества	76,4	45,2
Неопределенность будущего из-за болезни	20,6	40,7
Страх остаться в одиночестве из-за заболевания туберкулезом	36,4	49,2
«Клеймо» туберкулеза существует в обществе	87,9	76,4
Испытал на себе «клеймо» туберкулеза	95,2	87,4
Родные и близкие больного испытали «клеймо» туберкулеза	75,2	81,2

Показатель	Процент	Процент
	мужчин	женщин
Туберкулез – не столько инфекционная болезнь, сколько социальное страдание	87,2	76,9
Желание «отомстить» обществу за свои страдания в связи с болезнью	76,2	44,7
Родные отвернулись от меня из-за болезни	32,4	46,3
Я не нужен обществу	65,8	73,2
Стремление скрыть от окружающих то, что болен туберкулезом	42,6	64,3
Обращение к религии	76,8	64,7
Уверенность в том, что как только окружающие узнают о заболевании туберкулезом, то начнут их избегать	71,8	70,8
Нарушение жизненных планов	80,2	100,0
Изменение образа жизни	68,7	84,4
Причиной развода явилось заболевание туберкулезом	40,1	30,7
Информированность о том, что туберкулез является инфекционным заболеванием	94,1	93,5

Как видно из табл. 1, большинство больных хроническим туберкулезом легких имеют среднее или средне-специальное образование, злоупотребляют алкоголем, курят более 10 лет, не имеют средств к существованию либо доход ниже прожиточного уровня, занимаются тяжелым трудом, не получают материальную и эмоциональную поддержку, чувствуют себя изолированными от общества, «изгоями» в обществе, контакты с ними разорваны, они испытывают на себе, а также на членах семьи «клеймо» туберкулеза, считают свое заболевание социальным страданием. В тяжелой жизнен-

ной ситуации 76,8% мужчин и 64,7% больных женщин обратились к религии. Больше половины мужчин и 41% женщин заболели туберкулезом в местах лишения свободы. Болезнь нарушила их жизненные планы, в некоторых случаях привела к распаду семьи. Практически у всех больных мужчин и половины больных женщин появляется желание «отомстить» обществу за свои страдания.

Отношение к болезни и лечению больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких по данным анкетирования представлено в табл. 2.

Таблица 2

**Отношение к болезни и лечению больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких**

Показатель	Процент	Процент
	мужчин	женщин
Уверенность в неизлечимости болезни	67,4	53,6
У лекарств слишком много побочных эффектов	59,1	63,5
Мне назначили слишком много лекарств	43,2	57,9
Мне не хватает терпения довести до конца лечение	43,7	64,2
Я боюсь рано умереть	42,8	58,7
Длительное нахождение в больнице угнетает меня	76,8	93,4
Я сожалею о том, что нет более эффективных препаратов и методов лечения туберкулеза	92,7	98,5

Показатель	Процент	Процент
	мужчин	женщин
Ощущение физической слабости	52,4	20,6
Я не могу физически защитить себя	20,4	12,3
Чувство усталости от болезни, длительного лечения	48,4	60,4
Пропуск приема препарата	52,3	34,2
Пропуск посещения врача	48,2	24,5
Пропуск процедур	62,1	24,3
Самостоятельное изменение дозировки препарата	12,3	9,5
Самостоятельное прекращение приема препарата	76,3	56,8
Прием препарата по рекомендации другого пациента	14,3	43,6
Боли от диагностических или лечебных процедур	24,1	46,3
Страх ожидания болезненных процедур	57,2	76,3
Болезненные ощущения от инъекций	23,1	46,2
Появление побочных эффектов препаратов	33,7	63,5
Наличие финансовых затруднений из-за лечения	65,2	71,9
Невозможность приобретения препаратов	66,2	58,2
Невозможность приобретения продуктов	76,8	52,7
Точность выполнения правил личной гигиены	28,4	63,2

Как показано в табл. 2, больные хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких не верят в возможность излечения, устали от длительного лечения, пребывание в больнице их угнетает. Они сожалеют о том, что нет более эффективных методов лечения, а те, что они испытали, вызывали побочные действия, болезненные осложнения, что привело к страху лечения, самовольному изменению дозировок, пропускам приема, либо даже прекращению лечения. На приобретение симптоматических препаратов (для уменьшения побочных эффектов) у них нет денег, как и на дополнительное питание.

### Обсуждение результатов обследования

Человечество сталкивалось с туберкулезом на протяжении многих веков: с помощью методов генной диагностики были обнаружены следы перенесенного

туберкулеза у мумий египетских фараонов [8]. При этом заболевании невозможно биологическое излечение, только клиническое (если микобактерии попали в организм, очиститься от них нельзя). Клиническое излечение означает кальцинацию-обызвествление очага. Возможна кальцинация под воздействием лечения, возможно самоизлечение при хорошем питании, пребывании на свежем воздухе и относительно высоких защитных силах организма. До распространения антибактериальных препаратов больному приходилось рассчитывать только на свои защитные силы, которые не у всех были достаточно выражены и поэтому смертность от туберкулеза была выше, чем число погибших в войнах.

В настоящее время лечение продолжается по несколько месяцев, и после клинического излечения выносятся запрет на работу, например, юристом, педагогом. При туберкулезе инвалидность назначается не только по клиническим, но и по социальным показаниям.

Люди испытывают страх перед больными туберкулезом, и не пытаются его скрывать. Они прекращают контакты с больными, в том числе и с родственниками, всячески дистанцируются от них. 40,1% обследованных мужчин и 30,7% женщин считают, что именно эта болезнь стала причиной распада их семьи.

Средняя длительность заболевания обследованных больных составляет 8 лет. За это время больные многократно проходили курсы лечения. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких назначается инвалидность (обычно второй группы), больные признаются нетрудоспособными, теряют работу, социальный и материальный статус. Их будущее оказывается неопределенным, жизненные планы резко нарушаются, болезнь требует постоянного лечения, соблюдения профилактических требований, изменения привычного образа жизни.

Больных туберкулезом беспокоит постоянная температура, слабость, кашель с мокротой. Они не могут физически постоять за себя, что значимо для них. Больной человек нуждается в эмоциональной поддержке, но большая часть больных ее не получают, так же как и материальную поддержку. Возникают трудности с приобретением лекарственных препаратов и продуктов питания. Лекарственные препараты нужны для снятия побочных эффектов лечения, усиленное питание способствует повышению защитных сил организма. При этом они ощущают себя в вынужденной изоляции, так как не только окружающие, но и члены семьи, родственники прекращают с ними контактировать. Они чувствуют себя «изгоями общества» с «клеймом» туберкулеза. Страх заражения окружающих распространяется

и на членов семей больных, они также ощущают на себе «клеймо» туберкулеза. Практически все больные уверены в том, что окружающие отвернутся от них, когда узнают о болезни. Они пытаются скрыть факт болезни, а это опасно для окружающих.

Практически все больные осведомлены о том, что это инфекционная болезнь, которая вызывается «палочкой Коха». Но 87,2% мужчин и 76,9% женщин показали, что считают: «туберкулез — не столько инфекционная болезнь, сколько социальное страдание». В сложной жизненной ситуации 76,8% мужчин и 64,7% больных женщин обратились к религии, чтобы найти в ней поддержку. Они не нашли поддержки у близких, членов семей и окружающих, и обратились к Богу. Эта вера им помогает выстоять в трудной жизненной ситуации. Но верующие люди имеют обыкновение посещать церковь, где большая скученность народа, участвовать в обрядах (целовать крест, прикладываться к иконе). Больные туберкулезом при соблюдении обрядов могут заразить большое число людей.

76,2% больных мужчин и 44,7% женщин заявили о «желании «отомстить» обществу за свои страдания в связи с болезнью».

Как могут отомстить всему обществу эти люди? Заражением окружающих. И это происходит при невыполнении правил личной гигиены.

«Точность выполнения правил личной гигиены» показали 28,4% больных туберкулезом мужчин и 63,2% женщин. Остальные 71,6% мужчин и 36,8% женщин не соблюдают регламентированные правила гигиены и тем самым способствуют заражению окружающих.

Интересен факт того, что к вере в Бога пришли 76,8% мужчин, а правила личной гигиены соблюдают только 28,4%. Обида и злость на членов общества доминируют над Библейскими заповедями. Отчасти это можно объяснить тем, что 64,3% больных туберкулезом мужчин заболели во время пребывания в исправительно-трудовых учреждениях.

Многочисленные курсы лечения привели к развитию у больных туберкулезом страха перед болезненными процедурами. Диагностические и лечебные процедуры также сопровождаются болью, лечебные препараты имеют побочные эффекты. Практически всех опрошенных угнетает длительное пребывание в больнице, они устали от лечения, уверены в неизлечимости болезни, хотя страх смерти присутствует. Больные-хроники не всегда соблюдают врачебные назначения, пропускают процедуры, прием лекарств, самовольно уменьшают дозу или вовсе отменяют сами себе назначения, не ставя об этом в известность медицинский персонал. Это делает их особенно опасными, они продолжают выделять микобактерии, при этом лекарственноустойчивые, а значит, люди, получившие инфекцию от них, также изначально будут иметь лекарственноустойчивые штаммы и должны будут лечиться резервными препаратами. Особенно уязвимы к заражению дети до 6 лет, лица преклонного возраста, беременные женщины. Обследованные больные на 87,9% являются бактериовыделителями, у 36,4% из них выявлена множественная лекарственная устойчивость.

Таким образом, можно отметить наличие своеобразного порочного круга — члены общества бояться заразиться ту-

беркулезом, что означает потерю работы, снижение материального и социального статусов, длительное лечение, зачастую выход на инвалидность и дистанцируются от больных. Больные ощущают себя в вынужденной изоляции, не получают эмоциональную поддержку, устали от длительного лечения, получили инвалидность, их жизненные планы нарушились из-за болезни, образ жизни изменился, почти все они уже не верят в возможность излечения, они сами и члены их семей испытывают «клеймо» туберкулеза. Хотя они знают о том, что это инфекционное заболевание, они склонны считать его социальным страданием. 76,2% мужчин и 44,7% женщин не скрывают своего желания «отомстить» обществу за свои страдания в связи с болезнью. «Мсть» заключается в несоблюдении правил личной гигиены 71,6% мужчин и 36,8% женщин, страдающих хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Проведенное исследование выявило поведенческую агрессию больных туберкулезом легких в ответ на вынужденную социальную изоляцию, снижение материального и социального статусов. Даже обращение к религии несет опасность заражения. Усталость от длительного лечения приводит к несоблюдению врачебных назначений и развитию лекарственноустойчивых штаммов, что делает больных данной категории особенно социально опасными.

Иллюстрацией вышеизложенного являются статистические показатели по туберкулезу в нашей стране. В 2012 г. в Российской Федерации зарегистрировано 96740 случаев туберкулеза, показатель заболеваемости в среднем по стране составил 67,7 на 100 тыс. населения [7; 10].

Наиболее высокая заболеваемость туберкулезом в России регистрируется на территории Дальневосточного (122,1 на 100 тыс. населения), Сибирского (109,7) и Уральского (86,4) Федеральных округов. Превышение среднего по стране показателя заболеваемости туберкулезом (от 80 до 206 случаев на 100 тыс. населения) зарегистрировано во всех субъектах Дальневосточного и Сибирского федеральных округов [7; 10]. Снижения заболеваемости туберкулезом детей и подростков в последние годы не происходит. Так, показатель заболеваемости детей в возрасте до 14 лет в 2012 г. в среднем по стране составил 16,7 случаев на 100 тыс. детей данной возрастной группы. Среди детей до 14 лет наиболее высокий показатель заболеваемости туберкулезом продолжает регистрироваться в возрастной группе 3–6 лет – 20,3 на 100 тыс. детей возрастной группы. По-прежнему, регистрируется на высоком уровне показатель заболеваемости подростков. В 2012 г. он составил 31,3 на 100 тыс. возрастной группы [1; 10]. При этом в настоящее время закладывается здоровье нации, связанное с туберкулезом, на несколько поколений вперед. Поэтому предупреждение заражения туберкулезом детей и подростков является одной из важнейших задач здравоохранения и государства.

Туберкулез является не только медицинской, но и социальной проблемой. Не

вызывает сомнений тот факт, что социальные психологи должны знать о данной проблеме и участвовать в ее решении.

## Выводы

1. Члены семьи больного туберкулезом легких, родственники, окружающие из страха заражения, как правило, дистанцируются от него.

2. Больные фиброзно-кавернозным туберкулезом легких становятся инвалидами, у них снижаются материальный и социальный статусы, они чувствуют себя в вынужденной социальной изоляции, склонны считать болезнь социальным страданием, готовы «отомстить» всему обществу.

3. «Мсть» обществу заключается в несоблюдении правил личной гигиены больными туберкулезом легких.

4. Для совладания с трудной жизненной ситуаций большая часть больных обращается к вере в Бога, что при несоблюдении правил личной гигиены в условиях исполнения массовых обрядов может привести к столь же массовому заражению.

5. Усталость от лечения, отсутствие эмоциональной поддержки близких приводят к нарушению врачебных назначений, развитию лекарственноустойчивых штаммов микобактерий и делают больных особенно социально опасными.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Проблемы туберкулеза. 2002. № 1.
2. Богородская Е.М., Данилова И.Д., Ломакина О.Б. Мероприятия по формированию у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии // Проблемы туберкулеза. 2007. № 3.

3. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Овсянкина Е.С. Формы агрессии у подростков // Проблемы туберкулеза. 2012. № 1.
4. Золотова Н.В., Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В. Исследование распространенности форм агрессии у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. 2007. № 9.
5. Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 (в редакции Приказа Минздравсоцразвития РФ от 29.10.2009 № 855) «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007 № 514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности».
7. Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2012 году [Электронный ресурс]... ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации» URL: [http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tb\\_2013\\_rf.pdf](http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tb_2013_rf.pdf). (дата обращения: 12.01.2014).
8. Сухова Е.В., Сухова В.М. Туберкулез легочный и внелегочный. Клиника. Диагностика. Лечение: учеб. пособие для студ. медицинских вузов. Самара, 2005.
9. Стрельцов В.В., Баранова Г.В., Сиресина Н.Н., Столбун Ю.В., Васильева И.А. Возможности оптимизации психологического состояния больных туберкулезом легких в процессе индивидуальной психологической коррекции // Проблемы туберкулеза. 2012. № 3.
10. Туберкулез в Российской Федерации. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М., 2011.
11. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» с изменениями и дополнениями [Электронный ресурс] // Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, № 26, ст. 2581. URL: <http://base.garant.ru/12123352/> (дата обращения: 12.01.2014).
12. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания. Общероссийская общественная организация: «Российское общество фтизиатров». М., 2014.

## Behavioral Response of Tuberculosis Patients to Disease-Associated Stigma

E. V. SUKHOVA

*Doctor of Medicine, professor at the Chair of Ecology and Public Safety,  
Samara State University of Economics*

*The paper reports data of a survey of male and female patients suffering from pulmonary tuberculosis. The survey findings show that most patients feel themselves forcedly isolated and deprived of the necessary emotional support; they turn to God and consider their illness not as an infectious disease, but as social suffering; they dream of taking revenge on the society and do not take care of personal hygiene. The paper concludes that, tired of the treatment, the patients fail to follow the prescriptions, which, in turn, leads to the development of drug resistance in Mycobacteria.*

**Keywords:** *chronic pulmonary tuberculosis, social characteristics of patients with pulmonary tuberculosis, TB patients' attitudes to disease and treatment, attitudes to TB patients, behavioral response in patients with tuberculosis.*

### REFERENCES

1. *Aksenova V.A. Inficirovannost' i zabolevaemost' tuberkulezom detei kak pokazatel' obshei epidemiologicheskoi situatsii po tuberkulezu v Rossii // Problemy tuberkuleza. 2002. № 1.*
2. *Bogorodskaya E.M., Danilova I.D., Lomakina O.B. Meropriyatiya po formirovaniyu u bol'nyh tuberkulezom stimulov k vyzdorovleniyu i soblyudeniyu rezhima himioterapii // Problemy tuberkuleza. 2007. № 3.*
3. *Zolotova N.V., Ahtyamova A.A., Ovsyankina E.S. Formy agressii u podrostkov // Problemy tuberkuleza. 2012. № 1.*
4. *Zolotova N.V., Siresina N.N., Strel'cov V.V. Issledovanie rasprostranennosti form agres-sii u bol'nyh s vpervye vyyavlennym tuberkulezom legkih// Problemy tuberkuleza. 2007. № 9.*
5. *Prikaz Minzdrava RF ot 21.03.2003 № 109 (v redakcii Prikaza Minzdravsocrazvitiya RF ot 29.10.2009 № 855) "O sovershenstvovanii protivotuberkuleznyh meropriyatii v Rossiiskoi Federatsii".*
6. *Prikaz Minzdravsocrazvitiya RF ot 01.08.2007 № 514 "O poryadke vydachi medicinskimi organizatsiyami listkov netrudospособnosti".*
7. *Situatsiya po tuberkulezu i rabote protivotuberkuleznoi sluzhby Rossiiskoi Federatsii v 2012 godu [Elektronnyi resurs]... FGBU "Central'nyi NII organizatsii i informatizatsii zdavoohraneniya Ministerstva zdavoohraneniya Rossiiskoi Federatsii" URL: [http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tb\\_2013\\_rf.pdf](http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tb_2013_rf.pdf). (data obrasheniya: 12.01.2014).[]*
8. *Suhova E.V., Suhova V.M. Tuberkulez legochnyi i vnelegochnyi. Klinika. Diagnostika. Lechenie: Uchebnoe posobie dlya studentov medicinskih vuzov. Samara, 2005.*

9. *Strel'cov V.V., Baranova G.V., Siresina N.N., Stolbun Yu.V., Vasil'eva I.A.* Vozmozhnosti optimizatsii psihologicheskogo sostoyaniya bol'nyh tuberkulezom legkih v processe individual'noi psihologicheskoi korrektsii // Problemy tuberkuleza. 2012. № 3.
10. Tuberkulez v Rossiiskoi Federacii. Analiticheskii obzor statisticheskikh pokazatelei po tuberkulezu, ispol'zuemyh v Rossiiskoi Federacii. M., 2011.
11. Federal'nyi zakon ot 18 iyunya 2001 g. № 77-FZ "O preduprezhdenii rasprostraneniya tuberkuleza v Rossiiskoi Federacii" s izmeneniyami i dopolneniyami [Elektronnyi resurs] // Sobranie zakonodatel'stva Rossiiskoi Federacii, 2001, № 26, st. 2581. URL: <http://base.garant.ru/12123352/>(data obrasheniya: 12.01.2014).
12. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu tuberkuleza organov dyhaniya. Obshherossiiskaya obshstvennaya organizatsiya: "Rossiiskoe obshество ftiziatrov. M., 2014.