2. Гевкалюк Н.О. Компетентнісний підхід у професійній підготовці лікарів-стоматологів дитячих. Медична освіта. 2018. №1. С.16-18.
3. Самойленко А.В., Горшкова А.Є., Кареліна Ю.В. Ділова гра як засіб педагогічного впливу на студента-стоматолога при вивченні клінічної пародонтології. Сучасна стоматологія. 2019. №1. С.98-99.
4. Попело Ю. В. Поєднання традиційних та інтерактивних методів навчання при викладанні розділу «Вроджені вади розвитку обличчя» на кафедрі дитячої хірургічної стоматології. Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2021. Т. 41, № 1. С. 34-37.
5. Бублій Т.О., Петрушанко Т.А., Дубовая Л.І. Упровадження інноваційних освітніх технологій навчання та викладання на кафедрі терапевтичної стоматології УМСА. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2019. Т. 19, №4. С. 110-113.
6. McKenzie C.T., Tilashalski K.R., Peterson D.T., Lee White M. Effectiveness of Standardized Patient Simulations in Teaching Clinical Communication Skills to Dental Students. Journal of Dental Education. 2017. Vol. 81. P. 1179-1186.
7. Каськова Л.Ф., Янко Н.В., Ващенко І.Ю., Новікова С.Ч., Андріянова О.Ю. Ставлення майбутніх стоматологів до застосування різних методів викладання дитячої терапевтичної стоматології. Український стоматологічний альманах. 2022. №3. С. 63-67.
8. El Tantawi M.M., Abdelaziz H., AbdelRaheem A.S., Mahrous A.A. Using peer-assisted learning and role-playing to teach generic skills to dental students: the health care simulation model. Journal of Dental Education. 2014. Vol. 78, No 1. P. 85-97.
9. Khalifah A.M., Celenza A. Teaching and Assessment of Dentist-Patient Communication Skills: A Systematic Review to Identify Best-Evidence Methods. *Journal of Dental Education*. 2019. Vol. 83. P. 16-31.

ФТИЗІАТРІЯ ЗА НОВИМИ СТАНДАРТАМИ ОСВІТИ І РЕФОРМУВАННЯ СЛУЖБИ

Ярешко А.Г., Куліш М.В., Костріков А.В.

Полтавський державний медичний університет

Нові стандарти медичної освіти спрямовані на покращення підготовки спеціалістів, здатних самостійно виконувати професійні обов'язки, але реформування дисциплін і підготовки лікарів створює низку викликів, які не сприяють покращенню навчального процесу.

Ключові слова: фтизіатрія, стандарти освіти, реформування служби.

New standards of medical education are aimed at improving the training of specialists who are able to independently perform professional duties, but reforming the disciplines and training of physicians present a number of challenges that do not contribute to the improvement of the educational process.

Keywords: phthisiology, education standards, service reform.

У 1999 році підписання Болонської декларації та встановлення єдиної Європейської кредитно-трансферної накопичувальної системи (ЄКТС) дало можливість за кількістю годин або кредитів, витрачених на вивчення дисципліни, оцінити навчальні програми з дисципліни й визначити обсяг теоретичного і практичного навантаження на студента. Уніфікованість таких програм створює єдиний освітній простір і забезпечує єдину процедуру оцінки рівня навчального процесу, можливість порівняти кваліфікаційний рівень міжуніверситетської підготовки здобувачів вищої освіти в закладах вищої освіти (ЗВО) і спрощує визнання й зарахування результатів навчання в інших профільних навчальних закладах. Так було створено єдиний Європейський простір вищої освіти, що дозволило прийняти на континенті, у тому числі в Україні, присвоєння випускникам медичних ЗВО ступеня магістра, диплом якого після нетривалої навчальної адаптації в європейських країнах може бути визнаний і за кордоном. Очевидно, що ступенева оцінка підготовки фахівця на всіх етапах освоєння програмного обсягу дисциплін вимагає не тільки потужних зусиль здобувачів вищої освіти, а й відповідно високого рівня теоретичних компетентностей і досконалого володіння практичними навичками, які здатні забезпечити майбутньому фахівцю самостійне вирішення будь-яких клінічних питань діагностики, лікування і профілактики.

Фтизіатрія, як клінічна дисципліна, у нашій країні завжди мала пропедевтичний і госпітальний етапи підготовки майбутнього лікаря. Це було виправдано тим, що захворюваність на туберкульоз в Україні мала характер епідемії (перевищувала епідемічний поріг, який складає 50 випадків на 100 тисяч населення). Незважаючи на епідемічний характер захворюваності на туберкульоз в Україні, МОЗ поступово почало реформування фтизіатричної служби, унаслідок чого лікування хворих було переорієнтовано на сімейних лікарів у амбулаторних умовах, а ліжковий фонд закладів протитуберкульозної служби було зменшено на 70-80%. Відповідно було скорочено і кадровий склад фтизіатрів. Але захворюваність на туберкульоз в Україні продовжувала зберігати характер епідемії. І раптом у 2020 році більшість протитуберкульозних закладів України надали показники захворюваності на туберкульоз на 30-40% нижчі порівняно з попередніми роками, унаслідок чого сумарний показник по Україні знизився до 42,8 на 100 тисяч населення, що дозволяло говорити про ліквідацію епідемії туберкульозу й оцінити отримані показники як значний успіх реформування фтизіатричної служби. За цей час було ліквідовано диспансеризацію і диспансерні групи ризику захворюваності на туберкульоз і поширення хвороби, які були базою профілактики й раннього виявлення туберкульозу серед населення. Сімейні лікарі, на яких було перекладено функції фтизіатрів, не знають ні туберкульозу, ні технологій виявлення хворих, ні лікування і профілактичної роботи [6]. У результаті захворюваність на туберкульоз у області за 6 місяців цього року подвоїлась і схоже, що за цим показником ми знову можемо вийти на рівень епідемії.

Нині, коли ми ведемо розмову про інтеграцію підготовки кадрів у Європейський навчальний простір, спостерігаємо ту ж саму картину, що і з реформуванням фтизіатричної служби [3; 5]. Фах «фтизіатр», по суті, ліквідовано, а значить, і підготовка спеціалістів із фтизіатрії призупинена. За новими програмними настановами години, передбачені на вивчення туберкульозу, передано непрофільним кафедрам, чим закладається незнання

туберкульозу як хвороби практично всіма спеціалістами. Туберкульоз – це не тільки легеневий процес, а й поліорганне захворювання, яке супроводжується ураженням практично всіх органів і тканин організму [7]. Саме тому абсолютно всім спеціалістам трапиться ця хвороба. А враховуючи повітряно-крапельний і аліментарний шляхи передачі інфекції, лікарі мають знати і нормативну базу дотримання інфекційного контролю, який спрямований на безпеку й захист їх від зараження збудником цієї хвороби.

Поліорганність локалізації туберкульозних уражень обумовлена гематогенним шляхом поширення мікобактерій туберкульозу ще при первинному інфікуванні, коли формується короткострокова факультативна бактеріемічна фаза їх розповсюдження в організмі. Саме в цей період або при вторинній гематогенній дисемінації відбувається закладка специфічних туберкульозних гранулематозних уражень не тільки бронхолегеневої локалізації, а й абдомінальних органів, сечостатевої системи, кістково-суглобних уражень, очей, шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів різної локалізації й центральної нервової системи, її оболонок, головного і спинного мозку. Окрім того, при гіперергічних реакціях туберкульозне інфікування супроводжує цілий ряд параспецифічних алергічних запальних процесів у вигляді серозитів (ексудативний плеврит, може бути двостороннім, перикардит, перитоніт, полісерозит), алергічні ураження слизових оболонок (хронічні риніти, рино-фарингіти), кератити, кератокон'юнктивіти (іноді з фліктенами), дерматити, ревматизм Понсе (поліартрити), нефрити і гепатити. Тільки перелік проявів різних клінічних форм туберкульозної інфекції займає більше пів сторінки, а всі вони мають свою специфічність і свої клінічні прояви, без знання яких не може бути повноцінного спеціаліста, оскільки незнання завжди несе загрозу діагностичної помилки й наслідків, які передбачити неможливо.

Таке реформування фтизіатрії з ліквідацією спеціальності та зміною навчальних програм зміщує підготовку спеціалістів на ціле тисячоліття назад. За новими програмами вивчення туберкульозу покладено на непрофільні кафедри, коли спеціалісти, які хіба що пам'ятають, що є така хвороба як туберкульоз, складають методичні розробки до занять, проводять заняття, читають лекції із зовсім невідомої їм дисципліни. Щоб уникнути необґрунтованості подібних тверджень, наведемо деякі приклади. Нами проведено перегляд методичних розробок із туберкульозу на кафедрах дерматології та стоматологічних кафедрах медичних ЗВО України й деяких країн колишнього СРСР [1; 2; 4]. Виявлено, що всі вони написані на діагностичній термінології 1000-літньої давності. Наприклад, діагноз «вовчак», або «ліпома» (від слова *lupus* – вовк), у ті далекі часи встановлювали, виходячи з аналогії проявів і перебігу. Туберкульоз шкіри у вигляді виразок не піддавався лікуванню, як і виразки після укусу вовків. Невиліковна хвороба – значить вовчак. При туберкульозі шкіри спочатку виникали горбикові висипи, злиття яких завершувалось утворенням виразок. Було логічним назвати такі висипи люпомами. За такою логікою з'явився й термін *червоний вовчак* – невиліковний колагеноз, про який і сучасна медицина знає не так багато, щоб зрозуміти його. Але ж про туберкульоз сьогодні ми знаємо практично все – етіологію, патогенез, шляхи зараження й поширення в організмі. Звісно, не може не виникнути питання, чому може навчити такий фахівець. Ми спитали одного фахівця, як він пояснює студентам такий діагноз як скрофулодерма. Правильної відповіді не було, але ж усі так пишуть, навіть фтизіатри. «Скрофул» із латини перекладається як *свиня*. У ті далекі часи свинкою називали паротит, але за клінічним перебігом аналогічну картину формував і туберкульоз привушних, підщелепних і шийних лімфатичних вузлів, які не піддавалися вилікуванню. Оскільки їх ураження супроводжувалось утворенням підшкірних вузликів, то хворобу назвали скрофулодермою, що в перекладі можна назвати «свинодерма», а це не має нічого спільного із сучасним знанням цієї складної, клінічно поліморфної, із чіткими діагностичними критеріями інфекційної хвороби.

Отже, інтеграція в міжнародний освітній простір – це складний, довготривалий шлях, на якому спочатку необхідно забезпечити адекватне реформування фахів і сучасну підготовку спеціалістів, здатних проводити навчання відповідно до соціальних і медичних потреб своєї країни.

Список використаної літератури

1. Дерматологія і венерологія: підручник / В.І. Степаненко, А.І. Чоботарь, С.О. Бондарь та ін. — 2-е видання. – К.: ВСВ «Медицина», 2020. – 336 с.
2. Іваницький І.О. Диференціальна діагностика проявів бактеріальних хвороб на слизовій оболонці порожнини рота. Дифтерія, туберкульоз, сифіліс, гонорея. Тактика лікаря-стоматолога: методичні рекомендації. – Полтава, 2019. – С. 13.
3. Вородюхіна А. К. Роль фундаментальних знань із фтизіатрії в практиці лікарів різних фахів / А. К. Вородюхіна, А. Г. Ярешко, М. В. Куліш // Сучасні тренди розвитку медичної освіти: перспективи і здобутки : матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 24 березня 2022 р. – Полтава, 2022. – С. 62-64.
4. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю. Олисовой. — М.: Практическая медицина, 2015. — 288 с.
5. Куліш М.В. Актуальні проблеми підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти з дисципліни «Фтизіатрія» // М.В. Куліш, А.Г. Ярешко, А.К. Вородюхіна // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю «Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки», 8 квітня 2021 р., м. Харків. – Харків : ХНМУ, 2021. – С. 105-107.
6. П'ятночка І.Т. Знання історії туберкульозу – запорука успіху і застереження від помилок / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. – № 4 (82). – С. 94-99.
7. Ярешко А.Г. 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.