

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПОВСЕДНЕВНОСТИ

Е. В. Сухова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

Аннотация. Целью проведенного исследования явилось изучение факторов, препятствующих лечению больных туберкулёзом и на основе их анализа представление целенаправленных рекомендаций. Объектом исследования явились 72 больных туберкулёзом лёгких, 48 мужчин и 24 женщин в возрасте от 22 до 56 лет. Методы исследования включали стандартные для туберкулёза клинические, рентгенологические, лабораторные, функциональные, а также авторскую анкету (рационализаторское предложение № 512 Самарского военно-медицинского института). Анкета состоит из четырех блоков и позволяет выявить дисциплину лечения, трудности при лечении, волевые качества, внушаемость, удовлетворенность лечением, отношение к возможной инвалидизации. Статистическая обработка результатов была проведена с помощью пакета SRSS. У больных с впервые выявленным туберкулёзом эффективность лечения снижают необходимость оплаты процедур, осложнения от инъекций, усталость от лечения. Больные-хроники пропускают посещение врача, процедуры, самовольно прекращают лечение, у большинства развились побочные действия медикаментов, и отличия с больными инфильтративным туберкулёзом лёгких статистически достоверны. Уверенность в излечении у больных с инфильтративным туберкулёзом следует использовать в качестве мотивации к лечению. У больных-хроников необходимо отслеживать появление побочных эффектов и своевременно корректировать назначения. Внушаемым пациентам следует авторитетно внушать уверенность в благоприятном исходе. У маловнушаемых пациентов следует использовать рациональное информирование о течение болезни и методах лечения.

Ключевые слова: туберкулёз лёгких, социальная необходимость эффективного лечения, факторы, препятствующие лечению у больных туберкулёзом лёгких, психологические способы повышения эффективности лечения у больных туберкулёзом лёгких.

Туберкулёз — это хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией Коха. Болезнь протекает длительно, зачастую с осложнениями, и даже в современных условиях развитой медицинской науки зачастую заканчивается развитием осложнений, инвалидизацией, иногда смертельными исходами¹. При этом сам больной является источником инфекции для близких и окружающих. Особенно уязвимы к заражению дети

и люди пожилого возраста. Только клиническое излечение больного, прекращение бактериовыделения (абациллирование) делает больного человека незаразным, уменьшает его социальную опасность. Эта болезнь требует комплексного лечения одновременно несколькими препаратами, и иногда при этом могут проявляться побочные действия медикаментов². В таком случае больные люди самовольно уменьшают дозу лекарства, делают перерывы в лечении. Это приводит к развитию лекарственной устойчивости

¹ Балежина З. Н., Лев М. Г., Малышева Л. Г. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных туберкулёзом // Проблемы туберкулёза. 2001. № 6. С. 33–35.

² Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 269 с.

микобактерий, необходимости лечения резервными препаратами, которые переносятся еще хуже¹. Такие больные продолжают заражать окружающих, но уже микобактериями, устойчивыми к основным препаратам, и это делает больных с лекарственной устойчивостью намного опаснее для окружающих². По данным литературы известно о том, что больные туберкулёзом не всегда точно соблюдают врачебные назначения³. Это создает дополнительные трудности в лечении⁴. Однако, причины нарушения лечения больными туберкулёзом в доступной литературе не отражены. Целесообразно изучить факторы, препятствующие эффективному лечению, точному выполнению врачебных назначений.

Целью проведенного исследования явилось изучение факторов препятствующих лечению больных туберкулёзом и на основе их анализа представление целенаправленных рекомендаций.

Объект и методы исследования

Было проведено обследование 72 больных туберкулёзом лёгких, 48 мужчин и 24 женщин в возрасте от 22 до 56 лет, проходивших курс стационарного лечения в ГУЗ «Самарская областная туберкулёзная больница» по поводу заболевания туберкулёзом лёгких. Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Все обследованные пациенты были жителями Самарской области. 30 страдали инфильтративным, 42 — фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 5 лет. Диагноз туберкулёза был поставлен на основании общепринятых клинических, рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований.

¹ Долгих Н. О., Кубасов В. А., Ханин А. И. Коррекция стрессовых реакций у впервые выявленных больных туберкулёзом // Сборник-резюме 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М., 1998. ЛIII. 7. С. 402.

² Аведисова А. С., Бородин В. И. От нонкомплаенса к отказу от психофармакотерапии // Психиатр, и психофармакотер. 2005. Т. 7. № 6. С. 316–318.

³ Алексеева Л. П., Розанова Ю. К., Петровская М. В. и др. Изучение нарушений личности и эмоционально-волевой сферы у лиц БОМЖ, больных туберкулёзом // Проблемы туберкулёза. 2007. № 11. С. 6–10; Лебедева Н. О. Медико-социальные факторы выживаемости впервые выявленных больных казеозной пневмонией // Проблемы туберкулёза. 2007. № 1. С. 27–30.

⁴ Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулёза лёгких / Под ред. акад. РАМН В. И. Литвинова: Методическое пособие. М., 2007. 72 с.

Для изучения факторов, препятствующих лечению, была разработана авторская анкета (рационализаторское предложение № 512 Самарского военно-медицинского института). Известно, что методики анкетирования, в которых испытуемый отвечает на вопросы самостоятельно, более полно отражают изучаемые показатели, чем те, в которых результаты получены с помощью интервьюера. Каждый анкетированный письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании. Его ставили в известность о том, что обследование анонимное. Анкета состоит из 34 утверждений. Утверждения сгруппированы в определенные блоки. Первый блок характеризует дисциплину лечения. Второй блок направлен на определение трудностей при лечении или проведении диагностических процедур. Следующий блок характеризует волевые качества пациента. Еще один блок характеризует внушаемость пациента. Следующий блок утверждений направлен на выявление удовлетворенности проводимым лечением. Последний блок направлен на выявление отношения к возможной инвалидизации, связанной с заболеванием. Утвердительные или отрицательные ответы пациентов суммировались и обрабатывались общепринятыми статистическими методиками (статистический пакет SPSS, версия 12.0). Для выявления различия в отношении к лечению у больных с впервые диагностированным и хроническим процессом был использован непараметрический метод хи-квадрата. У 30% пациентов через месяц было проведено повторное анкетирование. Отличия в ответах статистически незначимы ($p > 0,05$).

Результаты исследования

Характеристика дисциплины лечения и трудностей в связи с лечением больных впервые диагностированным — инфильтративным туберкулёзом лёгких и больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких представлены в таблице 1.

Статистический анализ показал, что больные хроническим туберкулёзом лёгких имеют более низкую дисциплину лечения по сравнению с впервые выявленными, достоверные отличия были получены по следующим показателям. Больные-хроники чаще пропускают посещение врача ($\chi^2 = 5,7$), различные процедуры ($\chi^2 = 8,2$). У больных — хроников чаще, по сравнению с впервые выявленными, развиваются побочные действия лекарственных препаратов (боли в желудке ($\chi^2 = 4,9$), в суставах ($\chi^2 = 4,6$), шум в ушах ($\chi^2 = 5,6$), мелькание мушек

Таблица 1.

Характеристика дисциплины лечения и трудностей в лечении

Утверждения	Инфильтративный ТБ (%)	Фиброзно-кавернозный ТБ (%)	Достоверность различий
Пропуск приема препарата	26,6	52,4	-
Пропуск посещения врача	6,6	42,8	$\chi^2 = 5,7$
Пропуск процедур	6,6	52,6	$\chi^2 = 8,2$
Самостоятельное изменение дозировки препарата	6,6	10,0	-
Самостоятельное прекращение приема препарата	40,0	76,2	-
Прием препарата по рекомендации другого пациента	13,3	14,3	-
Прием препарата в назначенное врачом время	6,6	33,3	-
Боли в правом подреберье как побочное действие лечения	13,3	38,1	-
Боли в желудке как побочное действие лечения	20,0	57,2	$(\chi^2 = 4,9$
Боли в суставах как побочное действие лечения	13,3	47,6	$\chi^2 = 4,6$
Парестезии (ощущение ползания мурашек) как побочное действие лечения	20,0	33,3	-
Онемение конечностей как побочное действие лечения	20,0	23,8	-
Кожный зуд как побочное действие лечения	33,3	42,9	-
Кожные высыпания как побочное действие лечения	33,3	61,9	-
Заложенность в ушах как побочное действие лечения	33,3	61,9	-
Шум в ушах как побочное действие лечения	26,6	66,7	$\chi^2 = 5,6$
Мелькание мушек перед глазами лечения	20,0	52,4	$\chi^2 = 3,9$
Ощущение комка в горле как побочное действие лечения	33,3	42,9	-
Боли от диагностических или лечебных процедур	26,6	14,3	-
Страх ожидания болезненных процедур	33,3	57,2	-
Болезненные ощущения от инъекций	33,3		-
Осложнения от инъекций	60,0	47,6	-
Самостоятельное приобретение препаратов	6,6	14,3	-
Оплата диагностического обследования	66,6	76,2	-
Оплата процедур	20,0	33,3	-
Наличие финансовых затруднений из-за лечения	46,7	76,1	-
Пропуск лечения из-за нехватки денег на проезд	20,0	47,6	-
Невозможность приобретения препаратов	26,6	66,7	$\chi^2 = 5,6$
Невозможность приобретения продуктов	33,3	76,2	$\chi^2 = 6,6$
Пропуск посещения врача из-за отдаленности больницы	20,0	10,4	-
Пропуск процедур из-за отдаленности больницы	20,0	23,8	-

Психопатология повседневности

Таблица 2.

Характеристика волевых качеств, внушаемости и удовлетворенности лечением

Утверждения	Инфильтративный ТБ (%)	Фиброзно-кавернозный ТБ (%)	Достоверность различий
Готовность принимать более интенсивное лечение	33,3	95,2	-
Готовность принимать дополнительно инъекции	33,3	95,2	-
Готовность принимать дополнительно манипуляции	53,3	71,4	-
Усталость от пребывания в больнице	60,0	61,9	-
Усталость от лечения	53,3	66,7	-
Усталость от разлуки с близкими	40,0	52,4	-
Усталость от больничного питания	66,6	66,7	-
Усталость от больничного окружения	26,6	42,9	-
Обсуждение с более «опытным» пациентом течения болезни	53,3	61,9	-
Обсуждение с более «опытным» пациентом лечения	46,6	52,4	-
Обсуждение с более «опытным» пациентом дополнительных методов лечения	60,0	57,1	-
«Примеривание» симптомов другого пациента	6,6	28,6	-
Наличие доверия лечащему врачу	86,6	81,0	-
Следование советам других больных	13,3	33,3	-
Уверенность в возможности излечения туберкулеза	86,7	47,6	$\chi^2 = 5,8$
Уверенность в возможности собственного излечения	93,3	52,4	$\chi^2 = 6,9$
Недовольство назначенным лечением	6,6	23,8	-
Желание дополнительно принимать инъекции	40,0	66,7	-
Желание дополнительно принимать процедуры	66,6	66,7	-
Расценивание своего лечения как эффективного	100,0	76,2	$\chi^2 = 4,1$
Использование нетрадиционных методов лечения	26,6	61,9	$\chi^2 = 4,4$
Желание получить информацию о заболевании	93,3	85,7	-
Желание получить информацию о методах лечения	93,3	85,7	-
Удовлетворенность располагаемой информацией	26,6	42,9	-
Способность выполнять после заболевания привычные обязанности по дому	66,6	61,9	-
Способность к обычной активности на отдыхе	80,0	57,1	-

перед глазами ($\chi^2=3,9$) и осложнение от инъекций, а потому и страх от ожидания болезненных процедур, пропускала лечение из-за нехватки денег на проезд. Практически все они имеют финансовые трудности, не имеют возможности приобретать препараты ($\chi^2=5,6$) и продукты ($\chi^2=6,6$).

Характеристика волевых качеств больных, внушаемости и удовлетворенности лечением представлены в таблице 2.

Как показывают результаты представленной таблицы, практически все больные-хроники готовы принимать дополнительное лечение, в том числе инъекции и различные манипуляции, если это повысит возможность их излечения. Усталость от лечения, от разлуки с близкими, от больничного питания испытывает половина всех опрошенных. Половина респондентов обсуждает с более «опытными» больными течение собственной болезни, лечение, возможность использования дополнительных методов лечения, хотя лишь небольшая часть показала, что следует советам других больных. Практически все больные туберкулёзом доверяют своему лечащему врачу, только малая часть недовольна проводимым лечением. Все больные с впервые выявленным туберкулёзом расценивают, в отличие от хроников, свое лечение как эффективное ($\chi^2=4,1$). По уверенности в возможности излечения туберкулёза и собственного между больными — хрониками и впервые выявленными существует достоверное различие. Почти все пациенты с инфильтративным туберкулёзом верят в возможность излечения туберкулёза ($\chi^2=5,8$) и своего собственного ($\chi^2=6,9$), а из хроников в этом уверены лишь половина. Нетрадиционные методы лечения чаще используют больные с фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких ($\chi^2=4,4$). Практически все опрошенные не располагают необходимой информацией по своему заболеванию и хотели бы ее получить. Снижение способности к выполнению привычной нагрузки по дому и на отдыхе коснулось в большей степени больных-хроников.

Обсуждение результатов

Туберкулёз — это инфекционное заболевание с длительным течением. Больнее с хроническим фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких (постарому «чахотка») лечились не один год, прошли по несколько курсов многомесячного стационарного лечения и испытали на себе побочное действие противотуберкулёзных препаратов. Усталость от лечения, от разлуки с близкими, от больнично-

го питания испытывает половина всех опрошенных. Они в курсе того, что их болезнь приняла хроническую форму, утратили веру в излечение. Ведь арсенал противотуберкулёзных препаратов ограничен. Они не имеют материальных возможностей приобретать препараты для повышения иммунитета или симптоматические средства, а при хроническом течении заболевания развиваются осложнения со стороны многих органов и систем, и они также требуют медикаментозного лечения. Курс стационарного лечения длится несколько месяцев. Больные туберкулёзом нуждаются в усиленном питании. На приобретение нужных продуктов у больных нет средств. Этими фактами мы объясняем более низкую дисциплину лечения у хронических больных, пропуски посещений врача, нарушения в приеме препарата, в приеме различных лечебных процедур.

Тем не менее, практически все больные-хроники готовы принимать дополнительное лечение, в том числе инъекции и различные манипуляции, если это повысит возможность их излечения. Т.е., несмотря на длительный опыт безуспешного лечения, развитие осложнений и побочных эффектов от лечения, у них все равно сохраняется надежда на излечение, на новое эффективное средство, новый метод. Именно отсутствие возможности обсуждать со своим лечащим врачом свои страхи и тревоги, проявления болезни, подробно излагать побочные эффекты от назначенного лечения приводит к обсуждению этого с другими пациентами, более «опытными» в связи с большей длительностью болезни. Но, раз они болеют дольше, то побочных эффектов и осложнений имеют больше, и передают не настрой на выполнение назначений, а свой собственный негативный опыт, что никак не может способствовать повышению дисциплины лечения. Также они нацеливают на применение нетрадиционных методов лечения. Понятно, что такими средствами нельзя вылечить инфекционное заболевание, а получить осложнения можно.

Не следует забывать о том, что больные туберкулёзом лёгких социально опасны, каждый бацилловыделитель способен заразить до 100 человек в год. Только прекращение бактериовыделения — абациллирование способно прервать цепочку заражения. Особенно уязвимы к туберкулёзной инфекции дети, беременные женщины, пожилые люди, больные бронхиальной астмой, сахарным диабетом. Эффективное лечение больных туберкулёзом является социальной необхо-

димостью, и следует использовать все средства и возможности для этого.

Все больные с впервые выявленным туберкулёзом расценивают свое лечение как эффективное. Почти все они верят в возможность излечения туберкулёза и своего собственного. И эту веру необходимо укреплять достоверным информированием, поддерживать позитивный настрой, отмечать любые положительные сдвиги в лечении и опираться на них в работе.

Осложнения от инъекций и болезненность проводимых диагностических процедур в большей степени испытали впервые выявленные больные, эти факторы также снижают дисциплину лечения. Перед проведением лечения необходимо проводить специальную разъяснительную работу, снимать страх. Страх ожидания болезненности процедур испытывает более половины хроников. Страх является деструктивной реакцией, он лежит в основе тревоги и депрессии, снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Об этом страхе у пациента врачу следует помнить при назначении лечения и обследования. По возможности, назначать не инъекции, а таблетированные препараты. Если же без какой-то процедуры или обследования не обойтись, то следует подробно обосновать ее необходимость, информировать о методике проведения, безопасности для здоровья, возможности оказать немедленную помощь. Это снимет страх и тревогу.

Результаты анкетирования показали, что половина опрошенных обладает высокой внушаемостью, это та категория лиц, которая при опросе показала, что имеет тенденцию ориентироваться на мнение окружающих, принимать их советы. Врач-фтизиатр может определить внушаемость, используя два способа. Первый заключается в выяснении того, легко ли пациент соглашается с мнением более «опытных» больных, принимает советы лечащего врача. Второй способ выявления высокой внушаемости заключается в том, что врач категорично, с непрекаемым авторитетом заявляет больному: «Данная процедура безопасна!», «Она малобезопасна!». Положительный эффект от такого психологического воздействия указывает на высокую внушаемость пациента, которую необходимо использовать в лечебном процессе. Таким пациентам следует авторитетно делать назначения.

Больным с малой внушаемостью для преодоления страха необходимо проводить разъяснительную работу, использовать рациональное

информирование. Таким больным следует доступно объяснить необходимость и относительную безопасность манипуляций. Рациональное отношение к процедурам и манипуляциям способно повысить дисциплину лечения у пациентов второй группы.

Поскольку боль выступает, с одной стороны, как ощущение, а, с другой стороны, как эмоция и переживание, то ее можно существенно уменьшить путем повышения порога восприятия боли и подавления за счет обратной нисходящей афферентации. Для этого можно рекомендовать родственникам (если родственные отношения поддерживаются) проявлять по отношению к больным уместную нежность и ласку.

Мануальное воздействие медицинского персонала может проявляться поглаживанием места болезненного воздействия. Легкое поглаживание рукой запускает механизм воротного контроля боли и приводит к уменьшению болевых ощущений.

Можно использовать во время проведения болезненных процедур аудиозаписи успокаивающих и отвлекающих музыкальных произведений, ободрять и поддерживать словом. Важны интонации, по которым больной человек понимает, что ему сочувствуют.

Для уменьшения эмоционального, переживательного компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, необходимо также применять разъяснение и внушение, что способно повысить дисциплину лечения.

Готовность к приему дополнительных инъекций или процедур, если это повысит шанс на излечение можно использовать в качестве мотивации к лечению. Половина пациентов обладает высокой внушаемостью, которая выражается в обсуждении с более «опытными» пациентами симптомов собственного заболевания, методов лечения, следовании их советам. Такая высокая внушаемость снижает дисциплину лечения. Но ее же можно использовать и для повышения его эффективности, так как практически все больные туберкулёзом доверяют своему лечащему врачу и хотят получать информацию о своем заболевании и лечении. Информирование в позитивном ключе способно повысить дисциплину лечения.

В качестве мотивации к лечению и повышению его дисциплины можно использовать и тот факт, что все опрошенные с впервые диагностированным туберкулёзом инфильтративным туберкулёзом расценили свое лечение как эффективное. Нереализованное желание получить дополнительно

инъекции и процедуры также снижает дисциплину лечения, оно заставляет хроников достаточно широко использовать нетрадиционные методы лечения. Но оно же может быть использовано в качестве средства повышения дисциплины лечения путем назначения, например, различных ингаляций или физиопроцедур с успокаивающим действием.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд факторов, снижающих дисциплину лечения у больных туберкулезом. Выявлены факторы, препятствующие эффективному лечению у больных с впервые выявленным туберкулезом легких и у больных-хроников. Врачам следует дифференцированно подходить к вопросам лечения. По результатам анализа этих факторов представлены психологические способы повышения эффективности лечения у больных туберкулезом легких. Эти способы не требуют назначения дорогостоящих препаратов и назначений. Следует лишь помнить о проблемах больных людей.

Выводы

1. У больных с впервые диагностированным туберкулезом легких эффективность лечения

снижают: необходимость оплаты диагностических процедур, осложнения от инъекций, усталость от лечения и пребывания в больнице.

2. Больные с хроническим туберкулезом легких пропускают посещение врача, процедуры, самовольно прекращают лечение, применяют нетрадиционные методы лечения, не имеют денег на приобретение препаратов, у них развились побочные действия медикаментов.

3. Отличия по факторам, у больных инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких статистически достоверны.

4. Уверенность в излечении туберкулеза и своего собственного у больных с впервые диагностированным заболеванием следует использовать в качестве мотивации к лечению.

5. У больных-хроников необходимо отслеживать появление побочных эффектов и своевременно корректировать назначения.

6. Внушаемым пациентам следует авторитетно внушать уверенность в благоприятном исходе.

7. У маловнушаемых пациентов следует использовать рациональное информирование о течение болезни и методах лечения.

Список литературы:

1. Аведисова А.С., Бородин В. И. От некомплайенса к отказу от психофармакотерапии // Психиатр, и психофармакотер. 2005. Т. 7. № 6. С. 316–318.
2. Алексеева Л.П., Розанова Ю. К., Петровская М. В. и др. Изучение нарушений личности и эмоционально-волевой сферы у лиц БОМЖ, больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза. 2007. № 11. С. 6–10.
3. Балежина З.Н., Лев М. Г., Малышева Л. Г. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза. 2001. № 6. С. 33–35.
4. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 269 с.
5. Долгих Н.О., Кубасов В. А., Ханин А.И. Коррекция стрессовых реакций у впервые выявленных больных туберкулезом // Сборник-резюме 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М., 1998. ЛIII. 7. С. 402.
6. Лебедева Н. О. Медико-социальные факторы выживаемости впервые выявленных больных казеозной пневмонией // Проблемы туберкулеза. 2007. № 1. С. 27–30.
7. Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулеза легких / Под ред. акад. РАМН В. И. Литвинова: Методическое пособие. М., 2007. 72 с.

References (transliteration):

1. Avedisova A.S., Borodin V. I. Ot nonkomplaiensa k otkazu ot psikhofarmakoterapii // Psikhiatr, i psikhofarmakoter. 2005. T. 7. № 6. S. 316–318.
2. Alekseeva L.P., Rozanova Yu.K., Petrovskaya M. V. i dr. Izuchenie narushenii lichnosti i emotsional'no-volevoi sfery u lits BOMZh, bol'nykh tuberkulezom // Problemy tuberkuleza. 2007. № 11. S. 6–10.
3. Balezina Z.N., Lev M. G., Malysheva L. G. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya bol'nykh tuberkulezom // Problemy tuberkuleza. 2001. № 6. S. 33–35.
4. Berezin F. B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka. L.: Nauka, 1988. 269 s.

5. Dolgikh N.O., Kubasov V. A., Khanin A.JI. Korrektsiya stressovykh reaktsii u vpervye vyyavlennykh bol'nykh tuberkulezom // Sbornik-rezyume 8-go Natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya. M., 1998. LIII. 7. S. 402.
6. Lebedeva N. O. Mediko-sotsial'nye faktory vyzhivaemosti vpervye vyyavlennykh bol'nykh kazeoznoi pnevmoniei // Problemy tuberkuleza. 2007. № 1. S. 27–30.
7. Psikhologicheskoe i neiropsikhologicheskoe soprovozhdenie terapii tuberkuleza legkikh / Pod red. akad. RAMN V. I. Litvinova: Metodicheskoe posobie. M., 2007. 72 s.