

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВО ФТИЗИАТРИИ

Т.И. Морозова, Л.Е. Паролина
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России

MODERN APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION IN PHTHISIOLOGY

T.I. Morozova, L.E. Parolina

Исследование реализовано на основе анализа проблем оказания противотуберкулезной помощи, связанных с компетентностью медицинского персонала, зарубежного и российского опыта по организации обучения в системе непрерывного дополнительного профессионального медицинского образования.

Организация образовательного процесса системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей по фтизиатрии для каждой специальности должна основываться на нерешенных проблемах оказания противотуберкулезной помощи населению. Важно сохранить российские традиционные подходы к организации обучения во фтизиатрии с развитием личностно-ориентированного обучения и этапного формирования профессиональных умений, а также внедрять зарубежный опыт последипломного непрерывного медицинского образования. Оптимальной формой тематического образования на переходном периоде системы постдипломного образования является очно-заочная с модульной системой дистанционной части образовательной программы.

Ключевые слова: последипломное обучение фтизиатрии, модульная система обучения, программы обучения фтизиатрии.

The study is based on the analysis of tuberculosis care problems, associated with the competence of medical personnel, and Russian and foreign experience in providing education in a system of continuous additional professional medical education. Educational process organization for postgraduate and professional education of physicians should be based on the unsolved issues in tuberculosis care in each corresponding specialty. It is important to keep Russian traditional approaches to organizing learning Phthisiology with developed individual-centered education system of step-by-step process of building up professional skills and implement foreign experience of continuing postgraduate medical education. Part-time modular system with a remote part of the educational program is an optimal form of education during the transition period of postgraduate education.

Key words: postgraduate medical education, Phthisiology, modular education, educational programs in Phthisiology.

Введение

Качество противотуберкулезной медицинской помощи во многом зависит от компетентности врачебного персонала на всех этапах ее оказания [11]. При этом надо признать, что в последнее десятилетие резко возросли требования к образовательному уровню врачей всех специальностей, включая фтизиатров [3]. Появляются новые знания об особенностях этиологии, патогенеза заболеваний. С этих позиций пересматриваются представления о ведении больных, достоверности и эффективности диагностических и лечебных мероприятий. Формируются и постоянно совершенствуются протоколы и стандарты оказания медицинской помощи пациентам. Усиливается роль современных технологий в различных аспектах деятельности медицинского работника. Все это предъявляет

серьезные требования к организации образовательного процесса в рамках последипломной подготовки врача, что наиболее эффективно реализуется через систему непрерывного медицинского образования.

Целью работы

Анализ предпосылок к изменению организации процесса последипломного непрерывного медицинского образования и разработка предложений по его совершенствованию во фтизиатрии.

Материалы и методы

Проведен анализ проблем оказания противотуберкулезной помощи, связанных с компетентностью медицинского

персонала, а также зарубежного и российского опыта по организации обучения в системе непрерывного дополнительного профессионального медицинского образования. Настоящая статья является продолжением исследования технологии дополнительного профессионального образования врачей по фтизиатрии [8].

Результаты и обсуждение

В условиях интеграции в международный образовательный процесс в медицине система постдипломной подготовки врачей должна претерпеть значительную трансформацию, которая предусматривает как отбор и сохранение лучших традиций отечественной фтизиатрии, так и создание новых программ и курсов, учебных и методических материалов, основанных на доказательной медицине и использующих инновационные подходы к обучению. Такая постановка проблемы совершенствования организации образовательного процесса во фтизиатрии требует ответа на ряд вопросов. Кто в настоящее время является целевой группой непрерывного дополнительного профессионального медицинского образования по фтизиатрии? На какие категории врачей должна быть ориентирована эта система? Какие наиболее значимые проблемы могут быть решены за счет повышения компетентности врачебного персонала при оказании противотуберкулезной помощи населению? Что должно быть сохранено и что целесообразно внести нового в образовательный процесс? Как должен быть структурирован образовательный процесс для каждой целевой врачебной категории? Используя результаты анализа литературы и нормативных документов, последовательно рассмотрим поставленные вопросы.

Целевые группы непрерывного дополнительного профессионального медицинского образования по фтизиатрии. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом [13], первичную врачебную медико-санитарную помощь оказывают врачи первичного звена здравоохранения: терапевты, врачи общей практики, педиатры. При этом симптомы туберкулеза (ТБ) выявляют медицинские работники любых специальностей. Обследование больного при подозрении на ТБ органов дыхания включает рентгенологическое исследование органов грудной клетки, исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии методом микроскопии. При подозрении на ТБ внелегочной локализации в медицинских организациях проводят лучевое или инструментальное исследование, осмотр врача-специалиста (с учетом локализации предполагаемого очага ТБ), исследование биологического материала методами микроскопии и посева и морфологические исследования. Первичную специализированную медико-санитарную помощь оказывают врачи-фтизиатры.

Вклад соматической патологии в развитие ТБ процесса очевиден, что традиционно находит свое отражение в особом

внимании к проведению противотуберкулезной работы в поликлинических группах риска. В последние годы признано, что наиболее часто имеет место сопряженность ТБ легких с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, эндокринными, психическими заболеваниями, болезнями желудочно-кишечного тракта, гемоконтактными гепатитами В и С, алкоголизмом. Отмечается тенденция к увеличению распространенности ВИЧ-инфекции и наркомании [4]. Отмечено, что сахарный диабет, язвенная болезнь и хронический алкоголизм остаются значимыми факторами риска заболевания даже в условиях эпидемического благополучия [7].

Доля внелегочного ТБ в течение последних 15 лет демонстрирует тенденцию к уменьшению, больных выявляют в основном «по обращаемости», что подтверждает недостаточность работы органов здравоохранения по диагностике этого заболевания [8]. Признано, что основными факторами, оказывающими неблагоприятное влияние на выявление и своевременное распознавание внелегочного ТБ, являются недостаточные знания и отсутствие настороженности в отношении ТБ у врачей-специалистов общей лечебной сети. Так, например, только 10,8% женщин из группы риска по развитию генитального ТБ врачи акушеры-гинекологи направляют к фтизиогинекологу [6]. В настоящее время среди ТБ внелегочных локализаций группу «лидеров» составляют урогенитальный, костно-суставной ТБ, ТБ периферических лимфатических узлов. Своевременное распознавание внелегочного ТБ представляет сложную клиническую и организационную задачу, поскольку требует тесного взаимодействия врачей различных специальностей.

Исходя из проведенного анализа, можно выделить целевые группы специалистов, подготовка которых по фтизиатрии будет наиболее критична в ограничении распространения ТБ инфекции среди населения в современных условиях. Итак, в них входят: фтизиатры, эпидемиологи, врачи терапевтического профиля (терапевты, семейные врачи, пульмонологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, психиатры, инфекционисты), педиатры, врачи хирургического профиля (хирурги, урологи, гинекологи), рентгенологи, врачи-лаборанты, патоморфологи. Этот перечень, в зависимости от региональных особенностей, могут пополнить врачи и других специальностей, поскольку ТБ проявляется как патология разной локализации. Таким образом, контингент врачей, нуждающихся в последипломной подготовке в области фтизиатрии, чрезвычайно широк и неоднороден. Их рабочие места находятся практически во всех типах медицинских учреждений и территориальных объединений, что создает сложности организации образовательного процесса по вопросам ТБ.

Проблемы противотуберкулезной помощи, связанные с компетентностью медицинского персонала. Основные проблемы оказания противотуберкулезной помощи находят свое отражение в показателях, характеризующих эпидемическую

ситуацию по ТБ в России. Часть из этих проблем во многом зависит от компетентности медицинских работников. При общей положительной динамике в последние годы, сохраняется значительная распространенность ТБ среди населения разных возрастов (в 2012 г. – 157,7 на 100 тыс. населения). Показатель общей заболеваемости ТБ в расчете на 100 тыс. населения в 2012 г. составил 68,1. Заболевают ТБ преимущественно лица в возрасте 18-44 лет (в 2012 г. – 62,4%). Профилактика и организация выявления ТБ находятся на недостаточном для инфекционного контроля уровне. В субъектах Российской Федерации осмотры проходят в основном одни и те же контингенты – работающие, учащиеся, студенты, которых проще привлечь на осмотры. С группами риска заболевания ТБ врачи первичного звена работают недостаточно [9]. Охват профилактическими осмотрами на ТБ всего населения всеми методами в 2012 г. составил 65,7%. Сократилось число пациентов, выявленных при флюорографических обследованиях. Велика доля больных ТБ легких, выявленных с распадом легочной ткани (44,9%). Доля лиц, находящихся в учреждениях ФСИН России в структуре заболевших составила в 2012 г. 10,4%. Наблюдается тенденция роста заболеваемости женщин (2012 г. – 31,3%), детей (до 16,6 на 100 тыс. детей), подростков (32,1 на 100 тыс.). Параллельно росту заболеваемости ТБ детей растет первичное взятие на учет в III-A группу диспансерного учета детей с остаточными изменениями не зарегистрированного ранее ТБ [9].

Из приведенных показателей следует, что образовательный процесс для врачей первичного звена здравоохранения должен быть ориентирован на повышение знаний и умений по клиническим вопросам диагностики ТБ. Необходимо отработать технологии организации, проведения и мониторинга мероприятий по выявлению и профилактике ТБ. Программа обучения должна предусматривать формирование навыков работы с детьми и подростками, неорганизованным населением, лицами, освобожденными из учреждений ФСИН.

При рассмотрении проблем оказания специализированной фтизиатрической помощи, лидирующими по своей значимости являются устойчивость возбудителя ТБ к противотуберкулезным препаратам, сочетание ВИЧ-инфекции и ТБ, хирургическое лечение ТБ [10]. Инфицирование населения лекарственно-устойчивыми микобактериями ТБ является значительным препятствием для эффективного проведения лечебно-профилактических мероприятий [14]. Растет показатель заболеваемости ТБ при сочетании с ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения России: 2009 г. – 4,4, 2011 г. – 5,6, 2012 г. – 5,9 на 100 тыс. населения. Актуальной остается проблема рецидивов (в 2012 г. – 10,6 на 100 тыс. населения) [9]. Особо актуальным сегодня надо признать консолидацию врачом-фтизиатром усилий разных специалистов при оказании противотуберкулезной помощи населению. Из приведенного следует, что, наряду с традиционной тематикой учебных кур-

сов, при проведении обучения врачей-фтизиатров особое внимание должно уделяться технологиям решения указанных выше проблем.

Сохранение традиций образовательного процесса во фтизиатрии. Подготовка врача по фтизиатрии имеет специфику, которая состоит в необходимости сформировать настороженность в отношении ТБ на основе клинического мышления, умение работать с пациентами, имеющими скудную субъективную и объективную симптоматику заболевания, часто с наличием социальных и поведенческих проблем. Эти умения трудно поддаются формализации, но их формирование особенно важно у молодых врачей. Чрезвычайно важно сохранить традиции обучения техникам детального клинического обследования пациентов, формирования навыков системного видения целостного организма, а не суммации патологии отдельных органов. В современных условиях это может быть обеспечено привнесением в традиции современных технологий личностно-ориентированного развивающего обучения, которое разработано и применяется на кафедре фтизиатрии Саратовского медицинского университета при обучении врачей в ординатуре по фтизиатрии. В качестве элементов личностно-ориентированной технологии используют: обучение в сотрудничестве, метод проектов, разноуровневое обучение и «портфолио». Все указанные элементы технологии органично взаимосвязаны и в этом смысле составляют определенную дидактическую систему.

Обучение в сотрудничестве заключается в создании единого задания для группы ординаторов, с постановкой единой цели, распределением ролей и единым поощрением. Этот подход используют при проведении научно-исследовательской работы, подготовке к клиническому разбору «трудного» больного, выполнении заданий учебно-методического характера. Преподаватель выступает в роли организатора самостоятельной познавательной, исследовательской, творческой деятельности ординаторов, он помогает самостоятельно добывать нужные знания, критически осмысливать получаемую информацию, уметь делать выводы, аргументировать их, располагая необходимыми фактами, решать возникающие проблемы.

Метод проектов реализуется при подготовке индивидуальных научно-исследовательских работ ординаторов-фтизиатров для участия в научных конференциях. Проектная деятельность ординаторов позволяет формировать навыки постановки задачи, структурирования содержательной части проекта (с указанием поэтапных результатов), использования исследовательских методов: определение проблемы, вытекающих из нее задач исследования, оформление конечных результатов, анализ полученных данных, подведение итогов, корректировка, выводы. На кафедре реализуются проекты ординаторов со скрытой и открытой координацией со стороны преподавателя.

Поскольку среди молодых врачей мы имеем выпускников с разными личностными и профессиональными целями, на кафедре введено разноуровневое обучение. При наличии более выраженных способностей к отдельным разделам фтизиатрии (микробиология, рентгенология, хирургия и т.д.), клинической, учебно-педагогической или научной деятельности и совпадении интересов с желанием развивать эти способности далее, на кафедре ординаторам предоставляется такая возможность с постоянным мониторингом их успехов (освоение методик, компьютерных программ, клинических, лечебных технологий).

Портфолио. По ходу обучения в ординатуре каждый ординатор должен показать свое продвижение в выбранной им или его куратором области знания, доказать, что он приложил максимум усилий и поэтому его самооценка совпадает (или не совпадает) с оценкой куратора, заведующего кафедрой, коллектива преподавателей кафедры и других ординаторов. Технология лично ориентированного образовательного процесса при обучении фтизиатрии в клинической ординатуре позволяет обеспечить, с одной стороны, сохранение традиций индивидуальной работы с молодым врачом, а с другой — перенести акцент с подготовки только специалиста на развитие личности врача, стремящегося к максимальной реализации своих возможностей, открытого для восприятия нового опыта, способного на осознанный и ответственный выбор в разнообразных жизненных и клинических ситуациях. В ходе обучения происходит постоянное наращивание субъектного опыта ординатора с формированием понимания научной сущности приобретаемых знаний; активное стимулирование к самостоятельной образовательной деятельности, содержание и формы которой обеспечивают возможность самообразования, саморазвития, самовыражения в ходе овладения знаниями.

Педагогическая технология «Личностно-ориентированное развивающее обучение» полностью внедрена на кафедре фтизиатрии ФПК и ППС и используется при подготовке клинических ординаторов в последние семь лет. За указанный период по представленной педагогической технологии подготовлено семь ординаторов-фтизиатров. Ординаторами подготовлено 29 проектов, по результатам которых сделано 26 докладов на научно-практических конференциях и опубликовано 39 научных работ в сборниках различного уровня. Три ординатора награждены по результатам конкурсов научных работ, выполненных индивидуально и в сотрудничестве, в том числе двое – на федеральном уровне, в Центральном НИИ туберкулеза. Пять ординаторов поступили в аспирантуру, из них двое уже защитили кандидатские диссертации. Двое ординаторов после окончания аспирантуры стали преподавателями. Эффективность технологии обучения подтверждена тем, что пять ординаторов после окончания клинической ординатуры

работают в стационаре и двое – получили должность заведующего отделением.

Анкетирование показало, что процесс обучения по представленной педагогической технологии высоко оценивают сами врачи-ординаторы. Наиболее ценным для своего развития они считают следующие личностные качества преподавателя: знание предмета и общую эрудицию, уровень педагогического и методического мастерства, культуру речи, грамотность, степень тактичности и демократичности взаимоотношений с учащимися. Ординаторы считают, что обучение способствовало развитию у них следующих качеств и навыков: повысило степень познавательной активности, творчества и самостоятельности, степень дисциплинированности, организованности и заинтересованности, уровень общеучебных и специальных умений и навыков, привило навыки коллективной работы, сформировало навыки постановки цели, структурированности собственной деятельности, самостоятельности и ответственности при принятии решений.

При проведении образовательного процесса среди врачей цикла «Общее усовершенствование» по специальности «фтизиатрия» продолжает демонстрировать эффективность традиционная методология формирования умений и навыков, которая включает в себя такие этапы, как «репродуктивно-обучающий» – целенаправленное накопление знаний и выработку определенного объема умений с помощью корректирующих действий преподавателя; этап саморегулирующих действий и применения полученных умений при решении однотипных задач, а также этап «творчески-тренировочный», когда с помощью последовательно усложняемого тренинга обучаемые переходят на более высокий уровень формирования умений.

Инновации образовательного процесса во фтизиатрии. В последние годы во многих специальностях уже реализуется система непрерывного медицинского образования (НМО) [5]. Особенности современных подходов к организации образовательного процесса можно оценить по ее состоянию и направлениям совершенствования в разных странах. В мире вопросами НМО занимаются профессиональные союзы – Всемирная федерация по медицинскому образованию (WFME), Европейский союз медицинских специалистов (UEMS), Ассоциация по медицинскому образованию в Европе (AMEE), Национальный совет медицинских экзаменаторов (NBME). Эти организации регулируют и совершенствуют сам образовательный процесс – выбор актуальных тем, повышение уровня преподавания, оценку уровня знаний специалистов и проч. Так, для врача-педиатра в США существуют разнообразные курсы от Американской ассоциации педиатрии (AAP), различных медицинских университетов/колледжей, охватывающие до трех десятков направлений в педиатрии [2]. Они базируются на тех же образовательных

материалах, что используются для проведения экзаменов по сертификации. Образовательные модули рассчитаны на срок от двух до пяти дней. Может проводиться пре- и постонлайн-тестирование. Одной из форм НМО является национальная конференция с наличием образовательной программы, которая включает в себя целый ряд курсов, семинаров, а также интерактивных занятий. Это могут быть представления случаев с последующим обсуждением и возможностью индивидуально контролируемых ответов с суммированием результатов, работа в малых группах для тренировки навыков, обсуждение собственных практических ситуаций с экспертами и коллегами [1]. Выбрать время и место повышения уровня знаний можно через Интернет, в частности на сайте ААР, там же зарегистрироваться и оплатить свое участие в курсах, заранее запланировать участие в определенных семинарах. Кроме того, имеются программы активного обучения, рассчитанные для контакта с проводящей их организацией исключительно через Интернет. Все виды образовательной активности оцениваются в кредитах. Нами разработана система кредитования для врачей-фтизиатров, часть из которой уже представлена в публикациях [8].

Надо признать, что возможность выбора вида, объема, места и времени НМО, использование активных и дистанционных методов обучения, обеспечение постоянного контроля являются определенными преимуществами современного западного последилового образования врачей. Для фтизиатрии, когда необходимо организовать образовательный процесс для врачей разных специальностей при дефиците медицинских кадров в первичном звене здравоохранения, особенно на селе и в небольших городах, наиболее важными элементами образовательного процесса для врача должны являться: возможность выбора способа непрерывного медицинского образования (курсы, конференции, вебинары, обучение на дому/на рабочем месте с использованием материалов конференций, курсов, написание статей, постеров и т.д.), возможность выбора тем совершенствуемых теоретических знаний и практических умений, а также времени и места проведения курсов, сокращение времени отрыва от практики (дистанционное обучение), использование современных способов активного обучения (диалоговые занятия с возможностью индивидуальной оценки знаний в ходе представления больных, вебинары), обеспечение непрерывного контроля НМО-кредитной системы, использование современных информационных технологий с использованием доступа в Интернет.

Со стороны образовательного учреждения должен предлагаться перечень образовательных программ, которые будут способствовать решению актуальных для врача каждой специальности практических вопросов оказания противотуберкулезной помощи населению. Необходимо пересмотреть содержание модуля «Фтизиатрия» раздела «Смежные специ-

альности» в Рабочих программах общего усовершенствования по специальностям терапевтического, хирургического и педиатрического профилей.

Структурирование образовательного процесса. Оптимальным вариантом образовательного процесса НМО для фтизиатрии в настоящих переходных условиях надо признать разработку программ очно-заочной подготовки, в которой был бы заложен принцип непрерывности образования с конкретизацией практических целей и задач каждого ее компонента в деле оказания противотуберкулезной помощи населению. При этом должны быть решены следующие вопросы: 1) содержание программы, разработка учебных стандартов (для фтизиатров и для нефтизиатров, для разного уровня подготовки – специализация, тематическое усовершенствование, предаттестационные циклы, для очной и заочной подготовки); 2) обеспечение свободного доступа к информационным ресурсам; 3) обеспечение оперативного обновления учебного материала; 4) отработка системы контроля знаний для каждого уровня подготовки на основе кредитной технологии.

Такая организация образовательного процесса должна гарантировать определенный уровень знаний для различных категорий специалистов. Очный этап обучения, включающий основные, программные лекции, семинары, должен, кроме того, предусматривать клинические разборы больных, присутствие и участие курсантов в консилиумах, обходах, самостоятельную курацию больных, ознакомление с новыми лечебно-диагностическими технологиями.

На заочном этапе дистанционного образования врач должен иметь возможность закрепить знания, применить полученные алгоритмы действия при решении вопросов оказания противотуберкулезной помощи, получить информацию для интерпретации результатов диагностических исследований и о побочных действиях препаратов, назначаемых больным ТБ.

Технология образовательного процесса в дистанционной части позволяет проводить лекции и семинары по принципу свободного выбора времени, необходимого для освоения курса, без отрыва от основной профессиональной деятельности с широким применением новых информационных технологий. Дистанционная часть обучения должна иметь возможность включать видеоклипы, имитирующие различные ситуации, которые могут возникать в практической деятельности. Они могут быть выполнены в виде ситуационных задач, что способствует накоплению опыта по дифференциальной диагностике. Немаловажным аспектом организации образовательного процесса является более низкая стоимость дистанционного обучения, которое обходится на 50% дешевле традиционных методов образования, при этом затраты на подготовку специалиста составляют около 60% затрат на подготовку специалиста при традиционной форме обучения [12].

Заключение

Организация образовательного процесса во фтизиатрии при интенсивном развитии медицинских и педагогических технологий требует совершенствования. В соответствии с современными представлениями, образовательный процесс системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей по фтизиатрии для каждой специальности должен основываться на нерешенных проблемах оказания противотуберкулезной помощи населению с тщательным дифференцированным отбором тематик учебных курсов. В результате организации обучения важно сохранить российские традиционные подходы к образованию во фтизи-

атрии с развитием личностно-ориентированного обучения и этапного формирования профессиональных умений, а также внедрять зарубежный опыт последипломного непрерывного медицинского образования: разнообразные по форме и длительности курсы, технологии электронного обучения, дистанционные образовательные технологии, симуляционные образовательные технологии, сетевую форму реализации образовательных программ. Оптимальной формой тематического образования на современном переходном периоде системы постдипломного образования является очно-заочная с модульной системой дистанционной части образовательной программы.

Литература

1. Денисов И.Н. Медицинское образование: ситуация сегодня и пути совершенствования подготовки врачей // *Рус. врач.* – 2005. – № 4. – С. 44.
2. Дробот Н.Н., Шевченко Н.П., Шаполовский В.В. Коморбидность туберкулеза легких и соматической патологии // *Соврем. наукоемкие технологии.* – 2010. – № 2. – С. 84. [URL: http://www.rae.ru/snt/?section=content&op=show_article&article_id=5776].
3. Егорова И.А., Шевченко С.Б., Куличенко В.П. и др. Инновационные образовательные технологии в непрерывном медицинском образовании врачей // *Материалы семинара для руководителей симуляционных центров, 14-15 ноября 2013 г.* [URL: http://rosmedobr.ru/theses/19.html?SSr=1801332c6b0617bf4a5927c_17bf1f77].
4. Каюкова С.И. Туберкулез женских половых органов – трудности диагностики редкой формы внелегочного туберкулеза // *Соврем. пробл. науки и образования.* – 2012. – № 1. [URL: www.science-education.ru/101-5431].
5. Корецкая Н.М., Гринь Е.Н. Особенности туберкулеза легких и его выявление в группах риска в закрытом административно-территориальном образовании // *Сиб. мед. обозрение.* – 2009. – № 6. – С. 87-89.
6. Морозова Т.И., Паролина Л.Е. Возможности кредитно-допускной технологии в системе дополнительного профессионального образования врачей-фтизиатров // *Туберкулез и болезни легких.* – 2012. – № 5. – С. 5-10.
7. Нечаева О.Б., Эйсмонт Н.В. Влияние ВИЧ-инфекции на развитие эпидемической ситуации по туберкулезу в Российской Федерации / *ФГБУ «Центр. НИИ орг. и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России.* – М., 2011. [URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/315/30/lang,ru/>].
8. Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2012 году. – [URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/2012_tvs_rossiya.pdf].
9. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом: приказ № 932н от 15.11.2012 г. / *Министерство здравоохранения Российской Федерации.* – М., 2012.
10. Паролина Л.Е., Морозова Т.И., Докторова Н.П. Компетентностный подход при подготовке врачей-фтизиатров // *Педагогические технологии реализации компетентностного подхода в соврем. мед. образовании: Материалы межрегион. науч.-метод. конф. Саратов. гос. мед. ун-та.* – Саратов, 2009. – С. 68-69.
11. Перфильева Г.М., Алексеева В.М., Шамшурина Н.Г. и др. Экономика здравоохранения / под ред. И.Н. Денисова. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. – 224 с.
12. Шилова М.В. Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2010. – С. 36.
13. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. Непрерывное обучение врачей - требование современной практики здравоохранения // *Мед. образование и проф. развитие.* – 2013. – № 1. [URL: http://medobr.ru/ru/articles/253.html?SSr=0901332c6c164a7fb37927c_4a7ea010].
14. American Academy of Pediatrics. National conference and exhibition preliminary program. – 2007. – 64 p.
15. PREP the course / *American Academy of Pediatrics.* – 2008. – 15 p.

Сведения об авторах

Морозова Татьяна Ивановна – заведующая кафедрой фтизиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», главный врач ГУЗ Саратовской области «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», доктор медицинских наук, профессор

Адрес: 410056, г. Саратов, ул. Вольская, д. 22
Тел. +7 (845) 226-16-90
e-mail: dispans@san.ru

Паролина Любовь Евгеньевна – профессор кафедры фтизиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», доктор медицинских наук, профессор

Адрес: 410056, г. Саратов, ул. Вольская, д. 22
Тел. +7 (845) 226-16-90
e-mail: dispans@san.ru, liubov@parolina.ru