

9. Семенов Н. Все о соцсетях – I. Влияние социальных сетей на человека, проблемы социальных сетей / Н. Семенов [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.seonews.ru/columns/vse-o-sotsialnyih-setyah-i-vliyanie-na-cheloveka-problemasotsialnyih-setey/>
10. Шевченко О. В. Особливості педагогічного спілкування з іноземними студентами / О. М. Шевченко, В. Г. Юфименко // Навчання іноземних студентів в Україні: традиції, реалії, перспективи : матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конференції з міжнар. участю. – Полтава : ПДАА, 2015. – С. 46-50.

ПОЛІОРГАННІСТЬ ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ПРОБЛЕМИ ЙОГО ВИКЛАДАННЯ

Ярешко А.Г., Куліш М.В., Вородюхіна А.К.

Українська медична стоматологічна академія

Розглянуто проблеми викладання дисципліни «Фтизіатрія», пов'язані з поліорганністю туберкульозу і реформуванням фтизіатричної служби в Україні.

Ключові слова: туберкульоз, поліорганність, проблеми викладання, реформування.

The problems of teaching the discipline "Phthisiology" are discussed in the article, which are related with the tuberculosis defeat of different organ and reformation of the phthisiology service in Ukraine.

Keywords: tuberculosis, multiple organ defeat, teaching problems, reformation.

Туберкульоз як інфекційна хвороба майже завжди асоціюється з легеневою локалізацією, тому «Фтизіатрія» фігурує серед терапевтичних дисциплін. Навчальні програми з туберкульозу побудовані за принципом: раз основний шлях інфікування збудником туберкульозу відбувається через дихальні шляхи, то і локалізується туберкульоз переважно в легенях, а значить, достатньо обмежитися вивченням легеневого туберкульозу. При цьому в кращому разі програма може передбачати вивчення позалегенового туберкульозу в рамках самостійної підготовки студентів, а частіше про нього і не згадують. Зберігається тенденція 80-х років минулого століття, коли вважали, що туберкульоз як проблема суспільства подолана і ця сторінка може бути перегорнута. Але проблема залишається не розв'язаною, а її згортання триває, хоча туберкульоз зберігає характер епідемії, яку протягом 30 років Україна не може подолати. Більше того, сьогодні у світі формується глобальна епідемія зовсім іншого – резистентного туберкульозу [2;4]. Саме ця проблема у вересні 2018 року вперше в історії ООН була винесена на розгляд Генеральної Асамблеї. При цьому треба зазначити, що Україна займає лідируючі позиції за частотою розвитку резистентного туберкульозу. На такому фоні реформування фтизіатричної служби в Україні виглядає як мінімум дивно для здорового глузду. Звуження проблеми туберкульозу до легневих форм також погіршує ситуацію і в організації протитуберкульозної допомоги населенню, особливо з його позалегеновими формами, і в підготовці спеціалістів, які б могли своєчасно виявити хворого, провести діагностичні обстеження й організувати кваліфіковане ведення пацієнта на всіх рівнях надання медичних послуг. При цьому треба пам'ятати, що туберкульоз входить у число 10 основних причин смертності від одного збудника [4]. Від туберкульозу у світі помирають більше людей, ніж від усіх інфекційних хвороб, разом узятих, включаючи ВІЛ/СНІД. Загальнодержавна недооцінка проблем туберкульозу виражається і в суттєвому скороченні протитуберкульозних закладів, що не може сприяти покращенню організації протиепідемічної роботи і наданню повноцінної медичної допомоги хворим на туберкульоз. За останні 10 років кількість протитуберкульозних диспансерів в Україні зменшено зі 116 до 68 (58,6%), ліжковий фонд у них скорочено з 17450 до 10520 (60,28%), туберкульозні лікарні скорочено з 36 до 21 (58,33%), а ліжковий фонд у них – із 5520 до 1860 (33,69%) [1;2]. Аналогічна тенденція поширилась і на навчальні програми: кількість навчальних годин на вивчення туберкульозу зменшена, вивчення туберкульозу позалегенової локалізації за програмою не передбачено, а якщо в програмі й записано «легеневий і позалегеновий туберкульоз», то реального часу на вивчення клінічних особливостей перебігу і діагностики позалегенових форм туберкульозу немає. За таких умов на пропедевтичному рівні (4 курс) майбутні лікарі майже не отримують інформації про позалегеновий туберкульоз, який об'єднує такі форми туберкульозу як туберкульозний (ТБ) мезаденіт, ТБ перитоніт, ТБ кишок, ТБ пельвіоперитоніт, ТБ сальпінгіт, ТБ сальпінгоофорит, ТБ ендометрит, кістково-суглобовий туберкульоз, туберкульоз ока, шкіри, нирок, лімфатичних вузлів і велику групу параспецифічних реакцій, в основі яких лежить гіперчутливість уповільненого типу і які супроводжуються ураженням серозних і слизових оболонок (серозити, полісерозити, ринофарингіти), ураженням судин (флебоваскуліти з віддаленим розвитком слоновості), кератити, кератокон'юнктивіти, іноді з фліктенами, вузлувата еритема, дерматит, алергічні нефрит і гепатит. Жодна з програм на всіх етапах вивчення туберкульозу не містить цього великого переліку клінічних проявів туберкульозної інфекції, з якими протягом життя зустрінеться кожен практикуючий лікар незалежно від фаху. Відсутність цих знань у студентських програмах несе в собі загрозу клінічних помилок із тяжкими наслідками в майбутній лікарській практиці. Так, особливості перебігу туберкульозу абдомінальної локалізації несуть у собі хірургічну проблему діагностики, коли виявляють симптоми подразнення очеревини, а класичного перитоніту немає, усі органи черевної порожнини доступні пальпації. Часто встановлюють спостереження за хворим, яке іноді триває місяцями, а вирішення питання не дає, а туберкульоз за цей час набуває тяжких ускладнених форм. Це пов'язано з тим, що лікарі ще пам'ятають туберкульоз як легеневу проблему, а не шлунково-кишкового тракту, хоча аліментарний шлях зараження мікобактеріями туберкульозу (МБТ) людини за частотою є другим. При цьому джерелом МБТ можуть бути й інфіковані продукти (особливо молочні), і мокрота людини, хворої на туберкульоз легень, а також лімфогематогенний шлях поширення збудника туберкульозу в організмі в період інфікування.

Не менш гострою проблемою в навчальному процесі є туберкульоз кістково-суглобової локалізації, який може мати і первинне, і вторинне походження, але шлях поширення збудника завжди гематогенний. При цьому локалізація уражень і характер патологічних змін однотипні й починаються з остеопорозу без будь-яких клінічних проявів. Локалізуються специфічні зміни в губчастій речовині кісток, поступово поширюючись на інші структури. При

цьому можуть бути легкі клінічні прояви інтоксикаційного синдрому, визначити природу яких без спеціальної підготовки неможливо. Поступове збільшення специфічних змін у кістках може супроводжуватись їх переломами, проливом казеозу в суглобову сумку або м'які тканини – тоді виникають локальні симптоми: біль, обмеження рухомості, збільшення об'єму суглоба і т.п.

Специфічних для туберкульозу симптомів не існує. Підтвердження діагнозу туберкульозу можливе тільки за умов виявлення збудника хвороби або гістологічним дослідженням уражених тканин. Такі аналізи й дослідження проводять спеціалісти. В умовах навчального процесу надати такі вміння неможливо. Тому вивчення туберкульозу часто має абстрактний характер і такі знання недовготривалі. З метою усунення абстрактності занять на курсі фтизіатрії розроблено тематичну прив'язку навчального процесу до х-променевої картини туберкульозу й легеневої, й іншої локалізації [3]. Це дає можливість зробити проблему зримою. Візуалізація зображення патологічного процесу посилює сприйняття, яке легко може бути асоційоване з клінічними проявами хвороби і методами фізикального обстеження. Заняття відбуваються як практичний клінічний розбір випадку хвороби. Важливою особливістю такого заняття є азбучне вивчення опису рентгенограм – це повноцінна практична навичка, яка дозволяє застосувати це вміння в будь-яких умовах променевої діагностики. Оскільки променева діагностика не є точним методом діагностики туберкульозу, проводимо диференційовано-діагностичний розгляд схожих патологічних процесів, можливостей обов'язкових і додаткових методів діагностики, а також звертаємо увагу студентів на важливість бактеріологічної та гістологічної діагностики туберкульозу чи інших патологічних змін.

На кожному занятті студент отримує рентгенограму за темою, описує її й установлює діагноз, на наступному занятті описує рентгенограму, установлює діагноз і призначає лікування відповідно до клінічної категорії обліку пацієнта. На наступних заняттях ці навички закріплюються і розширюються новими навичками: студенти визначають категорію епідеміологічного вогнища і призначають відповідний обсяг протиепідемічних заходів, а також визначають необхідні профілактичні заходи. Таким чином за весь цикл навчання кожний студент освоює практичні навички описання рентгенограм, формулювання клінічного діагнозу відповідно до клінічної класифікації туберкульозу, призначення лікування і визначення обсягу заходів, спрямованих на запобігання поширенню туберкульозної інфекції серед контактних осіб і виникненню нових випадків захворювання на туберкульоз. Логічна послідовність різних ланок навчального процесу полегшує засвоєння нового навчального матеріалу. За таких умов студент не тільки бачить, а й, описавши властивості тіні, розуміє характер патологічного процесу, може провести диференційовану діагностику за властивостями тіні, визначити обсяг необхідних бактеріологічних чи гістологічних досліджень для точної діагностики. Така технологія вивчення дисципліни робить навчальний процес не тільки цікавим, а й привабливим освоєнням практичних навичок, які мають універсальний характер і можуть бути застосовані при вивченні інших дисциплін.

Повноцінне розуміння туберкульозу як хвороби без знання патогенезу неможливе. Складність і тяжкість туберкульозу полягають у поліорганності уражень, які формуються і в період бактеріємічної фази первинного інфікування, і в період вторинного лімфогематогенного поширення збудника туберкульозу в організмі. Саме в цей час відбувається закладка туберкульозних уражень у будь-яких органах і тканинах, формуючи туберкульоз не тільки легеневої, а й позалегеневої локалізації, який може під впливом лікування або спонтанно набувати зворотного розвитку. Але мікобактерії туберкульозу зберігають життєздатність у організмі, трансформуючись у зернисті, фільтривні, L-форми, які здатні до реверсії в класичну форму з відновленням патогенних властивостей, залишаючись потенційною загрозою здоров'ю кожної людини протягом усього життя. Для реалізації цієї загрози потрібна єдина умова – імунодефіцит, який може формуватися під впливом багатьох факторів, які породжує порушення норм життя.

Отже, туберкульозна інфекція, яку носить у собі кожна людина, яка досягла 40-літнього віку, порівняна з Дамокловим мечем, який постійно зберігає загрозу реалізуватися захворюванням на туберкульоз не тільки легеневої, а й позалегеневої локалізації. Відсутність у студентів таких знань із проблем туберкульозу в майбутньому, у практиці лікарів будь-якого фаху, може створити непередбачувано тяжкі наслідки. З цих позицій реформування фтизіатричної служби зі скороченням майже у 2 рази протитуберкульозних диспансерів і лікарень, а також програмне обмеження надання знань під час навчання студентів із туберкульозу не можуть сприяти чи бути оптимальною умовою боротьби з епідемією туберкульозу в Україні.

Список використаної літератури

1. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 1998–2008 роки / голов. ред. В.М. Князевич. – К., 2009. – 88 с.
2. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник [Електронний ресурс] / відпов. ред. В. І. Курпіта, В. М. Заболотько. – К.: ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», 2019. – Режим доступу : https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2018_dovidnyk.pdf.
3. Ярешко А. Г. Актуальні проблеми якісної підготовки студентів медичних ВНЗ із фтизіатрії / А. Г. Ярешко, М. В. Куліш, А. К. Вородюхіна [та ін.] // Актуальні питання контролю якості освіти у вищих медичних навчальних закладах : наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 22 берез. 2018 р. : матеріали конф. – Полтава, 2018. – С. 260-261.
4. Global tuberculosis report [Електронний ресурс] / WHO. – Geneva: WHO, 2019. Режим доступу : https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.