

медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. В последние десятилетия в Республике Беларусь, как и во всем мире, идет активный процесс старения населения — в настоящее время в стране проживает более 2 млн 176 тыс. человек 60 лет и старше. Характерной особенностью процесса является значительное увеличение среди пожилого населения числа лиц старческого возраста. Сегодня каждый 4-й пожилой человек уже перешагнул 75-летний рубеж. Удельный вес населения старше 60 лет в сельской местности составляет 29,9 %, в городах — 12,7 %. Современные тенденции старения населения носят устойчивый характер. Это предполагает значительное увеличение доли пожилых людей в структуре населения Республики Беларусь в XXI в. Множественные хронически протекающие заболевания, взаимно отягощающие друг друга, появление в связи с этим многочисленных социально-бытовых проблем, значительно снижают качество жизни пожилых людей. Это выдвигает новые требования к системе оказания медицинской и социальной помощи населению.

В большинстве развитых стран мира, в настоящее время, медицинские и социальные службы предпочитают оказывать необходимый объем помощи и услуг лицам пожилого и старческого возраста, не изменяя привычной для них домашней обстановки. Это положение является очень важным для повышения психологического и социального комфорта пожилого человека.

В Республике Беларусь помощь пожилому населению на дому осуществляется медицинскими и социальными службами, не взаимодействующими между собой, что заметно снижает качество помощи. Кроме того, в стране получила развитие форма оказания медицинских, социальных и бытовых услуг на базе Центров медико-социальной помощи Белорусского Общества Красного Креста и Центров социальной помощи Министерства труда и социальной защиты населения. Однако не разработана организационная модель межпрофессионального взаимодействия медицинской, социальной служб и службы милосердия Красного Креста в оказании помощи пожилым людям на дому и в ЦМСП и ЦСП. Развитие данной сети идет без учета потребностей практического здравоохранения, не согласовывается на уровне ведомств и организаций.

Опыт других стран показывает, что данный вопрос не может быть решен без специальной курации как на уровне области, так и на уровне сельских административных учреждений. Во всех районах должны быть должности гериатров, кабинеты (отделения) восстановительного лечения, медико-социальной реабилитации, отделения сестринского ухода, хосписы, центры медико-социальной помощи максимально приближенные к месту жительства населения. Медицинские и социальные работники должны работать под руководством врачей-гериатров. В основные обязанности ЦМСП входят: консультативный прием пожилых людей, отбор пациентов на стационарное лечение, мониторинг состояния здоровья группы немобильных больных, оказание нуждающимся медико-социальных услуг на дому, диспансерное наблюдение за лицами с признаками преждевременного старения. Но самое важное, должны быть разработаны механизмы взаимодействия между ведомствами.

Проведенные нами исследования позволяют сделать вывод, что наряду с экономической защищенностью, психосоциальное благополучие и чувство удовлетворенности состоянием своего здоровья — наиболее важные для каждого человека ценности. Для их достижения необходимо взаимодействие тех ведомств и организаций, которые занимаются проблемами пожилых людей.

**УДК614.4-08:37**

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ**

**Шевченко Н. И.**

**Учреждение образования**

**«Государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

На протяжении последних 2-х 10-летий произошел ряд существенных изменений в области клинической микробиологии. Ранее роль микробиологической лаборатории в стационаре сводилась к проведению рутинного выделения возбудителей внутрибольнич-

ных инфекций из клинического материала, их идентификации и определению лекарственной чувствительности, что и входило в курс обучения студентов. Сегодня микробиологическая лаборатория должна выполнять целый ряд функций, связанных с профилактикой внутрибольничных инфекций. Одним из аспектов этой работы является предупреждение распространения полирезистентных микроорганизмов. С этой целью в каждом стационаре должен проводиться эпидемиологический надзор за микробной резистентностью, необходимый для разработки и внедрения более эффективных подходов к лечению инфекций.

Внедрение в клиническую практику значительного количества новых антибактериальных препаратов и появление новых механизмов антибиотикорезистентности микроорганизмов требует от врача лабораторной диагностики, работающего в микробиологической лаборатории, постоянного совершенствования своих знаний. Но это также требует повышения качества подготовки студентов при изучении групп антиинфекционных препаратов, знания этиологии инфекционных процессов, рационального использования лекарственных средств для эмпирической и этиотропной терапии оппортунистических инфекций. При изучении клинической микробиологии много внимания необходимо уделять изучению механизмов формирования резистентности микроорганизмов, и, что самое важное, — клиническому значению этих процессов.

Обязанностью врача микробиологической лаборатории является определение показаний для исследования чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Студенты в курсе клинической микробиологии должны знать, что основой для выбора препаратов с антимикробной активностью являются данные о природной чувствительности отдельных групп микроорганизмов или о распространении среди них приобретенной резистентности, а также о клинической эффективности антибактериальных препаратов (АБП). В исследование целесообразно включать антибиотики, обладающие в отношении выделенных микроорганизмов природной активностью и клинически подтвержденной эффективностью при соответствующих инфекциях. Учитывая значительное количество имеющихся в клинической практике АБП, различия между лечебными учреждениями по контингенту пациентов, особенностям этиологической структуры инфекций и по распространенности приобретенной резистентности, создать единые стандартные наборы АБП для всех лечебных учреждений не представляется возможным. Перечень АБП, чувствительность к которым необходимо определять у различных микроорганизмов, делятся на 2 группы: подлежащие изучению в первую очередь, и дополнительные. Оценка чувствительности к препаратам 1-й группы позволяет получить минимальную необходимую информацию для обоснования рациональной терапии инфекции, вызванной исследуемым микроорганизмом. Информативность исследований возрастает по мере увеличения количества включенных в исследование дополнительных АБП. Прогнозирование клинической эффективности АБП на основе оценки антибиотикограммы (фенотипа) менее информативно, чем ее прогнозирование на основе выявления набора детерминант резистентности (генотипа). Но в обычной микробиологической лаборатории детекция детерминант резистентности генотипическими методами маловероятна. Поэтому, уже в медицинском университете необходимо знать АБП, являющиеся маркерами различных механизмов резистентности, а также оценку проведенных исследований для рекомендаций по антибиотикотерапии.

Например, неоднократно у студентов возникает вопрос: почему в набор для определения лекарственной чувствительности стафилококков не включаются бета-лактамы антибиотики как препараты выбора для лечения вызванных ими инфекций? В лекциях по клинической микробиологии излагается, что устойчивость стафилококков к бета-лактамам АБП связана либо с продукцией бета-лактамаз, либо с наличием дополнительного пенициллинсвязывающего белка — ПСБ2а [1]. Выявление и дифференцировка этих 2-х механизмов резистентности позволяет прогнозировать активность всех бета-лактамов антибиотиков без определения чувствительности к каждому из них. Бета-лактамазы стафилококков способны гидролизовать природные и полусинтетические пенициллины, за исключением оксациллина. Чувствительность или резистентность к бензилпенициллину является индикатором активности природных

и полусинтетических амино-, карбокси- и уреидопенициллинов. Остальные антистафилококковые пенициллины и цефалоспорины сохраняют активность в отношении бета-лактамазопродуцирующих штаммов. Штаммы стафилококков, имеющие ПСБ2а, клинически устойчивы ко всем бета-лактамам АБП. Маркером наличия ПСБ2а является устойчивость к оксациллину. На практических занятиях подробно разбирается, что определение чувствительности стафилококков к бета-лактамам антибиотикам включает два теста определения чувствительности: к бензилпенициллину — для выявления бета-лактамаз; к оксациллину — для выявления ПСБ2а, кодирующего ген *tesA*. Необходимо обращать внимание студентов, что на практике встречаются случаи, когда исследуемые стафилококки проявляют устойчивость к оксациллину, но при этом сохраняется чувствительность к другим бета-лактамам. Безусловно, предпочтение нужно отдавать результатам, получаемым при тестировании оксациллина, и препараты этой группы не рекомендуются для терапии.

На практических занятиях подробно разбираются вопросы о правильном составлении наборов АБП для определения лекарственной чувствительности различных микроорганизмов. При этом необходимо знать и закономерности перекрестной резистентности микроорганизмов к различным представителям одной группы АБП. Например, применительно к представителям семейства внекишечных энтеробактерий существенных различий в уровне антибактериальной активности между ципрофлоксацином, офлоксацином, а также новыми «антипневмококковыми» фторхинолонами нет, и между всеми этими препаратами возникает полная перекрестная резистентность. Поэтому, выбор конкретного фторхинолона для включения в исследование основывается только на наличии тех или иных препаратов в стационаре. Для аминогликозидов, наоборот, результаты, получаемые при оценке чувствительности к гентамицину, нельзя экстраполировать на другие препараты этой группы. Поэтому в наборы для определения чувствительности необходимо включать несколько препаратов этой группы, если они могут использоваться для терапии инфекций в соответствии с профилем конкретного стационара.

Таким образом, в процессе обучения в курсе клинической микробиологии у студентов необходимо формировать понимание того, что врач лабораторной диагностики микробиологической лаборатории на основании полученных результатов исследования *in vitro* должен уметь прогнозировать результат антибактериальной терапии и рекомендовать клиницистам наиболее эффективные с микробиологической точки зрения антимикробные препараты для назначения конкретному больному.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Страчунский, А. С.* Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под. ред. А. С. Страчунского. — М., 2002. — 381 с.

УДК 616.329 – 002 – 053.2:611.77

## СПЕЦИФИКА НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шестерина Е. К., Коваленко В. В., Чешик И. А., Жданович В. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

В настоящее время сохраняется отмеченная в предыдущие годы умеренная тенденция к росту заболеваемости детей до 14 лет с впервые установленным диагнозом. Углубленные медицинские осмотры показали достоверно высокие уровни заболеваемости детей до 14 лет отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, врожденными аномалиями развития, болезнями нервной системы, новообразованиями, болезнями системы кровообращения, органов пищеварения. В связи с этим возникла необходимость поис-