

На правах рукописи

КАРДАНОВА ЛЕЙЛА ДАДАШЕВНА

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2006

Работа выполнена в Кабардино-Балкарском государственном университете им.
Х.М. Бербекова

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор **Шомахов Алексей Озермесович**

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор **Борисов Сергей Евгеньевич**
доктор медицинских наук,
профессор **Киселев Александр Сергеевич**

Ведущая организация: Московский городской научно-практический
центр борьбы с туберкулезом

Защита состоится «15» декабря 2006 г. в 10 часов на заседании
диссертационного совета Д208.110.01 при ФГУ «Центральный научно-
исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения и
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу:
127254, г. Москва, ул. Добролюбова 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»
г. Москва, ул. Добролюбова 11.

Автореферат разослан « » _____ 2006 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, с.н.с.

Е.И. Сошников

Актуальность темы

Начало XXI века характеризуется значительным ростом заболеваемости туберкулезом и смертности от него во всем мире. Туберкулез занимает в настоящее время первое место, как причина смертности от инфекционных заболеваний населения, высока инвалидность от него. В 1993 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) объявила туберкулез «Проблемой глобальной опасности». По неполным данным ВОЗ ежегодно туберкулезом заболевают 9 млн. человек и более 3 млн. умирает от этой болезни (А.Г. Хоменко, 1999; А. Kochi, 2001).

Заболеваемость туберкулезом населения РФ с 1990 по 2005 гг. повысилась в 2,5 раза (с 34,2 на 100 тыс. населения до 83,8 соответственно), а по Кабардино-Балкарской Республике (КБР) в 1,3 раза (с 36,0 в 1992 году до 47,7 в 2005 г.). Пик заболеваемости по РФ наблюдался в 2000 г. – 90,7, а по КБР – в 1997 г. (64,1 на 100 тыс. населения)

Эпидемиология туберкулеза имеет ряд особенностей, обусловленных как инфекционным, так и социальным характером заболевания. Масштабный социально-экономический кризис, возникший с началом проведения реформ в России, привел к значительному росту заболеваемости, болезненности туберкулезом и смертности от него. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу является тревожной в связи с наличием значительного резервуара туберкулезной инфекции среди населения; увеличением случаев заражения людей возбудителями, устойчивыми к химиопрепаратам, регистрацией остро прогрессирующих форм заболевания и снижением общей сопротивляемости организма к инфекции в условиях экономического кризиса и обнищания населения. Негативные социально-экономические проблемы влияют на привычный уклад жизни большинства населения. Это приводит к дезадаптации личности в конкретной микросоциальной среде, отражаясь на психическом и физическом здоровье человека (Г.И. Девяткова, 1992; А.Г. Хоменко, 1997).

Для решения проблем туберкулеза, осуществления мер по профилактике этого заболевания, важно изучение взаимосвязи медико-социального статуса и качества жизни больных в каждом отдельном случае и в каждой социальной группе.

Исследуя качество жизни больного можно получить данные, характеризующие его физическое, психологическое и социальное функционирование, оценить влияние заболевания на состояние больного и его самочувствие.

Целью лечения любого заболевания, в том числе и туберкулеза, следует считать повышение качества жизни больного человека на фоне положительной клинической динамики (А.Г. Чучалин, Н.Ю. Сенкевич, 1998; P.W Jones, 1998). Качество жизни – показатель, который отражает степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социальному статусу и экономическому положению (E.F. Juniper, G.H. Guyatt, J. Dolovich, 1994; D.F. Karnofsky, J. H. Burchenal, 1947).

Клиническая картина туберкулеза легких проявляется симптомами интоксикации, поражения органов дыхания и других систем организма. (М.И. Перельман, 1990). Все это и многое другое снижает качество жизни больных туберкулезом легких.

Учитывая высокую распространенность и большое медико-социальное значение туберкулеза легких, проблема изучения качества жизни больных является крайне актуальной. Вместе с тем, в доступной нам медицинской литературе очень мало публикаций, посвященных качеству жизни больных туберкулезом. Необходимо изучение эпидемиологии туберкулеза, выявление региональных особенностей, изучение взаимосвязи медико-социального статуса и качества жизни больных. Предпринятая работа актуальна и нова в связи с тем, что таких научных исследований проведено недостаточно, а в КБР – впервые. Это и определило выбор темы научного исследования.

Цель исследования:

Усовершенствование организации лечения и реабилитации больных туберкулезом легких посредством изучения качества их жизни в зависимости от медико-социального статуса.

Задачи исследования:

1. Изучить основные эпидемиологические показатели туберкулеза среди населения КБР и РФ в сравнительном аспекте (1990-2005 гг.).

2. Дать комплексную медико-социальную характеристику больных туберкулезом легких в КБР.
3. Исследовать влияние медико-социального статуса на качество жизни больных туберкулезом легких в КБР
4. Оценить состояние качества жизни у больных туберкулезом легких в зависимости от региональных и этнических особенностей.
5. Разработать комплекс мероприятий с целью повышения качества жизни больных туберкулезом легких.

Научная новизна заключается в том, что впервые в КБР осуществлено медико-социальное исследование качества жизни больных туберкулезом легких с учетом специфики факторов региональных, этнических особенностей и традиций. Проведена сравнительная оценка эпидемиологических показателей туберкулеза в РФ и КБР за длительный период (1990-2005 гг.), комплексная медико-социальная характеристика больных туберкулезом легких, исследовано влияние медико-социального статуса на качество жизни и состояние качества жизни у больных туберкулезом во время стационарного и амбулаторного этапов лечения.

Практическая значимость заключается в том, что впервые в регионе разработана и практически реализована программа медико-социального исследования качества жизни больных туберкулезом легких, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении. В ходе реализации программы получены практически и теоретически значимые данные о медико-социальной характеристике больных туберкулезом, отражающие степень их адаптации к болезни и возможность выполнения ими привычных функций, соответствующих социальному статусу и экономическому положению больных.

Полученные данные при изучении качества жизни больных туберкулезом легких позволили охарактеризовать их физическое, психологическое и социальное функционирование, оценить влияние заболевания на состояние больного и его самочувствие.

Материалы исследования дали возможность существенно корректировать проведение лечебно-оздоровительных мер с больными туберкулезом, эффективнее оценивать результаты лечения.

Внедрение результатов работы

Материалы исследования использованы при продлении сроков действия Постановления Правительства КБР «О неотложных мерах борьбы с туберкулезом на период до 2006г.», планировании и реализации организационно-методических мероприятий по совершенствованию мер борьбы с туберкулезом в республике.

Основываясь на теоретическом и практическом обобщении полученных данных, разработаны рекомендации органам и учреждениям противотуберкулезной службы республики в изучении КЖ больных туберкулезом на индивидуальном и групповом уровнях. Это существенное дополнение, позволяющее медицинским работникам противотуберкулезной службы всесторонне оценивать эффективность и прогноз лечения.

Полученные в диссертационной работе данные внедрены в учебный процесс на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения с курсом фтизиатрии медицинского факультета Кабардино-Балкарского госуниверситета и Северо-Осетинской медицинской академии на занятиях со студентами и курсантами сертификационных циклов врачей-фтизиатров и организаторов здравоохранения.

Положения, выносимые на защиту

1. Напряженность эпидемиологической обстановки по туберкулезу в РФ и КБР за период с 1990 по 2005 гг. сохраняется, несмотря на стабилизацию некоторых эпидемиологических показателей.
2. Медико-социальная и гигиеническая характеристика больных туберкулезом легких в КБР сопоставима с общероссийскими показателями.
3. Состояние КЖ у больных туберкулезом в КБР зависит от региональных и этнических особенностей.

Публикации и апробация результатов исследования

Основные результаты диссертационной работы доложены на итоговых научных конференциях сотрудников медицинского факультета (2005, 2006 гг.), на VI Международной научно-практической конференции "Здоровье и образование XXI века" (Москва, 2005 г.), Всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых "Перспектива 2006" (Нальчик, 2006 г.), на заседании Кабардино-Балкарского территориального отделения республиканского общества фтизиатров и

общества организаторов здравоохранения. По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ.

Диссертационная работа апробирована на совместной межкафедральной конференции сотрудников кафедр общественного здоровья и здравоохранения с курсом туберкулеза, инфекционных болезней, микробиологии, вирусологии и иммунологии, факультетской терапии, детских болезней, акушерства и гинекологии, психиатрии, нервных болезней и наркологии, нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета, врачей-фтизиатров ГУЗ "Республиканский противотуберкулезный диспансер" Минздрава КБР 15 сентября 2006г.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 159 страницах машинописного текста и содержит: введение, литературный обзор, главу, посвященную материалам и методам, 3 главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы и приложения. Работа иллюстрирована 25 таблицами и 23 рисунками. Библиография включает 202 источника: 140 отечественных и 62 зарубежных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 632 человека. Объектом изучения служили 512 больных туберкулезом легких и 120 лиц, не страдающих этим заболеванием, подобранных с учетом возраста, пола, национальности, образования, социального и семейного положения и составивших группу контроля (табл. 1).

Основными условиями включения респондентов в группу больных туберкулезом легких явилось нахождение больного на стационарном (270 чел.) или амбулаторном лечении (242 чел.), отсутствие у них оперативных вмешательств в течение 1 месяца до начала нашего исследования. В контрольную группу включались лица, не страдающие туберкулезом легких и отрицающие наличие у себя каких-либо других хронических заболеваний или признающие наличие таковых в анамнезе, но не получающие по их поводу лечения в течение последнего года. Лица, принявшие участие в изучении КЖ, не имели сопутствующих заболеваний, серьезно нарушающих стиль их жизни,

требующих госпитализации или коррекции, влияющей на основные критерии жизнедеятельности.

Исследованы данные статистической отчетности за 15 лет (1990-2005 гг.), по утвержденным постановления Госкомстата России формам: № 33 от 11.11.2005 г. «Сведения о больных туберкулезом»; № 8 от 29.06.1999 г. «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»; истории болезни – форма № 003/у; амбулаторные карты больных туберкулезом - форма № 025/у и контрольная карта диспансерного наблюдения - форма № 30/у.

Таблица 1

Общая характеристика респондентов

Критерии		Здоровые		Больные		p
		абс.	%	абс.	%	
возраст	до 19	5	4,2	21	4,1	>0,05
	20-29	23	19,2	92	18,0	>0,05
	30-39	32	29,2	138	27,0	>0,05
	40-49	31	25,8	157	30,7	>0,05
	50-59	16	13,3	64	12,5	>0,05
	60-69	7	5,8	34	6,6	>0,05
	70-79	3	2,5	6	1,2	>0,05
пол	муж.	84	70,0	380	74,2	>0,05
	жен.	36	30,0	132	25,8	>0,05
национальность	кабардинцы	67	55,8	303	59,1	>0,05
	балкарцы	19	15,8	70	13,6	>0,05
	русские	26	21,7	103	20,1	>0,05
	прочие	8	6,7	37	7,2	>0,05
образование	среднее	56	46,7	264	51,6	>0,05
	среднее специальное	43	35,8	181	35,4	>0,05
	высшее	21	17,5	67	13,1	>0,05
социальное положение	рабочий	22	18,3	102	19,9	>0,05
	служащий	20	16,7	65	12,7	>0,05
	учащийся	10	8,3	33	6,4	>0,05
	работник коммерч. структуры	4	3,3	7	1,4	>0,05
	безработный	34	28,3	157	30,7	>0,05
	пенсионер	19	15,8	97	18,9	>0,05
	инвалид	11	9,2	51	10,0	>0,05
семейное положение	холост (не замужем)	39	32,5	160	31,3	>0,05
	женат (замужем)	58	48,3	271	52,9	>0,05
	развод	15	12,5	52	10,2	>0,05
	вдовец	8	6,7	29	5,7	>0,05

Для обеспечения репрезентативности данных, полученных в ходе исследования, и достоверности выводов объем выборки рассчитан по формуле:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{N \cdot \Delta^2 + t^2 \cdot q}, \text{ где}$$

N - генеральная совокупность;

t - критерий Стьюдента (при $P > 95,5\%$ $t = 2$);

P - показатель распространенности явления.

Поскольку изучение качества жизни больных туберкулезом легких в КБР еще не проводилось, а пробное исследование не осуществлено, мы применили $P = q = 50\%$. Это дает максимально возможное произведение $P \times q = 50 \times 50 = 2500$.

Численность генеральной совокупности составила за исследуемый период (2003 – 2006 гг.) - 1678 больных.

$$\Delta = t \times m = 2 \times 2,21 = 4,42, \quad \text{так как} \quad m = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}} = \pm \sqrt{\frac{50 \cdot 50}{512}} = \pm 2,21$$

$$n = \frac{1678 \cdot 2^2 \cdot 50 \cdot 50}{1678 \cdot 2,21^2 + 2^2 \cdot 50} = \frac{16780000}{32982} = 509$$

Таким образом, необходимый объем выборки составляет 509 больных туберкулезом легких. Поэтому проведенное нами выборочное исследование качества жизни 512 больных туберкулезом легких соответствует исследованию повышенной точности ($t = 2$, $p = 0,95$, коэффициент точности = 0,1).

Первым этапом исследования являлось анкетирование респондентов, согласно опросника ВОЗ «КЖ-100». Анкетирование проводилось в поликлинике и стационаре ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер» Минздрава КБР. У всех респондентов в качестве основного клинического диагноза на момент проведения исследования, выставлялся диагноз туберкулез легких. Наличие у респондента хронического сопутствующего заболевания (вне обострения) не препятствовало включению его в группу больных.

Для исследования мы использовали опросник КЖ-100, адаптированный для условий России в Научно-Исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, под руководством проф. Г.В. Бурковского в 1995 г. Это общий опросник для групповых сравнений, который рекомендован ВОЗ для медико-биологических исследований взрослого населения. Он успешно применялся при обзоре

общей популяции в 16 различных странах для молодых и пожилых пациентов с 16 видами различных хронических заболеваний. Оценку качества жизни мы проводили по 24 аспектам, объединенным в 6 блоков (табл.2).

Таблица 2

Составляющие критериев качества жизни

Критерии	Составляющие
Физическое здоровье (PHYS)	сила, энергия и усталость (ENERGY), боль и дискомфорт (PAINOT), сон и отдых(SLEEP).
Психологическое состояние (PSYCH)	положительные эмоции (PFEEL), возможности обучения (THINK), самооценка (ESTEEM), внешний вид (BODY), негативные переживания (NEGNOT).
Уровень независимости (INDEP)	подвижность (MOBIL), повседневная активность (ACTIV), работоспособность (WORK), зависимость от лекарств и лечения (MEDNOT).
Общественная жизнь (SOCREL)	личные взаимоотношения (RELAT), социальная поддержка (SUPP), сексуальная активность (SEX).
Окружающая среда (ENVIR)	безопасность (SAFETY), быт (HOME), материальная обеспеченность (FINAN), доступность и качество медицинского и социального обеспечения (SERVIC), доступность информации, возможность обучения и квалификации (INFORM), досуг (LEISUR), экология, шум, климат и др. (PHYENV), доступность транспорта (TRANSP).
Духовность (SPIRIT)	личные убеждения, религия (SPIRIT).

Респонденты заполняли анкету качества жизни ВОЗ «КЖ-100» методом интервьюирования под руководством опытного инструктора, который предварительно разъяснял пациенту методику заполнения опросника и отвечал на все возникающие у респондентов вопросы в течение совместной работы.

С целью эпидемиологического и медико-социального изучения больных туберкулезом легких на кафедре общественного здоровья и здравоохранения медицинского факультета Кабардино-Балкарского госуниверситета (КБГУ) была разработана развернутая «Карта медико-социального и эпидемиологического обследования больного туберкулезом легких», в которую заносились все сведения о больном по 40 вопросам, объединенным в 4 раздела.

Сведения были получены методом индивидуального опроса самого больного. Использовались также сведения, выкопированные из соответствующей медицинской документации: медицинская карта амбулаторного больного – форма № 025/у, контрольная карта диспансерного наблюдения – форма № 030/у, карта стационарного больного (история болезни) – форма № 003/у.

Для анализа и оценки полученных данных применялись стандартные методы описательной статистики: вычисление экстенсивных, интенсивных показателей и их средних ошибок ($P \pm m$), средних величин и стандартных отклонений ($M \pm \sigma$). Достоверность разницы двух сравниваемых показателей оценивалось по критерию Стьюдента. Разность считалась достоверной при $p < 0,05$. Накопление и статистическая обработка полученных данных производилась при помощи прикладных компьютерных программ Microsoft Excel 7,0 и Statistica 6,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение основных эпидемиологических показателей туберкулеза среди населения РФ и КБР позволяет судить о сохраняющейся неблагоприятной обстановке по туберкулезу в стране в целом и в республике в частности.. Так, за период с 1990 по 2005 гг. показатель заболеваемости туберкулезом населения России увеличился в 2,5 раза (с 34,2 до 83,8 на 100 тыс. населения соответственно). В КБР этот показатель в 2005 г. составил 52,1 на 100 тыс. населения, увеличившись с 1990 г. (39,7 на 100 тыс.) в 1,3 раза. Несмотря на то, что в последние 4-5 лет наблюдается некоторое снижение заболеваемости туберкулезом, состояние проблемы продолжает оставаться крайне тревожным. В республике продолжает возрастать удельный вес больных, выявленных уже с деструктивными формами туберкулеза (с 49,4% в 1990 г. до 65,3% в 2005 г.), сохраняются показатели заболеваемости открытыми формами туберкулеза, не уменьшается резервуар туберкулезной инфекции.

Показатель болезненности туберкулезом по РФ за период с 1990 по 2005 гг. возрос в 1,2 раза (с 172,1 до 209,7 на 100 тыс. населения). Тенденция к его уменьшению наметилась в 2003 г. впервые за 15 лет (265,9 на 100 тыс.) К 2004 г. этот показатель снизился значительно - до 209,7, но все еще намного превышает уровень 1990-97 гг. Контингент больных активным туберкулезом в КБР также неуклонно увеличивался до

2002 г., когда показатель болезненности туберкулезом составил 215,7 на 100 тыс. С 2003 г. наблюдается тенденция к снижению этого показателя, и в 2005 г. он достиг 177,9 на 100 тыс. населения.

Показатель смертности от туберкулеза в России увеличился с 1990 по 2005 гг. в 2,8 раза (с 7,9 до 22,1 на 100 тыс. населения соответственно) и находится на уровне 1967-68 гг. В целом, за последние 15 лет наблюдается неуклонная тенденция к повышению этого показателя. В КБР смертность от туберкулеза в 2005 г. составила 12,7 на 100 тыс. населения против 8,8 в 1990 г., то есть увеличилась в 1,4 раза. Но с 2004 г. наметилась тенденция снижения этого показателя, которая сохранилась и в 2005 г.

Рост основных эпидемиологических показателей туберкулеза в стране в целом и в КБР в частности, можно напрямую связать со снижением уровня жизни граждан, их социальной незащищенностью, прежде всего, с ухудшением питания и лекарственной обеспеченности, хроническим стрессом населения, большими миграционными потоками беженцев и вынужденных переселенцев в республику, затянувшимся экономическим кризисом в стране, сокращением финансовых затрат на медицинскую помощь населению. Напряженность эпидемиологической обстановки поддерживают прибывшие из мест лишения свободы, мигранты, а также больные с рецидивами заболевания и несвоевременно выявленные.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряженной, и улучшение и стабилизация некоторых показателей ни в коем случае не должны быть основанием для успокоенности. Низкая активность профилактической работы по туберкулезу, неудовлетворительное внедрение бактериоскопического метода выявления бактериовыделителей в общелечебной сети, низкий удельный вес больных, выявленных при профосмотрах, относительно высокий процент фиброзно-кавернозного туберкулеза, повышение количества умерших, неизвестных фтизиатрам, требует дальнейшего решения проблемы.

Одной из задач исследования была комплексная медико-социальная характеристика больных туберкулезом легких в КБР. Результаты проведенного исследования показали преобладание среди заболевших мужчин ($74,2 \pm 1,9\%$) и наличие туберкулеза у значительного числа лиц самого трудоспособного и экономически

продуктивного возраста 30-59 лет ($70,1 \pm 2,0\%$). В социальной структуре преобладали социально незащищенные слои населения (не работающие лица трудоспособного возраста, студенты, пенсионеры, инвалиды) - они составили $2/3$ пациентов ($66,0 \pm 2,1\%$). А среди 34% работающих больных $19,9 \pm 1,8\%$ занимались тяжелым физическим трудом. Интересно, что среди женщин наибольший удельный вес составляли пенсионерки - $38,6 \pm 4,2\%$, а среди мужчин - безработные - $36,3 \pm 2,5\%$, что можно объяснить значительно более низкой продолжительностью жизни мужчин в республике, как и в целом по стране. Для большей части обследованных характерен низкий уровень образования: у $1/2$ больных ($51,0 \pm 2,2\%$) он был общим средним, около $1/3$ пациентов ($35,4 \pm 2,1\%$) имели среднее специальное образование.

Анализ семейного положения показал, что $1/2$ пациентов ($52,9 \pm 2,2\%$) состояла в браке, как среди мужчин, так и женщин. Но среди женщин достоверно больше овдовевших - $13,6 \pm 3,0\%$, чем среди мужчин - $2,9 \pm 0,9\%$ ($p < 0,001$).

Изучение заболеваемости туберкулезом легких в национальном аспекте дало следующие результаты: выше всего этот показатель среди балкарцев – $66,7$ на 100 тыс., на 2-м месте – кабардинцы – $60,8$ на 100 тыс., на 3-м – представители прочих национальностей, населяющих республику – $49,9$ на 100 тыс., и самая низкая заболеваемость туберкулезом среди русских – $45,5$ на 100 тыс. представителей соответствующей национальности.

Материальное положение было неудовлетворительным у $3/4$ опрошенных – ($76,0 \pm 1,9\%$) пациентов находились за «чертой бедности», имея среднемесячный доход на 1 члена семьи ниже прожиточного минимума. Для $44,1 \pm 2,2\%$ обследованных больных туберкулезом основным источником дохода служили социальные пособия. Интересно, что материальная обеспеченность женщин оказалась достоверно ниже, чем у мужчин: у $83,3 \pm 3,2\%$ женщин среднемесячный доход на 1 члена семьи был ниже прожиточного минимума против $73,4 \pm 2,3\%$ среди мужчин ($p < 0,05$). Этот факт можно связать с различиями в социальной структуре обследованных: среди мужчин в 2 раза больше рабочих ($22,6 \pm 2,1\%$ против $12,1 \pm 2,8\%$ среди женщин, $p < 0,01$), а среди женщин в 3,5 раза больше студенток и учащихся ($13,6 \pm 3,0\%$ против $3,9 \pm 1,0\%$ среди мужчин, $p < 0,01$) и в 3,2 раза больше пенсионерок ($38,6 \pm 4,2\%$ против $12,1 \pm 1,7\%$ у мужчин, $p < 0,001$).

Несмотря на то, что 60-100% семейного бюджета составляли расходы на питание, около 1/3 обследованных больных – $32,8 \pm 2,1\%$ оценили качество своего питания как неполноценное, с недостаточным содержанием белков и витаминов, но повышенным содержанием углеводов. Относительно удовлетворительным качеством своего питания считали $29,3 \pm 2,0\%$ респондентов, полноценным – $37,9 \pm 2,1\%$.

Курили $51,0 \pm 2,2\%$ обследованных больных: $65,3 \pm 2,4\%$ мужчин и $9,8 \pm 2,6\%$ женщин; принимали спиртные напитки чаще 1 раза в неделю в неделю, $19,1 \pm 1,7\%$, умеренно употребляли алкоголь (не чаще 1 раза в неделю) $10,2 \pm 1,3\%$ больных.

Анализ жилищных условий показал, что основная масса пациентов – $54,3 \pm 2,2\%$ имели жилье с частичными удобствами, плохо проветриваемое, заставленное вещами, при этом они отмечали скученность жильцов.

В клинической структуре туберкулеза преобладал инфильтративный – $43,4 \pm 2,2\%$, высок также удельный вес фиброзно-кавернозного – $21,9 \pm 1,8\%$ и диссеминированного туберкулеза – $17,9 \pm 1,7\%$. Деструкция легочной ткани выявлена у $46,5 \pm 2,2\%$ больных, бактериовыделение – у $61,5 \pm 2,2\%$. При этом, достоверных различий в клинической структуре туберкулеза у мужчин и женщин выявлено не было.

Таким образом, проведенное анкетирование, показало, что для больных туберкулезом легких в КБР характерны следующие негативные медико-социальные факторы:

- ◆ возрастно-половой фактор, а именно мужской пол и возраст от 20 до 59 лет;
- ◆ низкий уровень образования;
- ◆ социальный статус и степень трудовой занятости, чаще всего - принадлежность к социально незащищенным слоям населения;
- ◆ неудовлетворительная материальная обеспеченность – доход на 1 члена семьи ниже среднереспубликанского прожиточного минимума;
- ◆ национальная принадлежность к балкарцам или кабардинцам;
- ◆ неполноценное питание с дефицитом белка и витаминов в рационе;
- ◆ курение;
- ◆ злоупотребление алкоголем;
- ◆ неудовлетворительные жилищно-бытовые и санитарные условия.

Изучение медико-социальных особенностей больных туберкулезом легких в КБР позволило выявить наиболее характерные черты современного больного туберкулезом легких: мужчина 20-49 лет, балкарец или кабардинец с общим средним или средним специальным образованием, безработный или рабочий, занимающийся тяжелым физическим трудом, но находящийся за «чертой бедности», женатый, курящий, злоупотребляющий спиртными напитками, страдающий инфильтративным или фиброзно-кавернозным туберкулезом с деструкцией легочной ткани и бактериовыделением. Или женщина 30-59 лет, балкарка или кабардинка со средним общим или специальным образованием, чаще пенсионерка, домохозяйка или студентка, основным источником дохода которой является социальное пособие, замужняя или вдова, страдающая инфильтративным или фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в фазе распада с бактериовыделением.

Но основной целью данного исследования являлся анализ закономерностей влияния медико-социального статуса больных туберкулезом легких на качество их жизни. Изучение влияния самого факта наличия туберкулеза на КЖ больного показало, что туберкулез значительно снижает уровень качества жизни пациента, отрицательно воздействуя на все ее сферы: физическое и психическое здоровье, уровень независимости, общественную жизнь, отношение к окружающей среде (рис. 1).

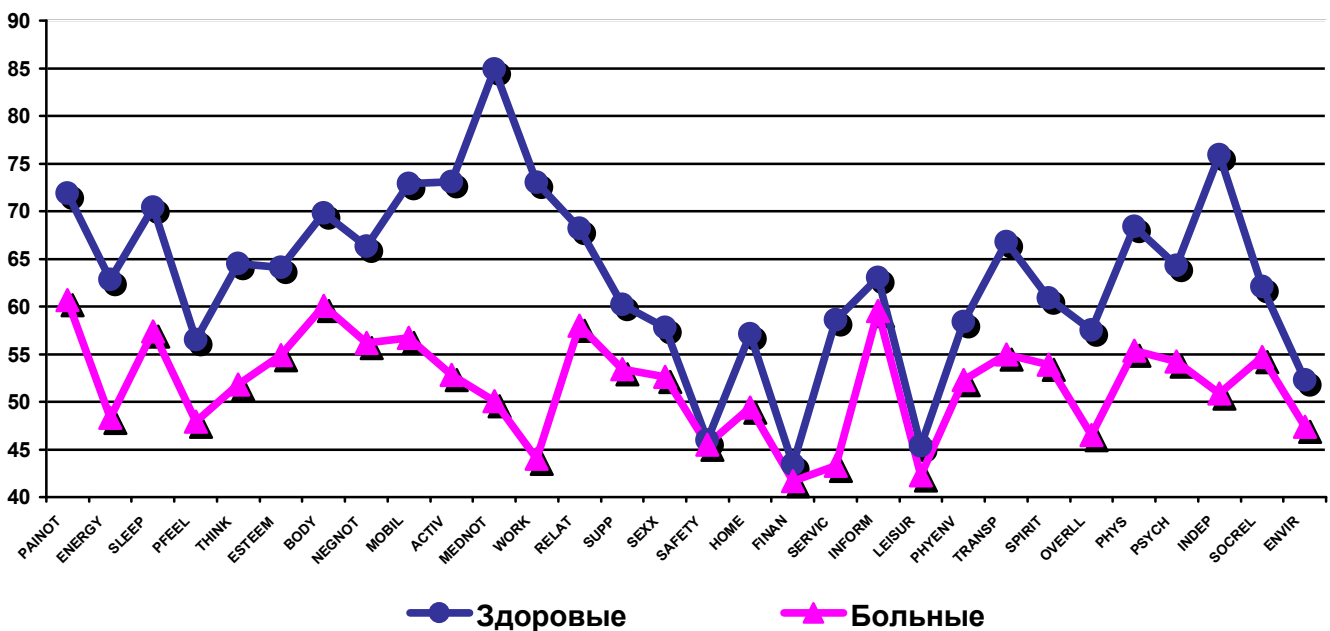


Рис. 1 Сравнение профилей качества жизни у больных туберкулезом легких и здоровых респондентов в Кабардино-Балкарской Республике

Но, как видно из рисунка 1, наиболее значимые различия в КЖ больных туберкулезом и здоровых лиц наблюдаются по шкале, характеризующей уровень независимости человека - ($50,9 \pm 0,8$ и $75,8 \pm 1,1$ при $p < 0,001$). И это закономерно, поскольку туберкулез резко снижает показатели, определяющие независимость человека: его активность ($52,8 \pm 0,8$ против $73,1 \pm 1,3$ у здоровых), мобильность ($56,7 \pm 0,8$ против $72,9 \pm 1,3$), работоспособность ($44,0 \pm 1,1$ и $73,0 \pm 1,5$) и увеличивает зависимость от лекарств ($84,9 \pm 1,6$ и $50,1 \pm 1,0$ при $p < 0,001$).

Несколько меньшие, но достоверные отличия имеются в сферах физического ($55,5 \pm 0,7$ у больных против $67,9 \pm 1,3$ у здоровых) и психического здоровья ($54,2 \pm 0,6$ и $63,6 \pm 1,2$ соответственно при $p < 0,001$). Также больные туберкулезом имеют меньшую степень духовности - $53,9 \pm 0,9$, чем здоровые лица - $60,9 \pm 2,2$ ($p < 0,01$), хотя, казалось бы, именно эта сфера должна стать ведущей в придании сил для осознания болезни и борьбы с ней (рис. 1).

По шкалам общественной жизни и отношения к окружающей среде у больных туберкулезом изменения менее выражены (рис.1). Если по первой шкале имеет место достоверное снижение показателей у больных туберкулезом легких ($54,7 \pm 0,7$ против $61,9 \pm 1,3$ у здоровых, $p < 0,001$), что, видимо, связано с притуплением общего восприятия действительности, то изменения по шкале отношения к окружающей среде неоднозначны. Больные туберкулезом и здоровые жители КБР, одинаково низко воспринимают свою безопасность, защищенность ($45,5 \pm 0,6$ и $46,0 \pm 1,3$ соответственно). Высокий уровень субъективного восприятия защищенности характерен для жителей стран, где предусмотрены серьезные социальные выплаты в случае заболевания, обеспечение гарантированной достойной медицинской помощью, слаженная работа государственных органов по обеспечению законности и правопорядка. Вполне понятно, что в КБР – республике, на сегодняшний день испытывающей значительные экономические и политические трудности, крайне трудно создать подобные условия, позволяющие человеку не беспокоиться о себе и своих близких.

Этими же причинами можно объяснить практически одинаковые и крайне низкие показатели финансовой удовлетворенности ($41,7 \pm 0,9$ у больных и $43,3 \pm 1,8$ у здоровых), организации досуга и отдыха ($42,3 \pm 0,9$ и $45,4 \pm 1,9$ соответственно).

Таким образом, больные туберкулезом в КБР имеют низкое качество жизни и его снижение относительно здоровых лиц, которое наиболее выражено (в порядке убывания) по шкалам независимости, физического и психологического здоровья. Несколько меньшие изменения касаются шкал социальных взаимоотношений, духовности и отношения к окружающей среде.

Одной из задач настоящей работы было исследование влияния различных социальных и медицинских факторов на КЖ больных туберкулезом легких в КБР. Так, изучение жилищно-бытовых условий респондентов показало, что имеющие лучшие бытовые условия оценивают свое КЖ в целом выше ($43,4 \pm 1,3$ против $48,7 \pm 1,7$, $p < 0,05$) и лучше относятся к окружающей среде ($42,2 \pm 0,9$ против $49,9 \pm 1,4$, $p < 0,01$), то есть более комфортно ощущают себя в домашней обстановке, не ссорятся с близкими из-за коммунальных трудностей.

Проведенное исследование выявило тенденцию, общую для всех шкал опросника ВОЗ «КЖ-100»: чем выше доход, тем более высокое качество жизни имеет респондент. Достоверные отличия имеются по всем шкалам между респондентами с доходом до 500 руб. и более 1200 руб. ($p < 0,001$), а также между респондентами с доходом до 500 и 500-1199 руб. ($p < 0,05$), за исключением шкал «Духовность» и «Общественная жизнь». Также КЖ больных туберкулезом, питающихся неудовлетворительно, по всем показателям достоверно хуже, чем у питающихся полноценно ($p < 0,01$).

Анализ качества жизни больных туберкулезом в зависимости от их семейного статуса показал, что КЖ семейных больных достоверно ниже, чем несемейных по шкалам физического здоровья ($54,2 \pm 0,8$ против $56,8 \pm 1,0$), психического здоровья ($52,6 \pm 0,7$ против $55,9 \pm 1,0$), уровня независимости ($49,5 \pm 1,0$ против $52,5 \pm 1,1$) и отношения к окружающей среде ($46,1 \pm 0,7$ против $48,8 \pm 0,9$ при $p < 0,05$). Объяснение может быть следующим: если несемейные больные думают только о себе, то для семейных больных важно не только собственное здоровье, но и здоровье близких, существенны переживания по поводу изменений, постигших семью в связи с их болезнью (экономические, организационные – перевод детей в специализированные группы детского сада, диагностика заболевания и химиопрофилактика окружения, психологические аспекты).

Известно, что чем выше уровень образования человека, тем более он независим в жизни. Эта тенденция сохраняется и в нашем исследовании: чем выше образование, тем выше качество жизни по всем его шкалам (при $p < 0,001$), кроме отношения больного к окружающей среде.

Отношение близких влияет на все показатели КЖ больного туберкулезом. Более половины опрошенных больных ($58,6 \pm 2,2\%$) отметили, что после постановки диагноза «туберкулез» отношение к ним близких изменилось в худшую сторону, менее чем у 1/3 ($29,4 \pm 2,0\%$) оно осталось прежним, и ни один из респондентов не отметил улучшения отношения к нему. Анализ показал, что КЖ больных туберкулезом, отношение родных к которым при выявлении этого диагноза ухудшилось, было достоверно ниже по всем основным шкалам, чем у тех, кого близкие поддержали в беде ($p < 0,001$).

Оценка индивидуумом качества своей жизни во многом зависит от различий в менталитете и традициях, характерных для каждой национальности. Национальность и связанный с ней образ жизни, накладывают серьезный отпечаток на КЖ больного, в связи с чем, мы разделили пациентов на 2 наиболее представительные группы из числа национальностей, проживающих в КБР (рис. 2):

- кабардинцы и балкарцы;
- русские

Оказалось, что КЖ больных туберкулезом кабардинцев и балкарцев выше, чем у респондентов русской национальности по шкалам психологического здоровья ($54,6 \pm 0,8$ и $50,3 \pm 1,2$, $p < 0,003$) и общественной жизни ($55,2 \pm 0,8$ и $51,6 \pm 1,5$ при $p < 0,05$). В рамках рассмотренных шкал, достоверные различия между группами имеются по восприятию своих финансовых возможностей ($42,6 \pm 1,2$ и $34,9 \pm 1,8$, $p < 0,003$), что можно объяснить тем, что большинство кабардинцев и балкарцев имеют большую помощь со стороны родственников ($68,7 \pm 2,4\%$); социальной защите ($44,3 \pm 0,8$ и $39,5 \pm 1,5$, $p < 0,01$) и доступности транспорта ($50,9 \pm 1,9$ и $55,8 \pm 1,1$, $p < 0,05$). Таким образом, больные туберкулезом из числа коренных национальностей, проживающих на территории республики, имеют более высокое качество жизни, чем некоренные.

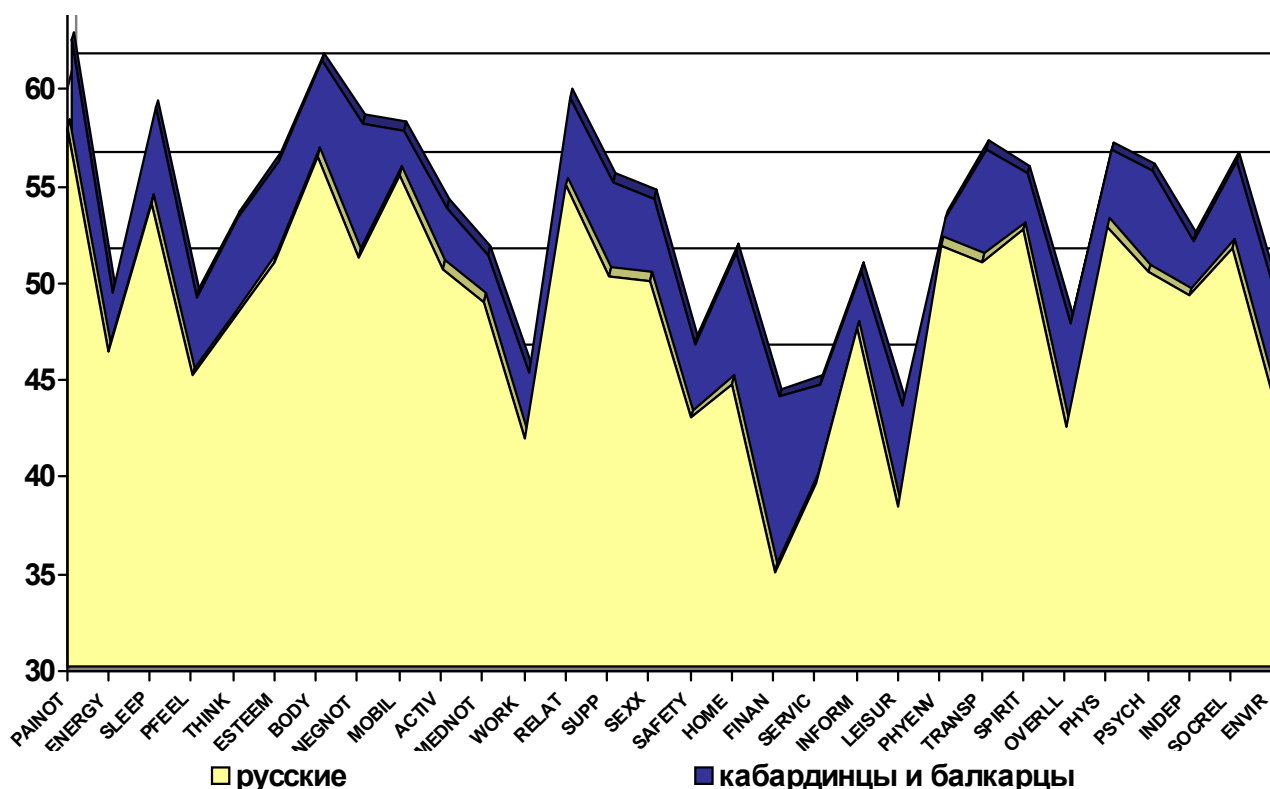


Рис. 2 Профили качества жизни больных туберкулезом с учетом их национальности

Это может быть объяснено как различиями в общем восприятии действительности, так и различиями в образе жизни, семейном укладе, наличии горизонтальных общественных связей.

С целью изучения влияния на КЖ больных туберкулезом такого социального фактора, как длительность проживания в КБР, мы разделили обследованных больных на 2 группы: оседлых (лица, чьи предки проживали на данной территории не менее чем в 2-х поколениях) и неоседлых (приехавшие в КБР и не имеющие здесь родственников). Анализ данных показал, что больные туберкулезом из числа оседлых, имели достоверно более высокое КЖ по всем основным его шкалам: физическому ($56,5 \pm 0,9$ против $52,7 \pm 1,4$ у неоседлых) и психическому здоровью ($55,3 \pm 0,8$ против $50,3 \pm 1,2$), общественной жизни ($55,6 \pm 0,8$ против $51,6 \pm 1,5$), отношению к окружающей среде ($48,4 \pm 0,7$ против $43,8 \pm 1,2$ соответственно при $p < 0,05$). Исключение составили шкалы, характеризующие независимость и духовность, на показатели которых длительность проживания больного в республике достоверно не влияла ($p > 0,05$). Таким образом, наглядно показано, что КЖ больного зависит от наличия и выраженности вертикальных и горизонтальных связей, складывающихся в течение жизни человека и зависящих от культурных традиций и дружественно-семейных взаимоотношений.

Наличие инвалидности заметно снижает КЖ больных туберкулезом по всем его шкалам ($p < 0,001$), за исключением субсфер, характеризующих внешность респондента, отрицательные эмоции, отношение к своей безопасности и жилищно-бытовым условиям ($p > 0,05$).

Таким образом, исследование влияния социальных факторов на КЖ больных туберкулезом в КБР показало, что значительную негативную роль играют такие факторы, как: плохие жилищно-бытовые условия, низкий уровень финансовой обеспеченности и образования, отсутствие работы, наличие инвалидности, неполноценное питание, семейный статус женатого (замужней), ухудшение отношения близких после постановки диагноза «туберкулез», принадлежность к некоренной национальности и отсутствие широких семейно-родственных связей.

Кроме того, в рамках настоящего исследования изучено влияние на КЖ больных туберкулезом медицинских факторов: клинической формы туберкулезного процесса, его длительности, наличия неспецифических сопутствующих заболеваний, условий лечения (амбулаторное или стационарное).

При анализе влияния формы туберкулезного процесса на качество жизни больного четкой взаимосвязи не выявлено. То есть, для больного значим сам факт заболевания туберкулезом, а его клиническая форма не приносит значительного вклада в формирование оценки качества жизни пациента.

Изучение влияния длительности туберкулезного процесса на КЖ пациента показало, что качество жизни по основным его сферам наивысшее у больных туберкулезом-хроников, с длительностью болезни более 10 лет, а минимальное – у впервые заболевших. Эти различия особенно значимы и достоверны ($p < 0,05$) по шкалам, отражающим психологическую составляющую здоровья ($58,3 \pm 2,8$ против $53,4 \pm 0,7$ соответственно), уровень независимости ($54,7 \pm 1,6$ против $49,9 \pm 0,9$) и общественную жизнь ($59,6 \pm 1,5$ против $54,2 \pm 0,8$). Болеющие туберкулезом более 10 лет гораздо чаще испытывают положительные эмоции ($54,8 \pm 1,6$ против $46,7 \pm 0,9$ у впервые выявленных), их уровень самооценки и чувство собственного достоинства значительно выше ($60,2 \pm 1,3$ против $53,8 \pm 0,9$), работоспособность лучше ($51,9 \pm 1,9$ против $41,9 \pm 1,4$), а досуг интереснее ($48,1 \pm 1,5$ против $41,5 \pm 1,1$ при $p < 0,003$). Объяснение такому

феномену может крыться только в пагубном привыкании к своему состоянию, «свыкании» и примирении с собственной болезнью.

Проанализировав влияние неспецифической патологии на КЖ больных туберкулезом и здоровых лиц в сравнительном аспекте, мы пришли к выводу, что у больных туберкулезом легких сопутствующие заболевания вызывали меньшее снижение качества жизни, чем появление той же патологии у здоровых людей по всем его шкалам: духовности - в 4,3 раза, общего КЖ - в 2,1 раза, физического здоровья - в 1,6 раза, психического здоровья - в 2,2 раза, уровня независимости - в 1,8 раза, общественной жизни - в 1,3 раза, отношения к окружающей среде - в 1,6 раза (при $p < 0,001$). Таким образом, психологически для человека значимо осознание наличия ведущего заболевания - туберкулеза, а присоединение дополнительных страданий не является доминантным и на общем качестве жизни сказывается незначительно.

Сопоставление качества жизни больных туберкулезом легких, получающих амбулаторное и стационарное лечение показало, что амбулаторные больные чувствовали себя более энергичными ($49,9 \pm 1,0$ против $46,5 \pm 1,3$ среди стационарных), хотя и менее работоспособными ($40,4 \pm 1,5$ против $48,1 \pm 1,6$ соответственно при $p < 0,05$). Это можно объяснить тем, что дома у человека всегда есть необходимость что-то делать, а, в силу заболевания, оценка своих возможностей, энергичности превышает реальные возможности. Может, в связи с этим они чаще испытывали отрицательные эмоции ($58,1 \pm 0,9$), чем стационарные больные ($54,0 \pm 1,2$, $p < 0,05$). В то же время пациентов, лечившихся амбулаторно, в меньшей мере тяготил груз проблем, связанных с лечением ($48,2 \pm 1,3$ против $52,2 \pm 1,5$ у стационарных, $p < 0,05$), они ощущали себя более независимыми финансово ($44,9 \pm 1,2$ против $38,1 \pm 1,5$ при $p < 0,003$), социально защищенными ($45,9 \pm 0,9$ против $40,4 \pm 1,0$, $p < 0,001$).

Таким образом, изучение влияния на КЖ больных туберкулезом медицинских факторов показало, что клиническая форма туберкулеза на оценку качества жизни пациентом значительно не влияет, а в большей степени действует фактор длительности туберкулезного процесса - чем она меньше, тем ниже КЖ. Наличие сопутствующих неспецифических заболеваний у больных туберкулезом легких вызывает меньшее снижение КЖ, чем появление той же патологии у здоровых людей. КЖ больных

туберкулезом имеет свои субъективные особенности у пациентов, получающих амбулаторное или стационарное лечение.

ВЫВОДЫ

1. Неблагоприятная обстановка по туберкулезу в стране в целом и в Кабардино-Балкарской Республике сохраняется. Несмотря на то, что в результате осуществления программных мероприятий удалось в течение 2001-2005 гг. стабилизировать заболеваемость туберкулезом, за период с 1990 по 2005гг. этот показатель увеличился среди населения РФ в 2,5 раза (с 34,2 до 83,8), а в Кабардино-Балкарии – в 1,3 раза (с 39,7 до 50,1) на 100 тыс. населения.
2. Контингент больных активным туберкулезом в РФ и КБР неуклонно увеличивался до 2002г. и составил 271,1 и 215,7 на 100 тыс. населения соответственно. Тенденция к его уменьшению впервые за 15 лет наметилась в 2003г. В 2005г. этот показатель снизился значительно - до 209,7 по РФ и 178,0 в КБР на 100 тыс. населения.
3. Наблюдается неуклонная тенденция к повышению показателя смертности от туберкулеза за последние 15 лет: в России он увеличился с 1990 по 2005 гг. в 2,8 раза (с 7,9 до 22,1), в КБР - в 1,5 раза (с 8,8 до 13,5) на 100 тыс. населения.
4. К негативным медико-социальным факторам, у больных туберкулезом легких в КБР, относятся: низкий уровень образования; принадлежность к социально незащищенным слоям населения; доход ниже прожиточного минимума; национальная принадлежность к балкарцам или кабардинцам (66,7 на 100 тыс. балкарцев, 60,8 на 100 тыс. кабардинцев и самая низкая заболеваемость туберкулезом среди русских – 45,5 на 100 тыс. при $p < 0,05$, что можно объяснить более внимательным отношением последних к своему здоровью, питанию); неполноценное питание; курение; злоупотребление алкоголем; неудовлетворительные жилищно-бытовые и санитарные условия.
5. Больные туберкулезом в КБР имеют низкое качество жизни (КЖ) и его снижение относительно здоровых лиц, которое наиболее выражено (в порядке убывания) по шкалам независимости ($50,9 \pm 0,8$ и $75,8 \pm 1,1$), физического ($55,5 \pm 0,7$ и $67,9$

$\pm 1,3$) и психического здоровья ($54,2 \pm 0,6$ и $63,6 \pm 1,2$, $p < 0,001$). Несколько меньшие изменения касаются шкал общественной жизни ($54,7 \pm 0,7$ и $61,9 \pm 1,3$), духовности ($53,9 \pm 0,9$ и $60,9 \pm 2,2$) и отношения к окружающей среде ($47,4 \pm 0,6$ и $52,3 \pm 1,3$, $p < 0,01$).

6. Достоверно негативное воздействие на КЖ больных туберкулезом оказывают следующие социальные факторы: плохие жилищно-бытовые условия, низкий уровень финансовой обеспеченности и образования, отсутствие работы, наличие инвалидности, неполноценное питание, семейный статус женатого (замужней), ухудшение отношения близких к заболевшему туберкулезом и отсутствие широких семейно-родственных связей.
7. Для больного туберкулезом значимым является сам факт наличия болезни, а ее клиническая форма на оценку КЖ пациентом значительно не влияет. В большей степени действует длительность туберкулезного процесса - чем она меньше, тем ниже КЖ больного, особенно в сферах психического здоровья ($58,3 \pm 1,8$ у болеющих туберкулезом более 10 лет против $53,4 \pm 0,7$ у впервые выявленных), независимости ($54,7 \pm 1,6$ против $49,9 \pm 0,9$) и общественной жизни ($59,6 \pm 1,5$ против $54,2 \pm 0,8$ соответственно, $p < 0,05$). Наличие сопутствующих неспецифических заболеваний у больных туберкулезом легких вызывает достоверно меньшее снижение КЖ, чем появление той же патологии у здоровых по всем шкалам: духовности - в 4,3 раза, общего КЖ - в 2,1 раза, физического здоровья - в 1,6 раза, психического - в 2,2 раза, уровня независимости - в 1,8 раза, общественной жизни - в 1,3 раза, отношения к окружающей среде - в 1,6 раза (при $p < 0,001$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Проблема туберкулеза среди населения КБР, несмотря на некоторое снижение показателей заболеваемости (с 2001 г.), болезненности туберкулезом (с 2002 г.) и смертности от него (с 2004 г.), продолжает оставаться тревожной: возрастание удельного веса больных, выявленных с

деструктивными формами болезни (16% в 1975 г., 49,4% - 1990 г., 65,3% - 2005 г.); относительно высокая доля больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом (0,7% в 1990 г. до 2,5% - 2005 г.) среди впервые выявленных; регистрация запущенных и остро прогрессирующих форм заболевания, подтверждают серьезность проблемы и вызывают сомнения в достоверности официальной статистической отчетности по основным эпидемиологическим показателям туберкулеза. Для уточнения уровня распространения болезни, оперативного анализа и своевременного выявления неблагоприятных тенденций эпидемического процесса, принятие адекватных организационных и управленческих решений, предлагается внедрение мониторинга туберкулеза.

2. Снижение удельного веса активно выявленных больных туберкулезом при профосмотрах по РФ (с 64,2% в 1985 г. до 53,5% в 2004 г.), но особенно выраженное по КБР (с 60,4% в 1990 г. до 36,9% в 2004 г.), а также самый низкий показатель соотношения числа впервые выявленных больных, выделяющих МБТ, с числом больных с деструкцией легочной ткани в 2004, равном по КБР только 55,5% (при среднем по РФ за этот же год 99,9% и оптимальном не ниже 150%), неудовлетворительные (количественно и качественно) показатели микроскопической диагностики туберкулеза в клинических лабораториях ЛПУ, свидетельствуют об ухудшении работы амбулаторно-поликлинических учреждений ОЛС и противотуберкулезной службы по раннему выявлению заболевших, невыполнении в полном объеме клинического минимума обследования стационарных и поликлинических больных с симптомами туберкулеза. В связи с изложенными обстоятельствами необходимо повысить эффективность профилактических осмотров в ЛПУ ОЛС и лабораторную диагностику туберкулеза. Для своевременного и активного выявления больных туберкулезом необходимо повысить охват профилактическими осмотрами декретированных контингентов и неорганизованного населения, улучшить работу ЛПУ и противотуберкулезной службы по клинической и лабораторной диагностике

туберкулеза, больше внимания уделить обучению и повышению квалификации врачей ПМСП по ранней диагностике туберкулеза.

3. Мы рекомендуем более широкое использование анкет социологических исследований и апробированных опросников для изучения качества жизни, позволяющих, при относительно небольших расходах средств и времени, получить дополнительную комплексную информационную базу, которую можно применять при определении тактических мер борьбы с туберкулезом и в процессе реабилитации больных.
4. Изучение КЖ больных туберкулезом, как показателя, который отражает степень адаптации к болезни и возможности выполнения им привычных функций, соответствующих его потребностям, личным представлениям, социальному и экономическому статусу, основанных на субъективном его самочувствии, является дополнительным информационным материалом и должен найти более широкое применение и дополнение в клинической практике не только врачей-фтизиатров, но и других специальностей.
5. Ориентация на исследование качества жизни больных туберкулезом является гуманистическим аспектом медицины, поскольку при туберкулезе, прежде всего, нарушаются социальные связи пациента. Эти нарушения приводят к гипосоциальности, изоляции больных. Поэтому на ранних этапах выявления заболевания важно направлять врачебную деятельность на коррекцию психосоциального статуса больного, которая должна способствовать более успешному решению проблем со здоровьем. С этой целью считаем необходимым организацию психосоциальной службы (создание кабинетов по психосоциальной коррекции и реабилитации больных, подготовка специалистов).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Шомахов А.О., Гурылева М.Э., Карданова Л.Д. Методология и тактика изучения качества жизни у фтизиатрических больных //Научные труды VI Международной научно-практической конференции "Здоровье и образование XXI века" SOMVOZ. - Москва, 2005. - С.542-544.
2. Шомахов А.О., Карданова Л.Д. Медико-социальная характеристика больных туберкулезом легких //Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность. - Пенза, 2005. - С.244-246.
3. Шомахов А.О., Гурылева М.Э., Карданова Л.Д. Взаимосвязь качества жизни больных туберкулезом и их семейного статуса //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. - Екатеринбург, 2006. - С.203-204.
4. Карданова Л.Д. Сравнительная характеристика качества жизни больных туберкулезом и здоровых лиц в КБР //Материалы всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых "Перспектива 2006". - Нальчик, 2006. - Том III. -С.33-35.
5. Шомахов А.О., Карданова Л.Д., Арахова З.А.Эпидемиология движения туберкулеза в КБР и РФ в сравнительном аспекте //Объединенный медицинский журнал. - Москва, 2006. - №1. - С.5-7.
6. Карданова Л.Д. Исследование качества жизни больных туберкулезом легких. //Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко.- Москва, 2006. - № 5 –С. 28-31.