

М.М. Савула<sup>1</sup>, Н.М. Лопушанська<sup>2</sup>

## ЛІКУВАТИСЯ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У СТАЦІОНАРІ ЧИ АМБУЛАТОРНО – ЩО ДУМАЮТЬ ПАЦІЄНТИ?

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»,  
<sup>2</sup>Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер



**Мета роботи** – з'ясувати ставлення пацієнтів, хворих на туберкульоз легень, до стаціонарного і амбулаторного лікування.

За складеною анкетною опитуванням 105 хворих на туберкульоз легень. Аналізували склад хворих, їх ставлення до стаціонарного чи амбулаторного лікування, частоту і причини переривання хіміотерапії.

73,3 % опитаних хворих висловилися за доцільність стаціонарного лікування до поліпшення стану здоров'я і знебацелення, мотивуючи це небажанням заражати своїх близьких (таку думку висловили 96,0 % хворих 4-ї категорії) і кращими умовами та більшою, на їх думку, ефективністю стаціонарного лікування. Тільки амбулаторне лікування підтримують 8,6 % опитаних. Перериви в прийманні туберкулостатиків у стаціонарі в 79,2 % випадків були зумовлені їх побічною дією, на амбулаторному етапі в 65,0 % випадків

байдужістю хворих за відсутності належного контролю лікування. Аналіз відповідей окремих груп хворих залежно від місця проживання, супровідних захворювань, шкідливих звичок, хіміорезистентності збудника дозволив виділити особливості ставлення цих хворих до лікування, які можуть бути враховані при виборі моделі лікування.

**Висновки.** При незаперечній необхідності оптимізації ліжкового фонду, повна відмова від початкового стаціонарного лікування до знебацелення і поліпшення стану здоров'я хворого передчасна. Його доцільність зумовлена епідеміологічними, соціальними чинниками, необхідністю встановлення переносності хіміотерапії та її корекції, а також складністю організації амбулаторного контрольованого лікування, особливо в сільській місцевості.

**Ключові слова:** туберкульоз легень; опитування хворих; стаціонарне чи амбулаторне лікування.

Поряд з реформуванням в Україні системи охорони здоров'я загалом, виникла і проблема реформування фтизіатричної служби. Одним з основних недоліків протитуберкульозної допомоги експерти-реформатори вважають нераціональне використання коштів на утримання надмірної кількості стаціонарних ліжок, що перебувають в незадовільному стані, не забезпечують належного інфекційного контролю і сприяють внутрішньолікарняному поширенню хіміорезистентних форм туберкульозу [ 1 ]. Тому вже здійснено і рекомендується подальше значне скорочення ліжкового фонду і перехід, в основному, на амбулаторне лікування хворих, контроль за яким є невід'ємною умовою ефективності. Важлива соціально-психологічна підтримка хворих [ 2 ,3,] і відповідна підготовка працівників первинної медико-санітарної допомоги, які зобов'язані це здійснювати в наших непростих умовах. На цю тему жваво ведуться дискусії між медичними працівниками різного рівня. Повідомляється про позитивний ефект, в т. ч. з фінансових мірку-

вань, застосування нової моделі амбулаторного лікування хворих на чутливий і мультирезистентний туберкульоз в деяких областях України і Республіці Білорусь [3-5].

Метою роботи було з'ясувати ставлення самих хворих на туберкульоз легень до стаціонарного чи амбулаторного лікування. Ці дані можна було б використати при виборі оптимальної моделі лікування різних груп пацієнтів.

Складено анкету-опитувальник, згідно з якою опитано 105 хворих на туберкульоз легень. Аналіз відповідей дозволяє з'ясувати особливості складу хворих, їх ставлення до стаціонарного і амбулаторного лікування з відповідною мотивацією, а також частоту і причини переривання хіміотерапії в стаціонарі та в амбулаторних умовах.

Опитано хворих, яким була проведена хіміотерапія не менше 2 міс. і у більшості закінчена інтенсивна фаза лікування. Їх відповіді, які в загальному характеризують хворих та їх психологічну реакцію на встановлення діагнозу туберкульозу, показані в таблиці 1.

Таблиця 1

Загальна характеристика хворих

Характеристика	Кількість осіб (n=105)	
	абс. число	%
1. Чоловіки	76	72,4
2. Особи пенсійного віку	19	18,1
3. Мешканці села	59	56,2
4. Користуються інтернетом	24	22,8
5. Проживають разом з дітьми	42	40,0
6. Лікуються повторно	25	23,8
7. Курять	54	51,4
8. Зловживають алкоголем	35	33,3
9. Мають серйозні супровідні хвороби	38	36,2
10. Не вистачає коштів на додаткові ліки, діагностичні дослідження	47	44,8
11. Діагноз туберкульозу був тяжким ударом	74	70,5
12. Туберкульоз змінив життєві плани	57	54,3

Таким чином, серед хворих переважали чоловіки і більше половини були мешканцями села. Більше третини хворих мали серйозні супровідні захворювання (цукровий діабет II типу, хронічний лімфолейкоз, сифіліс, ревматоїдний артрит, ВІЛ-інфекцію, хронічний гепатит, панкреатит, ІХС та ін.), третина зловживала алкоголь-

ними напоями, значна кількість хворих (40,0 %) проживає в незадовільних умовах разом з дітьми і багатьом не вистачає коштів на проведення деяких діагностичних досліджень (наприклад комп'ютерної томографії) і придбання ліків, потрібних для хіміотерапії (вітамінів, гепатопротекторів), шприців, систем для інфузій. Ці характеристики в загальному відповідають складові хворих на туберкульоз у нашій області.

Наступний блок запитань був присвячений з'ясуванню ставлення хворих до стаціонарного чи амбулаторного лікування, мотивації цього (табл. 2).

Таблиця 2

Ставлення хворих до стаціонарного чи амбулаторного лікування

Відповіді пацієнтів	Кількість осіб (n=105)	
	абс. число	%
1. Стаціонарне лікування до поліпшення стану здоров'я і знебацilenня	77	73,3
а) не хочуть заражати своїх близьких	68	64,8
б) у стаціонарі кращі умови лікування, воно ефективніше	69	65,7
2. Стаціонарне лікування протягом всього курсу хіміотерапії	14	13,3
3. Тільки амбулаторне лікування	9	8,6
4. Результати лікування у стаціонарі та амбулаторно однакові	25	23,8
5. За результати лікування відповідальний більшою мірою сам пацієнт	85	80,9

Більшість опитаних висловилися за лікування на початковому етапі в стаціонарі, мотивуючи це небажанням заражати своїх близьких і кращими умовами для лікування і його вищою ефективністю в лікарні. Значно менше опитаних вважає необхідним стаціонарне лікування впродовж усього основного курсу хіміотерапії і лише 9 (8,6 %) надають перевагу винятково амбулаторному лікуванню, хоча 25 (23,8 %) вважають, що за умови правильного проведення, результати лікування в стаціонарі та амбулаторно однакові.

На запитання про перериви в прийманні хіміопрепаратів у стаціонарі отримано відповіді від 100 хворих про 24 (24,0 %) таких перерв, які у 19 осіб з 24 (79,2 %) були зумовлені побічними реакціями на туберкулостатику (найчастіше на піразинамід, рідше на етамбутол або аміноглікозиди) і рідше (5 з 24 або 20,8 %) – іншими причинами. У той же час на амбулаторному етапі переривала приймання протитуберкульозних препаратів половина хворих, у більшості випадків (65,0 %) через

байдужість, в 30,0 % через побічні реакції, що складніше коригувати в амбулаторних умовах. Одночасно 22,5 % хворих відзначають погіршення стану здоров'я поза стаціонаром, що було зумовлено перериванням лікування, випивками, переохолодженням, тяжкою працею.

Цілком очевидно, що ці результати опитування хворих мають бути враховані, хоча не можуть бути вирішальним критерієм для вибору моделі лікування. Тривале перебування в лікарні призводить до соціальної дезадаптації пацієнтів і самі хворі визнають, що вдома у них умови побуту кращі, ніж у лікарні (відповіді 39 або 37,1 % опитаних), а 23,8 % (25 осіб) вважають, що результати лікування у стаціонарі і амбулаторно суттєво не відрізняються. Тим більше, що реально після припинення бактеріовиділення 78,0 % хворих покидають стаціонар, із них 37,2 % щотижня, а особи, які проживають поблизу, значну частину часу проводять поза стаціонаром. Очевидно, для таких осіб була б виправданою модель денного стаціонару, коли хворі приходять для отримання медикаментів, особливо парентерально, для діагностичних досліджень тощо.

Насамкінець ми проаналізували відповіді хворих в окремих групах:

- 38 пацієнтів із серйозними супровідними захворюваннями,
- 35 осіб, які зловживають алкогольними напоями,
- 59 мешканців села,
- 25 хворих із хіміорезистентним туберкульозом, які віднесені до 4-ї категорії.

Результати їх опитування порівнювали з відповідями всіх інших пацієнтів, які не увійшли в цю групу (контроль).

Відповіді хворих із супровідними хворобами у більшості випадків не відрізнялися суттєво від інших пацієнтів, але серед них було менше осіб, які зловживали алкоголем (19,4 проти 40,5 % у контролі). Їм частіше не вистачало коштів на придбання додаткових ліків (58,3 проти 37,6 %), частіше їх не задовольняють умови побуту в лікарні (50,0 проти 30,4 %), а перерви приймання

туберкулостатиків у стаціонарі у 100 % випадків (в контролі 68,7 %) були зумовлені поганою переносністю хіміопрепаратів. Привертає увагу, що в амбулаторних умовах вони значно частіше (73,3 %) переривали приймання протитуберкульозних препаратів (у контролі 36,0 %). Ця група, очевидно, потребує особливої уваги медичних працівників.

Особливістю хворих, які зловживають алкоголем, було те, що у 32,3 % із них діагностований хіміорезистентний туберкульоз 4-ї категорії (в контролі 20,0 %), 55,9 % скаржаться (з очевидних причин) на нестачу коштів (у контролі 40,0 %), 75,0 % переривали лікування в амбулаторних умовах, переважно (у 81,6 %) через байдужість. Хоча особи цієї групи рідше (в 23,5 %) проживають з дітьми, ніж хворі контрольної групи (48,5 %), але, враховуючи особливості їх поведінки і значну частку осіб з мультирезистентним туберкульозом, вони становлять серйозну епідемічну небезпеку для оточуючих.

Характерною ознакою мешканців села було те, що вони більш серйозно ставляться до лікування в стаціонарі і рідше переривали прийом хіміопрепаратів (у 20,0 %, в контролі – 31,7 %), переважно через побічні реакції на туберкулостатики. Кількість осіб, які вважають доцільним перебування в стаціонарі протягом всього курсу лікування, майже в 3 рази більша (18,6 %), ніж у контрольній групі (6,5 %). Так, 11 (78,6 %) з 14 хворих, які підтримують таку модель лікування, висловилися за стаціонарну терапію протягом усього курсу. У той же час на амбулаторному етапі всі вони переривали специфічне лікування. Ці особливості пов'язані з умовами проживання в селі, станом доріг, транспорту, відсутністю належного контролю хіміотерапії і потребують організаційного вирішення.

Проте найбільше відрізняються відповіді хворих 4-ї категорії від відповідей усіх інших опитаних. У таблиці 3 представлені ці показники, де відзначено чітку різницю між відповідями хворих 4-ї категорії та інших пацієнтів.

Таблиця 3

Особливості хворих 4-ї категорії

Характеристика	Хворі 4-ї категорії (n=25)		Контроль (n=80)	
	абс. число	%	абс. число	%
1. Мешканці села	18	72	41	51,2
2. Лікуються повторно	8	32	17	21,2
3. Зловживають алкоголем	11	44	24	30,0
4. У стаціонарі кращі умови для лікування, воно ефективніше	23	92	46	53,5
5. Не хочуть заражати близьких	24	96	44	55,0
6. Тільки амбулаторне лікування	0	0	9	11,2
7. Результати лікування однакові в стаціонарі та амбулаторно	3	12	22	27,5

Серед осіб 4-ї категорії було більше мешканців села і тих, хто лікується повторно, зловживають алкоголем. Вони в більшості вважають, що стаціонарне лікування необхідне до поліпшення загального стану і знебацлення, але значно частіше (92,0%) стверджують, що стаціонарне лікування ефективніше і не погоджуються з тим, що результати амбулаторного і стаціонарного лікування однакові (12,0 % проти 27,5 % у контрольній групі). 96,0 % пацієнтів 4-ї категорії надають перевагу початковому стаціонарному лікуванню тому, що не хочуть заражати своїх близьких.

Таку небезпеку, а також можливість зараження сусідів, людей у транспорті, громадських місцях, приятелів по чарці чомусь не беруть до уваги реформатори, які найбільшим злом (з міркувань фінансування) вважають обмін мікобактеріями з різною хіміорезистентністю між хворими стаціонару, хоча кінцеві фінансові витрати держави при обох варіантах складно передбачити.

Щодо критеріїв припинення бактеріовиділення, які визначають можливість лікування в амбулаторних умовах, то в нашому попередньому дослідженні [6] встановлено, що у 115 хворих з 2 негативними результатами мікроскопії мазка в подальшому у 101 особи (87,8 %) отримано повторний ріст МБТ на живильному середовищі. У 52 із них (45,2 %) виявлено різні варіанти медикаментозної стійкості, в т.ч. у 12 (10,4 %) мультирезистентність. Тому більш обґрунтованим критерієм для переходу хворого на амбулаторне лікування є негативні результати культурального дослідження.

Перериви приймання протитуберкульозних препаратів хворими 4-ї категорії в стаціонарі констатовані майже у половини з них (12 із 25), що значно перевищує частоту переривів у контрольній групі (16,0 %). У 91,6 % ці перериви були зумовлені побічною дією препаратів II ряду, які використовуються для лікування таких пацієнтів.

Тому ще одним обґрунтуванням доцільності початкового стаціонарного лікування є необхідність з'ясування переносності хіміотерапії та її відповідна корекція. Важлива також психологічна адаптація хворих до нових умов життя, яку легше здійснити в стаціонарі, враховуючи, що для 74 хворих із всіх 105 опитаних (70,4 %) діагноз туберкульозу був тяжким ударом і у 57 осіб (54,3 %) змінив їх життєві плани (табл. 1).

Хворі 4-ї категорії, які лікуються повторно, в більшості (85,7 %) попередньо самовільно припиняли приймання туберкулостатиків на амбулаторному етапі, в основному (85,6 %) через байдужість, що могло сприяти розвитку хіміорезистентності. Хоча більшість із загальної кількості опитаних (85 зі 105 або 80,9 %) відповіла, що розуміє необхідність регулярного безперервного лікування і за результати терапії більшою мірою відповідає сам пацієнт (табл. 2), на практиці це дуже часто не виконується, особ-

ливо в амбулаторних умовах. Тому організація контролю лікування, в т.ч. у сільській місцевості, є важливою проблемою реформування фтизіатричної допомоги. Вона повинна включати і просвітницьку роботу серед населення, навчання і матеріальне заохочення медиків первинної медико-санітарної служби, в обов'язки яких передається амбулаторне лікування хворих на туберкульоз. Згадується доцільність використання сучасних комунікаційних технологій [1], проте опитування наших пацієнтів виявило, що лише 24 особи зі 105 (22,8 %) (табл. 1) мають можливість користуватись інтернетом. Тому актуальна модель організації лікування повинна враховувати місцеві умови у нашій країні, стан доріг, транспорту, підготовку кадрів і т.д. При незаперечній необхідності оптимізації ліжкового фонду початкове стаціонарне лікування, очевидно, необхідно хворим у тяжкому загальному стані, із серйозними супровідними захворюваннями і головне – при бактеріовиділенні (до його припинення, підтвердженого культуральним методом), особливо у разі проживання пацієнта разом з дітьми.

Враховання всіх цих моментів дасть можливість поліпшити організацію лікування хворих на туберкульоз і підвищити його ефективність.

#### Висновки

1. Шляхом опитування 105 хворих на туберкульоз легень встановлено, що більшість із них (73,3 %) вважає доцільним стаціонарне лікування до поліпшення стану здоров'я і припинення бактеріовиділення, мотивуючи це небажанням заражати своїх близьких і, на їх думку, кращими умовами і вищою ефективністю лікування в лікарні. За стаціонарне лікування впродовж всього основного курсу хіміотерапії висловились 13,3 % пацієнтів і за тільки амбулаторне – 8,6 % опитаних.

2. Переривання приймання туберкулостатиків у стаціонарі найчастіше (в 79,2 % випадків) були зумовлені побічною дією ліків, на амбулаторному етапі (в 65,0 %) – байдужістю хворих (хоча 80,9 % із них розуміють свою відповідальність за результати лікування) за відсутності контролю, який є невід'ємною умовою ефективності терапії.

3. Аналіз відповідей хворих різних груп (мешканців села, осіб, які зловживають алкогольними напоями, із серйозними супровідними захворюваннями, хіміорезистентним туберкульозом 4-ї категорії) показав, що за необхідності оптимізації ліжкового фонду, повна відмова від початкового стаціонарного лікування передчасна (зокрема стосовно МРТБ). Його доцільність зумовлена епідеміологічними та соціальними чинниками, необхідністю психологічної адаптації хворих, з'ясуванням переносності хіміотерапії та її відповідної корекції. Отримані результати доцільно використати при вирішенні цих питань у наших реальних умовах.

### Література

1. Концепція загальнодержавної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017-2021 роки (Проект) // Туберкульоз, легеневі хвороби ВІЛ-інфекція. – 2017. – № 1(28). – С. 5-11.
2. Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. Частина 3 / Л.А. Мельник, О.В. Нечосіна, Ю.В. Пилипас, М.Т. Долинська // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2017. – № 4(31). – С. 79-113.
3. Соціально-психологічна підтримка хворих на мультирезистентний туберкульоз як дієвий засіб зменшення відривів у лікуванні / С.С. Окромешко, К.О. Гамазіна, С.Л. Леонтєва, Е. Вайтек // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2017. – № 1(28). – С. 12-15.

4. Досвід впровадження фінансування на основі результатів у практику надання послуг хворим на туберкульоз / Є.П. Гелюх, Н.М. Каменська, О.І. Масюк, С.А. Філіппович // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2018. – № 1(32). – С. 69-74.
5. Skrahina A. MDR-TB in Belarus, the role of outpatient care strengthening and social support / A. Skrahina, V. Rusovich, M. Dara // *Int. J. Microbiol.* – 2015. – No. 4. – P. 79.
6. Порівняльна ефективність методів виявлення збудника туберкульозу і його хіміорезистентності при туберкульозі легень / М.М. Савула, Н.М. Лопушанська, Л.Р. Проць, Н.В. Медецька // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2017. – № 1(28). – С. 60-65.

### References

1. (2017). Kontseptsiia zahalnodержavnoi tsilivoi prohramy protydivi zakhvoriuvanniu na tuberkulioz na 2017-2021 roky (Proekt) [Concept of the National Program on TB for 2017-2021 years (Project)]. *Tuberkulioz, lehenevi khvoroby VIL-infektsiia – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV-infection*, 1 (28), 5-11 [in Ukrainian].
2. Melnyk, L.A., Nechošina, O.V., Pylypas, Yu.V., & Dolynska, M.T. (2017). Sotsialno-psykhologichna pidtrymka khvorykh na tuberkulioz dlia formuvannia prykhylnosti do likuvannia. Chastyna 3 [Social and psychological support to TB patients for adherence to treatment. Part 3]. *Tuberkulioz, lehenevi khvoroby VIL-infektsiia – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV-infection*, 4 (31), 79-113 [in Ukrainian].
3. Okromeshko, S.S., Hamazina, K.O., Leontieva, S.L., & Vaitek, E. (2017). Sotsialno-psykhologichna pidtrymka khvorykh na multyrezystentnyi tuberkulioz yak diievyy zasib zmenshennia vidryviv u likuvanni [Psychosocial support of patients with MDR TB – as an effective way to decrease the treatment margin]. *Tuberkulioz, lehenevi khvoroby VIL-infektsiia – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV-infection*, 1 (28), 12-15 [in Ukrainian].

4. Heliukh, Ye.P., Kamenska, N.M., Masiuk, O.I., & Filippovych, S.A. (2018). Dosvid vprovadzhennia finansuvannia na osnovi rezultativ u praktyku nadannia posluh khvorym na tuberkulioz [The experience of implementing funding based on the results of the practice of providing services to patients with tuberculosis]. *Tuberkulioz, lehenevi khvoroby VIL-infektsiia – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV-infection*, 1 (32), 69-74 [in Ukrainian].
5. Skrahina, A., Rusovich, V., Dara, M. (2015). MDR-TB in Belarus, the Role of Outpatient Care Strengthening and Social support. *Int. J. Microbiol.*, 4, 79.
6. Savula, M.M., Lopushanska, N.M., Prots, L.R., & Medetska, N.V. (2017). Porivnialna efektyvnist metodiv vyavlennia zbudnyka tuberkuliozu i yoho khimiorезystentnosti pry tuberkuliozi lehen [Comparative effectiveness of the methods of detection of tuberculous pathogen and its resistance against chemotherapy in lung tuberculosis patients]. *Tuberkulioz, lehenevi khvoroby VIL-infektsiia – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV-infection*, 1 (28), 60-65 [in Ukrainian].

## TREATMENT OF LUNG TUBERCULOSIS IN HOSPITAL VS OUTPATIENT – PATIENT'S OPINION

M.M. Savula<sup>1</sup>, N.M. Lopushanska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> I. Horbachevsky Ternopil State Medical University,

<sup>2</sup> Ternopil Regional TB Dispensary

**SUMMARY.** *The aim of the study – to evaluate the patient's with lung tuberculosis attitude to the choice of in-hospital and outpatient treatment.*

**Materials and Methods.** *The questionnaire prepared by us was provided to 105 patients with lung tuberculosis. It was analyzed type of the patients and their attitude to*

*the choice of in-hospital an outpatient treatment, frequency and reasons of chemotherapy interruption.*

**Results and Discussion.** *Around 73.3 % patients picked up the option of in-hospital treatment till the significant improvement and negative MBT test. The reason of such choice was unwilling to spread over the infection to the family members and nearest people (specifically such opinion was worded by 96.0 % patients of 4<sup>th</sup> category) and also better conditions and higher efficacy of in-hospital treatment. 8.6 % of patients supported the option of only outpatient department treatment. Treatment interruption in hospital in 79.2 % of cases was the result of it adverse effects, and in outpatient department*

in 65.0 % cases it was the result of patients ignorance of treatment and absence of treatment control. The analysis of responses based on residence, concomitant diseases, bad habits, chemoresistancy of MBT resulted in separation of specific attitude of these patients to treatment that might be taken into the account when the treatment approach will be selected.

**Conclusions.** We understand that our hospitals are on transition, but total rejection of in-hospital stage of treatment until significant improvement of patients and negative MBT test is not a good idea. The in-hospital stage of treatment is supported with epidemiological and social conditions, necessity of evaluation of tolerability of treatment and its correction and also difficulty of providing controlled treatment in outpatient departments especially in rural locations.

**Key words:** lung tuberculosis; questionnaire; in-hospital and outpatient treatment.

**Відомості про авторів:**

Савула Марія Михайлівна – д. мед. наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського; e-mail: savula32@ukr.net

Лопушанська Надія Миколаївна – завідувачка 3-го фтизіотерапевтичного відділення Тернопільського облтубдиспансеру; e-mail: l.nadiya 55@gmail.com

**Information about authors:**

Savula Mariia – Doctor of Medicine, Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Medicine and Phthiology of I. Horbachevsky Ternopil State Medical University; e-mail: savula32@ukr.net

Lopushanska Nadiia – Head of the Phthiological Therapy Department No. 3 of the Ternopil Regional Tuberculosis Dispensary; e-mail: l.nadiya 55@gmail.com

Конфлікту інтересів немає.

Authors have no conflict of interest to declare.

Отримано 26.10.2018 р.



**Шановні колеги!**

**ПЕРЕДПЛАЧУЙТЕ І ЧИТАЙТЕ**

**щоквартальний всеукраїнський науково-практичний медичний журнал «Інфекційні хвороби»,**

що регулярно видається вже 24-й рік! У кожному номері часопису: передова стаття, оригінальні дослідження, огляди і лекції, дискусії та роздуми, накази МОЗ, методичні матеріали, короткі повідомлення та випадки з практики, інформація про нові лікувальні препарати та методи діагностики, ювілеї і події, рецензії. Журнал адресується для науковців, інфекціоністів, лікарів-лаборантів, інших практикуючих лікарів, а також працівників санітарно-епідеміологічної служби.

Передплатний індекс 22868.

Ціна на 3 міс. (один номер) – 97 грн 51 коп.,

на 6 міс. – 195 грн 02 коп.,

на 12 міс. – 390 грн 04 коп.

Передплата приймається у кожному поштовому відділенні України.

Видавництво «Укрмедкнига»