

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ  
95 – й**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 95 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.  
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.  
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.  
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.  
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.  
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.  
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.  
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.  
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



Згідно TNM розподіл по стадіям при вперше виявленому раку ободової кишки представлено у нижче наведений таблиці 1.

Таблиця 1

Роки	I i II стадії	III стадія	IV стадія
2010	53 хворих (38,97%)	52 хворих (38,24%)	31 хворих (22,79%)
2011	68 хворих (43,04%)	53 хворих (33,54%)	37 хворих (23,42%)
2012	51 хворий (49,04%)	29 хворих (27,87%)	24 хворих (23,09%)

За ці роки у Чернівецькій області динаміка смертності від раку ободової кишки була наступна: у 2010 році від цієї патології померло 47 чоловіків та 50 жінок (смертність становила 10,8 на 100 тисяч населення); у 2011 році - 68 чоловіків та 90 жінок (смертність становила 10,0 на 100 000) а у 2012 році - 9,5 на 100 000 населення (померло 42 чоловіка та 44 жінки).

Щодо раку прямої кишки та анального каналу у Чернівецькій області з 2010 по 2012 роки спостерігалась наступна захворюваність: у 2010 році - 14,8 на 100 тисяч населення (захворіло 120 осіб); у 2011 - 13,4 на 100 тисяч населення (зареєстровано 121 випадок); у 2012 - захворюваність становила 12,7 на 100000 населення (захворіло 115 осіб).

Розподіл по стадіям вперше виявленого раку прямої кишки та анального каналу представлений у таблиці 2.

Таблиця 2

Роки	I i II стадії	III стадія	IV стадія
2010	81 хворих (67,5%)	22 хворих (18,33%)	17 хворих (14,17%)
2011	80 хворих (66,12%)	20 хворих (16,53%)	21 хворих (17,35%)
2012	40 хворих (44,94%)	25 хворих (28,09%)	24 хворих (26,97%)

З 2010 по 2013 рік у Чернівецькій області були зафіксовані наступні показники смертності від раку прямої кишки та анального каналу: 2010 рік - 9,5 на 100 тисяч населення (померло 56 чоловіків та 30 жінок), у 2011 році - 9,9 на 100 000 населення (померло 56 чоловіків та 36 жінок) та у 2012 смертність становила 10,1 на 100 000 (померло 47 чоловіків та 44 жінки).

У 2012-2013 роках - проведено збір літератури, статистичний аналіз розповсюдженості, захворюваності та смертності від колоректального раку, вивчення та реферування отриманої інформації щодо методик променевого дослідження та променевої терапії колоректального раку, їх можливостей та особливостей застосування.

За статистичними даними відмічається зменшення загальних показників вперше виявленого на протязі трьох років раку ободової кишки та їх збільшення щодо виявлення хворих з I та II стадіями захворювання, що може свідчити про покращення ранньої діагностики з 38,97 % у 2010 році до 49,04% у 2012 році.

При аналізі вперше виявленого раку прямої кишки та анального каналу, у Чернівецькій області відмічається негативна динаміка, тобто зменшення кількості вперше виявленого раку I i II стадії з 67,5 % у 2010 році до 44,94 % у 2012 році, а також навпаки відмічається збільшення кількості III i IV стадії у 2012 році у порівнянні з попередніми роками. Ці статистичні показники потребують подальшого вивчення у динаміці.

Шумко Б.І., Малишевський І.О.

### ПІДВІЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МІСЦЕВО ПОШИРЕНИМ ПЛОСКОКЛІТИННИМ РАКОМ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК РОТА І РОТОГЛОТКИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРФЕРОНУ НА ЕТАПІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра онкології та радіології

Буковинський державний медичний університет

Рак ротової порожнини (РРП) і ротоглотки (РРГ) належить до найбільш розповсюдженіх нозологічних форм у структурі захворюваності на злюкісні пухlini. В Україні захворюваність на РРП і РРГ становила в 2012 р. відповідно 5,2 і 4,6 на 100 тис. населення, смертність до 1 року досягала 45,7% у хворих на РРП і 48,0% - у пацієнтів із РРГ. При цьому захворюваність чоловіків майже вдвічі вища за зазначені показники (РРП — 9,0, РРГ — 8,7), у структурі захворюваності на злюкісні новоутворення (за винятком немеланомних злюкісних пухlin шкіри) чоловічого населення України РРП поєднає 10-те місце, а у віковій групі 30–54 роки - 5-те. У цьому самому віковому інтервалі серед чоловіків у структурі смертності від злюкісних новоутворень РРП поєднає 4-те місце, РРГ - 5-те.

Наявність теоретичного підґрунтя і позитивний досвід застосування ІФН у онкологічних пацієнтів, але відсутність інформації про поєднання інтерферонотерапії з променевим лікуванням у зазначеній категорії пацієнтів спонукав до нових шляхів покращення результатів лікування пацієнтів з місцево поширеними карциномами ротової порожнини і ротоглотки під час проведення комбінованого і комплексного лікування.

Проведений аналіз результатів лікування 30 хворих, що знаходилися на стаціональному лікуванні у III хірургічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2012-

2013 року з місцево поширенім плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки з застосуванням інтерферону на етапі променевої терапії. У всіх хворих діагноз був підтверджений гістологічно. Хворі були розподілені на 2 групи: тільки променева терапія і променева терапія з інтерфероном.

Нами узагальнені результати лікування 30 хворих на місцево поширений (T3-4N1-2M0) плоскоклітинний рак слизових оболонок рота і ротоглотки (18 чоловіків і 12 жінок віком від 45 до 75 років). Всі пацієнти отримували комбіноване та комплексне лікування. На першому етапі проводили хіміотерапію. На другому етапі – курс гамма-опромінення на ділянки первинного осередку та регіонарних лімфатичних колекторів (сумарна доза опромінення 60–70 Гр). Пацієнтів розподілено на 2 групи. Пацієнти контролальної (першої) групи (17 осіб) не отримували інтерферон. Пацієнти досліджуваної (другої) групи (13 осіб) під час ПТ отримували ін'єкції інтерферону (IFN) у дозі 3 млн од. 1 раз на день тричі на тиждень, 12 ін'єкцій на курс. Ефект від проведеного лікування оцінювали після вщухання явищ променевого мукоциту (у середньому через 3 тижні) згідно критеріїв ВОЗ і на основі фізикального, ультразвукового обстеження, магнітнорезонансної, комп'ютерної томографії [5]. Вираженість небажаних явищ (мукоциту, лейкопенії, грипоподібного синдрому) оцінювали згідно оцінки загальних критеріїв небажаних явищ.

У контрольній групі у 7 пацієнтів ефект від лікування оцінено як стабілізацію (зменшення пухлини становило не більше 25%), у 8 – часткова відповідь, я у 1 – повна відповідь, також у 1 пацієнта відзначено прогресію захворювання. У досліджуваній групі стабілізацію пухлинного процесу відзначено у 2 пацієнтах, у 7 – часткова відповідь, ще у 4 пацієнтів відзначено повну відповідь (табл.).

Таблиця

Показники	Розподіл пацієнтів відповідно до отриманого ефекту від лікування	
	I група (тільки променева терапія)	II група (променева терапія+ інтерферон)
Стабілізація	7	41
Часткова відповідь	8	47
Повна відповідь	1	6
Прогресія	1	0
Всього	17	100
		13
		100

Вираженість променевого мукоциту у пацієнтів обох груп суттєво не відрізнялась і не перевищувала 2 ступеня. Лейкопенію I ступеня відзначено у 12 пацієнтів I групи і у 9 пацієнтів II групи, лейкопенія II ступеню – відповідно у 4 і 3 пацієнтів. У 12 з 13 пацієнтів групи інтерферону відзначено грипоподібний синдром з підвищеною температурою тіла до субфебрільних і фебрільних цифр після перших 2–3 ін'єкцій препарату. При II ступені вираженості хворі потребували призначення нестероїдних протизапальних засобів. Зазначені небажані явища не привели до призупинення чи переривання лікування.

Проведене хворим комплексне хіміо-променеве лікування з застосуванням інтерферону є ефективнішим у порівнянні з використанням хіміо- та променевої терапії, як самостійних методів лікування. Застосування інтерферону на етапі променевої терапії дозволяє покращити безпосередні результати лікування у пацієнтів з місцево поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки. Вираженість небажаних явищ (у тому числі й грипоподібного синдрому у пацієнтів II групи) не перевищувала 2 ступеня і не перешкоджала лікуванню в обох групах.

### СЕКЦІЯ 15 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Баланюк І.В., Москалюк В.Д.

#### СТУПЕНІ ДИСБАКТЕРІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ВІЛ-ІНФІКВАНИХ ПАЦІЄНТІВ.

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Буковинський державний медичний університет

Добре відомо, що зниження числа CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів при ВІЛ-інфекції підвищує ризик опортуністичних інфекцій, злюкісних новоутворень та інших захворювань. Зменшення кількості CD4<sup>+</sup> T-лімфоцитів є основним маркером ВІЛ-інфекції, критерієм прогресування недуги й оцінки ефективності терапії. В останні роки накопичені відомості про те, що мікрофлора кишечнику виконує і регулює багато функцій, що підтримують гомеостаз макроорганізму. Зміни мікрофлори супроводжуються порушеннями в стані імунної системи організму людини. Порівняння дисбіотичних змін при ВІЛ-інфекції з основним параметром клітинного імунітету – кількістю CD4<sup>+</sup> клітин, а також з IPI, який є показником автономної саморегуляції в імунній системі.

У 76 хворих на ВІЛ-інфекцію зіставили ступінь дисбактеріозу/дисбіозу товстої кишки та параметри клітинного імунітету. Мікробіологічне обстеження пейзажу вмісту порожнини товстої кишки вивчали згідно з методичними рекомендаціями. Здійснювали мікробіологічне дослідження фекалій із визначенням характеру і ступеня мікробної контамінації. Для дослідження імунного статусу в пацієнтів



здійснювали забір венозної крові з ліктьової вени натще в ранковий час. У нормі кількість CD4<sup>+</sup> клітин становить від 570 до 1100 у мкл крові; CD8<sup>+</sup> клітин – від 450 до 850 у мкл крові, їх імунорегуляторний індекс (IPI) (CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>) – від 1,0 до 1,7.

Дослідження клітинного імунітету при різних клінічних стадіях ВІЛ-інфекції показало, що при I стадії недуги в 5 (27,8 %) з 18 хворих кількість CD4<sup>+</sup> клітин залишалася в межах норми, але в більшості вже була підвищена кількість CD8<sup>+</sup> клітин, і коефіцієнт CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> виявився зниженим у 14 (77,8 %) пацієнтів з 18. При II стадії хвороби в абсолютної більшості пацієнтів була зменшена кількість CD4<sup>+</sup> клітин (у 31 із 35) і збільшена кількість CD8<sup>+</sup> (у 31 із 35 хворих – 88,6 %). З нарощанням імунодефіциту CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> (IPI) зменшується паралельно з кількістю CD4<sup>+</sup> клітин. Так, при III і IV стадіях ВІЛ-інфекції в усіх пацієнтів обидва зазначені показники були критично знижені. При I-II ступені дисбіозу/дисбактеріозу кількість CD4<sup>+</sup> клітин та IPI були критично знижені відповідно в 9 (81,8 %) з 11 та в 3 (75,0 %) з 4 хворих. II стадія недуги характеризувалася такими ж зіставними змінами CD4<sup>+</sup> та IPI. Причому III-IV ступінь дисбіозу/дисбактеріозу супроводжувався зниженням числа CD4<sup>+</sup><570 клітин в 1 мм<sup>3</sup> крові та IPI відповідно в 9 із 10 (90,0 %) та всіх 5 (100,0 %) пацієнтів. При III стадії ВІЛ-інфекції кожен ступінь дисбіозу/дисбактеріозу неодмінно супроводжувався паралельним зниженням обох досліджуваних показників клітинного імунітету в усіх випадках. Так само в усіх хворих, які перебували в IV стадії ВІЛ-інфекції, кількість CD4<sup>+</sup> та рівень IPI були нижчі за норму при усіх ступенях дисбіозу/дисбактеріозу. Отже, ступінь дисбіозу/дисбактеріозу кишечнику на даному етапі розвитку ВІЛ-інфекції певною мірою впливав на частоту зменшення CD4<sup>+</sup> клітин.

Для уточнення зв'язку біоценозу товстої кишки та імунітету зіставили вираженість змін досліджуваних параметрів клітинного імунітету зі ступенем дисбіоз/дисбактеріозу. Встановили, що при I клінічній стадії ВІЛ-інфекції кількість CD4<sup>+</sup> клітин становила 637±88,7; при II – 377±69,8; при III – 165,5±56,3 і при IV – 81,4±23,4 кл./мм<sup>3</sup>. Причому біоценоз товстої кишки накладав свій відбиток на рівень CD4<sup>+</sup> лімфоцитів. Так, з поглибленням ступеня дисбіозу/дисбактеріозу, попри відсутність статистично достовірних відмінностей, він проявляв чітку тенденцію до зниження: при I стадії недуги – від 808±87 до 539±96 кл./мм<sup>3</sup>, при II – від 530 до 319±86 кл./мм<sup>3</sup>, при III – від 181 до 109 кл./мм<sup>3</sup> і при IV – від 94 до 54 кл./мм<sup>3</sup>. Коефіцієнт CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> демонстрував подібну динаміку. Зокрема, він також проявляв тенденцію до зниження при нарощанні глибини дисбіоз/дисбактеріоз товстої кишки. Так, при I стадії ВІЛ-інфекції IPI коливався в межах 0,91±0,15-0,78±0,09, при II – 0,99-0,56±0,17, при III – 0,55±0,15-0,50±0,16 і при IV – 0,43-0,28. Отже, середні значення обох показників клітинного імунітету були знижені при усіх ступенях дисбіозу/дисбактеріозу товстої кишки, але тільки при III-IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції вони достовірно нижчі за норму. Величини обох параметрів клітинного імунітету з поглибленням дисбіозу/дисбактеріозу від 0 до IV ступеня демонструють чітку тенденцію до зниження. Таким чином, встановлено зв'язок між ступенем дисбіозу/дисбактеріозу і вираженістю імунологічних зрушень.

Значне зменшення CD4<sup>+</sup> Т-клітин при ВІЛ-інфекції підсилює процес мікробної транслокації. ВІЛ пошкоджує цілісність слизового епітелію, тим самим створюючи умови для розвитку дисбіоз/дисбактеріозу кишечнику. Це дає підставу вважати, що дисбіоз/дисбактеріоз товстої кишки і параметри клітинного імунітету є взаємозалежними та взаємозумовленими явищами.

Отже, у хворих на ВІЛ-інфекцію з дисбіозом/дисбактеріозом товстої кишки середні значення CD4<sup>+</sup> лімфоцитів та (IPI) знижені при всіх ступенях дисбіозу товстої кишки, але тільки при III-IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції вони достовірно нижчі за норму (кількість CD4<sup>+</sup> клітин <570, IPI<1,0, P<0,05). Дисбіоз/дисбактеріоз безпосередньо впливає на зазначені параметри клітинного імунітету.

**Бессараб М.Ю., Москалюк В.Д.**

#### ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ПАРАГРИП

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Буковинський державний медичний університет

Проведена комплексна терапія із включенням лаферобіону у 30 хворих на парагрип, в яких був підтверджений клінічний діагноз імунологічним методом за допомогою парних сироваток.

Першим етапом дослідження було вивчення впливу нової комплексної терапії із включенням лаферобіону на клінічний перебіг парагрипу.

Отримані результати клінічного обстеження хворих на парагрип у процесі лікування засобами комплексної терапії показали високу клінічну ефективність терапевтичної тактики, що включала лаферобіон. Призначення цього препарату уже через 2-3 дні призвело до зменшення маніфестації клінічних симптомів: виявлено поступове зниження температурної кривої в більшості хворих (73,33%): у 17 (56,67%) осіб зареєстрована субфебрильна температура тіла, у 3 (10%) – температура тіла була в межах 38,0-39,0°C, у 2 (6,67%) хворих – у межах 36,0-37,0°C – знишилися до нормальної; припинився біль голови в 7 (23,33%) хворих; зменшилось дертя у горлі у 15 (50%) хворих, закладення носа та гіперемія слизових – у 18 (60%) хворих; зникнення симптомів кон'юнктивіту – у 12 (40%) хворих, фарингіту та ларингіту – у 20 (66,67%) хворих. Водночас, у перші дні лікування припинився пальпаторний біль у передніх шийних та підщелепних лімфатичних вузлах у 13 (43,33%) хворих на парагрип.

Традиційне лікування тривало до 7-10 діб залежно від самопочуття. Через цей період всі хворі (30 хворих – 100%) були виписані із стаціонару у задовільному та доброму стані.

Позитивний вплив лаферобіону на перебіг парагрипу, з нашого погляду, залежить від позитивного впливу інтерферону (лаферобіону) на фактори неспецифічного та специфічного імунного протиірусного захисту. Протиірусний ефект лаферобіону пов'язаний з попередженням можливості інфікування нових клітин (епітеліоцитів ротоглотки, кон'юнктиви), а також за рахунок його сприяння до зростання концентрації імуноглобулінів у крові та підсилення клітинної імунної відповіді стосовно уражених вірусом клітин.

Проведені клініко-імунологічні дослідження у хворих на парагрип, яким здійснено комплексне лікування із включенням лаферобіону, показали, що концентрація ІФН-α суттєво (P<0,05) зросла (у 2,3 рази), а також зростала концентрація IgM – на 59,3%. Останнє є свідченням того, що лаферобіон сприяє покращенню формування первинної гуморальної імунної відповіді на парагрипозну інфекцію. При цьому формується тенденція щодо зростання імуноглобулінів основних класів: IgG – на 6,4%, IgA – на 28,0%.

Отже, використання запропонованого нами комплексного лікування парагрипу, яке включає базову терапію та лаферобіон призводить до суттєвого зростання концентрації ІФН-α та IgM, а також формується тенденція до зростання IgA та IgG.

#### Бойко А.В. ПРИЧИННИ ЗНИЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ВТОРИННОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
Буковинський державний медичний університет

Проведено аналіз результатів лікування хворих з низькою прихильністю до лікування туберкульозу в умовах Чернівецького обласного протитуберкульозного диспансеру. У всіх хворих був розповсюджений туберкульоз. Серед хворих, які є бактеріовиділовачами (80%), у 25% виявлено хіміорезистентність МБТ. Як правило, стан хворих при вступі був тяжким. Навіть серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (категорія 1) більшість поступали у дуже занедбаному стані із масивним бактеріовиділенням, множинними деструкціями в обох легенях, кахексією, виразними явищами легенево-серцевої недостатності, вираженою туберкульозною інтоксикацією і рядом супутніх захворювань. Попереднє рентгенологічне обстеження легень виконувалося, в кращому випадку, 5-10 років тому. Як правило, після певного клінічного покращання хворі залишли стаціонар або починали зловживати алкоголем і (або) психотропними засобами. Повертало цих хворих до стаціонару лише прогресування туберкульозу, легенева кровотеча, легенево-серцева недостатність. Зазначена картина спостерігалася стосовно практично всіх хворих першої, другої та четвертої категорій. Так, у термін до двох місяців, залишили стаціонар майже 36 %, від 2 до 3 місяців – понад 21%, від 3 до 4 місяців – близько 10%.

Вивчення цього питання показало, що найчастішою причиною припинення лікування була нестача грошей (пошук роботи, відсутність коштів для прожиття, страх втратити роботу) – 43,1%. Це означає, що хворі на туберкульоз, які припиняють лікування, це особи, які відносяться до біль вразливих та соціально-дезадаптованих груп населення (непрацюючі, ті що не мають постійного місця проживання, звільнені в минулому з місця позбавлення волі, зловживали алкоголем). На другому місці серед причин самовільного припинення лікування була велика питома вага хворих, які заперечували своє захворювання (23,0%). В літературі така поведінка хворих пояснюється запереченням свого захворювання із-за стигматизації, страху втратити роботу, страху дискримінації в суспільстві. В цьому випадку основну роль відіграють інформаційна недостатність, дезінформація, з чого і випливає стигматизація осіб, які страждають подібними захворюваннями.

Вивчення факторів, що впливають на відношення до лікування вперше виявленого хворого на туберкульоз, направило на пошук засобів, які б скоротили дострокову вилікування пацієнта із стаціонару, та було основою для розробки системи формування інформаційного поля пацієнта. В даній методіці фактором впливу на пацієнта є інформація, яка містить всю логічну модель картини хвороби. Цикл навчання включає 6 занять по 20-25 хвилин кожне, яке проводилося 1 раз на тиждень в умовах Чернівецького обласного протитуберкульозного клінічного диспансеру індивідуально. В структурі заняття 70,0% займало вербалне навчання – надання інформації та 30,0% інтерактивне – відповіді на питання пацієнта, анкетування. Лікувальна інформація надавалася вербалним та візуальним засобами (наглядні матеріали, фільми, брошюри). На кожному занятті обговорювались питання щодо працевлаштування, бесіди щодо корекції сімейних відношень.

До початку навчання проводиться тестування пацієнта з використанням розробленого діагностичного комплексу для виявлення осіб з підвищеним ризиком відриву від лікування. На основі тестування із 70 осіб із першої групи виділена група із 19 осіб (27,1%) з низькою прихильністю до лікування. З цими пацієнтами проводили додатково індивідуальну роботу у вигляді бесід по 10-15 хвилин з метою закріплення інформації. Програма навчання включає загальні поняття про захворювання та детальне висвітлення питань лікування, правил профілактики, поведінки хворого в стаціонарі та в сім'ї. При зіставленні початкового рівня знань пацієнтів про туберкульоз в середній кількості вірних відповідей на першому етапі між першою та другою групами суттєвих розбіжностей не виявлено. А при кінцевому тестуванні було отримано 93,0% правильних відповідей в першій групі та 54,0% – у другій.

Особи, хворі на туберкульоз легень з асоціальною поведінкою, представляють контингент, який істотно впливає на формування резервуару туберкульозної інфекції а також на розвиток вторинної