

2. Яковлев, С.В. Антибиотикорезистентность в стационаре: контролируем ли мы ситуацию? / С.В. Яковлев [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 2010. – Т. 55, № 1-2. – С. 50-58.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГРИБОВ РОДА CANDIDA В РАЗВИТИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Волосач О.С., *Кузьмич И.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»*

Актуальность. В последние десятилетия отмечено стремительное возрастание инфекционных заболеваний, вызванных грибковой флорой [5]. Среди возбудителей грибковых инфекций значительная роль принадлежит дрожжевым грибам рода *Candida* [1, 3]. По данным многочисленных исследований ведущим возбудителем кандидоза является *C. albicans*. Вместе с тем, в последние годы в развитии кандидозной инфекции отмечено возрастание этиологической роли кандиды других видов, так называемых, non-*albicans* видов. Этиологическая верификация диагноза кандидоза чаще ограничивается указанием только родовой принадлежности возбудителя, что нередко является причиной неэффективности противогрибковой терапии, так как для некоторых видов дрожжевых грибов рода *Candida* описана исходная, видовая устойчивость к антимикотическим препаратам, что диктует необходимость видовой идентификации *Candida* spp. [2, 4].

Цель. Установить этиологическую роль кандиды различных видов в развитии вульвовагинального кандидоза.

Методы исследования. Проведено микробиологическое исследование патологического материала, выделенного от 46 женщин с вульвовагинальным кандидозом. Материал забирался профильными специалистами с соблюдением всех правил забора патологического материала. Микробиологические исследования проводились на базе бактериологической лаборатории УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница». Доставка в лабораторию для бактериологического исследования осуществлялась в течение 1-2 часов. После забора патологического материала производилась микроскопия окрашенных мазков. Применяли окраску по Граму. После фиксации и окраски препараты просушивали и изучали под микроскопом. При микроскопии выявляли темно-фиолетовые округлые или удлинённые, хорошо почкующиеся клетки дрожжевых грибов.

Вторым этапом микробиологической диагностики являлось культуральное исследование. Производился посев патологического материала на питательную среду Сабуро с изучением выросших колоний. С целью определения значения различных видов дрожжевых грибов рода *Candida* в развитии вульвовагинального кандидоза проведена видовая идентификация выделенных грибов. Видовая идентификация грибов рода *Candida* производилась на основании биохимических признаков при сбраживании сахаров (глюкозы, лактозы, мальтозы, сахарозы,

галактозы) и, частично, с использованием тест-систем фирмы «BioMerieux» (Франция).

Статистическую обработку данных проводили посредством статистических пакетов Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. При исследовании патологического материала нами были идентифицированы 4 вида дрожжевых грибов рода *Candida*: *C.albicans*, *C.glabrata*, *C.tropicalis*, *C.krusei*.

Сравнительный анализ показал, что имеются достоверные различия этиологической роли различных видов грибов рода *Candida* в развитии кандидозной инфекции у пациентов с вульвовагинальным кандидозом.

Основным возбудителем вульвовагинального кандидоза явилась *C.albicans*, которая высевалась достоверно чаще при исследовании патологического материала. Она была выделена у 37 женщин, что составило 80,4 % от всех обследованных пациентов ($p < 0,001$).

Обнаружение *C.glabrata* из патологического материала обследуемых пациентов уступало по частоте выделения лишь *C.albicans*. *C.glabrata* была выделена у 5 женщин, что составило 10,8 % от всех обследованных пациентов. *C.tropicalis* была выделена у 3 женщин, что составило 6,5 % от всех обследованных пациентов. *C.krusei* была выделена у 1 пациентки, что составило 2,2 % от всех обследованных пациентов. Частота выделения non-*albicans* видов достоверно не различалась ($p > 0,05$). Однако отсутствие значимых различий при выделении данных видов может быть обусловлено малым количеством пациентов, у которых эти виды выделены.

Таким образом, так называемые, non-*albicans* виды кандиды были выделены у 9 женщин, что составило 19,6 % от всех обследованных пациентов.

Выводы.

1. Ведущим возбудителем при вульвовагинальном кандидозе продолжает оставаться *C. albicans*.

2. Вместе с тем, отмечается возрастание этиологической роли в развитии вульвовагинального кандидоза, так называемых, non-*albicans* видов.

3. При назначении лечения кандидозной инфекции следует учитывать не только увеличение числа устойчивых к противогрибковым препаратам штаммов, но и возможность видовой устойчивости возбудителя к антимикотическим препаратам, что диктует необходимость видовой идентификации возбудителя кандидозной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц, Н.Б. Главный оппортунист нормальной кишечной флоры – *Candida albicans* (кандидоз органов пищеварения, кожи и слизистых оболочек) / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, Ю.А. Загоренко // Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии. – 2005. - №3. – С. 44-51.
2. Кисина, В.И. Клинические особенности первичного и рецидивирующего урогенитального кандидоза у женщин и эффективность фторкана в зависимости от видового состава *Candida* / В.И. Кисина [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2002. - № 2. – С. 61-63.

3. Масюкова, С.А. Глубокий кандидоз – актуальность и перспективы проблемы / С.А.Масюкова, М.В. Устинов, И.В. Ильина // Рус. мед. журн. – 2004. – Т. 12, № 4. – С. 189-195.
4. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции: руководство для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. –2-е изд. – М. : Изд-во БИНОМ, 2008. – 480 с.
5. Dixon, D.M. Fungal infection a growing threat / D.M. Dixon // Public Health Reports. – 1996. – Vol. 3. – P. 226-235.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гаврилик Б.Л., Мироненко О.Н., Сугоняко Ю.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро»

УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»

Доброкачественные опухоли протоков, аденомы, цистаденомы поджелудочной железы встречаются крайне редко. Данные опухоли эпителиального строения и могут располагаться в любых отделах органа. На начальных этапах своего развития протекают бессимптомно и могут являться случайной находкой при ультразвуковом исследовании, компьютерной томографии. При увеличении опухоли до 4-5 см и более в диаметре появляются постоянные ноющие боли в животе, диспепсические расстройства. Если опухоль расположена в головке поджелудочной железы, редко, но может быть механическая желтуха, симптомы компрессии двенадцатиперстной кишки. В хирургической панкреатологии при доброкачественных заболеваниях поджелудочной железы последнее время широко используются различные варианты органосохраняющих операций. Причем, это также касается дистальных и проксимальных резекций поджелудочной железы. Проксимальные резекции поджелудочной железы, как правило, выполняются с сохранением двенадцатиперстной кишки индивидуально для каждого больного с учетом морфологических и анатомических изменений в органе (1). При операциях по поводу доброкачественных опухолей головки поджелудочной железы наиболее приемлемы энуклеации образования и проксимальные резекции железы в модификациях Бинкли, Дежардена-Уиппли, Бегера, Фрея и др.

Приводим собственное наблюдение.

Больная М., 61г., жительница Гродненского района, поступила в хирургическое отделение больницы скорой медицинской помощи г.Гродно 13.12.2011г. с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, тошноту. Из анамнеза выяснено, что в марте 2010 года при обследовании в терапевтическом отделении городской клинической больницы №3 г.Гродно, где находилась на лечении по поводу внегоспитальной очаговой пневмонии, выявлено при УЗИ гипоехогенное, эхооднородное, с четкими контурами образование в области головки поджелудочной железы, 37x29 мм. Консультирована онкологом. С подозрением на злокачественное новообразование поджелудочной железы дважды в течение 2010 года находилась на обследовании в онкологическом отделении № 5 Гродненской областной клинической боль-