

ривают просвет [2]. По-видимому, ключевую роль в нефрозащитном действии тауцина играют антиоксидантные свойства таурина, а также цинка в составе ферментов антиоксидантной системы – супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы [3, 4].

Литература:

1. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – Москва: Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
2. Heyman, S.N. Radiocontrast nephropathy: a paradigm for the synergism between toxic and hypoxic insults in the kidney / S.N. Heyman, S. Rosen, M. Brezis // Exp. Nephrol. – 1994. – Vol. 2. – P. 153-157.
3. Mozaffari, M.S. Taurine modulates arginine vasopressin-mediated regulation of renal function / M.S. Mozaffari, D.J. Schaffer// Cardiovasc Pharmacol. – 2001. – Vol. 37. – P. 742-750.
4. Haase, H. Zinc supplementation for the treatment or prevention of disease: current status and future perspectives / H. Haase, S. Overbeck, L. Rink // Exp. Gerontol. – 2008. – Vol. 43. – P. 394-408.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИКРОФЛОРЫ, ВЫДЕЛЕННОЙ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ, СТРАДАЮЩИХ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Бедин П.Г.¹, Логис О.В.², Микша О.М.², Ракова С.Н.¹, Чернова Н.Н.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Введение. Средний отит (СО) – распространённое и опасное своими осложнениями заболевание, особенно у детей младше 5 лет [1]. Известно, что ежегодное бремя среднего отита в США оценивается в 5 миллиардов \$ [3]. По данным литературы, этиологическими факторами СО в половине случаев является *Streptococcus pneumoniae*, третья часть приходится на *Streptococcus pyogenes*, столько же – на *Moraxella catarrhalis*, а пятая часть – на *Haemophilus influenzae* [4]. Интересной, на наш взгляд, является рекомендация авторов не учитывать случаи выделения золотистого стафилококка ввиду того, что его наличие в материале свидетельствует не об этиологической роли, а о недостатках при заборе материала [4].

СО широко распространён в повседневной практике и отоларингологов Гродно. Так, за 9 месяцев 2015 г. были пролечены 153 ребёнка в условиях стационара УЗ «ГОКБ», что составило 9,1% от всех поступивших в отделение. Ими было проведено 1224 койко-дня. Стоимость одного дня пребывания на оториноларингологической койке за указанный период составила около 34 \$. Сократить длительность госпитализации возможно при своевременном назначении и коррекции этиотропного лечения по результатам микробиологического исследования содержимого среднего уха. В связи с этим мы поставили перед собой цель: проанализировать этиоло-

гическую структуру СО у госпитализированных пациентов и наметить пути улучшения показателя их этиологической расшифровки.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе бактериологического отдела клинко-диагностической лаборатории и детского ЛОР отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Микробиологическая диагностика СО основана на бактериологическом исследовании содержимого среднего уха, полученного при тимпанотомии. Забор материала производился на универсальную гелевую транспортную среду не позднее 48 ч с момента поступления. Материал доставлялся в лабораторию в интервале времени от 30 мин. до 16 часов. Хотя данная среда позволяет сохранять жизнеспособность микроорганизмов на протяжении суток, однако не для всякой микрофлоры нахождение в этих условиях является оптимальным. Идентификация выделенных микроорганизмов проводилась на микробиологическом анализаторе Vitek2 compact (Biomérieux, Франция) согласно действующей инструкции [6]. Для анализа были использованы данные, полученные за обозначенный выше период. Для сравнения долей использовался точный критерий Фишера.

Результаты. За 9 месяцев 2015 г. в лабораторию поступило 153 образца от детей, находившихся на стационарном лечении в детском ЛОР отделении. Было выделено 36 изолятов от 32 пациентов, т. е. этиологическая расшифровка удалась лишь в 20,9% случаев в то время, как по данным нигерийских авторов, она составила суммарно при остром и хроническом течении отита 87,7% [2]. В 19,4% от количества выделенных изолятов идентифицировался *Staphylococcus aureus*, в 16,7% – *S. pyogenes*, что почти в 2 раза меньше по сравнению с данными представленными в цитированной выше работе [4]. *Pseudomonas aeruginosa* идентифицировалась в 8,3% случаев. *S. pneumoniae* выделялся в 5,5%, что почти на порядок ниже имеющихся литературных данных [4]. Достоверных различий частоты выделения упомянутой флоры при попарном сравнении установлено не было ($p > 0,05$ во всех случаях).

Таким образом, указанные микроорганизмы составили 49,9% от количества выделенных культур. В оставшихся случаях была выделена разнообразная, как грамположительная, так и грамотрицательная флора. Ввиду ограниченного объёма статьи мы не приводим её подробную расшифровку, однако стоит отметить, что не было случаев выделения *H. influenzae*.

Различия между нашими данными и приведенными выше результатами в упомянутых нами работах видны невооружённым глазом. Попытка объяснить недостаточную частоту выделения микрофлоры предшествующим приёмом антибиотиков вряд ли будет корректной, так как существуют данные, свидетельствующие о том, что на фоне приёма антибактериальных препаратов флора выделялась у 59,2% детей [5]. Приведенная цифра существенно больше по сравнению с полученными нами данными. Наши результаты можно объяснить, вероятно, тем, что среда богатая кислородом не является оптимальной для длительного поддержания жизне-

способности как *S. pneumonia* и *S. pyogenes*, являющихся микроаэрофилами, так и для *H. influenzae*, являющейся факультативным анаэробом.

Заключение. Имеющийся уровень этиологической расшифровки, безусловно, не может удовлетворять запросам врача-клинициста. Поэтому нам кажется целесообразным использовать транспортные среды, предназначенные для поддержания жизнеспособности требовательных микроорганизмов, включая анаэробов. Это позволит повысить частоту этиологической расшифровки СО и, следовательно, оценить чувствительность полученных изолятов к антибактериальным препаратам, что даст возможность своевременно скорректировать терапию и ускорить выздоровление. Несомненной представляется и возможность получить в связи с этим существенный экономический эффект.

Литература:

1. Burden of Disease Caused by Otitis Media: Systematic Review and Global Estimates / Monasta L. [et al.] // PLoS ONE. – 2012. – Vol. 7, № 4. – e 36226.
2. Childhood suppurative otitis media in Abakaliki: Isolated microbes and in vitro antibiotic sensitivity pattern / Nnebe-Agumadu U. [et al.] // Niger J. Clin. Pract. – 2011. – vol. 14. – P.159-162.
3. J.O. Klein The burden of otitis media / Klein J.O. // Vaccine. – 2000. – Vol. 19, Suppl 1. – S2-S8.
4. Multiple Streptococcus pneumoniae Serotypes in Aural Discharge Samples from Children with Acute Otitis Media with Spontaneous Otorrhea / Rodrigues F. [et al.] // Journal of Clinical Microbiology. – 2013. – Vol. 51, № 10. – PP. 3409-3411.
5. Otitis media aguda: prevalencia de otopatógenos en pacientes de un hospital público / P.A. Sommerfleck [et al.] // Acta Otorrinolaringol. Esp. – 2013. – Vol. 64. – P. 12-16.
6. Микробиологические методы исследования биологического материала : инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 19.03.2010. – Минск, 2010. – 129 с.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА, ВЫДЕЛЕННОГО С КОЖИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, К ОСНОВНЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

**Бедин П.Г.¹, Новомлинова Л.В.², Некрашевич Т.В.²,
Вежель О.В.³, Рулевская Н.Н.⁴**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²ГУ «Гродненский областной центр гигиены,
эпидемиологии и общественного здоровья»

³УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

⁴УЗ «Мозырская центральная городская поликлиника»

Введение. По данным Всемирной аллергологической организации, атопический дерматит (АД) является наиболее частым воспалительным заболеванием кожи [2]. Роль золотистого стафилококка в этиопатогенезе