

Ստացված բարձր արդյունավետությունը (84 %-ում խոռոչների փակում, 54 % դիմաց փորձնական խմբում) թույլ է տալիս հեղինակներին առաջարկել սվլյալ սխեման լայն կիրառման համար տուբերկուլոզով հիվանդների բուժման ժամանակ:

E. P. Stamboltsian, N. R. Markarian, M. D. Sapharian,
I. L. Sagoyan, A. E. Bosoyan

The Effectiveness of Appliance of Corticosteroidal, Immunostimulative and Antioxydantive Preparations in Complex Therapy of Pulmonary Tuberculosis

The authors suggest a scheme of combined appliance of chemiopatogenetic treatment of destructive form of pulmonary tuberculosis with acute exsudative component.

The results achieved showed the high efficiency of the scheme a more improved type of the heal and a reduction of the term of the treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адамбеков Д. А.* Сб. трудов I Всес. конгресса по болезням органов дыхания, Киев, 1990, с. 905.
2. *Батын О. Н., Титов Л. П.* Сборник-резюме XI съезда врачей-фтизиатров, М., 1992, с. 342.
3. *Васильев А. В., Иванова Л. А., Павлова М. В., Мачкова Н. А.* Сб. трудов I Всес. конгресса по болезням органов дыхания, Киев, 1990, с. 908.
4. *Демидов С. В., Костромин А. П., Черная И. В.* Там же, с. 912.
5. *Костина Э. И., Герасимова Е. В., Обросова Т. И., Царева О. И., Цебенова Л. А.* Сборник-резюме XI съезда врачей-фтизиатров, М., 1992, с. 342.
6. *Осипова Л. С., Мясников В. Г., Гончарова С. И.* Там же, с. 348.
7. *Павленко А. В., Костюковский Л. А., Омелян О. В.* Сб. трудов I Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания, Киев, 1990, с. 920.
8. *Рабухин А. Е.* Химиотерапия больных туберкулезом, М., 1970.
9. *Сафарян М. Д., Карагезян К. Г., Карапетян Э. Т., Аванесян Н. А.* Проблемы туберкулеза, 1990, 5, с. 40.
10. *Хоменко И. С., Чуканов В. И., Гергердт В. А., Уткин В. В.* Проблемы туберкулеза, 1990, 1, с. 24.

УДК 616.24—002+616—002.5:0 7.07

М. Д. Сафарян, Е. П. Стамболцян

ПУТИ ИНТЕГРАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Последние десятилетия характеризуются возрастанием частоты различных нетуберкулезных заболеваний легких. Изменилось клиническое течение этих заболеваний, усилилось сходство их клинических проявлений. Увеличилась частота неспецифических заболеваний, осложняющих течение неактивного туберкулеза. В связи с этим возросла роль терапевта в выявлении туберкулеза у обращающихся в поликлинику больных [1, 3, 6]. Эти условия диктуют необходимость совершен-

ствования преподавания патологии органов дыхания в медицинском институте и в институтах усовершенствования врачей [2, 4, 5].

Поиск оптимальных структур кафедр в Национальном институте здравоохранения МЗ РА привел к созданию кафедры фтизиопульмонологии. Перспектива преподавания фтизиатрии и пульмонологии на кафедре фтизиопульмонологии целесообразна по следующим причинам.

1. Туберкулез легких и другие легочные заболевания объединяют не только единая анатомическая локализация и сходство клинических проявлений болезни, но и этиологический принцип диагностики, требующий хорошей организации бактериологических, вирусологических, иммунологических, аллергологических и других исследований.

2. При всех заболеваниях легких общими являются методы изучения функционального состояния органов дыхания, нарушений обмена веществ, биохимических изменений.

3. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза и других заболеваний легких достигается с помощью единых рентгенологических, эндоскопических, морфологических и других исследований.

4. Совершенствование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения важно при всех заболеваниях органов дыхания.

5. Единым является и диспансерный метод наблюдения за больными с различной патологией, разработанный фтизиатрами.

Кафедра фтизиопульмонологии базируется в нескольких клиниках фтизиатрическая часть—в противотуберкулезных учреждениях с терапевтическим, диагностическим, фтизиохирургическим, диспансерным отделениями; терапевтическая часть—в общепульмонологическом отделении терапевтического стационара.

Подготовка врачей в области фтизиопульмонологии должна включать первичную специализацию в 2-годичной ординатуре. После 3 лет практической работы фтизиопульмонологи должны проходить общее усовершенствование на 3-месячных циклах в Национальном институте здравоохранения. Затем раз в 6 лет врачи должны систематически повышать свои знания на циклах тематического усовершенствования.

В настоящее время ликвидирован цикл туберкулеза в субординатуре по терапии, что не способствует улучшению знаний студентов медицинского института. От того, насколько терапевты осведомлены в вопросах борьбы с туберкулезом (профилактика, раннее выявление, дифференциальная диагностика и лечение), зависит успех борьбы с туберкулезом.

Преподавание легочной патологии на кафедре фтизиопульмонологии помогает углубить и расширить знания и кругозор врачей как в области туберкулеза, так и в диагностике других заболеваний органов дыхания. Интеграция в преподавании фтизиатрии и пульмонологии происходит не за счет сужения программы по туберкулезу, а за счет укрепления материально-технической базы кафедры фтизиопульмонологии и интенсификации преподавания легочной патологии и туберкулеза.

Анализ преподавательской работы на кафедре фтизиопульмонологии Национального института здравоохранения показал, что в течение 1993 года на кафедре обучалось 106 человек. Среди них преобладали лица в возрасте 31—49 лет (65,0%). Значительную часть слушателей составляли врачи пенсионного и предпенсионного возраста (27,2%). Врачи в возрасте до 30 лет составляли лишь 7,8%. По характеру производственной деятельности слушатели распределялись следующим образом: главные врачи и их заместители—5, зав. отделениями и ординаторы стационаров—10, врачи общей лечебной сети—53, заведующие кабинетами и участковые фтизиатры—38. Таким образом, подавляющее большинство слушателей работали врачами первичного звена. Из числа слушателей первичную специализацию прошли лишь 22%, причем лица, окончившие интернатуру, составляли лишь 2,1% от общего числа курсантов. Одной из причин столь ограниченной роли интернатуры в подготовке фтизиатров является то, что кафедра туберкулеза медицинского института лишена возможности проводить целенаправленный отбор студентов для обучения в интернатуре. Вследствие этого в интернатуру часто направляются лица, не желающие впоследствии работать фтизиатрами. Направление в интернатуру по фтизиатрии студентов, не имеющих соответствующей профессиональной ориентации, приводит к тому, что более 50% из них в последующем фтизиатрами не работают. В сложившихся условиях основным источником пополнения числа фтизиатров и пульмонологов является прохождение ординатуры по фтизиопульмонологии, основным же звеном в последипломной подготовке фтизиатров и пульмонологов в настоящее время являются курсы общего и тематического усовершенствования.

С целью индивидуализации обучения в начале каждого цикла мы определяем степень подготовки слушателей и разрабатываем программы обучения применительно к слушателям. Курсантам предлагается для ознакомления перечень практических навыков и умений, которыми они должны овладеть в течение цикла. На основании данных изучения исходного уровня знаний и анкетного опроса на каждого врача разрабатывается согласованный с ним индивидуальный план обучения с учетом характера его производственной деятельности. Выполнение плана контролируется на занятиях при определении этапного и заключительного уровней знаний.

Важным аспектом нашей работы являются выездные циклы. Так, в августе 1993 г. кафедра фтизиопульмонологии организовала курс тематического усовершенствования для врачей общей лечебной сети и фтизиатров в г. Дилижане, где прошли усовершенствование около 40 врачей района. Был организован цикл усовершенствования для медицинских сестер детского противотуберкулезного санатория «Мегеди».

Наконец, считаем необходимым отметить, что в настоящее время оценка уровня квалификации курсантов и результаты экзаменов носят формальный характер, т. к. не влияют на аттестацию специалистов и перспективу их служебного роста. Считаем необходимым введение

единого документа—приложения к диплому врача, в котором были бы отражены все необходимые этапы последипломного обучения. Это позволило бы проводить аттестацию специалистов в зависимости от выполнения плана подготовки и с обязательным учетом оценки знаний, полученных на курсах, где обучался врач.

Национальный институт здравоохранения МЗ РА
Кафедра пульмонологии и фтизиатрии

Поступила 2/II 1994 г.

Մ. Դ. Սաֆարյան, Ե. Պ. Տամբոլցյան

ՖԻԶԻՍԻՍԻՍԻ ԵՎ ՊՈՒՄՈՆՈԼՈԳԻԱՅԻ ԴԱՍԱՎԱՆԻՄԱՆ
ՌԵՅՈՐՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏՈՒՄ

Ֆտիզիոպոլմոնոլոգիայի ամբիոնի ստեղծում, օգտագործելով Առողջապահության ազգային ինստիտուտի համանման ամբիոնի մեկ տարվա աշխատանքի փորձը: Տրվում է ֆտիզիատրիայի և պոլմոնոլոգիայի ինտեգրացման նպատակահարմարության հիմնավորումը՝ 1) տուբերկուլոզի և ոչ սպեցիֆիկ թոքային հիվանդությունների միանման անատոմիական տեղադրացումը և կլինիկական նշանները, 2) շնչական օրգանների ֆունկցիայի, նյութափոխանակության խանգարումների, բիոքիմիական փոփոխությունների ուսումնասիրության միանման մեթոդները, 3) դիֆերենցիալ ախտաբանության նույնանման եղանակները՝ ռենտգենոլոգիական, էնդոսկոպիկ, ձևաբանական և այլն, 4) բուժման մեջ ինհալացիոն եղանակի կիրառումը և 5) դիսպանսերիզացիայի (մշակված ֆտիզիատրների կողմից) նույն դրույթները:

M. D. Safarian, E. P. Stamboltsian

Ways of Merging of Phtysiology and Pulmonology Teaching at the National Institute of Health Service

The effectiveness of teaching of Phtysiology and Pulmonology at the Board of Phtysio-Pulmonology is shown. The merging of Pulmouology and Phtysiology is conducive to the improvement of the discovery of tuberculosis. One of the effective aspects of the word of the Board is a course of lectures at local Health Centers.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безвершенко Е. А. Тр. I Всес. конгр. по болезням органов дыхания. Киев, 1990, с. 611.
2. Борисова Н. К., Прохоров Е. П. Проблемы туберкулеза, 1988, 3, с. 14.
3. Иваковский В. Б., Алексеева Л. Г., Гульельман Л. А., Гунич Л. А., Нейштадт А. С., Тресс А. С. Тр. I Всес. конгр. по болезням органов дыхания. Киев, 1990, с. 616.
4. Корякин В. А., Кочетов Б. И. Проблемы туберкулеза, 1987, 6, с. 11.
5. Савула М. М., Пятночка И. Т. Проблемы туберкулеза, 1989, 2, с. 17.
6. Хорошило И. Я., Алейников В. Ф. Тр. I Всес. конгр. по болезням органов дыхания. Киев, 1990, с. 628.