

стационаров. Использованы методы: выкопировки данных из медицинской документации, экспертных оценок, аналитический, статистический.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

У обследованных пациентов отмечались следующие осложнения ИБС:

- нарушения ритма сердца у 33 (40,3 %), в том числе: умеренная брадикардия — у 3 (3,7 %), желудочковая экстрасистолия — у 12 (14,6 %) человек;
- суправентрикулярная экстрасистолия — у 3 (3,75%);
- мерцательная аритмия — у 15 (18,3 %);
- нарушение функции проводимости 23 (28,1 %), в том числе:
- АВ-блокады — у 5 (6,1 %);
- блокады ножек пучка Гиса — у 13 (15,9 %);
- нарушение внутрижелудочковой проводимости — у 5 (6,1 %).

Клинические признаки недостаточности кровообращения 1 степени (по классификации Страженко и Василенко) отмечены у 39 (47,6 %), 2А степени — 34 (41,5 %) не отмечены клинические признаки недостаточности кровообращения у 9 (11 %) человек. Стенокардия напряжения диагностирована по функциональным классам ФК0 — 13,1 %, ФК1 — 1,4 %, ФК2 — 23,6 %, ФК3 — 17,4 %, ФК4 — 1,4 %. Артериальная гипертензия отмечена у 77 (93,9 %) пациентов, в их числе 1 степени — 3 (3,7 %), 2 степени — 44 (53,6 %), 3 степени — 30 (36,6 %). Сахарный диабет 2 типа отмечен у 21 (25,6 %), заболевания системы пищеварения — 43 (52,5 %). Сопутствующие заболевания: заболевания глаз — у 6 (7,3 %), остеохондроз — 5 (6,1 %), мочекаменная болезнь ХБП С<sub>1</sub> — 10 (12,2 %), хронический пиелонефрит ХБП С<sub>1</sub> — 7 (8,5 %), облитерирующие заболевания сосудов 1–2 степени — 8 (9,7 %), церебральный атеросклероз с 1–2 стадиями дисциркуляторной энцефалопатии — 9 (11 %). Как показал анализ проводимой медицинской реабилитации экспертно-реабилитационная диагностика включала оценку последствий ИБС без учета сопутствующих заболеваний, влияния коморбидных состояний и сопутствующих заболеваний на уровень функциональных возможностей и ограничения жизнедеятельности, что негативно влияло на выбор реабилитационных мероприятий. Более того, реабилитологи применяли «Протоколы медицинской реабилитации больных и инвалидов в стационарных и амбулаторно-поликлинических отделениях медицинской реабилитации» (2005), не адаптированные к особенностям стареющего организма пожилых пациентов.

Таким образом, основными проблемами медицинской реабилитации пожилых пациентов с коморбидностью является отсутствие методических подходов к организации и проведению медицинской реабилитации, включающих перечень показаний, противопоказаний, критериев отбора на медицинскую реабилитацию на стационарный этап оказания реабилитационной помощи, оценку медико-социальных последствий коморбидных состояний и сопутствующих заболеваний, технологию проведения медицинской реабилитации.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Вёрткин, А. Л. Коморбидность / А. Л. Вёрткин, А. С. Скотников // Лечащий врач. — 2013. — № 8. — С. 78–81.
2. Feinsten, A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease / A. R. Feinsten // Journal Chronic Disease. — 1970. — Vol. 23 (7). — P. 455–468.

**УДК 614.2:579]:615.33**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Лагун Л. В.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Антибиотикорезистентность патогенных и условно-патогенных микроорганизмов — глобальная проблема, для решения которой необходимы усилия как на международном, так

и на национальном уровнях. Создание реально функционирующей национальной системы сдерживания распространения антимикробной резистентности — одна из приоритетных задач общественного здравоохранения.

Для повышения эффективности микробиологической диагностики инфекций, снижения резистентности микроорганизмов к противомикробным препаратам, повышения эффективности химиотерапии и качества лечебного процесса создана система микробиологического мониторинга [1].

### **Цель**

Изучить современные представления об организации мониторинга антибиотикорезистентности в учреждениях здравоохранения.

### **Материал и методы исследования**

Описание системы микробиологического мониторинга резистентности микроорганизмов в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Контролирует всю систему микробиологического мониторинга национальный референс-центр. Для осуществления эффективного эпидемиологического надзора за распространением и циркуляцией полирезистентных штаммов на территории Республики Беларусь ежегодно, начиная с 2003 г., на базе национального референс-центра мониторинга резистентности к антибиотикам, антисептикам и дезинфектантам клинически значимых микроорганизмов, функционирующего на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии» при участии опорных баз, расположенных по всей территории страны, проводится углубленный анализ биологических свойств возбудителей, выделенных от пациентов в регионах, различных типов стационаров, нозологических форм заболеваний и локализации патологического процесса, исследование формирования резистентности к антибиотикам, антисептикам и дезинфектантам клинически значимых микроорганизмов, осуществляется депонирование выделенных культур в национальную коллекцию микроорганизмов [2].

При всей важности учета глобальной картины антибиотикорезистентности, планирование политики применения антимикробных препаратов должно базироваться на данных, полученных в конкретном регионе, а особенно — в конкретной лечебно-профилактической организации [2, 3].

Локальный мониторинг антибиотикорезистентности проводится в организациях здравоохранения и предусматривает ряд мероприятий:

- 1) сбор культур возбудителей нозокомиальных инфекций в лечебном учреждении, идентификацию, определение чувствительности к антибиотикам;
- 2) анализ этиологической структуры, резистентности к антибиотикам и патогенности;
- 3) подготовку формуляра по полученным данным и информирование врачей о его результатах;
- 4) рациональную антибиотикотерапию; принятие организационных мер по ее внедрению в лечебный процесс.

Одной из составляющих такого мониторинга в данной системе является деятельность микробиологической лаборатории, основные задачи которой состоят в идентификации возбудителей заболеваний, их типировании и определении чувствительности к антибиотикам. Основным методом тестирования чувствительности бактерий к антимикробным лекарственным средствам в микробиологических лабораториях большинства учреждений здравоохранения является диско-диффузионный. При наличии микробиологических анализаторов при массовых исследованиях используют автоматизированные методы определения чувствительности к антибиотикам. Это позволяет упростить и ускорить проведение исследования. Используются современные национальные стандарты, изложенные в инструкции по применению «Методы определения чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам» № 226-1200, Минск 2009 г., что является основой получения достоверных результатов лабораторных исследований. Создается и постоянно пополняется на основе компьютерной программы WHONET база данных о спектре выделяемых микроорганизмов из

биологического материала пациентов, результатов определения резистентности к антибиотикам и назначения/потребления антибиотиков в стационаре.

### **Заключение**

При методически корректном проведении мониторинга резистентности микроорганизмов и регулярном информировании практических врачей о видах циркулирующих возбудителей и их антибиотикограммах можно проводить эффективную эмпирическую терапию еще до определения этиологического агента или в случае невозможности получения результатов микробиологического исследования у конкретного пациента. Внедрение формуляров эмпирической антибактериальной терапии существенно повышает эффективность лечебного процесса, равно как и внедрение протоколов антибактериального лечения отдельных форм заболеваний. Использование этих подходов основывается на тесном взаимодействии лечащих врачей с бактериологами, постоянном контроле микробного «пейзажа» и антибиотикограмм основных возбудителей нозокомиальных инфекций в стационаре. Именно это определяет адекватность стартовой терапии, позволяет планировать и контролировать эффективность «циклической ротации» ее режимов. Внедрение протоколов, контроль за их эффективностью заведующими отделений и заместителями главных врачей лечебного учреждения — важный инструмент повышения эффективности лечебного процесса, снижения его экономических издержек, а также сдерживания распространения множественной устойчивости микроорганизмов в стране.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Национальная система мониторинга антибиотикорезистентности возбудителей гнойно-септических инфекций и потребления антибиотиков в ЛПО: информационные материалы / Л. П. Титов [и др.] // М-во здравоохранения Респ. Беларусь; НИИ эпидемиологии и микробиологии. — Минск, 2006. — 77 с.
2. *Титов, Л. П.* Современные подходы к организации инфекционного контроля и микробиологического мониторинга антибиотикорезистентности микроорганизмов / Л. П. Титов, В. А. Горбунов, Т. С. Ермакова // Информационные материалы. — Минск, 2003. — Вып. 2. — 18 с.
3. Antibiotic policies in Central Eastern Europe / M. Cizman [et al.] // Int. J. of Antimicrobial Agents. — 2004. — № 24. — P. 199–204.

**УДК 617.559-009.76-036.82:616.89**

## **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ**

*Латышева В. Я., Барбарович А. С., Барбарович А. А.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В последние годы в связи с аллергизацией населения, частыми нежелательными явлениями лекарственной терапии и кратковременным эффектом от ее применения, значительными финансовыми затратами, особенно для лиц пожилого и старческого возраста, страдающих болью в спине, широкое применение находят немедикаментозные методы лечения дорсопатий. Это обусловлено тем, что болевой синдром при остеохондрозе позвоночника нарушает трудовую, социальную и бытовую активность пациента, влияет на его психоэмоциональный статус и снижает качество жизни, а временная нетрудоспособность при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника (НПОП) составляет более 70 %, часто приводит к стойкой утрате трудоспособности, в связи с чем является тяжким финансовым бременем для государства и семьи [1].

Это требует более углубленного изучения патогенеза НПОП и разработки новых, более эффективных и менее затратных методов купирования болевого синдрома у пациентов с этой патологией.

### **Цель**

Провести анализ литературных данных в публикациях отечественных и зарубежных авторов, посвященных применению рефлексотерапии в комплексном лечении пациентов с дорсопатией на поясничном уровне.