

## **Выводы**

Достаточно часто встречались такие заболевания, как: астма с преобладанием аллергического компонента и хронические болезни нижних дыхательных путей, причем преимущественно у лиц мужского пола (в отношении к общему числу обследованных). Снижение иммуноглобулина А, который отражает местный характер иммунитета, позволяет отнести детей и возрасте 7–10, 12–14 лет к группе риска развития бронхолегочных патологий.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Оценка гуморального иммунного статуса детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии / М. О. Межейникова, Н. П. Челебиева [и др.]. // Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященный 95-летию со дня рождения профессора Обухова Геннадия Алексеевича, Гродно, 25–26 апреля 2019 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол.: В. А. Снежицкий (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2019. – С. 321–322.
2. Межейникова, М. О. Оценка микогенной сенсibilизации детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии путем анализа их гуморального звена иммунитета / М. О. Межейникова, Е. В. Терещенко, П. А. Максименко // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. ст. XI Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 2–3 мая 2019 г. : в 8 т. / Гомел. гос. мед. ун-т ; редкол.: А. Н. Лызикив [и др.]. – Гомель, 2019. – Т. 6. – С. 113–115.

**УДК 579.61:[616.34+616.321]:616.2-053.2**

**А. А. Соснок, И. А. Селиванов**

*Научный руководитель: ассистент кафедры М. О. Межейникова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ КИШЕЧНИКА И ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

### **Введение**

Микробиота человека состоит из совокупности микроорганизмов, который постоянно изменяется. Он осуществляет различные функций, в том числе возникновение колонизационной резистентности, поддержание гомеостаза, участие в иммунных реакциях, водно-солевом обмене, синтезе витаминов и т. д.. Микробиота глотки человека формируется из флоры полости носа и ротовой полости, что обуславливает его достаточное разнообразие. Изменение и нарушение функций микробиоты приводит к возникновению различных заболеваний [1, 2].

Особую важность имеет тот факт, что глотка – это отдел респираторного и пищеварительного тракта, что указывает на сходство состава микробиоты глотки и кишечника и определяет их взаимное влияние друг на друга [3].

### **Цель**

Изучить дисбаланс микробиоты кишечника у детей с бронхолегочной патологией на современном этапе.

### **Материал и методы исследования**

На базе УЗ «Гомельская детская областная клиническая больница» в педиатрическом отделении № 3 были изучены микробиологические показатели микробиоты и кишечника и глотки у детей с бронхолегочной патологией. Общее число обследованных за 2024 год составило 32 пациента. Из них 21 человек мужского пола, 11 – женского пола. Возраст обследованных составил от 2 до 17 лет. Были проана-

лизированы полученные результаты микробиологического исследования мазков из глотки и результаты дисбаланса кишечника.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием статистического пакета Microsoft Excel 2019

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Основными изучаемыми патологиями стали: астма с преобладанием аллергического компонента (12 пациентов – 37,5%), хронические болезни нижних дыхательных путей (5 пациентов – 15,63%) и атопический дерматит неуточненный (4 пациента – 12,5%). Встречались и другие патологии, такие как острый бронхит, пневмония различной этиологии и т.д. Данные заболевания занимали в отдельности не более 9,38% от общего количества.

Самой частой жалобой, которую предъявляли пациенты, стал кашель (как продуктивный, так и непродуктивный). Частота обращений с данным симптомом составила 56,25% от общего числа жалоб (18 пациентов). Вторая частая жалоба – сыпь и зуд. Данные симптомы встречались у 7 пациентов (21,86%). Реже – беспокоили отеки, заложенность носа и другое. Только 3 пациента (9,375%) не отмечали жалоб.

Изучение анамнеза настоящего заболевания установлено, что в 75 % случаев отсутствует связь с предшествующим приемом антибиотиков. Только 8 пациентов отметили возможное влияние антибактериальных средств группы защищенных пенициллинов – 3 человека (9,38%) и группы макролидов – 3 человека. Также выявлены единичные случаи приема АБ препаратов групп карбопенемов и цефалоспоринов.

Прием ГКС отметили 24 пациента (75%). Из них 9 пациентов (28,13% детей) принимали препараты, имеющие в своем составе флутиказон, 8 пациентов (25%) – мометазон, 5 пациентов (15,63%) – преднизолон. Также установлен прием таких препаратов, как будесонид, дексаметазон, кортизон и метилпреднизолон. 25 % пациентов ГКС не принимали.

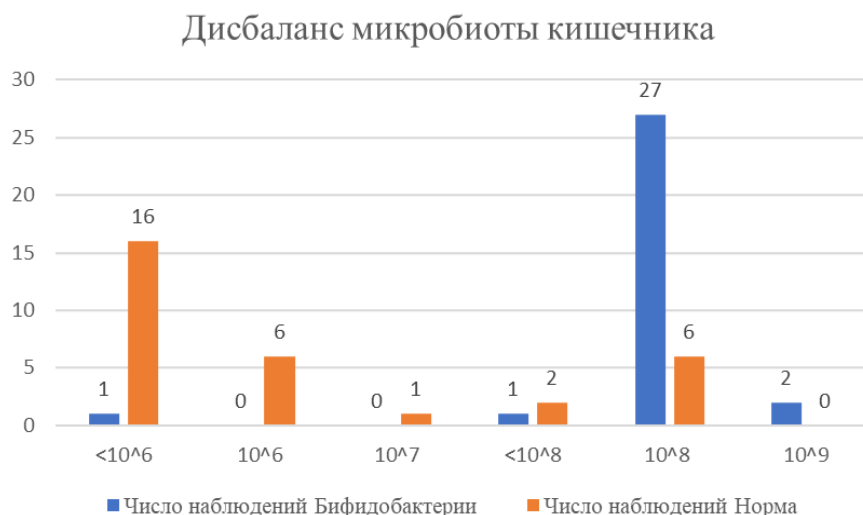
Микробиологические исследования мазков из глотки натошак с помощью зонда флюкированного показали, что в 43,75% случаев патогенная бактериальная флора отсутствовала. Наглядная информация представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Микробиологическое исследование глотки у детей с бронхолегочной патологией

| Патоген         | Рост         |            |           |
|-----------------|--------------|------------|-----------|
|                 | Скудный      | Умеренный  | Массивный |
| S. Aureus       | 7 пациентов  | 4 пациента | 1 пациент |
| Candida spp.    | 1 пациент    | 4 пациента | 1 пациент |
| K. Pneumonia    | –            | 4 пациента | –         |
| S. Haemolyticus | –            | –          | 1 пациент |
| Не обнаружены   | 14 пациентов |            |           |

В 21,88% случаев был выявлен рост скудный рост S. Aureus, в 12,5% случаев – умеренный рост Candida spp., в 12,5% случаев – умеренный рост K. Pneumonia и, аналогичным образом, в 12,5% случаев – умеренный рост S. Aureus (скудный – 16% и умеренный рост – 14%), (умеренный рост – 7,5%). Также в некоторых образцах были обнаружены: S. Haemolyticus (массивный рост), а также массивный и скудный рост вышеуказанных бактерий. Однако данные результаты не превышали 3,13% каждый.

Информация о дисбалансе микробиоты кишечника представлена на рисунке 1.



**Рисунок 1 – Дисбаланс микробиоты кишечника у детей с бронхолегочной патологией**

Анализ дисбаланса кишечника проводился у всех пациентов. Ни в одном из образцов не было обнаружено патогенной микрофлоры. Однако выявлено снижение количества как бифидобактерий, так и лактобактерий. Бифидобактерии снижены лишь в 29 случаях (90,63%), причем 2 случая из них относятся к средней и тяжелой степени. Лактобактерии снижены были в 22 случаях (68,75%), причем 16 из них – средняя / тяжелая степень тяжести. Таким образом, дети с бронхолегочными патологиями подвержены нарушению баланса вышеуказанных бактерий в сторону их снижения, что способствует снижению иммунных функций всего организма [4].

### **Выводы**

Среди всех изучаемых патологий, чаще всего встречались астма с преобладанием аллергического компонента, хронические болезни нижних дыхательных путей и атопический дерматит. Преобладающей жалобой у детей стал кашель, сыпь и зуд. Связь заболевания с приемом антибактериальных средств большинство из пациентов отрицают. Обратная ситуация наблюдается в отношении предшествующего заболеванию приема ГКС (75%, самый частый – флутиказон).

В половине случаев при микробиологическом исследовании мазков из глотки патогенная бактериальная флора отсутствовала. Отмечен преимущественный рост *S. Aureus* и *Candida spp.* Оценка дисбаланса микробиоты кишечника позволила выявить снижение содержания бактерий порядков *Lactobacillales* и *Bacillales*, что свидетельствует о необходимости коррекции биоты с целью улучшения метаболических процессов в кишечнике и реализации всех его функций, что имеет огромное значение в лечении и реабилитации в последующем. Таким образом, можно сделать вывод, что снижение *Lactobacillales* и *Bacillales* ассоциировано с наличием бронхолегочных патологий

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Межейникова, М. О. Микробиом глотки / М. О. Межейникова, А. Д. Буланова // Фундаментальная наука в современной медицине – 2023: материалы науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Минск, февр. – март 2023 г. / Белорус. гос. мед. ун-т; под ред. С. П. Рубниковича [и др.]. – Минск, 2023. – С. 92–94.
2. Калугина, В. А. Проявление орофарингомикоза у детей с трахеобронхолегочной патологией на фоне дисбактериоза / В. А. Калугина, М. С. Климина, М. О. Межейникова // Студенческая медицинская наука XXI века. IV форум молодежных научных обществ: материалы XIX междунар. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых и IV Форума молодеж. науч. о-в, Витебск, 23–25 окт. 2019 г. / Витеб. гос. мед. ун-т; под ред. А. Т. Щастного. – Витебск, 2019. – С. 420–422.

3. Межейникова, М. О. Метаболическая ось «кишечник-глотка» при микозе глотки / М. О. Межейникова, Н. П. Челебиева, А. В. Новик // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2023. – Т. 13, № 2, электрон. прил.: Материалы I Международного молодежного оториноларингологического форума и Гродненской областной научно-практической конференции «Школа оториноларинголога», Гродно, 22–23 июня 2023 г. – С. 85–89.

4. Порошина, Л. А. Изменения микробиома кишечника у детей, страдающих атопическим дерматитом / Л. А. Порошина, П. С. Садченко // Проблемы здоровья и экологии. – 2024. – Т. 21, № 3. – С. 40–44.

**УДК 616.322-002-036.12-036.2-06**

**А. Д. Шевандо**

*Научный руководитель: д.м.н., доцент И. Д. Шляга*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ**

### ***Введение***

Тонзиллит – инфекционное заболевание, причиной которого чаще всего является гемолитический стрептококк группы А. Реже могут встречаться стафилококки другие микроорганизмы [1].

Воспалительные заболевания ротоглотки занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЛОР-органов. Актуальность проблемы хронического тонзиллита остается на достаточно высоком уровне. По данным зарубежных и отечественных авторов, распространенность хронического декомпенсированного тонзиллита среди населения колеблется в широких пределах: во взрослой популяции хронический тонзиллит диагностируется от 5 % до 37 % пациентов, в детской от 15 % до 63 % [2].

Согласно классификации хронического тонзиллита И. Б. Солдатов (1975 г.) различают две формы данного заболевания: специфический и неспецифический, который в свою очередь делится на компенсированную и декомпенсированную. [1]

При компенсированной форме наблюдаются лишь местные признаки хронического воспаления небных миндалин, при хроническом декомпенсированном тонзиллите, кроме вышеуказанных признаков, имеются проявления декомпенсации в виде частых ангин, паратонзиллитов и паратонзиллярных абсцессов, а также сопряженных заболеваний сердца, суставов и почек, которые являются показанием к хирургическому лечению – двухсторонней тонзиллэктомии [3,4].

Коморбидность – наличие двух или более заболеваний у больного, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой. Коморбидность влияет на прогноз и качество жизни пациента, способствует увеличению количества дней госпитализации, инвалидизации, срывает процесс реабилитации, увеличивает количество осложнений, в том числе после хирургических вмешательств [5].

Наиболее изученными коморбидными проявлениями ХТ в отношении органов-мишеней являются сердечно-сосудистая, костно-мышечная и мочевыделительная системы. К ним относятся острая ревматическая лихорадка и постстрептококковый гломерулонефрит, хроническую ревматическую болезнь сердца, инфекционный эндокардит, миокардит, перикардит [6].

### ***Цель***

Оценить частоту встречаемости коморбидных состояний при хроническом тонзиллите. Выявить статистическую связь между полом и наличием сопутствующих заболеваний.