

вы прогнозирования тяжести гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры / О.М. Абрамзон, О.Л. Карташова, А.В. Вальшев, Н.Б. Перукова // Журн. микробиол., эпидемиол., иммунобиол. – 2004. – № 3. – С. 7-10.

13. Этиология гнойно-деструктивных заболеваний легких и чувствительность к антибиотикам их основных возбудителей / В.В. Бойко, Д.В. Минухин, Е.М. Климова, Н.В. Красносельский // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2004. – № 2. – С. 32-35.

14. Яковлев С.В. Антибактериальная терапия осложненной пневмонии / С.В. Яковлев // Consilium Medicum. – 2001. – № 3. – С. 142-148.

15. Яковлев В.П. Рациональная антимикробная фармакотерапия / В.П. Яковлев, С.В. Яковлев. – М.: Литература, 2003. – 223 с.

16. Козачок М.М. Клінічна пульмонологія: [посібник] / М.М. Козачок, Л.О. Вистюк. – Київ : ТОВ «Д.С.ЛТД», 2005. – 436 с.

17. Определитель бактерий Берджи: в 2-х т. Том 1 / под ред. Дж. Хоулта, Н. Крига, П. Снита и др.: пер. с англ. – [9-е изд.]. – М.: Мир, 1997. – 432 с.

18. Определитель нетривиальных патогенных грамотрицательных бактерий / [Р. Веант, У. Мосс, Р. Уивер и др.]. – М.: Мир, 1999. – 792 с.

19. Саттон Д. Определитель патогенных и условно-патогенных грибов / Д. Саттон, А. Фотергилл, М. Ринальди; пер. с англ. – М.: Мир, 2001. – 486 с.

### COMPOSITION OF THE MICROFLORA WITHDRAWN IN PATIENTS WITH FESTERING-DESTRUCTIVE COMPLICATIONS OF PNEUMONIA

A.V. Bakumenko, S.V. Biriukova, M.B. Davydenko

**SUMMARY.** *There are analyzed the results of microbiological research of festering content withdrawn by mini-invasive interference in patients with the abscesses of lungs and empyemas of pleura, that arose up as complication of non-hospital pneumonias.*

**Key words:** *abscess of lungs, empyema of pleura, microbiological researches, microflora.*

Отримано 25.06.2012 р.

© Колектив авторів, 2013  
УДК [616-002.5+616.98(ВІЛ)]-071.1:159.923

## Н.Г. Славина, О.В. Постнов, О.В. Нікітіна, Л.Г. Авербух, С.В. Поздняков ДЕТЕРМІНАНТИ ПОВЕДІНКОВОЇ МОДЕЛІ ХВОРИХ НА КОІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ

ДУ «Науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І. Мечникова»,  
Одеський обласний психоневрологічний диспансер

*Досліджували взаємозв'язок соціально-демографічних і психологічних особливостей осіб, коінфікованих ВІЛ і туберкульозом, їх вплив на модель поведінки.*

**Ключові слова:** *коінфекція ВІЛ/туберкульоз, модель поведінки, соціально-психологічний портрет.*

Феномен ВІЛ-інфекції визнається багатофакторним явищем, має свою логіку розвитку у певному соціально-економічному, політичному та соціально-культурному контексті. На території двох найбільших країн пострадянського простору – України і Росії із загальним соціально-культурним середовищем у минулому і наступним процесом

руйнування базових елементів культури, системи соціальних і, передусім, етичних норм, зростали групи соціально дезадаптованих людей, що найбільше піддаються ризикам соціально обумовлених захворювань [1]. Епідемія ВІЛ-інфекції, яка виникла на цьому ґрунті, стала однією з важливих причин поширення туберкульозу та поєднання обох інфекцій.

Туберкульоз посідає перше місце серед всіх опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованих [2]. Коінфекція ВІЛ і туберкульозу (ВІЛ/ТБ) набирає в деяких регіонах, зокрема в Одеській області, особливо небезпечних темпів – у 2010 р. їхня частка становила 20,2 % (по Україні 12,7 %) до

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

загальної кількості захворілих на ТБ. Стрімко також прогресує смертність коінфікованих і, що найгірше, переважно серед людей молодого і середнього працездатного віку (20-49 років). У 2010 р. смертність від коінфекції ВІЛ/ТБ по відношенню до всіх померлих від ТБ становила в середньому по Україні 36,1 %, в Одеському регіоні цей показник сягнув майже 60 % [3].

Модель поведінки вважається основним чинником ризику ВІЛ-інфекції. Вона тісно пов'язана із соціально-демографічними характеристиками [4], психологічними [5, 6] та психопатологічними особливостями [7, 8], якістю життя та умовами соціального середовища, в якому перебуває особа [9]. Проведення окремих видів досліджень на різних вибірках не дає уявлення про сукупність індивідуальних особливостей, властивих хворим на поєднану патологію, врахування яких є необхідним з позицій біопсихосоціального підходу до захворювання як динамічної взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних чинників [10].

Мета роботи полягає у вивченні взаємозв'язку соціально-демографічних та індивідуально-психологічних особливостей осіб з коінфекцією ВІЛ/туберкульоз і впливу їх на модель поведінки.

### Пацієнти і методи

Дослідження соціально-демографічних характеристик та поведінки проводились в рамках дозорного епідагляду шляхом анонімного анкетування 172 хворих на туберкульоз, 77 (44,8 %) з яких мали ВІЛ-позитивний статус. Хворі перебували на стаціонарному лікуванні у 2010 р. в Одеському обласному протитуберкульозному диспансері та в Одеській міській туберкульозній лікарні. Для анкетування респонденти відбирались методом випадкового вибору. У психодіагностичному дослідженні брали участь 74 пацієнти з цієї вибірки (34 особи ВІЛ-позитивні, 40 осіб ВІЛ-негативні). Результати опитування обробляли методами дескриптивної статистики: визначення частки та довірчого інтервалу частки (з 95 % рівнем довіри). При порівнянні груп визначали z-критерій для пропорцій з поправкою Йейтса і межі вибіркової різниці долей. Досліджували статеві-віковий склад, соціальний статус, сімейний стан, сексуальну поведінку та шкідливі звички. При проведенні психодіагностики застосовували стандартизовану методику для дослідження особистості – ММРІ в адаптації Ф.В. Березіна (1976). Актуальний психічний стан, психологічні та психопатологічні аспекти особистості визначали на основі 3 оціночних і 10 основних (клінічних) шкал. Оцінка отриманих даних здійснювалась в Т-балах (від 20 до 120). Нормативним вважається профіль, що не перевищує 70 Т-балів.

### Результати досліджень та їх обговорення

*Соціально-демографічна характеристика.* Статеві-віковий склад вибірки 172 хворих на туберкульоз (включно з ТБ/ВІЛ) приблизно відповідає статеві-віковій структурі населення Одеської області станом на 01.01.2010 р. Відхилення по окремих статеві-вікових кластерах становило 5-8 %, за винятком вікової групи 60 років і більше, яка у вибірці складала 1,7 %, а у сукупному населенні – 22,4 %. Існує певний зсув розподілу вибірки за віковими групами на більш молодий вік у порівнянні зі структурою сукупного населення (мал. 1). Частка жінок у вибірці складала 45,9 %; частка хворих чоловічої статі – 54,1 %, вище, ніж у сукупному населенні – 46,0 % (95 % довірчого інтервалу).

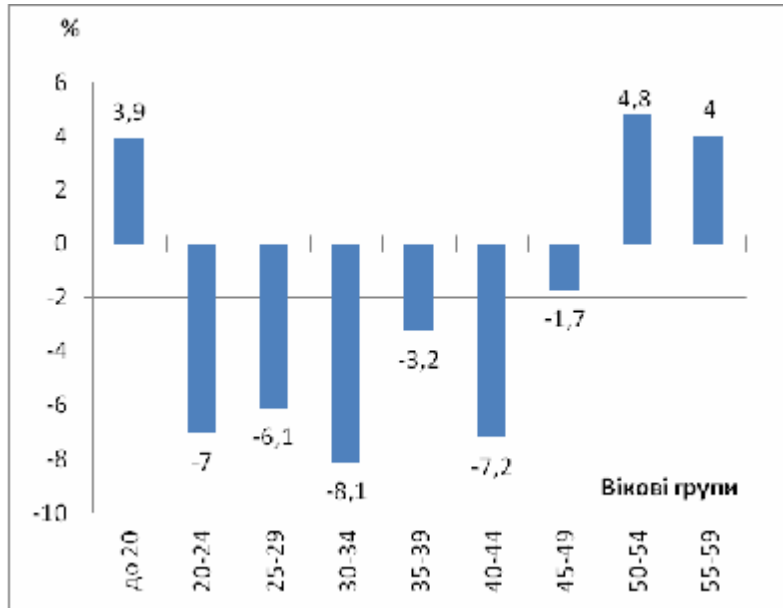
Із загального числа респондентів мали ВІЛ(+) статус 77 осіб (44,8 %), 95 (55,2 %) – ВІЛ(-) статус. Середній вік респондентів ВІЛ(-) становив 34,2 (SD 13,0) років, ВІЛ(+) – 36,2 (SD 8,27).

*Освіта.* Серед хворих ВІЛ(-) були респонденти з різним освітнім рівнем: середньою (включно з середньо-спеціальною) та вищою (включно з неповною вищою). При порівнянні груп ВІЛ(+) та ВІЛ(-) за цією ознакою (табл. 1) достовірної різниці не виявлено ( $p=0,057$ ), хоча можна припустити, що за умов збільшення об'єму вибірки рівня статистичної значимості щодо переважання числа осіб з вищою освітою для хворих ВІЛ(-) буде досягнуто. Характерною ознакою у цілому по вибірці було достовірне зменшення частки осіб з вищою освітою удвічі, у порівнянні зі сукупним населенням, як серед чоловіків, так і серед жінок. Частка осіб з неповною вищою та вищою освітою серед жінок помітно вище, ніж серед чоловіків.

*Соціальний статус.* Рівень безробіття серед хворих на туберкульоз (75 %) значно вищий від рівня безробіття серед загального населення в Одеській області за 2009 р. (6,8 % від населення 15-70 років). Високі рівні безробіття спостерігаються як серед чоловіків, так і серед жінок, різниці між статевими групами, а також між респондентами ВІЛ(-) та ВІЛ(+) не виявлено (табл. 1). Більша частина випадків безробіття – 45,3 % від усієї вибірки – припадає на найбільш продуктивний, працездатний вік (25-45 років).

*Сімейний стан.* При порівнянні отриманих даних з матеріалами результатів Всеукраїнського перепису населення 2001 р. в Одеській області встановлено, що частка чоловіків, що мають постійну пару, серед всіх хворих на туберкульоз, незалежно від ВІЛ-статусу, значно нижча, ніж у сукупному населенні. Серед жінок ці показники майже однакові. При дослі-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Мал. 1. Різниця між частками вікових груп у генеральній сукупності та вибірці туберкульозних хворих (включно з ВІЛ-інфікованими).

дженні сімейного стану хворих на туберкульоз в залежності від ВІЛ-статусу встановлено, що серед ВІЛ(-) 49,5 % проти 35,1 % ВІЛ(+) мають постійну пару, тобто перебувають у зареєстрованому або цивільному шлюбі. Разом з тим різниця між груповими показниками ВІЛ(+) і ВІЛ(-) за сімейним станом незалежно від статі при даному обсязі вибірки виявилась статистично недостовірною (табл. 1).

*Особливості поведінки.* Активність розширення статевих мереж є одним з найважливіших факторів поширення інфекцій статевим шляхом. В цілому цей показник по вибірці (незалежно від ВІЛ-статусу) серед чоловіків і жінок відрізнявся недостовірно. Дана вибірка характеризувалася низькою активністю залучення нових членів до сексуальних мереж. 92,5 % респондентів мали не

Таблиця 1

Соціально-демографічний стан хворих на туберкульоз: група ВІЛ(+) у порівнянні з групою ВІЛ(-)

Ознака	Визначення	Всього		ВІЛ (-)		ВІЛ (+)		Вибіркова різниця долей $P_1-P_2$	Межі 95% ДІ для $P_1-P_2$	P-value
		n	%	n	%	n	%			
Стать	Жінки	79	45,9	44	46,3	35	45,5	0,009	0,1529-0,1701	0,238
	Чоловіки	93	54,1	51	53,7	42	54,5			
Освіта	Вища	32	18,6	23	24,2	9	11,5	0,125	0,0014-0,2491	0,057
	Середня	140	81,4	72	75,8	68	88,5			
Зайнятість	Працює	42	24,4	25	26,3	17	22,1	0,042	0,0975-0,1823	0,642
	Не працює	130	75,6	70	73,7	60	77,9			
Сімейний стан	Має пару	74	43,0	47	49,5	27	35,1	0,144	0,0142-0,3024	0,081
	Без пари	98	57,0	48	50,5	50	64,9			
Позашлюбні сексуальні стосунки	Ні	111	82,8	70	92,1	41	70,7	0,214	0,0671-0,3613	0,002
	Так	23	17,2	6	7,9	17	29,3			
ЗПСШ в анамнезі	Ні	142	85,0	88	93,6	54	74,0	0,196	0,0721-0,3207	<0,001
	Так	25	15,0	6	6,4	19	26,0			
Споживання наркотичних речовин	Ні	124	74,7	86	93,5	38	51,4	0,421	0,2845-0,5580	<0,001
	Так	42	25,3	6	6,5	36	48,6			

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

більше одного нового статевого партнера протягом останніх 3 місяців. Найчастіше активне залучення нових партнерів відбувалось у вікових групах 25-44 роки – період високої сексуальної активності особи. Між груповими показниками ВІЛ(-) та ВІЛ(+) щодо кількості партнерів статистично достовірної різниці не виявлено ( $z = 1,5346$ ;  $p > 0,05$ ).

Особливості поведінки досліджували також за такими ознаками, як позашлюбні сексуальні стосунки, наявність в анамнезі захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), споживання ін'єкційних наркотиків. За всіма трьома ознаками, які вважаються основними чинниками ризикованої поведінки, були одержані значні відмінності між групами хворих на туберкульоз ВІЛ(-) та ВІЛ(+) з високим рівнем досягнутої значущості  $p < 0,001$  (табл. 1).

У даній вибірці особи із ЗПСШ в анамнезі мали виключно середню та середньо-спеціальну освіту. Особи з неповною вищою та вищою освітою не зазначали ЗПСШ в анамнезі. При даному обсязі ви-

бірки різниця у розповсюдженості ЗПСШ в анамнезі серед осіб із середньою та вищою освітою виявилась статистично достовірною (Фішер точний = 0,0037,  $p \leq 0,01$ ).

*Психодіагностичні дослідження.* Оцінка особистісних профілів ММРІ показала, що у переважній більшості досліджуваних респондентів існують особливості, які можуть бути діагностовані як відхилення від нормативного рівня (70-Т балів). Аналіз оціночних і базових (клінічних) шкал ґрунтувався на виявленні числа осіб з підвищеними або пониженими показниками по різних шкалах індивідуального профілю. Результати вимірювання, які виходили за рівень нормативного розкиду і мали заданий рівень значимості  $\alpha < 0,05$ , враховувались для подальшої інтерпретації (табл. 2).

Між хворими групи ВІЛ(-) і групи ВІЛ(+) спостерігалися розбіжності по шкалах: F (напруженість), 4 (психопатичні відхилення), 6 (параноїдальність), 8 (шизоїдність), 4/6 (ворожість), які були суттєво вище нормативного рівня у більшості досліджуваних з ВІЛ-інфекцією.

Таблиця 2

Результати статистичного аналізу профілів ММРІ у ВІЛ(-) і ВІЛ(+) хворих для шкал з підвищеними показниками (більше 70 балів)

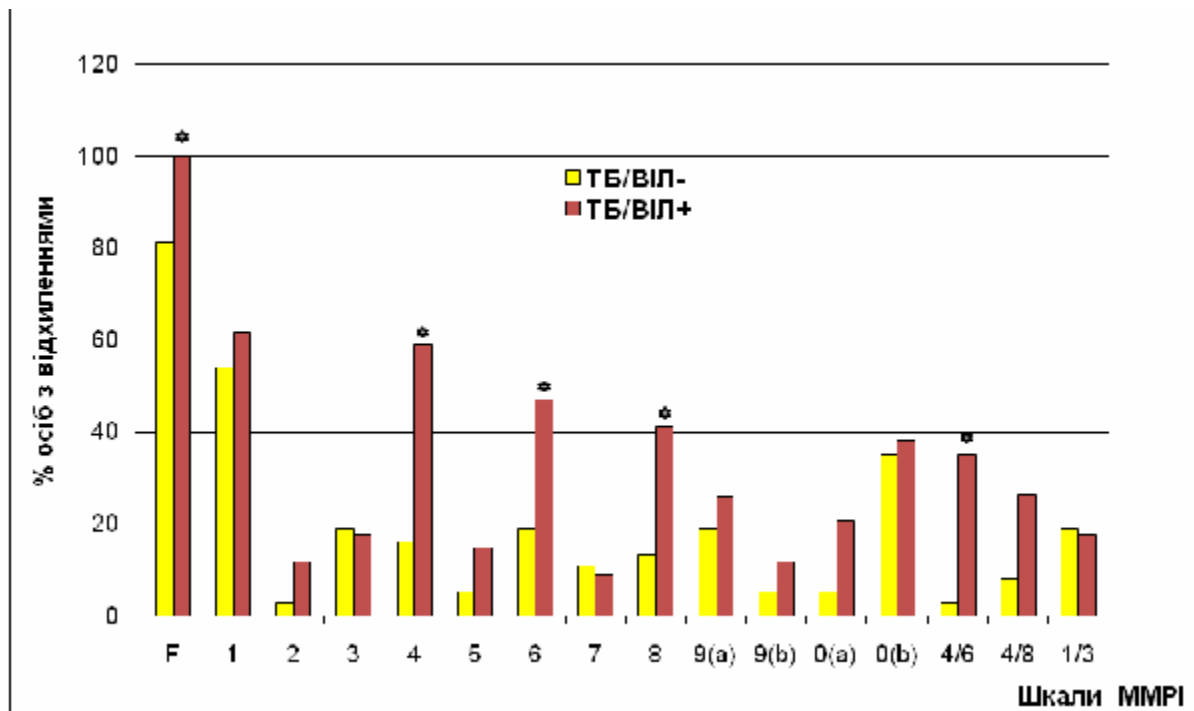
Шкали	Кількість осіб, %		Вибіркова різниця долей $P_1 - P_2$	Межі 95 % ДІ для $P_1 - P_2$	P-value
	ВІЛ(-) n=37	ВІЛ(+) n=34			
F	81,1	100,0	0,189	0,03-0,34	<0,03
4	17,6	58,8	0,426	0,19-0,66	<0,001
6	18,9	47,1	0,281	0,04-0,52	<0,03
8	13,5	41,2	0,101	0,15-0,50	<0,02
4/6	2,7	35,3	0,086	0,13-0,52	<0,002

Актуальний стан всіх досліджуваних відзначався значним підвищенням піку профілю оціночної шкали F (мал. 2), що може свідчити про виражений рівень напруженості як прояв гострої потреби допомоги, недостатню адаптованість, невдоволення актуальною життєвою ситуацією, неконформність досліджуваних осіб. Було помітним, хоча статистично недостовірним, підвищення по 1-й шкалі – *іпохондризації* між кількістю хворих у групі ВІЛ(-) 4 % і ВІЛ(+) 61,8 %. Цей стан виникає на тлі високого рівня тривоги та песимістичного ставлення до своїх проблем.

Підвищення піку по клінічній шкалі 4 (мал. 2) демонструє риси, притаманні хворим на коінфекцію ТБ/ВІЛ: складнощі у дотримуванні загально-

прийнятих правил, норм; нездатність підпорядковувати свою поведінку відповідно до стійких переконань та цілей; прагнення негайно задовольняти свої спонукання, непереносимість одноманітності, схильність до ризику, дратівливість, а також схильність до конфліктності водночас з нездатністю прогнозувати ситуацію й можливість наступного покарання.

Про схильність до застрягання на неприємних переживаннях, хворобливу уразливість щодо зачепленої гордості, самолюбства, перекладання відповідальності за помилки на оточуючих, злопам'ятність, недовірливість, підозрливість, легкість виникнення ворожих реакцій свідчить підвищення піку профілю по шкалі 6.



Мал. 2. Кількість осіб (%) у досліджуваних групах з виявленими відхиленнями від нормативного рівня. По 9-й та 0-й шкалах показані лише знижені показники (9<sub>b</sub> – депресія, 0<sub>b</sub> – контактність). Статистично достовірні розбіжності ( $p < 0,05$ ) позначені зірочкою.

Високі показники по шкалі 8 виявляють емоційну відгородженість від соціального оточення та заглиблення у внутрішній світ, вибірковість і утрудненість контактів, труднощі з реальною оцінкою ситуації та загальної картини світу, почуття відчуженості і незрозуміння.

Поєнання шкал 4 і 6 (при перевищенні 70-Т балів) є діагностичною ознакою таких рис особистості, як здатність до стійкої реалізації асоціальних тенденцій, похмурість, схильність до завзятих заперечень, стійку недоброзичливість.

Таким чином, у дослідженні особистісних психологічних характеристик VIЛ(+) хворих на туберкульоз визначено ряд особливостей, що тягнуть за собою стійку тенденцію до поведінкових відхилень. Основними наслідками такої неадаптивної, асоціальної поведінки є: зневага нормами моралі, етичними цінностями, усталеними правилами поведінки і звичаями.

Отримані результати аналізу індивідуально-психологічних властивостей VIЛ(+) хворих на туберкульоз цілком кореспондуються з висновками раніше оприлюднених робіт [5, 6, 11], в яких зазначені такі характерні риси: низький контроль емоцій і поведінки, низька нормативна поведін-

ка, прагнення покласти відповідальність за помилки на оточуючих, тривожність, іпохондричність, песимістична оцінка перспективи, переживання недостатності власної особистості.

До однакових психологічних проявів в обох групах досліджуваних можна віднести помітне підвищення по 1-й шкалі (соматизація тривоги) на тлі високого рівня занепокоєння іпохондричною фіксованістю на болісних відчуттях або на самому факті захворювання, дразливістю, невдоволеністю лікуванням, бажанням здобути співчуття в оточуючих. Відзначались і суттєві відмінності психологічного профілю між обома групами. У туберкульозних хворих VIЛ(-) кількість осіб з психопатологічними відхиленнями (шкали 4, 6, 8 і сполучення 4/6 шкал) виявилась суттєво меншою порівняно з VIЛ(+). Це може свідчити про те, що хворим на туберкульоз VIЛ(-) такі риси, як агресивність, зневага усталеними нормами поведінки, нонконформізм, відчуженість від соціального оточення, підозрілість, жорсткість манери поведінки, схильність до створення конфліктних ситуацій в цілому не притаманні.

У таблиці 3 надані зведені результати по всіх аспектах, що розглядались вище, які дають мож-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 3

Соціальний стан, поведінкові та психологічні особливості досліджуваних осіб ВІЛ(+) та ВІЛ(-) хворих на туберкульоз

Характеристики	Ознаки	ВІЛ(+)	ВІЛ(-)
Соціально-демографічний статус	Стать, %		
	– чоловіки	54,5	53,7
	– жінки	45,5	46,3
	Вік, роки	36,2 (SD8,27)	34,2 (SD 13,0)
	Освіта, %		
	– вища (н/вища)	11,5	24,2
– середня	50,0	46,3	
– середньоспеціальна	38,5	29,5	
Сімейні, %	35,1	49,5	
Працюючі, %	22,1	26,3	
Сексуальна поведінка та шкідливі звички	Мають позашлюбні сексуальні стосунки, %	<b>29,3</b>	<b>7,9</b>
	ЗПСШ в анамнезі, %	<b>26,0</b>	<b>6,4</b>
	Вживання наркотичних речовин, %	<b>48,6</b>	<b>6,5</b>
Психологічні відхилення порівняно з нормативною вибіркою (% осіб в досліджуваній групі)	Іпохондризація	61,8	54,0
	Психопатичні відхилення	<b>58,8</b>	<b>17,6</b>
	Параноїдальність	<b>47,1</b>	<b>18,9</b>
	Шизоїдність	<b>41,2</b>	<b>13,5</b>
	Ворожість	<b>35,3</b>	<b>2,7</b>

Примітка. Цифри, виділені жирним шрифтом, вказують на статистично значиму різницю між двома групами.

лівість скласти уявлення про соціально-психологічні портрети обох досліджуваних груп.

Порівнюючи групи туберкульозних хворих ВІЛ(-) та ВІЛ(+), можна помітити, що соціально-демографічний статус респондентів схожий, але не тотожний. Відмінність виявляється при порівнянні сімейного стану та позашлюбних стосунків – картина вимальовується благополучнішою у хворих на туберкульоз ВІЛ(-). Ще виразнішою є відмінність між хворими на туберкульоз ВІЛ(-) та ВІЛ(+) щодо захворювань, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ), в анамнезі і вживання ін'єкційних наркотиків, – також свідчить на користь хворих ВІЛ(-) (табл. 1). Найвиразнішими виявилися індивідуально-психологічні профілі цих груп.

Порівнюючи сексуальну поведінку і шкідливі звички обох груп з психологічними відхиленнями, чітко простежується, що одним з найвпливовіших чинників на психіку є ін'єкційні психоактивні речовини, які справляють психопатизуючий вплив [4, 6]. Проте останніми роками стало відомо, що психопатологічні відхилення спостерігалися в осіб, що вживали неін'єкційні наркотики, наприклад кокаїн [10], і навіть у ВІЛ-інфікованих осіб із статевим шляхом зараження, що взагалі не вживали психоактивних речовин [7]. Із звіту Секрета-

ріату ВООЗ EB124/6 [12] і систематичного звіту Das S., Leibowitz G.S. випливає, що психічні вади людини належать до чинників, що підвищують уразливість до ВІЛ, які зазнають ще більшого загострення після інфікування.

Викладені результати доводять необхідність враховувати специфіку психопатологічної моделі поведінки хворих на коінфекцію ТБ/ВІЛ для розробки і введення стандартів психологічної корекції як необхідної складової патогенетичного лікування та психосоціальної адаптації. Такий біопсихосоціальний підхід (BPS) вже застосовується в країнах Європи і США [13] і його втілення у вітчизняну практику, на наш погляд, сприятиме зменшенню проявів антисоціальних форм поведінки, пов'язаних з поширенням ВІЛ, поліпшить прихильність до дисциплінованого лікування, отже, буде мати протиепідемічне значення.

### Висновки

1. Визначено, що у ВІЛ(+) хворих на туберкульоз існує тісний зв'язок між рівнем позашлюбних стосунків, ЗПСШ, споживанням наркотиків, з одного боку, та високою поширеністю ризикованих форм поведінки, з іншого, й, навпаки, відсутністю такого зв'язку у ВІЛ(-) хворих на туберкульоз.

2. Висока поширеність ризикованих форм поведінки серед ВІЛ(+) хворих на туберкульоз свідчить про наявність спільних соціально-демографічних і психопатологічних детермінант.

3. На основі проведених досліджень можна припустити наявність суттєвих відмінностей двох біопсихосоціальних моделей поведінки хворих на туберкульоз ВІЛ(-) і коінфікованих ВІЛ(+), що має впливати на різні підходи до психотерапевтичної корекції та психосоціального супроводження цих груп.

### Література

1. Чабан О.С. Ситуаційна соціокультуральна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, О.Ю. Жабенко // *Нейро News: психоневрологія і нейропсихіатрія*. – 2010. – № 4 (23). (<http://neuro.health-ua.com/article/317.html>).
2. Вторичные заболевания у больных туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции / И.Ю. Бабаева, Е.Г. Кондратьева, В.В. Шаполовский, О.В. Демихова // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 2008. – № 3. – С. 42-46.
3. Туберкульоз в Україні (Аналітико-статистичн. довідник за 2000-2010 рр.). – Київ, 2011. – 103 с.
4. Любаева Е.В. Социально-демографический профиль пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, в Москве / Е.В. Любаева, А.В. Кравченко, С.Н. Ениколопов // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 2010. – № 3. – С. 27-31.
5. Беяева В.В. Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ / В.В. Беяева // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 1998. – № 5. – С. 27-29.
6. Жужгова И.В. Клинико-эпидемиологическая и индивидуально-психологическая характеристика ВИЧ-инфекции в сочетании с гемоконтактными гепатитами и наркоманией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / И.В. Жужгова. – СПб, 2006. – 23 с.
7. Вовк В.І. Клініко-психопатологічні розлади у хворих на ВІЛ-інфекцію та їх психокорекція: автореф. дис ... канд. мед. наук: / В.І. Вовк. – Харків, 2008. – 21 с.
8. Коркина М.В. О некоторых психиатрических и психологических аспектах СПИДа / М.В. Коркина, В.В. Мариллов, Т.Ю. Марилова // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1989. – Т. 89, № 10. – С. 137-145.
9. Любаева Е.В. Качество жизни и индивидуально-психологические особенности личности пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом / Е.В. Любаева, С.Н. Ениколопов, А.В. Кравченко // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 2008. – № 3. – С. 38-42.
10. Stein J.A. Situational, psychosocial, and physical health-related correlates of HIV/AIDS risk behaviors in homeless men / J.A. Stein, A.M. Nyamathi, J.I. Zane // *Am. J. Mens Health*. – 2009. – Vol. 3(1). – P. 25-35.
11. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / И.В. Тухтарова. – СПб, 2003. – 23 с.
12. HIV/AIDS and mental health. – Report by the Secretariat WHO. – 124th Session. – EB124/6. – 20 November 2008. – 5 p.
13. Das S. Mental health needs of people living with HIV/AIDS in India: a literature review / S. Das, G.S. Leibowitz // *AIDS Care*. – 2001. – Vol. 23, N. 4. – P. 417-425.
14. Bruns D. An overview of biopsychosocial disorders: conceptualization, assessment and treatment of biopsychosocial risk factors for medical treatment: a collaborative approach / D. Bruns, J. Mark Disorbio Assessment // *J. Clin. Psychol. Med. Settings*. – 2009, published online 10 February ([www.healthpsych.com/research/research.html](http://www.healthpsych.com/research/research.html))

### THE BEHAVIORAL MODEL DETERMINANTS OF PATIENTS COINFECTED WITH HIV AND TUBERCULOSIS

N.H. Slavina, O.V. Postnov, O.V. Nikitina, L.H. Averbukh, S.V. Pozdnyakov

**SUMMARY.** *We investigated the relationship of socio-demographic and psychological peculiarities of patients coinfecting with HIV and TB, their impact on behavior model.*

**Key words:** *co-infection of HIV and tuberculosis behavior model, social and psychological portrait.*

Отримано 7.11.2012 р.