

ние, и определению рекомендаций по их планированию и проектированию, распознаванию и интерпретации появления в производственной среде химических, физических, биологических и иных факторов среды обитания человека, которые могут повлиять на здоровье и самочувствие работников;

- способность и готовность к определению степени воздействия на организм работника вредных факторов, расследование причин профессиональных заболеваний и отравлений;

- владение компьютерной техникой, медико-технической аппаратурой, готовность к работе с информацией, полученной из различных источников, к применению современных информационных технологий для решения профессиональных задач.

Таким образом, на современном этапе в республике достигнут новый уровень высшего медицинского образования с учетом современных требований и мировых тенденций.

Выводы

1. Главным результатом образовательной деятельности высшей медицинской школы в современных условиях должны стать новые научные знания, исследовательские умения и навыки, опыт творческой деятельности, научная активность, интерес и потребность в процессе познания, позволяющие рисковать, планировать и управлять проектами для достижения теоретических и практических задач с креативным подходом и рефлексией качества профессиональной деятельности, ее самооценкой и коррекцией, используя и развивая современные достижения медицинской науки, техники и культуры.

2. Реализация современных педагогических технологий в профессиональном обучении специалистов-медиков позволяет подготовить квалифицированного современного специалиста-медика соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, свободно владеющего своей профессией, готового к профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности.

Литература

1. Байденко В. И. Компетентностный подход к проектированию государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (методологические и методические вопросы) / В. И. Байденко // – М: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005. – 114.

2. Государственный образовательный стандарт высшего образования Специальность 5510300 - Медико-профилактическое дело.

3. Журавков М. А. Обновление национальных стандартов высшего образования проблемы и задачи / М. А. Журавков [и др.] // Высшая школа. – 2016. – № 4. – С. 3-9.

4. Макаров А. В. Компетентностно-ориентированные модели подготовки выпускников учреждений высшего образования: болонский контекст / А. В. Макаров // Высшая школа. – 2015. – № 5. – С. 3-8.

5. Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию системы высшего образования» ПП-2909 от 20.04.2017 г.

6. Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему реформированию системы медицинского образования» ПП-2956 от 05.05.2017 г.

УДК 616.33-002:616.33-018.25:579.61

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОПАТИЯМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Бобро Л. Н.

*Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра общей практики – семейной медицины и внутренних болезней*

В схеме лечения язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, использование комбинации двух антибактериальных препаратов обязательно для достижения эрадикации и предотвращения развития рецидивов. Однако применяемые для этой цели граммотрицательные антибиотики оказывают наибольшее повреждающее действие на облигатную микрофлору пищеварительного тракта, вследствие чего в последние годы при исследовании биоптатов из периаульцерозной зоны в ассоциации с *Helicobacter pylori* часто выделяют *Candida* spp. [1, 2]. Исход контакта с грибами рода *Candida* обусловлен состоянием системы антифунгальной резистентности пациента. В большинстве случаев такой контакт формирует т.н. «транзиторное кандидоносительство». В то же время у лиц с нарушениями в системе антифунгальной резистентности контакт может сформировать как персистирующее носительство, так и кандидоз [2]. В последние годы при исследовании биоптатов из периаульцерозной зоны часто выделяют *Helicobacter pylori* в ассоциации с другими бактериями и грибами рода *Candida* spp. (бактериальные биопленки) [1, 2, 3]. Появились исследования, доказывающие, что микроорганизмы, входящие в бактериальные биопленки, способны усиливать свои патогенные свойства и характеризуются чрезвычайно высокой выживаемостью. Например, установлено, что дрожжеподобные грибы рода *Candida* в ассоциации с другими микроорганизмами вырабатывают в матрикс биопленки и во внешнюю среду эндотоксин, сохраняются в присутствии антибиотиков, устойчивы к факторам иммунной системы, интенсивно обмениваются генами антибиотикорезистентности, значительно ухудшая прогноз и течение заболевания [4, 5, 6]. В настоящее время имеется большое количество разночтений и нерешенных вопросов в отношении факторов риска, причин и частоты колонизации условно-патогенными грибами различных отделов пищеварительного тракта [1, 6, 7]. При этом заболевания эндокринной системы, в первую очередь сахарный диабет (СД), рассматриваются как предиктор высокого риска антифунгальной резистентности и развития кандидоза пищеварительного тракта [5, 6, 7].

Цель исследования: выявление частоты микозного поражения слизистой оболочки желудка у больных сахарным диабетом в монокультуре и в ассоциации с другими микроорганизмами.

Материал и методы исследования. Обследовано 50 больных сахарным диабетом (СД), находившихся на стационарном или амбулаторном лечении в УНМК «Университетская клиника» ХНМУ. Группа сравнения была сформирована из 57 пациентов без СД. Обе группы были репрезентативны по возрасту и полу. Критерием включения в исследование было наличие ФГДС обследования с определением геликобактерной и грибковой инфекции. Критериями исключения в обеих группах было наличие факторов риска генерализованных форм грибковой инфекции (массивная антибиотикотерапия и химиотерапия злокачественных новообразований в анамнезе), опухолевые процессы в желудке, оперативные вмешательства на верхних отделах желудочно-кишечного тракта, недавнее желудочное кровотечение, гематологические заболевания. Методы диагностики микозной инфекции заключались в микробиологическом исследовании материала из антрального отдела желудка или из периаульцерозной зоны, полученного во время ФГДС (биоптат). В работе были использованы микробиологические методы выделения и идентификации микроорганизмов согласно действующим нормативным документам МОЗ Украины. Геликобактерную инфекцию определяли с помощью экспресс-теста URE - HP (PLIVA - LACHEMA, Чехия). С целью учета диморфности микромицетов *Candida* spp. (наличие псевдомицелия позволяет подтвердить диагноз кандидоза, обнаружение бластомицетов свидетельствует о кандидоносительстве) при морфологическом исследовании применялся цитологический метод с окраской мазков по Романовскому-Гимза, гистологический – с окраской биоптатов ШИК - реакцией. Для видовой идентификации грибов рода *Candida* и тестирования культуры на чувствительность к антимикотикам использовали культуральный микологический метод (посев биоматериалов слизистых оболочек на среду Сабуро). Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS Statistics 17,0.

Результаты исследования и их обсуждение. В обеих группах преобладали пациенты с эрозивно-язвенными поражениями желудка. Отличий между группами по количеству язвенных дефектов не найдено ($p > 0,05$), язва в теле желудка у больных основной группы локализовалась в 12 (23,5%) случаях, в группе сравнения - в 15 ($\varphi^*_{эмп} = 0,337$; $\varphi^*_{крит.} = 1,64$, $p > 0,05$). У 32 (61,5%) больных основной группы и у 37 (64,9%) больных в группе сравнения обнаружена *H. Pylori* ($p > 0,05$). Кроме этого, из биопсийного материала антрального отдела желудка выделяли следующие микроорганизмы: *E. Coli*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp, *Enterobacter* spp, *Citrobacter* spp., *Klebsiella* spp. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* в биоптате слизистой оболочки желудка (СОШ) выявлены в 12 (23,5%) пациентов основной группы и в 5 (8,7%) пациентов

группы сравнения ($p < 0,05$). В обеих изучаемых группах достоверно чаще ($p < 0,05$) были обнаружены грибы *C. Albicans*, дополнительно в основной группе были зафиксированы грибы *C. pop-albicans*: *C. glabrata* (7,7%) и *C. krusei* (3,8%). Выявлено взаимосвязь между размерами язв и наличием грибковой флоры: при дефектах больше 1,0 см достоверность присоединения грибковой инфекции росла (OR 7,0, 95% CI 2,67-18,33; $p < 0,0001$). Реже кандидозная инфекция обнаруживалась при локализации дефекта в пилороантральном отделе (OR 0,08; 95% CI 0,01-0,61; $p = 0,02$). Анализ количества ассоциантов среди обследованных пациентов обеих групп показал, что у 70 (64,2%) больных в биопсийном материале обнаруживались биопленки. Превалировали ассоциации бактерий с грибами рода *Candida*, при этом достоверно преобладали больные с наличием в микробных культурах ассоциации *S. aureus* с грибами рода *Candida*, в значительно меньшей степени - ассоциации *E. coli* и *Candida* (50 % против 15,7 % соответственно, $\phi^*_{эмп} = 4,193$; $\phi^*_{крит.} = 1,64$, $p < 0,01$). У пациентов основной группы риск появления ассоциантов был достоверно выше (OR 9,17; 95% CI 2,44-34,43; $p < 0,0001$).

Выводы

Таким образом, у пациентов с СД достоверно повышается риск контаминации слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта бактериями и грибами, в микробном пейзаже превалируют ассоциации бактерий и грибов. У больных с СД следует проводить целенаправленное обследование на наличие дисбиоза слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Баженов Л.Г., Артемова Е.В., Баженова С.С. и др. Роль грибов рода *Candida* в микробиоценозе желудка при хеликобактериозе // «Материалы первого всероссийского конгресса по медицинской микологии». – М. : Научная книга, 2003. – С.34-39.
2. Ильина Т.С., Романова Ю.М., Гинцбург А.Л. Биопленки как способ существования бактерий в окружающей среде и организме хозяина: феномен, генетический контроль и системы регуляции их развития // Генетика. – 2004. – № 11. – С. 1445-1456.
3. Исаева Г.Ш., Зиатдинов В.Б. Микробиота, биопленки и *Helicobacter Pylori* при заболеваниях гастродуоденальной зоны // Казан. мед. журн. – 2014. – №5. – С. 762
4. Коцарь Е. В., Радченко О. И., Голубка О. В., Масалова А. В., Антушева Т. И. Роль микробного фактора в развитии инфекционно-воспалительного процесса полости рта // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2017. – № 3 (5). – С. 12-14.
5. Мокиенко, А.В. Биопленки и инфекции: к оценке взаимосвязи // Наук. журн. МОЗ України. – 2014. – № 1. – С. 129-136.
6. Окулич, В.К. Микробиологические и иммунологические аспекты инфекций, вызванных условно-патогенными бактериями, образующими биопленку // Вестн. ВГМУ. – 2016. – №5. – С. 52-63.
7. Романова Ю.М., Гинцбург А.Л. Бактериальные биопленки как естественная форма существования бактерий в окружающей среде и организме хозяина // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2011. – № 3. – С. 99–110.

УДК 614.21:378.147

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ, КАК ВРАЧЕБНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ И НАУКА

Бублик Я.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии Факультета интернатуры последипломного образования