

УДК 616.24-002.5-08:613

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

© 2012 г. Е. А. Аниськина, И. И. Макарова, К. А. Страхов, С. Д. Аль-Дауд

Тверская государственная медицинская академия, г. Тверь

Заболевание туберкулезом легких приводит к снижению всех показателей качества жизни. С помощью опросника ВОЗ КЖ-100 исследованы параметры качества жизни больных фиброзно-кавернозной и очаговой формами туберкулеза легких. Средние значения показателей различных сфер качества жизни у респондентов первой группы – с фиброзно-кавернозной формой оказались значимо ($p \leq 0,01$) ниже, чем у респондентов второй – с очаговой формой, в 2–3 раза. В наибольшей степени у обследованных обеих групп страдает духовная сфера. У больных туберкулезом с благоприятным клиническим прогнозом отмечается умеренное снижение уровня благополучия и удовлетворенности условиями жизни. Анализ значений показателя лживости по опроснику В. Г. Норакидзе (1975) установил, что все респонденты на предложенные вопросы отвечали достаточно правдиво, так как значения по шкале лживости не превышали 6 баллов. Результаты исследования параметров качества жизни больных туберкулезом легких могут быть использованы для их целенаправленной психосоциальной реабилитации с учетом формы заболевания.

Ключевые слова: туберкулез легких, параметры качества жизни.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [2]. Это определение отражает внимание, уделяемое ВОЗ той оценке жизни, самочувствия, здоровья и благополучия, которую дают сами пациенты и которая слишком часто не совпадает с мнением других людей. С его появлением интерес к исследованию качества жизни со стороны ученых и врачей-практиков непрерывно возрастает, и это неудивительно, поскольку «исследование качества жизни в медицине — уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного» [10].

С помощью исследования качества жизни как интегрального показателя состояния больного появляется возможность оценивать комплексное влияние болезни на жизнь пациента, сравнивать эффективность различных вмешательств, прогнозировать течение заболевания [1, 8, 11, 13, 14]. Концепция исследования качества жизни открыла новую страницу в истории медицины, затронув широкий круг вопросов, играющих важную роль в решении целого ряда клинических проблем, например, определении реального объема и спектра проблем пациента и его семьи, выборе оптимальной тактики лечения с учетом мнения пациента, стандартизации критериев эффективности лечения и т. д. [1, 6, 15]. Таким образом, исследование качества жизни является весьма актуальным, так как позволяет оценить состояние здоровья человека.

Туберкулез — распространенное социально зависимое инфекционное заболевание, при котором могут быть поражены любые органы и ткани человеческого тела. Туберкулез влияет на уклад жизни больного, изменяя его отношение к жизненным ценностям. Потеря работы, понижение социального статуса и положения в обществе, возникновение социальной дезадаптации являются базисом постоянного стресса больного, нивелируют эффективность проводимой химиотерапии.

В литературе последних лет появилось множество работ, посвященных исследованию качества жизни больных туберкулезом [4, 5, 12, 16], тем не менее эта проблема остается по-прежнему важной, несмотря на то, что 8 февраля 2011 года пресс-служба Минздравсоцразвития Российской Федерации сообщила, что за последние четыре года распространенность туберкулеза среди населения снизилась на 25,3 %, а смертность — в 1,5 раза [17].

Изучение нами литературы по исследуемой проблеме показало отсутствие сравнительных данных качества жизни у пациентов, страдающих различными формами туберкулеза легких, что важно для более дифференцированного подхода к оказанию помощи и предупреждению различных осложнений. В связи с этим целью настоящей работы

явилось изучение качества жизни пациентов, страдающих фиброзно-кавернозной и очаговой формами туберкулеза легких.

Методы

В обследовании принимали участие две группы пациентов, страдающих туберкулезом легких фиброзно-кавернозной (первая группа) и очаговой (вторая группа) форм с благоприятным клиническим прогнозом и находящихся на стационарном лечении в туберкулезной больнице № 11 г. Москвы. В каждой группе было по 30 человек. Обследуемые пациенты — трудоспособные лица мужского пола в возрасте от 45 до 52 лет.

Измерительным инструментом для оценки качества жизни послужил опросник, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ КЖ-100) [9]. Опросник позволяет получить как оценку качества жизни респондента в целом, так и частную оценку по отдельным сферам (физическая, психологическая, уровень независимости, социальные взаимоотношения, окружающая среда, духовная сфера) и субсферам жизни. Количество субсфер в разных сферах от 3 до 8. Всего анализировали 24 субсферы.

По опроснику ВОЗ КЖ-100 нами также проанализирована мера благополучия респондентов и их удовлетворенность условиями жизни.

Используя шкалу лживости опросника В. Г. Норакидзе (1975), определяли наличие демонстративности и неискренности обследуемых лиц [7].

Для обработки полученных данных использовали пакет программ Statistica, описательные статистики, математические методы. Проверка параметров на нормальность распределения в обеих группах пациентов показала тенденцию к ненормальности, поэтому были выбраны непараметрические методы анализа данных. Для сравнения значений сфер между группами был применен U-критерий Манна — Уитни, также рассчитывали ранговые корреляции по Спирмену между сферами опросника ВОЗ КЖ-100.

Результаты

Опросник ВОЗ КЖ-100 был предложен двум группам пациентов с очаговой и фиброзно-кавернозной формами туберкулеза легких.

У пациентов с очаговой формой туберкулеза легких рентгенологически определялось наличие ограниченных участков продуктивного воспаления диаметром до 10 мм в кортикальных отделах легких. Этот процесс был ограничен I и II бронхолегочными сегментами. Очаговый туберкулез отличался малосимптомным, относительно доброкачественным течением без распада легочной ткани.

У пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких выявлялось наличие в легких одной или нескольких каверн с выраженной фиброзной капсулой и фиброзных изменений в окружающей легочной ткани. Хронические каверны локализовались в I, II и VI бронхолегочных сегментах одного или обоих легких.

В результате обработки ответов пациентов по опроснику нами были получены средние значения сфер качества их жизни, которые представлены в табл. 1.

Таблица 1

Средние значения сфер качества жизни респондентов по опроснику ВОЗ КЖ-100, ед. ($M \pm m$)

Группа	Форма туберкулеза легких	Сфера качества жизни					
		Физическая	Психологическая	Уровень независимости	Соц. взаимоотношения	Окружающая среда	Духовная
Первая (n=30)	Фиброзно-кавернозная	7,29 ± 0,24	8,79 ± 0,18	7,37 ± 0,15	7,22 ± 0,21	8,13 ± 0,12	4,83 ± 0,23
Вторая (n=30)	Очаговая	18,60 ± 0,27*	17,83 ± 0,16*	19,14 ± 0,21*	17,73 ± 0,20*	15,96 ± 0,13*	14,90 ± 0,29*

Примечания: М — среднее арифметическое, m — стандартная ошибка среднего арифметического; * — достоверность различия средних значений сфер качества жизни между группами обследуемых лиц при $p \leq 0,01$.

Значения составляющих физической сферы (физическая боль и дискомфорт, жизненная активность и усталость, сон и отдых) у пациентов с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких находились в пределах от 5,6 до 10,3 ед., психологической сферы (положительные эмоции, мышление, обучаемость, память и концентрация) — в пределах 7,0–10,6 ед.

Уровень независимости включает 4 субсферы: подвижность, способность выполнять повседневные дела, зависимость от лекарства и лечения, способность к работе. Максимальное значение составляющих этой сферы у пациентов с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких — 8,7, а минимальное — 6,0 ед. Субсферы социальных отношений в этой группе обследуемых (личные отношения, практическая социальная поддержка, сексуальная активность) имели значения от 5,6, до 9,6 ед. Окружающая среда имеет наибольшее количество составляющих — 8 и включает физическую безопасность и защищенность, окружающую среду дома и финансовые ресурсы, медицинскую и социальную помощь, возможности для приобретения новой информации и навыков; возможности для отдыха и развлечений и их использование; окружающую среду вокруг — загрязненность/шум/климат/привлекательность, транспорт. У пациентов первой группы субсферы окружающей среды имели значения от 6,8 до 9,3 ед. Шестая сфера опросника — духовная (духовность/религия/личные убеждения). Значения составляющих ее находятся в пределах от 3 до 7 ед.

Таким образом, для пациентов с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза наиболее благоприятной оказалась психологическая сфера, она составила ($8,79 \pm 0,18$) ед., а наименее благоприятной — духовная ($4,83 \pm 0,23$) ед.

В группе пациентов с очаговой формой туберкулеза легких субсферы физической среды находились в интервале от 16,6 до 23,0 ед., психологической — от 16,4 до 19,2 ед., уровня независимости — от 17,7 до

21,2 ед., социальных взаимоотношений — от 16,0 до 19,6 ед., окружающей среды — от 14,3 до 17,2 ед. и духовной сферы — от 12,0 до 18,0 ед.

Для этой группы пациентов наиболее благоприятной сферой оказался уровень независимости ($19,14 \pm 0,21$) ед., наименее благоприятной — духовная ($14,90 \pm 0,29$) ед.

Средние значения показателей различных сфер качества жизни во второй группе обследуемых выше, чем в первой, в 2–3 раза ($p \leq 0,01$). Однако у пациентов обеих групп в наибольшей степени страдает духовная сфера.

Для выявления связи между параметрами (сферами) был применен метод ранговых корреляций Спирмена, который показал отсутствие достоверной связи между сферами в первой группе обследуемых лиц. Во второй группе выявлена лишь тенденция к связи между физической сферой (F) и уровнем независимости (UN), психологической (PS) и духовной (DS) сферами (табл. 2).

Таблица 2
Значения коэффициента корреляции Спирмена во второй группе респондентов

Сферы качества жизни	Число набл. (n)	Спирмена R	t(N-2)	p-уров.
F & UN	30	0,31	1,72	0,0954
PS & DS	30	–0,35	1,97	0,0586

Нами также была рассчитана мера благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни (G). Значение G является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. В содержании опросника субъективная оценка респондентами их здоровья и жизненных условий отмечена больше, чем их объективное функциональное состояние.

В табл. 3 представлены значения меры благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями жизни.

Таблица 3
Мера благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями жизни, ед. ($M \pm m$)

Группа	Форма туберкулеза легких	Значение G
Первая (n=30)	Фиброзно-кавернозная	$12,1 \pm 0,4$
Вторая (n=30)	Очаговая	$15,4 \pm 0,3^*$

Примечания: M — среднее арифметическое, m — стандартная ошибка среднего арифметического; * — достоверность различия средних показателей значения G между группами обследуемых лиц при $p \leq 0,01$.

Значения G у пациентов обеих групп соответствуют умеренному снижению уровня благополучия и удовлетворенности условиями жизни. В группе с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких данный показатель снижен в среднем на 40 %, а с очаговой — на 25 %. Различие средних значений меры благополучия и удовлетворенности условиями жизни между обеими группами обследуемых пациентов статистически достоверно ($p \leq 0,01$).

Анализ значений показателя лживости опросника В. Г. Норакидзе установил, что все обследуемые отвечали на предложенные вопросы достаточно правдиво, так как значения по шкале лживости не превышали 6 баллов (табл. 4).

Таблица 4
Средние значения показателя лживости респондентов по опроснику В. Г. Норакидзе, баллы, ($M \pm m$)

Группа	Форма туберкулеза легких	Значение
Первая (n=24)	Фиброзно-кавернозная	$1,61 \pm 0,24$
Вторая (n=24)	Очаговая	$1,52 \pm 0,15$

Обсуждение результатов

В соответствии с целью настоящей работы нами были изучены различные сферы качества жизни пациентов, страдающих двумя формами туберкулеза легких: фиброзно-кавернозной и очаговой, и проведена их сравнительная оценка, которая позволит совершенствовать противотуберкулезную помощь.

По уставу ВОЗ, «здоровье — это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия» [3].

Каждый аспект здоровья можно измерить двумя способами: объективным исследованием функционального состояния организма и субъективным восприятием индивидом своего состояния здоровья [7, 18].

Качество жизни связано с физическими, психологическими и социальными аспектами здоровья и находится в зависимости от таких личностных особенностей индивида, как его опыт, вера, ожидания и восприятие идеалов здоровья.

В клинической медицине впервые было исследовано качество жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях [10]. Результаты этих серьезных исследований позволили понять, что традиционные критерии оценки терапевтической эффективности, опирающиеся на широкий спектр лабораторных и инструментальных показателей, отражают лишь физическую составляющую картины болезни. Они не дают полного представления о жизненном благополучии пациента, включающем наряду с физическим психологическое, эмоциональное, духовное и социальное функционирование больного. Изучение качества жизни в кардиологии с принципиально новых позиций раскрывает многоплановую картину болезни, дает представление об основных сферах жизнедеятельности пациента: физической, психологической, духовной, социальной, финансовой. Качество жизни, связанное со здоровьем, включает компоненты, позволяющие провести дифференцированный анализ влияния болезни и лечения на состояние больного.

Исследование качества жизни актуально и в различных разделах пульмонологии, но особенно у больных с хроническими нарушениями бронхиальной проводимости [19]. Хронические обструктивные заболевания легких сопровождаются нарушением толерантности к физической нагрузке, обусловленной длительной тканевой гипоксией. Хронические необструктивные

заболевания легких, в частности идиопатический легочный фиброз, относятся к прогрессирующим хроническим заболеваниям легких, сопровождающимся выраженным снижением показателей качества жизни. Особого внимания заслуживают исследования качества жизни у больных бронхиальной астмой. В последние годы оценка качества жизни включена как важная составляющая во многие клинические исследования, посвященные изучению различных методов лечения этого заболевания.

В ходе совместного исследования Межнационального центра исследования качества жизни и клиники госпитальной терапии Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И. П. Павлова [10] были получены результаты изучения качества жизни у больных хроническим бронхитом. Данное исследование продемонстрировало два важных обстоятельства: первое — болезнь оказывает отрицательное влияние не только на физиологические параметры, но и на важнейшие функции пациента — его физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование; второе — эти изменения могут быть выявлены и измерены с помощью оценки показателей качества жизни больного.

Данные о качестве жизни больных могут быть полезны для оценки качества работы отделения или лечебного учреждения в целом. Органы здравоохранения могут использовать результаты оценки при разработке мер по улучшению системы здравоохранения [10].

В исследованиях [4, 5, 12, 16] было показано снижение качества жизни у лиц, страдающих туберкулезом легких и имеющих осложнения или инвалидность, что согласуется с результатами наших исследований.

В нашей работе представлен анализ качества жизни пациентов, имеющих различные формы туберкулеза легких, для более дифференцированного подхода к оказанию помощи и предупреждению осложнений.

Таким образом, по результатам обследования пациентов с двумя формами туберкулеза легких можно сделать следующие выводы: 1) туберкулез легких, как хроническое инфекционное заболевание, снижает качество жизни; 2) средние значения показателей различных сфер качества жизни у пациентов с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких ниже, чем у пациентов с очаговой формой, в 2–3 раза ($p \leq 0,01$); 3) из числа сфер, составляющих качество жизни, наибольшее благополучие характерно для уровня независимости при очаговой форме туберкулеза и психологической сферы при фиброзно-кавернозной; наименьшее — для духовной сферы обследуемых пациентов обеих групп; 4) мера благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями жизни соответствует умеренному снижению, но в группе с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких данный показатель снижен в большей степени, чем в группе с очаговой формой; 5) все пациенты достаточно правдиво ответили на вопросы опросника ВОЗ КЖ-100; 6) результаты исследования параметров качества жизни больных

туберкулезом легких могут быть использованы для их целенаправленной психосоциальной реабилитации с учетом формы заболевания.

Современные социально-экономические условия, модернизация в здравоохранении и развитие медицинской науки обуславливают необходимость совершенствовать противотуберкулезную помощь и оценку ее результатов, используя исследования показателей качества жизни.

Список литературы

1. Асеев А. В., Васютков В. Я. Качество жизни больных раком молочной железы. Тверь, 1999. С. 94.
2. Васильев А. Л. Качество жизни [Электронный ресурс] 2005. URL: <http://www.advtech.ru/vniite/lifequal.htm> (дата обращения 12.11.11)
3. Википедия. Здоровье [Электронный ресурс] 25.10.2011. URL: <http://www.ru.wikipedia.org> (дата обращения 12.11.11).
4. Гнездилова Е. В. Качество жизни у инвалидов по туберкулезу легких // Материалы Восьмого национального конгресса по болезням органов дыхания, Москва, 1998. С. 481.
5. Гнездилова Е. В., Сухов В. М., Высоцкая Л. П. Социальные характеристики инвалидов по туберкулезу легких // Материалы Восьмого национального конгресса по болезням органов дыхания, Москва, 1998. С. 276.
6. Гончаров Ю. Н., Ржевская Ц. Р. Улучшение качества жизни больных бронхиальной астмой // Материалы Восьмого национального конгресса по болезням органов дыхания Москва, 1998. С. 267.
7. Диагностика эмоционально-нравственного развития / под ред. И. Б. Дерманова. СПб., 2002. С.126–128.
8. Макарова И. И., Дербенев Д. П., Манюгина О. А., Эхте К. А. Качество жизни ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Биология и экология». 2009. № 37. С. 38–44.
9. Никифоров Г. С. Диагностика здоровья: психологический практикум. СПб., 2007. 220 с.
10. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. 320 с.
11. Орлов В. А., Гиляревский С. Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. М.: Союзмединформ, 1992. С. 65.
12. Панкратова Л. Э., Вильянов В. Б., Балашова Н. И., Семенова Е. Е. Качество жизни больных туберкулезом // Материалы Десятого национального конгресса по болезням органов дыхания, Санкт-Петербург, 2000. С. 305.
13. Пушкарев А. Л., Аринчина Н. Г. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: (Метод. рекомендации) / М-во здравоохран. Республики Беларусь. Минск, 2000. С. 16.
14. Сулаберидзе Е. В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной медицине // Российский медицинский журнал. 1996. № 6. С. 9–11.
15. Суховская О. А. Использование общих и специальных опросников изучения качества жизни в пульмонологии // Материалы Десятого национального конгресса по болезням органов дыхания. Санкт-Петербург, 2000. С. 187.
16. Тихонов В. А., Радзевич А. Э., Евстафьев Ю. А., Галь И. Г., Дитятков А. Б., Григорьев Ю. Г., Ситникова Н. А. Качество жизни больных туберкулезом легких, осложненным хронической сердечной недостаточностью // Материалы Девятого национального конгресса по болезням органов дыхания, Москва, 1999. С. 173.

17. ФГБУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России: «Распространенность туберкулеза в России снизилась на 25,3%». [Электронный ресурс] 9.02.2011. URL: <http://www.mednet.ru/en/novosti/771-09022011-rasprostranennost-tuberkuleza-v-rossii-snizilas-na-253.html> (дата обращения 12.11.11)

18. Фокин В. П., Ушаков С. А., Щава А. И. Социология медицины. М., 2008. С. 5–10.

19. Schaysk C. P. Measurement of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary Disease / *Qualiti of life assessment. Disease States*. Ed. Kluwer W. Auskled, New Zealand, 1999. P. 86-95.

References

1. Aseev A. V., Vasyutkov V. Ya. *Kachestvo zhizni bol'nykh rakom molochnoi zhelezy* [Quality of life in patients with breast cancer]. Tver, 1999, p. 94. [in Russian]
2. Vasil'ev A. L. *Kachestvo zhizni* [Quality of life]. 2005. Available at: <http://www.advtech.ru/vniite/lifequal.htm> (Nov.12, 2011) [in Russian]
3. Vikipediya. *Zdorov'e* [Health] 25.10.2011. Available at: <http://www.ru.wikipedia.org> (Nov.12, 2011). [in Russian]
4. Gnezdilova E. V. *Materialy Vos'mogo natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya, Moskva, 1998* [Proceedings of the 8-th National Congress on Respiratory Diseases, Moscow, 1998] p. 481. [in Russian]
5. Gnezdilova E. V., Sukhov V. M., Vysotskaya L. P. *Materialy Vos'mogo natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya, Moskva, 1998* [Proceedings of the 8-th National Congress on Respiratory Diseases, Moscow, 1998], p. 276. [in Russian]
6. Goncharov Yu. N., Rzhhevskaya Ts. R. *Materialy Vos'mogo natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya Moskva, 1998* [Proceedings of the 8-th National Congress on Respiratory Diseases, Moscow, 1998], p. 267. [in Russian]
7. Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya pod red. I. B. Dermanova [Diagnostics of emotional-moral development (I. B. Dermanov ed.). Saint-Petersburg, 2002, pp.126-128. [in Russian]
8. Makarova I. I., Derbenev D. P., Manyugina O. A., Ekhte K. A. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Biologiya i ekologiya»* [Newsletter of Tver State University. Line "Biology and ecology"]. 2009, no. 37, pp. 38-44. [in Russian]
9. Nikiforov G. S. *Diagnostika zdorov'ya : psikhologicheskii praktikum* [Health diagnostics: psychological practical course]. Saint Petersburg, 2007, 220 p. [in Russian]
10. Novik A. A., Ionova T. I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine (pod red. akad. RAMN Yu. L. Shevchenko)* [Guide in study of quality of life in medicine (akad. RAMN Yu. L. Shevchenko ed.). Moscow, 2007, 320 p. [in Russian]
11. Orlov V. A., Gilyarevskii S. R. *Problemy izucheniya kachestva zhizni v sovremennoi meditsine* [Issues of study of quality of life in modern medicine]. Moscow, 1992, p. 65. [in Russian]
12. Pankratova L. E., Vil'yanov V. B., Balashova N. I., Semenova E. E. *Materialy Desyatogo natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya, Saint Petersburg, 2000* [Proceedings of the 10-th National Congress on Respiratory Diseases, Saint Petersburg, 2000], p. 305. [in Russian]
13. Pushkarev A. L., Arinchina N. G. *Metodika otsenki kachestva zhizni bol'nykh i invalidov : (Metod. rekomendatsii)* [Method of assessment of quality of life in patients and disabled persons: (Methodological recommendations)]. Minsk, 2000, p. 16. [in Russian]

14. Sulaberidze E. V. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 1996, no. 6, pp. 9-11. [in Russian]

15. Sukhovskaya O. A. *Materialy Desyatogo natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya, Sankt-Peterburg, 2000* [Proceedings of the 10-th National Congress on Respiratory Diseases, Saint Petersburg, 2000], p. 187. [in Russian]

16. Tikhonov V. A., Radzevich A. E., Evstaf'ev Yu. A., Gal' I. G., Dityatkov A. B., Grigor'ev Yu. G., Sitnikova N. A. *Materialy Devyatogo natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya, Moskva, 1999* [Proceedings of the 9-th National Congress on Respiratory Diseases, Moscow, 1999], p. 173. [in Russian]

17. FGBU Tsentral'nyi NIi organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya Minzdravotsrazvitiya Rossii: «*Rasprostranennost' tuberkuleza v Rossii snizilas' na 25,3%*». [Central Research Institute for Healthcare Organization and Information System Development of Ministry of Healthcare and Social Development of Russia: «Tuberculosis Prevalence in Russia has been reduced by 25.3%»] 09.02.2011. Available at: <http://www.mednet.ru/en/novosti/771-09022011-rasprostranennost-tuberkuleza-v-rossii-snizilas-na-253.html> (Nov.12, 2011) [in Russian]

18. Fokin V. P., Ushakov S. A., Shchava A. I. *Sotsiologiya meditsiny* [Medical Sociology]. Moscow, 2008, pp. 5-10. [in Russian]

19. Schaysk C. P. Measurement of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary Disease. *Qualiti of life assessment. Disease States*. Ed. Kluwer W. Auskled, New Zealand, 1999, pp. 86-95.

STUDY OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

E. A. Aniskina, I. I. Makarova, K. A. Strakhov, S. D. Al-Daud

Tver State Medical Academy, Tver, Russia

The pulmonary disease reduces all parameters of quality of life. Using a questionnaire of WHO QOL-100, there has been performed a study of parameters of quality of life in patients with fibro-cavernous and focal forms of pulmonary tuberculosis. Mean values of different areas of quality of life in patients with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis were 2-3 times ($p \leq 0,01$) lower than those in patients with focal tuberculosis. The patients in both groups suffered morally mostly. It has been revealed that tuberculous patients with a favorable clinical prognosis had a moderate decrease in the level of well-being and satisfaction with conditions of life. The analysis of the values of the exponent falsity according to the questionnaire by V. G. Norakidze (1975) has detected that all respondents answered the proposed questions quite truthfully, as values on the scale of falsity did not exceed 6 points. The results of the study of the parameters of the tuberculous patients' quality of life can be used for targeted psycho-social rehabilitation with regard to the form of the disease.

Keywords: pulmonary tuberculosis, parameters of quality of life

Контактная информация:

Макарова Ирина Илларионовна — доктор медицинских наук, профессор, декан факультета высшего сестринского образования ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Адрес: 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

Тел. 8(4822) 34-46-95

E-mail: iim777@yandex.ru