

релаксационной дуоденографии стриктуры билиодигестивного анастомоза не было установлено. Санирование более крупных абсцессов печени было достигнуто путем чрескожного чреспеченочного их дренирования. Тем не менее, у пациента развился перитонит, потребовавший лапаротомии. В послеоперационном периоде пациент получал интенсивную антибактериальную терапию, в том числе региональную путем катетеризации собственно печеночной артерией. Однако заболевание осложнилось билиарным сепсисом, что явилось причиной летального исхода. Летальность среди изучаемого контингента пациентов составила 12%.

Заключение. Больные, страдающие билиарной гипертензией, нуждаются в декомпрессии желчевыводящих путей как традиционными методами, так и малоинвазивными вмешательствами. При развитии острого холангита хирургические методы лечения холестаза должны предшествовать возникновению холангиогенных абсцессов печени, что возможно в специализированных клиниках.

Литературные ссылки

1. Брискин, Б.С., Карпов, И.Б., Кожемякин, С.А. Множественные мелкие абсцессы печени // Клиническая медицина, 1988. – №9. – С. 91-94.
2. Гальперин, Э.И., Ахаладзе, Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза // Хирургия, 1999. – №10. – С. 24-28.

Бедин П.Г.¹, Ляликов С.А.¹, Новомлинова Л.В.²

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

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

Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Хронический тонзиллит (ХТ) – актуальная проблема медицинской науки и практики. Несмотря на широкое распространение и многочисленные работы, посвящённые проблеме, некоторые вопросы этиопатогенеза заболевания остаются не до конца изученными [1,2,3]. В развитии ХТ исследователи отводят роль бактериям, вирусам, грибам. Большое число публикаций в настоящее

время посвящено проблеме взаимодействия микроорганизмов с образованием надклеточных структур и коллективного взаимодействия (quorum sensing). Широко известны явления антагонизма и синергизма. Однако указанные процессы не полностью отражают результат совместного “проживания” микроорганизмов в организме хозяина. Известно, что в результате взаимодействия микроорганизмов изменяются их свойства, что может быть важным при проведении терапии.

Цель – установить роль дрожжеподобных грибов *Candida* в патогенезе ХТ и изучить взаимное влияние микрофлоры миндалин у детей с ХТ.

Материалы и методы. У 788 детей (средний возраст 8,7 года, интерквартильный размах 4-13 лет) были проанализированы результаты посевов из зева. Возрастная характеристика обследованных детей приведена в таблице 1.

В работе приведены результаты бактериологического исследования материала от пациентов, поступившего в ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» от детей Гродненского региона в возрасте от 2 до 18 лет с указанным в направлении диагнозом «Хронический тонзиллит в период с 01.01.2010 по 31.12.2010».

В выборку не включались результаты, полученные у детей, направленных на микробиологическое обследование с другими диагнозами (носительство *S. aureus*, кандидоз, пневмония, бронхиальная астма, врождённый порок сердца и т.д.).

Таблица 1 – Возрастная структура обследованных детей

Возрастные периоды (лет)	2-5	5-9	9-12	12-15	15-18
Количество человек	247	169	107	111	154
%	31,3	21,5	13,6	14,1	19,5

Посев, культивирование, идентификация и определение чувствительности к антибиотикам проводились в соответствии с действующей инструкцией [4]. Для верификации возбудителя слизь с поверхности миндалин брали стерильными ватными тампонами и помещали в универсальную транспортную среду Стюарта. Посев производили на кровяной агар, желточно-солевой агар (ЖСА), среду Эндо, среду Сабуро. Посевы культивировали: кровяной агар при 35-37⁰С, 5-10% СО₂ в течение 24-48 часов, среду Эндо – при 35-37⁰С в аэробных условиях, в течение 24 часов, ЖСА – при 35-37⁰С в аэробных условиях, в течение 24 – 48 часов; среда Сабуро-агар – при 25-30⁰ С в аэробных условиях в течение 72 часов. При появлении роста на плотных питательных средах подсчитывали выросшие на чашках колонии

микроорганизмов и проводили их видовую идентификацию классическими методами или с использованием полуавтоматического микробиологического анализатора АТВ-expression.

Чувствительность выделенных штаммов микроорганизмов определяли согласно инструкции № 226-1200 2008 г. «Методы определения чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам» диско-диффузионным методом или при помощи полуавтоматического микробиологического анализатора АТВ-expression.

Исследования проводились с использованием транспортных систем, питательных сред, дисков с антибактериальными препаратами фирмы HIMEDIA (Индия) и тест-систем фирмы BioMerieux (Франция).

Обработка полученных данных производилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты. Было получено 157 культур грибов рода *Candida*. Всего поступили мазки от 788 детей, т.е. грибы *Candida* были выделены у 19,9% детей, страдающих ХТ. При этом в 2 (1,2%) случаях другой микрофлоры получено не было. В 7 (4,6%) случаях совместно с грибами выделялся стрептококк группы А, в 49 (31,3%) случаях – золотистый стафилококк, в 93 (59,3%) – негемолитический стрептококк, в 2 (1,2%) – *S.saproghiticus*, и по 1 разу (0,6%) – *S. Kl.oxytoca*, *Kl.pneumoniae*, представители семейства *Enterobacteriaceae*.

Зимой грибы рода *Candida* были выявлены в 15 образцах (из 174 образцов, поступивших на исследование в период с декабря по февраль), что составило 8,6%, весной – в 29 (16,6% от 174 поступивших в марте-мае), летом – в 42 (26,0% от 161 поступившего в июне-августе), осенью – в 71 (25,4% от 279 поступивших в сентябре-ноябре). Проценты идентифицированных культур грибов достоверно различались зимой и весной ($p=0,02$), зимой и летом ($p=0,00001$), весной и летом ($p=0,03$), весной и осенью ($p=0,02$), зимой и осенью ($p=0,00001$). Осенью и летом относительная частота выделения грибов не различалась ($p>0,05$).

Медианы возраста детей, у которых были выделены грибы рода *Candida*, гемолитический стрептококк и золотистый стафилококк, составляли, соответственно, 7 лет (интерквартильный размах 4–14 лет), 8 лет (4-12 лет), и 9 лет (5-14 лет). У детей 2-5 лет было выявлено 46 культур грибов (18,6% от 247 образцов, полученных у детей этой возрастной группы), 5-9 лет – 40 (23,6%), 9-12 лет – 11 (10,2%), 12-15 лет – 26 (23,4%), 15-18 лет – 34 (22,0%). Достоверно реже, чем во все остальные периоды, грибы рода *Candida* определялись у детей 9-12 лет (во всех случаях сравнений $p<0,05$).

Тесты с антимикотиками выполнялись для 43 культур грибов. К нистатину оказались чувствительными все протестированные культуры, к амфотерицину – 93,0%, к клотримазолу – 39,5%, к кетоконазолу –

4,7%. Таким образом, чувствительность грибов рода *Candida* к клотримазолу достоверно выше, чем к кетоконазолу ($p=0,00001$), к амфотерицину В – выше, чем к клотримазолу ($p=0,00001$), а к нистатину заметно выше ($p=0,08$), чем к амфотерицину В.

Грибы *Candida* существенно реже сопутствовали патогенному стрептококку (в 9,2% случаев), чем негемолитическим стрептококкам (22,5%) ($p=0,008$). Частота встречаемости кандид совместно с золотистым стафилококком (16,9%) достоверно не различалась с частотой выявления ассоциаций кандид с патогенным и непатогенным стрептококками.

Чувствительность золотистого стафилококка к некоторым антибактериальным препаратам в присутствии кандид существенно изменяется. Так, при наличии грибов на поверхности миндалин к левофлоксацину было чувствительно 87,5% протестированных штаммов золотистого стафилококка, а при их отсутствии 97,1% ($p=0,01$). 62,5% штаммов *S. aureus* при совместном выделении с грибами *Candida* были чувствительны к линезолиду, а при отсутствии грибов – 94,1% ($p=0,01$). Цефтриаксон действовал на 23,0% выделенных культур золотистого стафилококка при одновременном выделении кандид. При отсутствии роста грибов цефтриаксон был эффективен в 53,0% случаев ($p=0,05$). Наличие золотистого стафилококка не оказывало влияния на чувствительность грибов к противогрибковым препаратам (нистатин, амфотерицин В, клотримазол, кетоконазол).

Заключение. Грибы рода *Candida* выявляются у пятой части детей, страдающих хроническим тонзиллитом и не имеющих на момент обследования клинических признаков кандидоза. Наиболее редко их определяют у детей в возрасте 9-12 лет.

Выделение грибов *Candida* подвержено сезонным колебаниям: летом они определяются почти в 3 раза чаще, чем зимой.

Широкое использование производных имидазола привело к появлению большого числа устойчивых к ним штаммов. Высокая чувствительность грибов рода *Candida* сохраняется к полиеновым антимикотикам.

Частота выделения грибов *Candida* различается в зависимости от бактериальной флоры: в сочетании с негемолитическими стрептококками она выявляется существенно чаще, чем с патогенными.

В ассоциации с грибами рода *Candida* существенно снижается чувствительность золотистого стафилококка к левофлоксацину, линезолиду и цефтриаксону.

Литературные ссылки

1. Рыбак, Н.А. Инфекционные и морфологические аспекты хронического тонзиллита / Н.А. Рыбак // Актуальные проблемы

- медицины : материалы ежегодной итоговой научной конференции, Гродно, 15 – 16 декабря 2011 г. / Гродненский гос. мед. ун-т; отв. редактор М.Н. Курбат. – Гродно, 2011. – С. 117 – 121.
2. Хоров, О.Г. Выбор тактики и оценка лечения пациентов хроническим тонзиллитом/ О.Г. Хоров, И.Ч. Алещик //Здравоохранение. – 2004. – № 12. – С.48-50.
 3. Арзамазов, С.Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С.Г. Арзамазов, И.В. Иванец // Вестник оториноларингологии. – 2011. – № 1. – С. 55-57.
 4. Микробиологические методы исследования биологического материала: инструкция по применению: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 19.03.2010. – Минск, 2010. – 129 с.

Бекиш Л.Э., Семенов В.М.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО И ГЛАЗНОГО ТОКСОКАРОЗА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВИТЕБСКА И ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Висцеральный токсокароз человека – зоонозное паразитарное заболевание, характеризующееся длительным и рецидивирующим течением, полиморфизмом клинических проявлений, обусловленное миграцией личинок *Toxocaracanis* и *Toxocaramystax* по различным органам и тканям.

Клиническая картина при токсокарозе весьма разнообразна, степень ее проявлений зависит от массивности инвазии. Различают системный или висцеральный и глазной токсокароз.

Висцеральный токсокароз проявляется рецидивирующей лихорадкой, легочным синдромом, увеличением печени, селезёнки, лимфатических узлов, диспептическими явлениями, различными высыпаниями на коже, гиперэозинофилией, гиперглобулинемией.

Цель исследования – представить особенности клинического течения висцерального и глазного токсокароза у детей и взрослых.

Материалы и методы. Клинические исследования проводились на базе Витебской областной инфекционной больницы в 2005-2012 гг. Под наблюдением находилось 65 пациентов с висцеральным токсокарозом (35 мальчиков и 30 девочек) в возрасте от 2,8 до 14 лет и 6 взрослых (2