

комплексной оценки знаний студентов включает результаты 3-х ступенчатого контроля, в основе которого лежит накопительная система баллов, полученных за различные разделы комплекса, в частности, за: устные ответы на лекционных занятиях в 2-х семестрах, практические навыки во время курации пациентов, текущее компьютерное тестирование, учебные задания по болезни, решение ситуационных задач, письменный экзамен. Полученные в течение учебного года баллы заносятся в электронный журнал успеваемости (оригинальная версия). Рубежное тестирование и оценка практических навыков позволяют преподавателю вносить в процесс обучения коррективы, а студенту сделать соответствующие выводы об уровне его знаний и побуждают его к качественной подготовке к занятиям. Компьютерное тестирование и письменный экзамен позволяют оценить уровень усвоения всего материала и позволяют избежать субъективизма в оценке знаний, может иметь место при устном опросе преподавателя [3].

При проведении письменного экзамена, проводимого под контролем преподавателей и исключая применение технологических «шпаргалок», студент письменно отвечает на 4 вопроса, предложенных разными разделами инфектологии и в процессе экзамена решает 3 ситуационные задачи по клинической, лабораторной диагностике и терапии. Каждый ответ оценивается по 10-ти бальной шкале и заносится в компьютерную базу данных, дополняющиеся баллы, «заработанные» студентом в течение года. Средняя оценка за предмет суммированное среднеарифметическое число выставляется в качестве конечной оценки за курсовой экзамен.

Изменение оригинальной методики оценки знаний студентов было многократно и положительно оценено студентами 6 курса по итогам анонимного анкетирования.

Вывод. Применяемая методика оценки знаний по предмету позволяет достигнуть максимальной возможной объективности, исключить влияние субъективных факторов, обеспечить высокую мотивацию к изучению предмета, освоению теоретических основ инфектологии и практических навыков. Проведение письменного экзамена позволяет создать для преподавателей оптимальные условия и избежать вынужденной морально-психологической нагрузки, обусловленной значительной нагрузкой при приеме устного экзамена.

Литература

Гуцкой, М.И. Проблемы профессионального образования студенческой молодежи / М.И. Гуцкой, В.М. Цыркунов // Высшая школа: проблемы и перспективы: материалы 9 международной конференции. — Минск: РИВШ, 1999. — С. 24–26.
Косинец, А.Н. Инновации в образовании / Н. Косинец [и др.] // Медицинское образование XXI века: материалы международной конференции. — Витебск: ВГМУ, 2004. — С. 3–8.
Цыркунов, В.М. Текущее и рубежное тестирование знаний студентов при изучении курса инфекционных болезней / В.М. Цыркунов, М.И. Богущ-

кий, Ю.В. Кравчук // Прогрессивные технологии в учебном процессе: сборник научных работ международной научно-методической конференции. — Гродно, 2005. — С. 85–86.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА

Шляга И.Д., Редько Д.Д., Ядченко Е.С.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Актуализация проблемы микозов, ставшая особенно заметной с середины XX века, обусловлена рядом причин: в первую очередь ростом числа заболеваний, сопровождающимися иммунодефицитными состояниями, успехами антибактериальной терапии (место бактерий в экосистеме занимают микромицеты), внедрением новых медицинских технологий и др. [1, 2]. Проблема выявления и лечения микозов в оториноларингологии приобретает все большее значение по ряду причин: широкого распространения и более тяжелого течения данной патологии [3].

Материал и методы. Проведено комплексное обследование и лечение пациентов с установленным диагнозом «микоз ЛОР-органов» в период 2006–2012 гг. Критерием постановки диагноза микотических поражений ВДП и уха является сочетание клинических данных с результатами микроскопии и (или) культурального исследования. Установлено, что превалирует число пациентов с орофарингеальным микозом (n=375) и фарингомикозом (n=257), меньшее количество — с ларингомикозом (n=179), грибковым синуситом (n=122) и отомикозом (n=86). Впервые проведенные нами в Республике Беларусь исследования показали, что частота грибковой инфекции при хронических синуситах достигает 19%. Грибковый процесс, поддерживающий воспаление уха, подтвержден у каждого третьего пациента (n = 86; 33,6%).

Результаты и обсуждение. Для эффективной терапии микозов ВДП и уха необходимым условием является определение видовой идентификации и чувствительности возбудителей к противогрибковым препаратам [1, 4]. По результатам наших исследований, при грибковых риносинуситах в 85% преобладает плесневая микобиота (*Aspergillus* spp.); при фаринголарингомикозах — грибы рода *Candida* (82%); при отомикозах примерно в равном соотношении выделяются плесневые и дрожжевые микромицеты. Особенностью микотического поражения ВДП на сегодняшний день являются грибково-бактериальные ассоциации, которые встречаются в 45–60% случаев. Плесневая микобиота и ряд грибов рода *Candida* (*C. krusei*) первично резистентны к наиболее популярному в настоящее время антимикотику — флуконазолу. Полученные результаты по антимикотической чувствительности выделенных штаммов грибов рода *Candida* показали низкую резистентность (7,1%) к таким противогрибковым препаратам, как флукона-

6-й СЪЕЗД ИНФЕКЦИОНИСТОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

зол, флуцитозин, и ее отсутствие к итраконазолу, вориконазолу. Подбор подходящих антимикотических препаратов на основе определения чувствительности возбудителя *in vitro* является экономически более эффективным, чем эмпирическая замена одного препарата другим. Принципы лечения микозов в оториноларингологии:

- Антимикотики (с учетом резистентности микобиоты);
- Антибактериальные препараты (при грибково-бактериальной инфекции);
- Хирургическое лечение (по показаниям);
- Коррекция иммунодефицитного состояния;
- Устранение факторов риска, лечение фоновых заболеваний;

Патогенетическая и симптоматическая терапия.

Полученные данные об активности флуконазола *in vitro* позволяют продолжить его использование в качестве препарата выбора для лечения большинства форм кандидозов ЛОР-органов. Для проведения антимикотической терапии при выявлении плесневой микобиоты препаратом выбора является итраконазол. Препаратами резерва для лечения ЛОР-микозов в современных условиях являются вориконазол и амфотерицин В. Неоправданное профилактическое применение антимикотиков в группах с низким риском инвазивного кандидоза не только бесполезно, но и вредно, поскольку может способствовать селекции резистентных к противогрибковым препаратам штаммов *Candida* spp.

Особое внимание следует уделить устранению или уменьшению выраженности факторов риска орофарингеального микоза (коррекция сахарного диабета, тщательная дезинфекция зубных протезов, своевременная замена коронок, протезов и пр.).

Схема лечения грибкового риносинусита зависит от выявленной клинической формы (инструкция по применению №005–0112: утв. МЗ РБ 16.02.2012 г) и основана на сочетании оперативного вмешательства с последующей местной антимикотической терапией путем промывания пазухи раствором амфотерицина В через соустье или при пункции пазухи. При хронической инвазивной форме грибкового синусита сочетали местную и системную противогрибковую терапию в послеоперационном периоде (итраконазол от 0,2 до 0,4 г в сутки продолжительностью от 1 месяца и более). Во всех случаях грибковой инвазии назначали пациентам консультацию иммунолога с последующей иммуностимулирующей терапией.

В большинстве случаев отомикоза показана только местная антимикотическая терапия. Препараты выбора: нафтифин, миконазол, микосептин, кандидиотик на турунде или в каплях в наружный слуховой проход 3–4 раза в день. Промывание послеоперационной полости уха раствором амфотерицина В 25000 ЕД ежедневно. Важно: тщательная ежедневная очистка уха от патологического отделяемого с промыванием растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода) с последующим использованием антимикотических препаратов. Для локального лечения пациентов после перенесенной радикальной операции на среднем ухе нами разработан способ локальной длительной перфузии трепанационной полости лекарственными препаратами (инструкция по применению № 051–0412: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 12.04.2012 г.)

Особое внимание необходимо уделить медикаментозной коррекции иммунодефицита. Нами накоплен положительный опыт применения иммуномодулятора — полиоксидония у данной категории пациентов.

В заключение необходимо сказать, что эффективная терапия грибковой инфекции в оториноларингологии возможна при комплексном подходе врачей разных специальностей: инфекционистов, иммунологов, бактериологов, терапевтов, челюстно-лицевых хирургов и одновременном воздействии на все звенья патогенеза: как на микро-, так и на макроорганизм.

Литература

1. Климко, Н.Н. Микозы: диагностика и лечение: руководство для врачей / Н.Н. Климко. — М.: Премьер МТ. — 2007. — С. 11–35.
2. Кунельская, В.Я. Современное состояние вопроса диагностики и лечения грибковых заболеваний ЛОР-органов / В.Я. Кунельская // Вестник оториноларингологии. — 2009. — №4. — С. 75–78.
3. Заболотный, Д.И. Роль грибов в патологии верхних дыхательных путей и уха / Д.И. Заболотный, И.С. Зарицкая, О.Г. Вольская // Журн. ушн. нос. и горл. бол. — 2002. — №5. — С. 2–15.
4. Шляга, И.Д. Анализ микобиоты верхних дыхательных путей у пациентов Гомельского региона / И.Д. Шляга [и др.] // Проблемы медицинской микологии. — 2008. — Т.10. — №3. — С. 12–15.

К ВОПРОСУ О ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шутова О.В.¹, Романова Н.Н.¹,
Мартынов В.А.¹, Козлова В.И.²

1. Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань, Россия
2. Клиническая больница им. Н.А. Семашко, г. Рязань, Россия

Поздняя диагностика инфекционных заболеваний является одной из проблем поликлинической медицины. Она связана, с одной стороны, с появлением новых, экзотических, и возвратом старых, ранее ликвидированных инфекций, а с другой — с профессионализмом терапевта, качеством обследования пациента. Последнее, прежде всего, относится к инфекционным заболеваниям с полиморфной симптоматикой, когда первичная диагностика возможна лишь по совокупности клинических проявлений [1, 2]. В их перечне едва ли не первое место может занять инфекционный мононуклеоз — острое вирусное заболевание с лихорадкой, поражением лимфоидной ткани ротоглотки, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями гемограммы. Лихорадка чаще неправильного типа, может быть субфебрильной и продолжаться от одной до четырех недель. Лимфаденит характеризуется симметричным увеличением