

Шановні колеги!

Ми вдячні за увагу, яку ви надаєте висвітленню теми туберкульозу в медичній освіті. Ваша оцінка та думка дуже важливі, адже формування навчальних програм як до-, так і післядипломної освіти має не лише охоплювати встановлену тематику, а й ураховувати нагальні потреби спеціалістів. Це вже підтвердили перші результати дискусії.

У цьому номері часопису ми публікуємо відповіді Олени Ернестівни Хейло, керівника Проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні», та Михайла Миколайовича Гришина, завідувача кафедри фтизіопульмонології Кримського державного медичного університету імені С.І. Георгієвського.

Сподіваємося, що дискусійна тема цікава для вас, читачів журналу «Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція», і чекаємо на свіжі думки та пропозиції щодо висвітлення проблем туберкульозу в медичній освіті. Анкету для заповнення ви можете знайти в попередньому номері та на сайті часопису.

Дискусія на тему: «Висвітлення проблем туберкульозу в медичній освіті»

Який із розділів науки про туберкульоз, на вашу думку, змінився останнім часом найрадикальніше?



Олена Ернестівна
Хейло

Керівник Проекту USAID
«Посилення контролю
за туберкульозом в Україні»

Стаж у галузі фтизіатрії
16 років

Наука про туберкульоз не стоїть на місці, як й інші розділи медичної науки, активно впроваджуючи надбання останніх десятиріч і намагаючись використовувати найновіші технології. Проте ця недуга залишається «непопулярною», уражує здебільшого соціально незахищені верстви населення, тому в більшості країн протиепідемічні заходи фінансують за державні кошти. У світі спостерігається дефіцит бюджетів на впровадження програм із контролю за туберкульозом, зокрема для спеціальних досліджень. За оцінками Партнерства «StopTB», він сягає 55 %¹. Зосереджуючись на пошуку найефективніших та економічно виважених шляхів подолання епідемії туберкульозу, вчення про згадану хворобу все частіше звертається до питань гро-

мадського здоров'я, піклуючись не лише про встановлення діагнозу та лікування, а й про кінцеву ефективність заходів — обмеження поширення інфекції та вартість втручань.

Останнім часом все більшого значення набуває питання профілактики туберкульозу. Вивчаючи особливості мікобактерії на рівні геному та можливості використання найновіших технологій для створення вакцини, що забезпечувала б захист від інфікування й захворювання на туберкульоз, наука поступово просувається до своєї мети. Наразі запропоновано кілька видів вакцин, хоча усі вони перебувають на стадії розробки, як зазначено у Глобальному плані «StopTB» 2006—2015².

Актуальним залишається питання пошуку нових протитуберкульозних препаратів. У минулому році розпочато II і III фази довгоочікуваної серії клінічних випробувань комбінацій, що включають уже відомі та принципово нові препарати. Крім підвищення ефективності, нові комбінації повинні суттєво скоротити терміни лікування. Але високовартісні дослідження, фінансовані деякими державами, просуваються досить повільно, що актуалізує раціоналізацію підходів до контролю за епідемією ТБ з точки зору громадського здоров'я.

Слід зазначити, що найшвидше та найефективніше розвиваються нові підходи до діагностики туберкульозу. Молекулярно-генетичні технології

¹ http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GP_P1_S4.pdf

² http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GP_P1_S1.pdf

дають змогу за досить короткий термін не тільки виявити збудника в зразках від хворого, а й ідентифікувати гени, відповідальні за резистентність до протитуберкульозних препаратів. Реальністю стало те, що буквально кілька років тому неможливо було навіть уявити. Розшифрований геном мікобактерії дає змогу провести «молекулярну дактилоскопію», тобто з'ясувати, від кого насправді заразився хворий в осередку туберкульозної інфекції або стаціонарі, а також проводити молекулярно-епідеміологічні дослідження штаму, що циркулює на певній території.

Не менш важливі зміни відбулися в імунологічній діагностиці. Винайдено імунологічні методи дослідження, що допомагають виявляти інфікування людини мікобактеріями туберкульозу. Вони є ліпшою альтернативою класичній туберкуліновій пробі з огляду на вищу специфічність та чутливість. Це так звані тести IGRA, тобто тести вивільнення гамма-інтерферону — реакції, специфічної для організму, сенсibilізованого до туберкульозу.

Ці методи, безумовно, змінили наше уявлення про туберкульоз, їхню специфічність та чутливість доведено, але... Усе частіше експерти ставлять питання про доцільність широкомасштабного впровадження цих досить дорогих втручань та їх місце у системі громадського здоров'я.

І знову ми повертаємося до питань громадського здоров'я в тому сенсі, що запропоновані ефективні методи діагностики не дадуть очікуваного контролю над епідемією туберкульозу, якщо немає ефективних засобів лікування.

Як досягти балансу між економічною та протиепідемічною ефективністю заходів, якими є шляхи удосконалення наявних підходів до контролю за туберкульозом у світлі реформування системи охорони здоров'я, які підходи прийнятні для держави, які пріоритети сьогодення слід виокремити для досягнення першочергових та довгострокових цілей? На всі ці запитання покликана дати відповідь медична наука, виходячи за рамки суто клінічних напрямів та набуваючи управлінських підходів.

Так само, як й інші галузі медицини, громадське здоров'я має засновуватися на принципах доказової медицини. І саме наука повинна здобути ці докази та запропонувати заходи для впровадження в систему охорони здоров'я.

В Україні ще досі використовуються підходи, розроблені за часів Радянського Союзу. Не секрет, що вони значною мірою відрізняються від міжнародних підходів та рекомендацій. Навіть нині рекомендовані міжнародні підходи до контролю за туберкульозом сприймаються неоднозначно, наприклад, одноразова вакцинація БЦЖ,

відмова від масової туберкулінодіагностики тощо, хоча в самій Україні не представлено альтернативного наукового обґрунтування, яке було б сприйняте міжнародною науковою спільнотою.

Стосовно радикальних змін, то, на мою думку, вони ще очікуються. Щоб досягнути мети, поставленої Партнерством «StopTB», тобто до 2050 року домогтись елімінації туберкульозу у світі (знизити рівень захворюваності на ТБ до менше ніж 1 випадок на 1 млн населення³), повинні відбутися справді радикальні зміни не тільки в діагностиці, а передусім у профілактиці та лікуванні туберкульозу.

Однак в очікуванні радикальних змін ми не повинні ігнорувати наукові надбання, що вже існують. Навпаки, тільки активне втілення їх як у систему охорони здоров'я, так і в навчальні програми може забезпечити єдність та наступництво науки й практики.



**Михайло Миколайович
Гришин**

Завідувач кафедри фтизіопульмонології Кримського державного медичного університету імені С.І. Георгієвського

Стаж у галузі фтизіатрії
35 років

Очевидно, ми з вами живемо в епоху змін, коли «перевертається» наше уявлення про системні принципи та підходи до боротьби з туберкульозом. Якщо 10–15 років тому світ перебував на межі поразки у війні зі смертельною недугою, то сьогодні провадження та аналіз нових здобутків дає змогу не лише підвищити ефективність цієї боротьби, а й реально прогнозувати майбутнє. Саме очікувані результати є рушійною силою нових змін, адже на них ми орієнтуємося, коли змінюємо старе на нове чи рекомендуємо такі дії. Можливість прогнозувати, здобута шляхом копіткої праці на межі фтизіатричної науки і статистики, забезпечує значні переваги, якими ми наразі почали користуватися.

Результати прогнозування дають підстави стверджувати, що для країн із низьким рівнем поширеності туберкульозу найефективнішим у цій боротьбі є впровадження профілактичних заходів, водночас як для країн із великим тягарем туберкульозу методом профілактики є лікування хворих із уже встановленою інфекцією та подальше інтенсивне виявлення таких випадків. Варто

³ http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GP_P1_S2.pdf

наголосити на питанні виявлення випадків, а саме на балансі між активним пошуком шляхом скринінгу і так званім пасивним виявленням за зверненням. Якщо перший метод загалом вважають недоцільним з огляду на співвідношення вартості й ефективності, то для другого потрібні додаткові зусилля на «активізацію» населення і навчання настороженості щодо туберкульозу. Саме робота серед населення, хоча й не нова як профілактичний захід, але є «заново відкритою», бо з часу активного використання агітаційних плакатів, тобто середини минулого століття, з'явилися нові техніки впливу на суспільну думку, які вже засвідчують свою ефективність.

Проте розділом, зміни в якому потребують переосмислення вже набутого в минулому, є лікування. Попередні результати дослідження ефективності нових схем лікування туберкульозу, що прогнозовано дають змогу скоротити його терміни, особливо лікування мультирезистентного туберкульозу та туберкульозу з розширеною резистентністю, безумовно, є революцією у фтизіатричній науці.

Які розділи міжнародних і національних директивних документів найскладніші для засвоєння та втілення в практику?

О.Е. Хейло:

Як на мене, більшість нових нормативних документів, розроблених в Україні за останніх 5–6 років за міжнародними рекомендаціями, складні для засвоєння та впровадження. І так вважаю не тільки я. Такої думки дотримували міжнародні експерти, які наприкінці 2010 року проводили Комплексну зовнішню оцінку національних заходів із протидії туберкульозу в Україні, коли зазначили у звіті: «Незважаючи на офіційне визнання «Stop TB», в Україні поширений скептицизм щодо доцільності та можливості успішної реалізації цієї стратегії. Більшість лікарів має власний підхід до ведення випадків туберкульозу, результатом чого стає поєднання старих і нових методів лікування. Це негативно позначається не тільки на лікуванні конкретних пацієнтів, а й на системі охорони здоров'я загалом, відчутно зменшуючи вплив Програми»⁴.

Мене особисто цей факт не дивує, оскільки свого часу я також проходила «ломку» переконань та ставлень, набутих у процесі роботи у фтизіатричній службі. Формування нових знань та розуміння і застосування їх на практиці — найскладніший процес, що потребує комплексного і поступового

підходу та багато часу й зусиль. Як свідчать результати оцінки ситуації, проведеної цим літом за проектом USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні», у багатьох лікувальних закладах не дотримують ані клінічних протоколів, ані моніторингу лікування, ані принципів інфекційного контролю. Тому я вважаю, що державі, а також організаціям, що впроваджують проекти з ТБ, слід докласти багато зусиль для поліпшення ситуації. Ми вважаємо освітні заходи одними із найефективніших методів, що змінюють як роботу окремих лікарів, так і систему загалом.

Говорячи про впровадження міжнародних директивних документів, ми також повинні мати на увазі, що більшість із них недоступні українською або російською мовами, що значно ускладнює розуміння їх, а тим паче впровадження.

Хочу запропонувати редакції журналу опублікувати огляди міжнародних директивних документів, а також статей відомих міжнародних журналів із питань туберкульозу, щоб дати читачам уявлення про міжнародні події у сфері туберкульозу. Водночас було б доречним друкувати деякі роз'яснення щодо українських нормативних документів.

М.М. Гришин:

Звичайно, переймати нове завжди тяжко, тому кожен новий документ складно впроваджувати в практику. На мою думку, найбільш проблемною є тема інфекційного контролю, а саме адміністративного. Якщо змінити стереотипне ставлення до лікування та профілактики загалом не важко, адже кардинальних змін, недоступних для розуміння, не відбулося, то на противагу цьому адміністративний контроль хоч і є обґрунтованим методом профілактики, тяжко запровадити в практику, бо потрібен раціоналізаторський підхід до використання ресурсів. Саме проблема профілактики внутрішньолікарняної інфекції в лікувально-профілактичних установах, особливо резистентними штамами мікобактерії туберкульозу, потребує зміни стереотипів та свідомого прийняття і переймання тих стандартів, які дають змогу мінімізувати ризик циркуляції штамів серед хворих та вплинути на поширення епідемії мультирезистентного туберкульозу. Треба зазначити, що чинний вітчизняний нормативний документ⁵, який регламентує це питання, досі є приводом для дискусій, хоча і створений згідно з «Політикою ВООЗ з інфекційного контролю за туберкульозом у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування

⁴ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/142369/e95006.pdf

⁵ http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100818_684.html

людей та проживання хворих на туберкульоз»⁶. На жаль, доступний він на сайті ВООЗ тільки в англійській та французькій версіях, тому в планах журналу є опублікування стислого викладу його змісту, особливо частини, присвяченої контролю стану повітря закритих приміщень та захисту органів дихання. За моїм переконанням, ці підходи не тільки повною мірою не втілюються на місцях, а й не досить зрозумілі медичним працівникам.

Поява згаданого документа є великим і безпрецедентним проривом у справі запобігання передачі інфекції, адже можна вважати, що до його ухвалення поняття про інфекційний контроль стосовно туберкульозу в Україні взагалі не існувало. Він перевернув свідомість медиків. Проте втілювати його в практику тяжко, бо морально і фізично застарілі будівлі лікувальних закладів складно, а іноді й неможливо пристосувати до нових вимог. Ще складніше змиритися з думкою, що передача інфекції у лікувальному закладі можлива і що хворому та медперсоналу потрібні безпечні умови лікування й праці відповідно.

З якими суміжними дисциплінами потрібна інтеграція у вивченні питань туберкульозу?

О.Е. Хейло:

В умовах нинішньої реформи первинної медико-санітарної допомоги я бачаю серед найважливіших завдань — знайти моделі співпраці з фтизіатричною службою. Оскільки сімейний лікар відповідає за перший етап виявлення туберкульозу, а також забезпечує продовження лікування, розробка чітких алгоритмів роботи з хворими на ТБ є вкрай потрібною. Функції сімейного лікаря також розширюються за рахунок диспансеризації населення, і ми можемо очікувати, що саме сімейний лікар працюватиме з контингентами населення, що контактують з хворими на туберкульоз. Отже, роль первинної медико-санітарної допомоги значно підвищується.

Сьогодні, крім туберкульозу, значну проблему становить ситуація з поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ. Інтеграцію дисциплін слід розвивати так само, як і наукові підходи, адже поєднана інфекція — це більше, ніж просто туберкульоз або просто ВІЛ-інфекція. Вона має особливості, притаманні тільки їй, скажімо, як перебіг захворювання, підходи до діагностики. Ситуацію обтяжує той факт, що хворими опікуються дві служби, координація яких потребує значного поліпшення.

Щодо інших дисциплін, знання яких конче потрібне для опанування вчення про туберку-

льоз на належному рівні, то це, як і раніше, — мікробіологія, патоморфологія, рентгенологія, пропедевтика внутрішніх хвороб, загальна і комунальна гігієна. Сьогодні я б додала ще й молекулярну генетику, імунологію, загальну та молекулярну епідеміологію. Крім того, щоб розуміти, чому одне втручання міжнародні стандарти рекомендують, а інше — ні, будь-який лікар повинен знати принципи доказової медицини.

М.М. Гришин:

Безумовно, найважливішою, на мою думку, є інтеграція вивчення питань туберкульозу з інститутом «загальної лікарської практики», або «сімейної медицини». Неможливо переоцінити вклад лікаря-терапевта, сімейного лікаря, які часто першими стикаються з проблемою туберкульозу у певного хворого. Отже, формування правильного клінічного мислення у майбутніх лікарів — головна мета викладання питань фтизіатрії у вищих медичних закладах як до-, так і післядипломної освіти.

При цьому пріоритет все ж таки належить надавати навчання студентів, щоб у майбутньому сформувати саме той прошарок лікарів-терапевтів, інфекціоністів, педіатрів, хірургів, які зможуть самостійно виявити випадок туберкульозу, адже брак кадрів у фтизіатричній галузі зумовлює штучне «вилучення» проблеми туберкульозу як можливої у багатьох медичних установах, що призводить до невтішних наслідків.

Через низьку обізнаність вузьких спеціалістів (ортопедів-травматологів, урологів, акушерів-гінекологів, невропатологів, офтальмологів, стоматологів та ін.) проблему своєчасного виявлення позалегеневих форм туберкульозу часто не порушують узагалі або роблять це надто пізно для ефективного лікування. Діагностичні помилки зумовлюють потребу в системному аналізі з метою навчання відповідних фахівців. На щастя, згідно з проведеним редакцією журналу аналізом потреб читачів, про актуальність вивчення питання позалегеневого туберкульозу говорять і самі спеціалісти. Саме тому ми плануємо надавати особливої уваги публікації клінічних випадків позалегеневого туберкульозу на сторінках часопису та готуємо до друку навчальний посібник «Позалегеневий туберкульоз».

На які теми, пов'язані з туберкульозом, потрібно звернути особливу увагу?

О.Е. Хейло:

Клині пріоритетні теми, позаяк, починаючи з профілактики та закінчуючи реабілітацією, всі

⁶ http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/who_tb_96.210_%20rev.1%20.pdf

вони надзвичайно важливі. Але, з огляду на нинішню ситуацію в Україні, я б запропонувала звернути особливу увагу на лікування туберкульозу. Як ще в 1997 році зазначила ВООЗ⁷: «...пацієнтам та медперсоналу потрібно усвідомити, що тільки пунктуальний прийом ліків стоїть між хворим і смертю». Тема лікування повинна відображати міжнародні підходи, а також зважати на те, що вони останнім часом змінюються у зв'язку із новими даними доказової медицини.

Питання діагностики та лікування ВІЛ-асоційованого туберкульозу, на мою думку, також недостатньо висвітлені у навчальних посібниках і навіть нормативних документах. Лікарям багато знань і вмінь доводиться набувати з власного досвіду, що призводить до досить широкого, а іноді некоректного тлумачення інформації з цієї теми. Водночас у ситуації, що склалася, я вважаю вкрай потрібним розвивати ширші дискусії та обмін досвідом щодо питань ТБ/ВІЛ серед українських фахівців, а також залучати досвід інших країн. Наш проект також планує надати уваги темі ВІЛ-асоційованого туберкульозу та сприяти розробці навчальних матеріалів і проведенню навчальних заходів з цієї теми.

М.М. Гришин:

Якщо виділяти теми особливої уваги, то першодусім слід звернутися до соціальних аспектів, адже в Україні, згідно з відомою структурою хворих, найпоширеніший туберкульоз серед осіб працездатного віку, які не працюють. Тут важливо наголосити не лише на крайній потребі профілактики серед спільнот, які потерпають через брак надання медичної допомоги, а й на проблемі стигматизації туберкульозу. Поширеними є міфи, बुцїмто туберкульоз є невиліковною спадковою хворобою, пов'язаною з неповноцінним харчуванням. Саме неправильне розуміння проблеми населенням і потреба в його навчанні є тією ланкою досягнення ефективної боротьби з туберкульозом, на яку вкрай важливо сьогодні звернути увагу.

Формат тренінгів для спеціалістів, дуже популярний останніми роками, новий для класичної медичної освіти. Як ви ставитеся до такої форми навчання?

О.Е. Хейло:

Концепція тренінгу, тобто практично орієнтованого навчання медичних працівників, дуже популярна майже в усіх сферах життя. Тренінг вкрай важливий для післядипломної освіти у

сфері туберкульозу, і ось чому: він дає змогу не тільки здобути належні знання та навички, а й змінити ставлення до проблеми, адже стереотипи — це головне, що заважає втіленню міжнародних стандартів у вітчизняну систему охорони здоров'я. Такий вид навчання, як тренінг, дає змогу фахівцям у короткий термін (що дуже важливо) отримувати «інформаційний екстракт» з певної тематики, всебічно розвиватися та підтримувати гідний професійний рівень. З огляду на швидкий ритм життя та постійне оновлення інформації тренінг, як жоден інший інструмент, дає змогу презентувати найновіші підходи, що рекомендує світова наука та практика. Водночас з огляду брак кадрів та велике навантаження їх стислі терміни тренінгів допомагають медичним працівникам підвищувати професійний рівень з мінімальним відривом від роботи.

Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» та більшість інших міжнародних проектів як основний навчальний підхід використовують тренінги на різні теми, пов'язані з туберкульозом. З цього приводу хочеться зазначити, що сприяння розвитку такого підходу з боку держави й медичних навчальних заходів може позитивно вплинути на рівень знань і навичок медичних фахівців.

М.М. Гришин:

Ще, вочевидь, чи не єдиний ефективний формат навчання медичних працівників, адже вони мають змогу здобути нові практичні знання, а не лише нову інформацію. Тренінг передбачає зворотний зв'язок, тобто можливість «почути» того, хто навчається, і адаптувати саме навчання до потреб. Крім того, хороший тренінг збагачує самого тренера, бо кожен «дорослий учень» може поділитися власним досвідом. Це нагадує латинське прислів'я «docendo discimus» — «навчаючи – вчимося».

Які ще методи до- та післядипломного навчання ефективні?

О.Е. Хейло:

Такі методи навчання, як лекції, семінари, практичні заняття, використовували і використовуватимуть у будь-яких початкових форматах та підходах. Альтернативи їм для передання великого обсягу знань, умінь і навичок ще не знайдено.

Однак є кілька методів, які знайшли своє місце здебільшого у тренінгах. Це дискусії й рольові ігри. Їх варто вважати також і навчальними, бо за правильного використання вони можуть дати відмінний результат. Їх використовують для навчання медичних працівників, вони

⁷ http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf

чудово представлені у методиці зворотного навчання (teach-back), яку застосовують у більшості освітніх заходів, підтримуваних ВООЗ.

Усі зазначені вище методики використовують у освітніх заходах будь-яких форматів, зокрема під час круглих столів, конференцій та симпозіумів. Вони також сприяють підвищенню професіоналізму як майбутніх, так і досвідчених лікарів.

Найбільшу перевагу для надбання або поліпшення знань слід надати самоосвіті. Цей метод, на мою думку, повинен стати основним як у до-, так і в післядипломній підготовці лікарів. Але він, власне, не може існувати без розуміння цілі й сумлінного ставлення до навчання. Ніхто не може змусити студента або курсанта самостійно працювати, якщо у нього немає такої мети. Позаяк самоосвіту широко впроваджують в Україні як основу добре відомої Болонської декларації, я вбачаю важливу роль навчальних закладів у підтримці та мотивації студентів і курсантів щодо постановки цілей та досягнення їх, роз'яснення, для чого їм це потрібно. Цікаво, що зазначена вище методика зворотного навчання також рекомендує обговорювати питання «для чого це мені потрібно?» одним із перших під час тренінгу. Якщо у курсанта немає мети або вона відрізняється від тієї, що пропонує навчальна програма, вкрай тяжко очікувати позитивного результату від такого навчання, тим паче від самоосвіти, якій належить присвячувати час, додаткові зусилля та енергію, а нерідко й жертвувати іншими бажаннями чи намірами.

Щодо можливостей самоосвіти. Сьогодні є безліч джерел інформації, крім підручників. Інтернет пропонує матеріали для дистанційного навчання, є доступ до електронних бібліотек, інформаційних ресурсів відомих у всьому світі організацій, що опікуються питаннями туберкульозу. Для розвитку цього напрямку в рамках нашого проекту також заплановано створення он-лайн ресурсного центру як одного з джерел інформації стосовно туберкульозу.

Не слід також забувати про ще один ефективний метод — навчання на робочому місці, коли досвідчений фахівець на практиці передає свій досвід курсантові, виправляючи його помилки. При цьому спрацьовує закон, викладений у відомому прислів'ї: ліпше раз побачити, аніж сто разів почути. Я б додала: ліпше раз побачити та зробити... У рамках проекту ми також використовуватимемо цей метод, вкладаючи його в кілька форматів навчання. Передусім на тренінгах мотивуватимемо слухачів використовувати знання на робочому місці та передавати їх своїм колегам. Також плануємо проводити менторські візити, під час яких викладачі матимуть змогу подивитися, як їхні

«учні» впроваджують знання на практиці, та надати рекомендації для поліпшення роботи. Проект також планує використовувати так звані навчальні тури, тобто виїзд групи курсантів до національних або закордонних медичних закладів, які успішно впроваджують різноманітні протитуберкульозні заходи, такі як інфекційний контроль, лікування мультирезистентного туберкульозу, молекулярна діагностика тощо.

Таким чином, за допомогою доступних методів до- та післядипломного навчання для впровадження міжнародних стандартів ведення випадку туберкульозу державні медичні освітні заклади спільно з міжнародними проектами, одним із яких є USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні», створюватимуть підґрунтя для поліпшення епідемічної ситуації стосовно туберкульозу.

М.М. Гришин:

Відповідаючи на це запитання, варто розрізняти навчання студентів та вже сформованих спеціалістів. Якщо у навчанні студентів я б надав перевагу комплексному підходу, який поєднує в собі як традиційні форми навчання, такі як лекції та бесіди, так і сучасні інтерактивні методики, які дають змогу максимально «мобілізувати» отримані знання як із фтизіатрії, так і з суміжних дисциплін, що загалом сприяє формуванню професійної компетентності у майбутніх лікарів.

Щодо післядипломної освіти, то поряд із тренінгами я б рекомендував наставницькі візити як метод навчання на робочому місці. Це дає змогу не лише надавати консультативні послуги в окремих установах, а й проаналізувати помилки, виявити «білі плями» та «навчити» спеціалістів правильного підходу саме з тих питань, які найбільше цього потребують.

Але кожен спеціаліст повинен сам обирати спосіб навчання, який є найефективнішим для нього. Тобто без самоосвіти не обійтись, бо при цьому не лише оновлюються знання, а й визначаються індивідуальні практичні потреби. Це вимагає постійної роботи з літературою, зокрема іноземною. Крім того, нині можна безпосередньо вивчати досвід інших країн у подоланні туберкульозу шляхом стажування на робочому місці. Для цього потрібне знання англійської мови, що, безумовно, є перевагою у здобутті вищого кваліфікаційного рівня.

Таким чином, освіта медичних працівників є важливим і вкрай необхідним компонентом успішної боротьби з туберкульозом і потребує застосування підтверджених ефективних методів навчання спеціалістів не лише в галузі фтизіатрії, а й інших дисциплін.