

повторно сформировался параректальный свищ который не имел чёткой связи с просветом прямой кишки, купирован консервативно.

Результаты и выводы. При предварительной оценке полученных результатов, в том числе и с помощью использования опросников оценки качества жизни, после коррекции ПТО методом лапароскопической ректокольпосакропексии частота осложнений не превышает, по некоторым данным даже меньше чем при других методах хирургического лечения.

Литература

1. Bruce G. Wolff, James W. Fleshman, The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, Springer Science, Business Media, 2007.
2. Corman, Marvin L., Colon and Rectal Surgery, 5th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2005
3. Куликовский В.Ф., Тазовый пролапс у женщин, / Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Даченко Б.М., - ГЭОТАР-Медиа, 2008 г.

СВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЁННОСТЬЮ НЕПОРАЖЁННЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ И ПОВЕРХНОСТИ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

***Бедин П.Г., Ляликов С.А., Новомлинова Л.В., Некрашевич Т.В.,
Бородавко П.Н.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного
здоровья»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. По данным Всемирной аллергологической организации атопический дерматит (АД) является наиболее частым воспалительным заболеванием кожи [3]. Роль золотистого стафилококка в этиопатогенезе АД широко обсуждается в литературе. Так же известно, что носительство *S. aureus* на слизистой верхних дыхательных путей широко распространено среди здоровых детей. К моменту выписки из роддома практически все дети являются носителями золотистого стафилококка. *S. aureus* колонизирует не только поражённую, но и непоражённую кожу, т.е. может быть компонентом нормальной микрофлоры. Однако обсеменённость поражённой кожи последним значительно выше. Так с кожи более 90% больных АД удалось выделить *S. aureus* без признаков инфицирования даже в титре $1 \cdot 10^7$. Затем было выяснено, что почти у половины лиц, больных АД, в крови обнаруживались антитела класса Е к токсинам [2], а в случаях тяжёлого течения – и к компонентам клеточной стенки [1]. При локализованных формах АД у большинства детей наоборот не наблюдалось значимого нарастания титра антистафилококковых антител. Это определило цель нашей работы – изучить связь выделения золотистого стафилококка с миндалин, непоражённой кожи и сочетанного выделения с указан-

ных биотопов у детей, страдающих АД, с некоторыми клинико-лабораторными показателями.

Материалы и методы. Нами было обследовано 90 детей в условиях аллергологического стационара детской областной клинической больницы г. Гродно. Пациенты направлялись врачами амбулаторного звена. Какого-либо отбора пациентов не производилось. В исследование включены все пациенты, пролеченные авторами. Нами выполнялось бактериологическое исследование поражённых участков кожи. Посев, культивирование, идентификацию и определение чувствительности к антибиотикам (АБ) проводили согласно действующим рекомендациям [6]. Диагностика и терапия заболевания проводились в соответствии с действовавшим стандартом [5]. Тяжесть АД оценивалась с использованием шкалы SCORAD. Дерматит считался лёгким при сумме баллов менее 20, средней тяжести – 20 – 39, а тяжёлым – 40 и более. Динамика показателя рассчитывалась как разность показателя при первичном и заключительном осмотре. Учитывалось местное и/или системное назначение АБ. Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0. Сравнение двух независимых групп проводили с помощью теста Манна-Уитни (при сравнении двух независимых групп) При сравнении долей использовался точный критерий Фишера. Данные приведены в виде «медиана (нижняя квартиль-верхняя квартиль)». Для долей (%) указан 95% доверительный интервал.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных составил 4,0 (1,0-10,0) лет. Девочек и мальчиков было поровну. У 10 детей дерматит был в полной ремиссии, у 12 – в неполной и у 68 – в обострении. Лёгкий дерматит был диагностирован у 19, средней тяжести – у 22, а тяжёлый – у 34 детей. Эритематозно-сквамозная форма наблюдалась в 33,3% (3,0-63,6)% случаев, эритематозно-сквамозная с лихенификацией – 13,3 (5,9-20,7)%, экзематозная – 14,4 (6,8-22,0)%, лихеноидная – 20,0 (11,3-28,7)%, пруригинозная – 7,8 (2,0-13,6)%. Возраст дебюта заболевания составил 3 (2-11) месяцев. Продолжительность заболевания на момент обследования составила 3 года (8 месяцев-7 лет). Известный интерес представляет оценка взаимосвязей между выделением золотистого стафилококка с миндалин и непоражённой кожи. Полученные результаты позволили сформировать 4 группы, описанные в таблице 1.

Таблица 1. – Распределение пациентов в зависимости от выраженности роста золотистого стафилококка на коже и поверхности миндалин

Локализация	№ группы (количество человек)			
	1 (33)	2 (9)	3 (5)	4 (28)
Непоражённая кожа	отсутствует	3,0 (2,0-4,0)	2,0 (2,0-2,0)	отсутствует
Миндалины	4,0 (3,0-5,0)	отсутствует	6,0 (6,0-6,0)	отсутствует

Примечание: для удобства восприятия в таблице опущены символы 1×10 , а приведены лишь значения титров.

Итого с миндалин было получено 38 культур, с кожи – 14. У 28 человек золотистый стафилококк отсутствовал как на миндалинах, так и на коже.

S. aureus с поражённой кожи выделялся у лиц, имевших его на непоражённой коже, в 92,3 (77,9-100,0)%, что достоверно чаще, чем без выделения (46,5 (33,7-59,3)0% ($p=0,04$).

Частота выделения золотистого стафилококка с миндалин при обнаружении его же на коже составила 35,7 (0,0-77,6)%, а при отсутствии – 54,1 (37,1-71,1)% ($p>0,05$). Также отсутствовало достоверное различие между частотой выделения стафилококка с непоражённой кожи при выделении его же с миндалин (13,1 (0,0-42,6))% и без (24,3 (0,0-52,3%)) ($p>0,05$). Однако количество золотистого стафилококка на непоражённой коже существенно различалось между группами 2 и 3, а на миндалинах – между группами 1 и 3 ($p=0,02$ в обоих случаях). Количество эозинофилов было существенно больше у детей 3-й группы (12,0 (8,0-13,0)), чем у детей 4-й группы (3,0 (2,0-5,0) ($p=0,04$).

Значительно различалась структура тяжести заболевания у детей группы 1 и 2 ($p=0,03$). Так у детей из группы 1 был зафиксирован лёгкий дерматит в 63,6 (47,2-80,0)%, средней тяжести – в 30,3 (14,7-45,9)%, тяжёлый – в 6,1 (0,0-14,2)%. У детей из группы 2 количество случаев лёгкого течения заболевания составило 66,7 (36,0-97,4)%, среднего – 11,1 (0,0-31,6)%, а тяжёлого – 22,2 (0,0-49,3)%. Интересно отметить, что площадь поражённой кожи на момент выписки была достоверно больше у детей группы 4 (8,5 0,0-17,0)% по сравнению с группой 3 (8,5 0,0-8,5)% ($p=0,007$). На первый взгляд странный результат можно объяснить положительным эффектом от применения антибактериальных препаратов у детей с наличием *S. aureus* на поражённой коже. При выделении с кожи последнего назначение АБ оказывало существенное влияние на цифры абсолютной динамики индекса SCORAD ($p=0,02$). У детей, получавших АБ, динамика составляла 31,0 (18,0-55,0) балл, в то время как у детей, лечившихся без применения АБ – всего лишь 15,5 (8,5-42,0).

Закключение. Таким образом, выделение золотистого стафилококка с непоражённой кожи является предиктором выделения его же с поражённых участков. При выделении с непоражённых участков кожи *S. aureus* было достоверно больше тяжёлых форм АД, чем при выделении последнего с поверхности миндалин. Сочетанное выделение золотистого стафилококка с миндалин и непоражённой кожи ассоциировано с большим уровнем эозинофилов в капиллярной крови и меньшей площадью кожного поражения на момент выписки по сравнению с детьми, у которых рост *S. aureus* отсутствовал как на коже, так и на миндалинах. Последний факт, вероятно, можно объяснить положительным эффектом АБ на динамику индекса SCORAD при выделении золотистого стафилококка с поражённых участков кожи.

Литература

1. Anti-Staphylococcus aureus specific IgE in atopic dermatitis / С. Motala [et al] // J. Allergy Clin. Immunol. – 1986. – vol. 14, №4. – P. 583-589
2. Presence of IgE antibodies to staphylococcal exotoxins on the skin of patients with atopic dermatitis. Evidence for a new group of allergens / D.Y. Leung [et al] // J. Clin. Invest. – 1993. – vol. 92. – P. 1374-1380.
3. WAO White Book of Allergy // WAO [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : <http://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WAO-White-Book-on-Allergy.pdf>. – Дата доступа : – 04.04.2013.
4. Значение эпидемиологических, микробиологических и иммунологических показателей для установления стафилококковой природы заболеваний / Н.Б. Мордвинова [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1981. - № 9. – С. 81-86.
5. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами : прил. к приказу М-ва здравоохранения Республики Беларусь 31.10.2010 № 1387 // Режим доступа http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2010. - Дата доступа : 13.05.2013.
6. Микробиологические методы исследования биологического материала : инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 19.03.2010. – Минск, 2010. – 129 с.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АББЕРАНТНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ

Белоус П.В., Ващенко В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Кровоснабжение печени и его варианты подвержены постоянному и пристальному исследованию по причине чрезвычайной важности в различных сферах медицинской практики [1,3]. Одним из особенных фактов в исследовании вариантной анатомии кровоснабжения печени является наличие дополнительных источников кровоснабжения. Во многих исследованиях обнаруживалась дополнительная артерия к правой доле печени [1,2]. Знание ее характеристик, таких как источник исхода, наружный диаметр, а также взаиморасположение в печеночно-двенадцатиперстной связке заслуживают особенного внимания. Это связано с близостью этого сосуда, достигающего порой внушительного диаметра к областям