

**РОЛЬ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ЗНАНЬ ІЗ ФТИЗИАТРІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ
РІЗНИХ ФАХІВ****Вородюхіна А.К., Ярешко А.Г., Куліш М.В.**

Полтавський державний медичний університет

Туберкульоз – інфекційна хвороба, яка супроводжує людство з доісторичних часів і входить у число 10 основних причин смертності у світі. Особливістю туберкульозу є поліорганність уражень, що вимагає від медичних працівників різних фахів знання цієї патології й особливостей її діагностики.

Ключові слова: туберкульоз, інфекційна хвороба, здоров'я, знання, діагностика.

Tuberculosis is an infectious disease that has plagued mankind since prehistoric times and is one of the top 10 causes of death in the world. The peculiarity of tuberculosis is the multiorganization of impressions, which requires medical professionals of different specialties to know this pathology and the peculiarities of its diagnosis.

Key words: tuberculosis, infectious disease, health, knowledge, diagnosis.

Туберкульозний спондиліт був діагностований у мумії, вік якої перевищує 5 тисяч років. Санскритська назва туберкульозу в Аюрведі «Раджа-якшмаді» означає «цар хвороб». Попри таку стародавню історію, туберкульоз і сьогодні залишається складною проблемою світової спільноти, загрожуючи формуванням епідемії резистентних форм. У медичній термінології ця хвороба отримала назву в XIX столітті від грецького слова «tuberculum», що в перекладі означає «горбик», і є патолого-анатомічною ознакою ураження туберкульозом різних систем і органів людини. Академік-патофізіолог А.Д. Сперанський дуже влучно висловив думку, яка збігається з думкою давньоіндійських медиків: «Клініка не знає іншого захворювання людини, яке за різноманітністю форм перебігу й наслідків могло б конкурувати з туберкульозом». Це пов'язано з тим, що туберкульоз уражає всі органи й системи людського організму, що робить цю проблему актуальною для лікарів усіх фахів. Тільки знання клінічних проявів туберкульозу різної локалізації, вміння своєчасно діагностувати його може бути запорукою своєчасного виявлення хвороби, запобігання її переходу в тяжку деструктивну форму, що завадить зараженню контактних і зменшить економічні затрати на його лікування [3].

Туберкульоз досі залишається актуальною і складною проблемою в Україні та світі. Ця хвороба стала однією з 10 провідних причин смерті й основною причиною смерті хворих на ВІЛ/СНІД. За даними ВООЗ, у 2019 році у світі на туберкульоз захворіли 10 млн осіб, серед яких 1,2 млн дітей, померли від туберкульозу 1,4 млн, із них 208 тис. з ВІЛ-інфекцією. Ураховуючи наведені дані, ВООЗ схвалила Глобальну стратегію «Покласти край туберкульозу» на період 2016-2035 рр. У рамках цієї стратегії прогнозують звільнення світу від туберкульозу як поширеної інфекції, із досягненням нульового рівня захворюваності та смертності від цієї недуги. На досягнення поставленої мети суттєво впливає політична воля держави.

В Україні при Верховній Раді працює Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, робота якого спрямована на формування державної політики у сферах збереження здоров'я нації, протидію й боротьбу із соціально небезпечними хворобами (ВІЛ/СНІД, туберкульоз та іншими інфекційними хворобами). Але в сьогоднішніх умовах на першому місці стоїть протидія пандемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Пандемія COVID-19 затьмарилася всі захворювання, але це не значить, що їх не стало. Тому в березні 2021 р. у Комітеті відбулися слухання на тему: «Протидія туберкульозу в умовах пандемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». Захід проводився разом із міжфракційним депутатським об'єднанням «Парламентська платформа боротьби з ТБ», фахівцями МОЗ України, НСЗУ, міністерством соціальної політики України, Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Було наголошено, що питання протидії туберкульозу залишається для України вкрай актуальним і є не тільки медичною проблемою, а й загальнодержавною. Щороку від туберкульозу в Україні помирають 3 тис. людей, у 2019 році зареєстровано 25 тис. нових випадків, а всього на обліку перебувають майже 30 тис. хворих на туберкульоз [4].

Останні два роки намітилася тенденція до зменшення захворюваності на туберкульоз і смертності від нього. Але почастишали випадки за давнього туберкульозу, із масивним бактеріовиділенням, резистентністю до протитуберкульозних препаратів, коморбідністю. Зросла частота локальних форм туберкульозу до 44% у дітей і підлітків, які проживають у епідемічних зонах туберкульозу і перебувають під постійним наглядом медичних працівників. Ці негативні тенденції стали наслідком ослаблення диспансерної роботи, яка була основою профілактики туберкульозу, значного зменшення профілактичних оглядів (флюорографія – для дорослих, тест Манту – для дітей), відсутності настороженості щодо туберкульозу серед лікарів первинної ланки й загальнолікарняної мережі, низької професійної грамотності щодо ранньої діагностики туберкульозу. Зростає кількість випадків резистентного туберкульозу, як серед уперше діагностованих, так і серед повторно виявлених хворих. У 2017-2018 рр. мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) серед уперше діагностованих хворих склав відповідно 27,9 - 29,0%, що свідчить про зростання на 1,1%. Серед повторних випадків МРТБ у 2017-2018 рр. намітилася тенденція до зниження з 46,4% до 47,9%, що відповідає зменшенню на 1,4%.

Збільшення кількості хворих із резистентним туберкульозом, давні випадки, перехід на амбулаторне лікування, коморбідні стани, підвищення частоти побічних реакцій на протитуберкульозні препарати, недостатня прихильність хворих до лікування – це причини неефективного лікування хворих на туберкульоз. Ефективність лікування хворих на чутливий туберкульоз, які розпочали лікування у 2018 році, склала 73,3%, що нижче цільового показника ВООЗ (85%). Ефективність лікування хворих на МРТБ, які розпочали лікування у 2017 р., склала 51%, що нижче цільового показника ВООЗ (75%).

За даними ВООЗ, в Україні близько 25% хворих на туберкульоз не виявляються, особливо з позалегеновими формами. У 2018 р. серед усіх форм позалегенового туберкульозу на 1-му місці був туберкульоз кісток і суглобів (19%), на 2-му місці – периферичних лімфатичних вузлів (11,6%), на 3-му місці – туберкульоз нервової системи (4,1%). Особливо складно діагностувати позалегенові форми туберкульозу у ВІЛ-інфікованих через порушення

імунної відповіді, унаслідок чого відсутні специфічні прояви за морфологічними й гістологічними ознаками [1].

Наведені дані свідчать, про те, що питання туберкульозу складне і не вирішене:

- зросла частота задованих випадків із бактеріовиділенням;

- спостерігається підвищення частоти резистентного туберкульозу як серед уперше діагностованого, так серед і рецидивуючого;

- не досягнута цільова ефективність ВООЗ із лікування чутливого й резистентного туберкульозу;

- пріоритетною стала амбулаторна модель лікування, навіть бацилярних хворих (60% всіх хворих) під безпосереднім наглядом волонтерів громадських організацій, при цьому значимість і роль лікаря-фтизіатра усуваються;

- недостатнє виявлення хворих на туберкульоз (25% не виявляють, за даними ВООЗ).

У таких умовах лише спільна робота лікарів різних фахів разом із фтизіатрами зможе забезпечити контроль і зменшення подальшого розповсюдження і чутливого, і резистентного туберкульозу. Важливу роль у цьому питанні відіграє фахова підготовка лікарів із питань ранньої й диференціовальної діагностики туберкульозу.

Донедавна навчальна дисципліна «Фтизіатрія» вивчалась на додипломному рівні за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія» на 4 і 6 курсах. З 2021-2022 н. р. за цими спеціальностями вивчається тільки на 4 курсі. За спеціальністю «Стоматологія» дисципліна «Фтизіатрія» вивчається тільки на 4 курсі. Загальна кількість годин на навчання з кожної спеціальності – 90 годин, із яких 52 години - самостійна робота студентів (це домашня позааудиторна робота), що складає 57,8% загальної кількості годин, практичні заняття – 30 годин, що становить 33,3%. Кількість годин для лекцій: 8 годин для спеціальностей «Медицина» і «Педіатрія» та 6 годин для спеціальності «Стоматологія». За такий обмежений час дуже складно надати всю необхідну інформацію з етіології, патогенезу, клінічних проявів туберкульозу, методів діагностики, особливостей перебігу туберкульозу в поєднанні з іншими хворобами (ВІЛ/СНІД, цукровий діабет, психічні й поведінкові розлади, пов'язані з уживанням спиртних напоїв і наркотичних речовин), особливостей спостереження й лікування хворих, профілактики й усунення побічної дії протитуберкульозних препаратів, профілактики туберкульозу.

Метою навчання при вивченні фтизіатрії є формування в студентів клінічного мислення як складової професійних практичних навичок [2]. Вони вкрай будуть потрібні майбутньому лікарю для ранньої діагностики туберкульозу, коли ще немає бактеріовиділення і хворий не є джерелом зараження для оточуючих людей, для проведення диференціовальної діагностики туберкульозу з іншими хворобами (онкозахворювання, гострі й хронічні запальні процеси різної локалізації: бронхолегеневої, центральної нервової, серцево-судинної, сечостатевої, ендокринної, кістково-суглобової систем, шлунково-кишкового тракту, шкіри, м'язів, очей, порожнини рота, органів слуху). Термін навчання студентів на кафедрі з дисципліни «Фтизіатрія» для всіх спеціальностей складає: при лінійній формі навчання - три тижні, при цикловій формі - півтора тижня. У такий короткий термін, відповідно до навчальної програми, ми надаємо студентам пропедевтичну й госпітальну фтизіатрію.

Перш за все звертаємо увагу на методи діагностики туберкульозу, які доступні на рівні сімейної амбулаторії, це метод бактеріоскопічного виявлення МБТ, або ж його називають методом мазка. Велике значення в диференціовальній діагностиці туберкульозу мають анамнез хвороби й епідеміологічний анамнез. Для туберкульозу переважно характерний уповільнений розвиток захворювання, який спочатку не порушує життєдіяльність і працездатність пацієнта. Збираючи дані епідеміологічного анамнезу, необхідно з'ясувати наявність контакту з хворим на відкриту форму туберкульозу або ж проживання у вогнищі туберкульозної інфекції. Із досвіду практичної діяльності, можна зазначити, що лікарі загальнолікарняної мережі зовсім забули про епідеміологічний анамнез, а також хворі приховують цю інформацію через стигму.

Одним із методів ранньої діагностики туберкульозу є флюорографічне обстеження, яке треба проводити постійно один раз за рік серед декретованого населення і груп ризику. Нині цей метод втратив цінність і актуальність як малоефективний і дорогий. Але слід використовувати цей метод у названих групах, особливо вразливих на туберкульоз, тоді він ефективний і набагато дешевший. Це хворі на ВІЛ/СНІД, цукровий діабет, пацієнти з психічними й поведінковими розладами, пов'язаними з уживанням наркотичних речовин і спиртних напоїв, хронічними захворюваннями легень, хворі, що перебувають на імуносупресивній терапії у зв'язку з аутоімунними захворюваннями й пересадкою органів, а також серед населення, соціально неадаптованого й без певного місця проживання. Тому лікарям різних фахів слід контролювати своєчасність флюорографічного обстеження органів грудної порожнини таких пацієнтів.

Окрім названих методів, на практичних заняттях детально розглядаються такі інформативні й чутливі методи виявлення МБТ як бактеріологічні (посів на рідке (автоматизована мікробіологічна система BACTEC 960 MGIT) і тверде поживне середовище Левенштейна-Йенсена) і молекулярно-генетичний метод GeneXpert. Лікарям потрібно пам'ятати, що виявлення збудника туберкульозу в будь-якому біологічному матеріалі вказує на етіологію хвороби.

Важливими методами діагностики туберкульозу є оглядова рентгенограма органів грудної клітини й комп'ютерна томографія легень, а також магнітно-резонансна томографія кісток, головного мозку. Ці методи не визначають етіологію хвороби, але інформативні для ранньої й диференціовальної діагностики туберкульозу.

Специфічним та інформативним методом діагностики туберкульозу є гістологічний. Його також потрібно знати всім лікарям, особливо лікарям хірургічного профілю, які через особливості своєї професії щодня проводять видалення або біопсію патологічного матеріалу і спрямовують його на гістологічне дослідження. Туберкульоз має свої специфічні гістологічні ознаки – гранулематозне запалення з лімфоїдно-макрофагальною інфільтрацією, наявністю гігантських клітин Пирогова-Ланганса і сухим сирним некрозом.

Для дітей і підлітків велике значення в діагностиці інфікування й захворювання на туберкульоз мають туберкулінова проба Манту з 2 ТО і квантифероновий тест. Для диференціовальної діагностики туберкульозу з іншими хворобами (за відсутності етіологічного або гістологічного підтвердження) і визначення активності туберкульозу використовують туберкулінову пробу Коха. Методи діагностики, профілактики й лікування туберкульозу розглядаються в пропедевтичній фтизіатрії.

Госпітальна фтизіатрія передбачає розгляд клінічних форм туберкульозу: легеневого й позалегеневого. Усі вони мають свої особливості перебігу, діагностики й лікування. Звісно, такий обсяг матеріалу у відведений час

навіть втиснути неможливо, не кажучи вже про якісне вивчення.

Для опанування професійних навичок діагностики, диференціовальної діагностики, профілактики й лікування туберкульозу вважаємо необхідним:

- обов'язково відновити вивчення фтизіатрії на 6 курсі: випускники зможуть повторити й засвоїти нові знання з фтизіатрії на початку своєї особистої медичної практики в умовах епідемії туберкульозу;
- усім лікарям, незалежно від фаху, проходити тематичне вдосконалення з фтизіатрії один раз за 5 років із питань ранньої діагностики туберкульозу, диференціовальної діагностики й профілактики цієї хвороби.

Список використаної літератури

1. Досягнення та складні питання щодо подолання туберкульозу в Україні (консолідований погляд з різних регіонів) / Л.Д. Тодоріко, В.І. Петренко, Ю.М. Валецький [та ін.] // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2020. – №1. – С. 10 - 17.
2. Клінічне мислення, як найвищий рівень професійної підготовки лікарів / А. Г. Ярешко, М. Г. Бойко, А. К. Вородюхіна [та ін.] // Матеріали навчально-методичної конференції «Клінічне мислення: шляхи формування та вдосконалення». – Полтава, 2009. - С. 81-82.
3. Поліорганність туберкульозу і проблеми його викладання / А.Г. Ярешко, М.В. Куліш, А.К. Вородюхіна // Матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнародною участю «Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика», 19 березня 2020 р., м. Полтава. – Полтава, 2020. – С. 275-276.
4. Протидія туберкульозу в умовах пандемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (за результатами слухань у Комітеті Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування) / Л.А. Масюк, О.В. Василенко, Є.П. Гелюх, З.М. Іслам // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2021. – №2. – С. 5-14.

СУЧАСНІ ТРЕНДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

**Герасименко Н.Д., Борзих О.А., Лавренко А.В., Дігтяр Н.І., Авраменко Я.М.,
Бєлан О.В., Кайдашеев І.П.**

Полтавський державний медичний університет

Розглядаються особливості розвитку медичної освіти з урахуванням сучасних вимог і технологій навчання. Ефективним методом навчання на сучасному рівні стало впровадження нових інноваційних технологій із елементами дистанційного навчання й вільним володінням англійською мовою.

Ключові слова: дистанційне навчання, медична освіта, розвиток медичної освіти.

The article considers the peculiarities of the development of medical education taking into account modern requirements and learning technologies. An effective method of teaching at the modern level is the introduction of new innovative technologies with elements of distance learning and fluency in English.

Key words: distance learning, medical education, development of medical education.

Сучасна медична освіта вимагає від науково-педагогічних працівників – викладачів закладів вищої освіти – вносити зміни в підготовку здобувачів вищої освіти і слухачів курсів підвищення кваліфікації лікарів усіх спеціальностей, зокрема стоматологів, із наближенням їхньої підготовки до міжнародних стандартів, постійного вдосконалення професійних навичок [1], уміння аналізувати дедалі більший обсяг професійної інформації, удосконалювати практичні навички й застосувати цей досвід у своїй практичній діяльності. Тому невід'ємною частиною освіти в галузі медицини на сучасному рівні є забезпечення високоякісної підготовки студентів, оскільки якість надання медичної допомоги залежить від рівня професійної підготовки майбутніх лікарів.

XXI століття називають віком технологій. Справді, жодна конкурентоспроможна сфера життя людини сьогодні не може обходитися без високих технологій. Особливо це має стосуватися сфери освіти, зокрема медицини. Розвиток сфери освіти на основі нових прогресивних концепцій, упровадження в навчально-виховний процес новітніх педагогічних технологій і науково-методичних розробок, а також використання нових інформаційно-комунікаційних технологій стали актуальними проблемами й здобутками розвитку системи освіти.

Ще однією особливістю сучасної світової медичної освіти й вищої освіти в цілому стало зменшення кількості аудиторної роботи зі студентами, при цьому більше часу відводиться на самопідготовку. Ця тенденція знаходить своє відображення й у впровадженні дистанційних форм навчання: онлайн-курсів, вебінарів, онлайн-лекцій та ін. Крім того, в освітній процес упроваджуються нові практико-орієнтовані технології: проблемно-орієнтоване навчання (PBL - problem-based learning), пацієнт-орієнтований метод навчання (case-based learning), метод «стандартизованого пацієнта» та ін.

Розвиток електронного навчання (e-education) із використанням інтернет-технологій, електронних бібліотек, навчально-методичних мультимедіа-матеріалів тощо сприяє розвитку дистанційного навчання, що забезпечує закладам вищої освіти мобільність і оптимальну відповідність поточної ситуації [3].

Сучасна ситуація, пов'язана з пандемією, зумовила перехід на дистанційні методи навчання в закладах вищої освіти, у тому числі – у медичних вишах, які довели свою значимість і затребуваність на всіх рівнях освітньої системи.

Глибоке вивчення тематичного матеріалу диктує необхідність застосування сучасних електронних технологій, що дозволяють надати студенту повний і вільний доступ до великого обсягу довідкових даних, моніторинг змін змісту матеріалу відповідно до нових наукових досягнень світового масштабу. Тим часом слід зазначити, що у сфері медичної освіти дистанційне навчання недоцільно розглядати як самостійний метод навчання, особливо на клінічних кафедрах, оскільки немає можливості в даному випадку відпрацювати повною мірою практичні навички [2].

Також сьогодні в медичних ЗВО намагаються більше приділяти уваги вивченню іноземних мов. Наразі освітні