

Таблиця. Клінічні ознаки виявлення та діагностування ТБНУЛ у ВІЛ-інфікованих дітей та дорослих

Підтвердження на рівні	Ознаки виявлення та критерії діагностики ТБНУЛ	Методи виявлення та діагностики
Виявлення	Інтоксикаційний синдром (лихоманка, схуднення, анорексія, пітливість, слабкість) протягом мінімум 3 тиж	З'ясування анамнезу, скарг, термометрія, визначення маси тіла
Виявлення	Ймовірність синдрому ПСР у вигляді загальних (лихоманко-септичний стан, підвищена ШОЕ) і/або місцевих виявів (органих, зокрема периферійна лімфаденопатія, вузлувата еритема шкіри, блефарит, кератокон'юнктивіт, серозит, артропатія у вигляді ревматоїдного артриту Понсе)	Анамнез, фізичні, лабораторні, променеві, ендоскопічні, Гіст.–
Виявлення	Відсутність ураження туберкульозом, насамперед легень і лімфатичних вузлів, та за показами інших органів при їх обстеженні	Анамнез, фізичні, лабораторні, променеві, ендоскопічні, Гіст.–
Виявлення	У ВІЛ-інфікованих на тлі антиретровірусної терапії (АРТ) позитивна динаміка показників СД4 і вірусного навантаження, а також негативна динаміка із загостренням туберкульозу у вигляді синдрому відновлення імунної системи (СВІС), переважно при СД4 < 200 клітин в 1 мм <sup>3</sup>	Анамнез, фізичні, лабораторні, променеві, ендоскопічні
Діагностування	Етіологічне підтвердження туберкульозу: МБТ+; віраж туберкулінових проб; позитивний результат від застосування антимікобактеріальної терапії – регресія ІС та ймовірної ПСР, а також на тлі АРТ позитивна динаміка показників СД4 і ВН; поєднання: 1.1; 1.1 + 1.2; 1.1 + 1.3; 1.2 + 1.3; 1.1 + 1.2 + 1.3	Мікробіологічні, проба Манту, адекватна АМБТ, АРТ

УДК 616-07:616.24

## Коморбидність у больных с хронической обструктивной болезнью легких

**С.В. Писаренко, Д.П. Кондрачки**

Институт фтизиопневмологии имени Кирилла Драганюка, Кишинев, Республика Молдова

E-mail: imsp.ifp.md@gmail.com

**Актуальность.** Сосуществование болезней в научной литературе описывают как коморбидные (полиморбидные) заболевания или состояния.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) часто сочетается с другими заболеваниями, которые могут существенно ухудшить прогноз. Некоторые заболевания развиваются независимо от ХОБЛ, другие имеют причинную связь с ХОБЛ: либо заболевания имеют общие факторы риска, либо одно заболевание увеличивает риск развития другого. Возможно, некоторые характерные черты ХОБЛ, такие как системное воспаление, встречаются и при других заболеваниях, и в таком случае данный механизм позволяет объяснить связь между ХОБЛ и некоторыми сопутствующими заболеваниями.

Количество сочетанных заболеваний существенно повышается с возрастом. Коморбидность увеличивается с 10 % у пациентов в возрасте, не превышающем 19 лет, до 80 % у лиц 80 лет и старше.

Коморбидность широко представлена у больных, госпитализированных в стационары.

**Цель работы** — изучить коморбидность при хронической обструктивной болезни легких у больных разных возрастных групп.

**Методы исследования.** Проведен анализ историй болезней 208 больных с ХОБЛ, обследованных и пролеченных в специализированной клинике. Диагноз ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями GOLD. Распределяли больных по возрастным группам согласно рекомендациям ВОЗ. Для объективной оценки коморбидного фона использовали показатель, выраженный в баллах.

**Результаты.** Среди больных с ХОБЛ мужчин было 173, женщин — 35, соотношение 5 : 1. Лиц среднего возраста было 43,3 %, пожилых — 43,3 % и стариков — 13,4 %. С увеличением возраста утяжелялось течение ХОБЛ. Так, в среднем возрасте преобладали больные с

ХОБЛ II и III стадий (соответственно 40 и 45,9 %). У пациентов пожилого и старческого возраста чаще выявляли ХОБЛ III и IV стадий (62,2 и 26,7 %). Группы стариков составляли больные с ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения (78,6 и 21,4 %). С утяжелением ХОБЛ росло количество сопутствующих заболеваний, достигшее при IV стадии ХОБЛ значения «5,3». Наиболее часто ХОБЛ сопутствовали гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, депрессия, хронический гепатит, сахарный диабет, остеопороз.

Можно предположить, что причинами коморбидности у больных с ХОБЛ были единый патогенетический механизм нескольких болезней, временная причинно-следственная связь между болезнями, одна болезнь как осложнение другой. Влиять на развитие коморбидности могли хроническая инфекция, воспаление, инволютивные и системные метаболические изменения и др.

Взаимодействие возраста, заболеваний и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс.

Лечение пожилых и стариков с ХОБЛ сопряжено с вынужденной полипрагмазией, которая зависела от тяжести ХОБЛ. Так, больным с IV стадией болезни назначали препараты в среднем 12 фармакологических групп. Применение большого количества медикаментов, особенно у больных пожилого и старческого возраста, повышало вероятность развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов.

Приверженность больных с ХОБЛ к лечению снижалась с возрастом, что объяснялось возрастными когнитивными нарушениями, коморбидностью, действием медикаментов и др.

При анализе длительности лечения в стационаре установлено ее прямую зависимость от тяжести ХОБЛ и соответственно — от коморбидности. Больные с ХОБЛ II стадии находились в стационаре в среднем 8,9 койко-дня, больные с III стадией ХОБЛ — 10,5 койко-дня, пациенты с IV стадией — 11,5 койко-дня.

**Выводы.** Коморбидность является фактором, осложняющим хроническую обструктивную болезнь у больных разных возрастных групп. Наиболее часто коморбидность отмечается у пожилых и стариков, доля кото-

рых среди больных ХОБЛ составляет 53,3%. У них, как правило, более тяжелое течение заболевания, сниженная приверженность к лечению, более длительные его сроки, худший прогноз. Ведение возрастного пациента требует индивидуального подхода, учета коморбидности, взаимодействия медикаментов, повышенного риска побочных эффектов последних. С учетом изложенного проблема коморбидности должна получить более полное отражение в рекомендациях GOLD и Национальном клиническом протоколе по ХОБЛ.

УДК 616-002.5-08

## Роль технологии слайд-шоу для оценки знания студентами иллюстративных материалов лучевой диагностики на кафедре фтизиатрии

**Д.С. Рясенский, А.В. Асеев, Ю.Ф. Платонов**

ГБОУ ВПО «Тверской государственной медицинской университет Минздрава России», Тверь, Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Итоговая аттестация на кафедре фтизиатрии в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом 3-го поколения предполагает проведение трехэтапного зачета с оценкой. Одним из элементов аттестации является оценка практических навыков и умений, среди которых по кафедре фтизиатрии большое место занимает чтение рентгенограмм и томограмм.

**Цель работы** — разработка методологических подходов к аттестации с возможно более широким привлечением иллюстративных материалов лучевой диагностики и критериев выставления оценки.

**Материалы и методы.** Итоговую аттестацию проводят по трехэтапному принципу: тестовый контроль, оценка владения практическими навыками, решение ситуационной задачи.

В учебнике «Фтизиатрия» (2010 г.), который рекомендован УМО для изучения туберкулеза в российских вузах, опубликованы более 500 тестов по фтизиатрии и ответы к ним. Учебник имеется в библиотеке ТГМА, все желающие могут получить электронную версию материалов на кафедре и в компьютерном зале библиотеки. Разработана компьютерная версия тестового контроля, которая предполагает случайную выборку 25 вопросов. Общее время тестирования ограничено 10 мин. Форма регистрации ответа — письменная. Критерием прохождения этапа принято 70 % правильных ответов (18 вопросов).

В качестве второго этапа зачета используют технологию слайд-шоу. Все лекции на кафедре читают с использованием мультимедийного проектора. Компьютерные презентации лекций выложены в библиотеке ТГМА для свободного доступа с правом копирования и в системе Интернет. Ежегодно лекции и презентации к ним перерабатывают, совершенствуют, дополняют иллюстративным материалом. В нашей интерпретации, слайд-шоу — форма проверки знаний, в которой 20 изображений, преимущественно обзорные и контрастные рентгенограммы легких, линейные оптические и компьютерные томограммы, результаты туберкулинодиагностики (которые были продемонстрированы и разъяснены в процессе лекционного курса) предъявляют испытуемому на экране монитора

компьютера вместе с вопросами: «Какой метод исследования использован?», «Какие патологические изменения выявлены?», «Что делать в подобной ситуации?». Время экспозиции каждого слайда — 20 с. Критерием прохождения этого этапа контроля принято 70 % правильных ответов (правильная трактовка 14 изображений). Форма регистрации ответа — устная. Наличие свободного доступа к иллюстративным материалам лучевой диагностики, возможность их копирования и последующего использования в системе непрерывного образования существенно повышают усваиваемость знаний и позволят улучшить результаты диагностики туберкулеза врачами общей лечебной сети.

Третий этап — решение комплексной ситуационной задачи. Форма регистрации ответа — письменная.

Итоговую оценку выставляют на основании решения комиссии, которая учитывает результаты всех трех этапов, результаты обучения в течение семестра на кафедре, оценку за учебную историю болезни.

**Результаты.** При использовании технологии слайд-шоу с визуальной демонстрацией изображений лучевой диагностики туберкулеза первичное тестирование успешно проходят около 60 % студентов.

Для сравнения: успешно сдать этап тестового контроля смогли только 20 % студентов. Все студенты, успешно сдавшие этап тестового контроля и слайд-шоу, во время устного собеседования по ситуационной задаче показали удовлетворительные знания. Условный средний балл составил 3,8. Студентам, не сдавшим зачет, была предложена повторная попытка (приказом ректора ТГМА, начиная с 2014 г., количество таких «попыток» ограничено тремя, последняя из них проводится комиссионно с привлечением сотрудников деканата).

**Выводы.** Наиболее сложным этапом зачета оказалась технология слайд-шоу, где требуется хорошее знание большого объема иллюстративного материала, в первую очередь — лучевых методов диагностики туберкулеза.

Свободный доступ к иллюстративным материалам лучевой диагностики существенно повышает усваиваемость знаний и позволяет улучшить результаты диагностики туберкулеза врачами общей лечебной сети.