

ВІДГУК

**Офіційного опонента професора закладу вищої освіти кафедри
внутрішньої медицини №3 з фтизіатрією Полтавського державного
медичного університету, МОЗ України Ярешка Анатолія Григоровича про
наукову новизну, теоретичне та практичне значення дисертаційної роботи
Бондаренка Леоніда Анатолійовича «Особливості сімейного туберкульозу
в умовах Сумської області», поданої на здобуття наукового ступеня
доктора філософії галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю
222 «Медицина»**

1. **Актуальність теми дисертації.** Історія медицини свідчить, що туберкульоз в усі часи існування людства був складною медико-соціальною проблемою. Не зважаючи на зусилля світової спільноти, ООН, ВООЗ, урядів усіх країн захворюваність на туберкульозі сьогодні носить глобальний характер, про що свідчить щорічна реєстрація у світі біля 10 млн нових випадків туберкульозу і біля 2 млн хворих помирають від нього. Погіршують проблему боротьби з туберкульозом зростання частоти його резистентних форм і поєднання з ВІЛ-інфекцією. Ускладнюють ситуацію з туберкульозу в Україні також продовження війни рф проти України, зростанням міграції і переміщення населення, з погіршенням їх житлових, матеріально-побутових і економічних можливостей. Біля 10 років тому, на фоні епідемії туберкульозу, в Україні була почата медична реформа. Реформування медицини і системи протитуберкульозної служби в Україні було обгрунтовано економічною доцільністю і супроводжувалось радикальним скороченням протитуберкульозних закладів, значним скороченням ліжкового фонду і переведенням хворих з бактеріовиділенням і без нього, незалежно від чутливості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів, в умови амбулаторного лікування з домашнім перебуванням хворого, що передбачувало можливість зберегти звичні для хворої людини умови домашнього життя, із збереженням комфортності, уникнення стресової ситуації і покращення медичного контролю за лікуванням. При цьому в Україні було ліквідовано фах «фтизіатрія», а ведення хворих на туберкульоз формально перекладені на не підготовлених з проблем туберкульозу сімейних лікарів. Отже, реформуванням фтизіатричної служби було створено нову медичну парадигму боротьби з туберкульозом, за якою кількість сімейних епідвогнищ туберкульозу, з постійним перебуванням в ньому хворого, зростала без проведення дезінфекції. Нова парадигма була оправдана економічною доцільністю, але вона не мала клінічного і санітарно-епідеміологічного обгрунтування.

Саме цій складній медико-соціальній проблемі присвячена представлена на рецензію дисертаційна робота Бондаренка Леоніда Анатолійовича «Особливості сімейного туберкульозу в умовах Сумської області», що визначає її як актуальне наукове дослідження, яке має важливе теоретичне і практичне значення, надає

клініко-епідеміологічну оцінку нової медичної парадигми і необхідність її стратегічної корекції для успішної боротьби з туберкульозом в Україні.

2. Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана у відповідності із науковою тематикою кафедри хірургії, травматології, ортопедії та фтизіатрії Навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету і є частиною комплексної науково-дослідної роботи «Вивчення стану здоров'я дитячого і дорослого населення Сумської області в умовах впливу соціальних, економічних та екологічних факторів», державний реєстраційний № 0111U002098. Тема дисертації затверджена Вченою радою Сумського державного університету 21 жовтня 2021 року (витяг із протоколу засідання № 4).

3. Ступінь обґрунтованості та достовірності наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, повнота викладення в опублікованих працях.

Дисертаційне дослідження проведено на високому науковому рівні. Під час його виконання отримано нові науково обґрунтовані результати з проблеми епідеміології, діагностики і ефективності лікування сімейного туберкульозу, що дає підстави переосмислити нову медичну парадигму і своєчасно провести корекцію шляхом розробки системи організаційних і санітарно-профілактичних заходів в епідвогнищах сімейного туберкульозу, ведення осіб контактних з хворими на туберкульоз, їх диспансеризацію і проведення профілактичного лікування.

Автор проводить аналіз ролі ланцюгів в епідемічному процесі, відзначаючи як основну ланку в умовах сім'ї, хворого на відкриту форму туберкульозу. Другою важливою ланкою цього ланцюга, автор правильно визначає, шляхи передачі інфекції, які в домашніх умовах забезпечують постійне, повторне і багаторазове інфікування, що обумовлює гіперсенсibiliзацію тканин організму і забезпечує розвиток не тільки легеневого, а й позалегенового туберкульозу, а також визначає його поширеність і тяжкість клінічного перебігу.

Сформульовані завдання дисертаційного дослідження дозволяють здійснити досягнення поставленої мети. Згідно існуючих вимог дисертантом доцільно вибрано об'єкт і предмет дослідження.

Дослідження проведено на достатній кількості клінічних спостережень із застосуванням сучасних методів обстеження хворих і обґрунтуванням клінічного діагнозу туберкульозу, підтвердженого клінічним, х-променевим, мікробіологічним, молекулярно-генетичним, ендоскопічним, цитологічним, гістологічним, функціональним обстеженнями і анкетуванням у віддалений

період та клініко-епідеміологічним статистичним аналізом результатів дослідження, комплексне використання яких відповідає поставленим завданням і забезпечує достовірність отриманих результатів.

Автором проведено ретельний аналіз літературних даних з досліджуваних питань, зареферовано 148 джерел літературної інформації.

На основі різних методів дослідження Леонід Анатолійович отримав значний об'єм оригінальних науково-практичних даних. Отримані результати і дані літератури дозволили автору здійснити теоретичне узагальнення та нове вирішення науково-практичної проблеми сучасної медицини – підвищення ефективності лікування хворих на сімейний туберкульоз і оптимізацію боротьби з туберкульозом шляхом розробки заходів корекції диспансерного нагляду і прискорення діагностики туберкульозу.

Основні узагальнення та висновки дисертаційної роботи базуються на достатній кількості обстежених хворих. Результати роботи впроваджені в науковий та навчальний процеси для отримувачів вищої освіти IV–VI курсів медичного інституту Сумського державного університету; IV–VI курсів Харківського національного медичного університету та Полтавського державного медичного університету.

Скринінг-анкету для виявлення хворих у сімейному середовищі туберкульозу втілено у практичну роботу протитуберкульозних закладів Житомирської, Кропивницької, Полтавської, Тернопільської, Хмельницької та Черкаської областей.

Матеріали роботи відображені в 17 наукових публікаціях, із яких 11 у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 3 праці в журналах, зареєстрованих наукометричною базою Scopus чи WoS (2 тези, 1 стаття), 3 тези у матеріалах конференцій.

У висновках викладено найбільш важливі наукові результати, одержані в дисертаційній роботі, значення їх для науки й практики; якісні та кількісні показники отриманих результатів, обґрунтовується їх достовірністю. Узагальнюючі дані відповідають отриманому фактичному матеріалу. Сформульовані у дисертації висновки обґрунтовані результатами дослідження. Сформульовано рекомендації щодо наукового та практичного використання здобутих результатів.

4. Теоретичне та практичне значення результатів дослідження.

Вперше за 20 років проведено порівняльне вивчення клініко-епідеміологічних особливостей захворювання на туберкульоз серед осіб, які мають постійний контакт з хворим на туберкульоз і було встановлено, що частота сімейного туберкульозу має тенденцію до зростання, починаючи з 2001 р.

Встановлено, що основними факторами ризику розвитку сімейного туберкульозу є відсутність ізоляції бактеріовиділювача, існування тривалого тісного контакту членів сім'ї з хворим, відсутність можливості працевлаштування, непрацездатність та інвалідність, а також маскування туберкульозу супутніми хворобами, що нівелює можливість підозри на туберкульоз і його ранню діагностику.

Вперше показано, що в групі сімейних контактів частота вогнищевого туберкульозу легень зустрічається в 4,1 рази менше, а позалегеневий туберкульоз зустрічається в 3,3 рази частіше, ніж у групі порівняння, при цьому переважають інфільтративні і дисеміновані форми, що є проявом масивності і повторного інфікування контактних осіб, а також свідчить про відсутність санітарно-протиепідемічного і профілактичного медичного нагляду за групами ризику в епідемічних осередках туберкульозної інфекції. У хворих на сімейний туберкульоз основної групи (контактери) вогнищевий туберкульоз встановлено у 3,5 %, а у групі порівняння – у 14,5 %. При цьому у них переважають тяжкі клінічні форми туберкульозу, що свідчить про масивність і повторні інфікування контактних осіб. Таке погіршення співвідношення структури клінічних форм туберкульозу серед контактних осіб є наслідком ліквідації диспансеризації, яка дозволяла виявляти малі форми туберкульозу при профілактичному обстеженні диспансерних контингентів. Ці результати є підставою для перегляду і внесення рекомендацій з корекції в протиепідемічні заходи як у тактиці ведення бактеріовиділювачів, так і в санітарно-протиепідемічних заходах в сімейних вогнищах туберкульозу.

Вперше встановлено суттєве скорочення швидкості діагностування туберкульозу легень при первинному зверненні хворого до фтизіатра в порівнянні із зверненням до сімейного лікаря. Встановлено, що звернення хворого до фтизіатра дає можливість суттєво скоротити витрату часу на встановлення діагнозу туберкульозу. При зверненні хворого до фтизіатра діагноз туберкульозу легень був встановлений в перші 5-10 днів, тоді як при зверненні до лікаря первинної медичної ланки в основному діагноз був встановлений після 20 днів. Отже, і в цьому питанні нова парадигма медицини потребує відповідної корекції.

В дисертаційній роботі уточнені супутні захворювання і вперше вивчено їх вплив на термін діагностики туберкульозу легень і його роль як джерела контактного сімейного туберкульозу.

Показано, що ефективність лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень і з розширеною резистентністю є низькою і майже не залежить від типу туберкульозного процесу. Складність перебігу і недостатня ефективність антибактеріального лікування були підставою для розробки показань для хірургічного лікування.

Клінічно, лабораторно, інструментально, епідеміологічно і статистично

доведено, що сімейний туберкульоз є наслідком тривалого сімейного контакту з хворим на відкриту форму туберкульозу, характеризується постійним зростанням, зменшенням частоти малих і збільшенням частоти позалегенових форм, проявляється переважно тяжкими клінічними формами туберкульозу легень і є епідеміологічно підтвердженим, за тестом ТМЧ, сімейним джерелом інфекції. Отримані результати мають важливе практичне значення, оскільки вперше наведені клініко-статистичні і епідеміологічні данні, які є підставою для оптимізації протиепідемічної роботи в епідвогнищі туберкульозної інфекції, диспансеризації контактних осіб, їх ведення, діагностики і лікування хворих на бацилярний туберкульоз, а також організації профілактичної роботи серед осіб, які знаходяться в постійному контакті з бактеріовиділювачами.

Науково обґрунтовано і запропоновано шляхи корекції організаційних заходів в питаннях обліку і диспансеризації осіб, які знаходяться в сімейних контактах з хворими на відкриту форму туберкульозу, систематичне їх обстеження і при необхідності проведення їм профілактичного лікування, що може попередити розвиток тяжких клінічних форм туберкульозу, розвиток позалегенових форм, попередити втрату працездатності і інвалідизацію.

Дисертація Бондаренко Леоніда Анатолійовича «Особливості сімейного туберкульозу в умовах Сумської області» є завершеним науковим дослідженням, в якому вирішена актуальна проблема сучасної медицини з підвищення ефективності лікування, оптимізації боротьби з поширеністю туберкульозу, розробки заходів корекції ранньої діагностики та своєчасної антибактеріальної терапії сімейного туберкульозу. Дисертаційне дослідження має не тільки теоретичне значення, а й представляє важливий практичний сенс для вітчизняної і світової медицини, оскільки встановлені наукові результати можуть бути використані для обґрунтування та розробки методів корекції нової реформованої системи боротьби з епідемією туберкульозу, а також оптимізації шляхів ранньої діагностики, лікування і зниження поширення туберкульозу.

Оцінка змісту дисертації, її завершеності в цілому

Дисертація Бондаренко Леоніда Анатолійовича «Особливості сімейного туберкульозу в умовах Сумської області» присвячена актуальній проблемі медицини, викладена діловою українською мовою, структурована у відповідності з державним стандартом і складається з анотації, вступу, огляду літератури, матеріалу та методів дослідження, результатів власних досліджень, ефективності лікування хворих на сімейний туберкульоз та аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, списку опрацьованих та цитованих джерел літератури (148 першоджерел, із яких – 96 кирилицею та 52 – латиницею). Дисертація викладена на 174 сторінках друкованого тексту і ілюстрована 33 таблицями.

При розгляді дисертації було відмічено найбільш суттєві моменти:

В анотації відображені основні результати роботи та наведено перелік публікацій здобувача за темою дисертації. Зауважень немає.

«Вступ» (викладено на 5 сторінках) висвітлено стан проблеми з туберкульозу в Україні та світі на сучасному етапі, обґрунтована, доцільність та актуальність виконання запланованої роботи, її зв'язок з науковими програмами. Чітко сформульовані мета і основні завдання, доцільно визначені об'єкт і предмет дослідження. Дисертантом визначена наукова новизна та, практичне значення отриманих результатів, вказано особистий внесок здобувача у виконанні дисертаційній роботі.

Розділ 1 **«Огляд літератури»** викладений на 24 сторінках машинопису. Посилання на літературні джерела здебільшого відносяться до останнього десятиріччя. Леонід Анатолійович в огляді літератури аналізує проблему туберкульозу в історичному аспекті, коли з появою антибактеріальних препаратів появилась надія на подолання цієї проблеми. Але зниження уваги урядових структур багатьох країн привело до того, що в 1993 році ВООЗ об'явила захворюваність на туберкульоз глобальною проблемою, яка з 1994 року набула характеру епідемії і в Україні. Автор наводить сучасні уявлення про епідеміологію і патоморфоз туберкульозу, частоту, особливості клінічного перебігу та низьку ефективність лікування хворих, в епідемічному ланцюгу якого особлива роль належить сімейному туберкульозу. Аналізуючи літературні джерела, автор не тільки констатує ту чи іншу позицію науковців, але й обґрунтовано викладає вузькі місця, неузгодженість деяких положень та недостатньо вивчені питання. Аналізуючи нормативну базу боротьби з туберкульозом в Україні, автор правомірно оцінює її ефективність, вказуючи на деякі недоліки, про що свідчить інформація ВООЗ, за якою у нашій країні не виявляється щорічно біля 25 % нових випадків туберкульозу. Правомірним є і зауваження з приводу гарантованого «лікування усіх форм туберкульозу та супутньої патології у закладах охорони здоров'я різного профілю». Автор наводить низку проблем, які негативно впливають на подолання проблем туберкульозу. Це такі фактори, як відсутність ізоляції бактеріовиділювачів і перетворення їх місця проживання в епідвогнища туберкульозної інфекції без належного санітарно-епідеміологічного супроводу, низька ефективність лікування хворих на резистентний туберкульоз, війна рф проти України, міграція, біженці – все це сприяє поширенню туберкульозу. Отже, провівши аналіз літературних джерел з проблем туберкульозу у світі і в Україні, автор обґрунтовує важливість сімейного туберкульозу, який став актуальною, невизначеною, невивченою проблемою сучасної медицини з позиції епідеміології, клініки, ефективності лікування і профілактики. Зауважень немає.

Розділ 2. «Матеріали і методи дослідження» викладено на 24 сторінках друкованого тексту, в структурі розділу виділено 9 підрозділів. Детально

описано використані методи досліджень: загально-клінічні, лабораторні, бактеріологічні, молекулярно-генетичні, х-променеві, біохімічні, епідеміологічні, функціональні, фібробронхоскопічні, торакоскопія, томографічні і ультразвукооскопічні та статистичні. Результати дослідження оброблялися методами сучасної варіаційної статистики, що дає роботі достатній ступінь достовірності.

В дисертаційній роботі проведено обстеження та глибокий аналіз медичної документації 406 хворих на туберкульоз легень: чоловіків було 257 (63,7 %), жінок – 149 (36,3 %), віком від 18 до 59 років і старше. Всі хворі на сімейний туберкульоз, були розділені на 2 групи: групу контактерів склали 199 хворих і групу порівняння 207 хворих, серед яких відповідно бактеріовиділювачі склали 99 (49,7 %) та 115 (55,6%) пацієнтів. Автором детально проаналізований розподіл хворих в групах за віком, статтю, місцем проживання, соціальним станом, клінічними формами і резистентністю туберкульозу, за способом виявлення, тривалістю діагностичного процесу в залежності від того, до якого фахівця звернувся хворий.

Клінічний діагноз виставляли на підставі анамнезу, клініко-рентгенологічних, лабораторних та інструментальних даних. Діагноз туберкульозу легень формували і призначали лікування згідно з наказами МОЗ України від 09.06.2006 р. № 384, від 21.12.2012 № 1091, від 04.09.2014 № 620, які були діючими в період проведення дослідження, а з 2023 року згідно наказу МОЗ України № 102 від 19.01.2023 року «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз».

Лікування хворих на туберкульоз проводилось антибактеріальними препаратами за протоколами в залежності від чутливості або резистентності мікобактерій до протитуберкульозних препаратів.

Проведені дослідження відповідають етичним і морально-правовим вимогам згідно наказу МОЗ України від 01.11.2000 р. Зауважень немає.

Розділ 3 «Результати власних досліджень» викладено на 43 сторінках, має 9 підрозділів і ілюстрований 18 таблицями. В розділі висвітлені результати клініко-епідеміологічного і соціального аналізу клінічних спостережень, за якими серед хворих на сімейний туберкульоз в містах переважають чоловіки (54,%), а в сільській місцевості – жінки (58,7%), тоді як джерелом сімейного туберкульозу в селі було 44,4 %, а у містах – 55,6 %. Встановлено, що в формуванні сімейного туберкульозу важлива роль належить таким факторам ризику, як зловживання спиртними напоями, паління, відсутність працевлаштування, яка в групі порівняння складала 81,6%. Вагомий вплив на клінічний перебіг туберкульозу, функцію дихальної і серцево-судинної системи має супутня патологія, яка може бути фактором маскування туберкульозу, як для пацієнта, так і для лікаря, що впливало на швидкість виявлення хворого і

встановлення діагнозу. Так в групі контактів при зверненні до фтизіатра діагноз туберкульозу у 72,9% був установлений в перші 5-10 днів, а при зверненні до лікаря загальної практики на раніше 20 днів, що впливало не тільки на епідеміологічну ситуацію, а й на тяжкість клінічних форм і ефективність лікування, про що свідчить не досягнення припинення виділення мікобактерій в групі порівняння по завершенню лікування в 3,7 рази. Зауважень немає.

Розділ 4 «Ефективність лікування хворих на сімейний туберкульоз» викладений на 14 сторінки, має 5 підрозділів і ілюстрований 6 таблицями. Автор аналізує ефективність лікування безпосередньо по завершенню інтенсивної фази і всього курсу лікування та у віддалений період. У групі порівняння після інтенсивної фази лікування абацилювання досягнуто у 54,8 % осіб, а в основній групі цей показник був достовірно більший і складав 72,7 % ($p = 0,006$). Встановлено, що низька ефективність лікування в групі порівняння пов'язана з тим, що діагноз туберкульозу у 88,2 % хворих встановлено протягом 20–40 днів і пізніше від початку захворювання, тоді як в основній групі цей період складав 5–10 днів у 87,0 %.

Найбільш низька ефективність лікування у групі мультирезистентного туберкульозу, яка після завершення інтенсивної фази в основній групі складала 25,3 %, а в групі порівняння – у 14,8 %. Не досягнуто припинення виділення мікобактерій після завершення лікування в основній групі у 6,1%, а в групі порівняння – 21,7%, що в 3,6 рази більше. Дещо нижчий показник в основній групі і за частотою рецидивів. Низькі результати ефективності хіміотерапії, особливо мультирезистентного туберкульозу були підставою для доповнення антибактеріальної терапії розробленим на кафедрі хірургічним лікуванням, що дало можливість підвищити цей показник. Аналізуючи ефективність лікування хворих основної групи автор надає велике значення прихильності хворих до лікування, чим пояснюються кращі результати лікування в групі контактів. Зауважень немає.

5. У п'ятому розділі «Аналіз та узагальнення отриманих результатів у хворих на сімейний туберкульоз», викладеного на 20 сторінках, проведено аналіз і узагальнення результатів проведеного дослідження. Об'єктивно проаналізовані з критичною оцінкою отриманих результатів у співставленні з відповідними даними інших науковців. Підведено підсумки дисертаційного дослідження.

6. Висновки та рекомендації є достовірними, обґрунтованими, що забезпечується достатньою кількістю обстежених хворих, застосуванням сучасних високоінформативних методів дослідження, адекватною статистичною обробкою отриманих результатів, аналізом достатньої кількості

літературних джерел, що відповідає поставленій меті і вирішує поставлені завдання дисертаційного дослідження.

На основі результатів дослідження запропоновані конкретні практичні рекомендації для використання у медичній практиці.

Хочу відмітити, що дисертант підтвердив відомі та отримав ряд нових даних. Виконано цінне дослідження, в якому отримані результати дозволяють сформулювати нове уявлення про сімейний туберкульоз, його соціальну, епідеміологічну, клініко-рентгенологічну і бактеріологічну характеристики, та ефективність антимікобактеріальної терапії у безпосередньому та віддаленому періодах після успішно завершеного лікування, з'ясована роль супутніх захворювань, ускладнень, прихильності хворого до лікування та застосування хірургічних методів з метою підвищення ефективності лікування сімейного туберкульозу.

Висновки та рекомендації у відповідних розділах ґрунтуються на отриманих даних та узагальненні результатів і відповідають поставленій меті та вирішують поставлені завдання дисертаційного дослідження.

Підводячи підсумки викладеного, вважаю, що представлена дисертація Гнатенка І.А. побудована за класичною схемою, зміст і структурні розділи дисертації відповідають чинним вимогам до дисертацій на здобуття ступеня доктора філософії. Матеріали дисертації викладені послідовно, обґрунтовано, згідно з результатами проведених досліджень. В цілому, дисертація є завершеною науковою працею.

7. Рекомендації щодо подальшого використання результатів дисертації в практиці.

Дисертаційне дослідження є важливим як для науки, так і для практичної медицини. Результати запропонованих та апробованих діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів дозволяють підвищити ефективність лікування хворих на сімейний туберкульоз, скоротити терміни діагностики і прискорити лікування, що підвищує ефективність лікування і скорочує інвалідизації пацієнтів. Слід відмітити хорошу практичну спрямованість роботи, результати якої є важливою підставою для корекції реформованої медичної служби, внаслідок якої протитуберкульозна робота в Україні формально покладена на сімейних лікарів і інших фахівців, які не мають фтизіатричної підготовки і така робота по суті не проводиться. Автор справедливо наводить конкретні пропозиції щодо оптимізації ведення і лікування хворих на туберкульоз, які ґрунтуються на клінічних спостереженнях, ряд санітарно-протиепідемічних заходів в осередку сімейного туберкульозу відновити диспансеризацію контактних осіб з систематичним їх обстеженням, а при інфікуванні проводити профілактичне лікування.

Теоретичні положення дисертаційного дослідження впроваджені у навчальний процес на кафедрі хірургії, травматології і ортопедії та фтизіатрії, а також на кафедрі акушерства, гінекології та планування сім'ї Сумського державного університету. Практичні висновки праці втілені у роботу Сумського, Полтавського та Тернопільського фтизіопульмонологічних центрів.

8. Відсутність (наявність) текстових запозичень та порушень академічної доброчесності. Матеріали дисертації викладено українською мовою, послідовно за формально-логічною структурою з дотриманням наукового стилю написання. За результатами перевірки та аналізу матеріалів дисертації не було виявлено ознак академічного плагіату, самоплагіату, фабрикації, фальсифікації. Запозичення, виявлені у роботі, оформлені коректно, і не мають ознак плагіату. Подані до захисту наукові досягнення є власним напрацюванням аспіранта Бондаренка Л. А.

9. Зауваження щодо оформлення та змісту дисертації.

Структура дисертаційної роботи відповідає встановленим вимогам. Принципових зауважень до змісту й оформлення дисертації немає. Деякі термінологічні та стилістичні зауваження зроблені в усному порядку не впливають на загальну позитивну оцінку дисертаційного дослідження.

В умовах реформування медицини був відмінений туберкуліновий моніторинг інфікованості дітей і підлітків. Сьогодні МОЗ України рекомендує проводити тести Манту або гамма-інтерфероновий для виявлення інфікованості у дітей за показаннями.

У зв'язку з цим у мене питання: 1. Як проводилось Вами визначення інфікованості дітей в умовах мімейного туберкульозу (тест Манту чи гамма-інтерфероновий)?

2. Який із них, на Вашу думку, більш інформативний і доступніший в клінічній практиці?

3. Чи розроблена Вами для патентування «Технологія медичного нагляду за осередком туберкульозної інфекції в сучасних умовах»?

10. Висновок про відповідність дисертації встановленим вимогам.

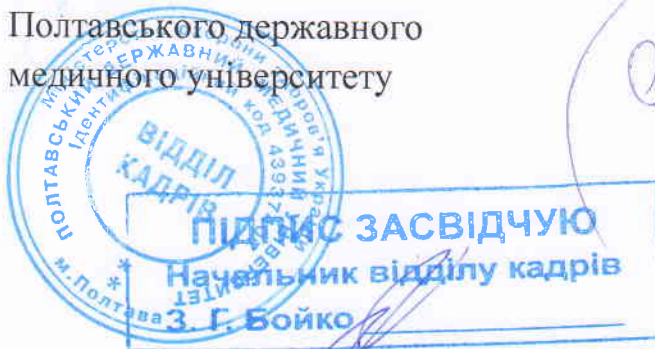
Дисертація Бондаренка Леоніда Анатолійовича «Особливості сімейного туберкульозу в умовах Сумської області», що представлена на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» є завершеним науковим дослідженням, яке присвячено актуальній проблемі медицини - підвищенню ефективності лікування сімейного туберкульозу. Дослідження виконано на високому методичному рівні, сучасними методами, комплексне використання яких відповідає поставленим завданням і забезпечує достовірність отриманих результатів, обґрунтованість

наукових положень, висновків і рекомендацій.

На підставі отриманих даних розширено й вирішено складну проблему медицини, яка дозволяє підвищити ефективність лікування сімейного туберкульозу та попередити поширення цієї інфекції, що робить дисертаційну роботу актуальною далеко за межами Сумської області не тільки України, а й інших країн. Дисертаційне дослідження спрямоване не тільки на вирішення важливих теоретичних проблеми, але й має важливе практичне значення. Дослідження виконано на високому методичному рівні, сучасними методиками, комплексне використання яких відповідає поставленим завданням і забезпечує достовірність отриманих результатів, обґрунтованість наукових положень, висновків і практичних рекомендацій.

Отже, дисертація Бондаренка Леоніда Анатолійовича «Особливості сімейного туберкульозу в умовах Сумської області» за актуальністю, теоретичним і практичним значенням, науковою новизною одержаних результатів відповідає вимогам Порядку присудження ступеня доктора філософії, що є підставою для позитивного рішення разової спеціалізованої вченої ради Сумського державного університету на підставі Постанови Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 року №44, а дисертант заслуговує присудження ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина».

Офіційний опонент
доктор медичних наук,
професор закладу вищої освіти
кафедри внутрішньої
медицини № 3 з фтизіатрією
Полтавського державного
медичного університету



Анатолій ЯРЕШКО