

орофарингомикоза с патологией дыхательных путей (39 %) у детей. Когда при стандартном способе диагностики этот показатель составил лишь 8,7 %. Это может объясняться использованием ватного тампона для забора материала при стандартном способе диагностики, поскольку основная часть липкого патологического содержимого остается на тампоне, в связи с чем, при микроскопии или посеве возможен ложноотрицательный результат [3]. Довольно важным оказался микроскопический метод диагностики грибковой инфекции ротоглотки, который не использовался у детей группы контроля. Следовательно, предложенный нами способ забора материала из ротоглотки, а также обязательное включение в диагностический алгоритм орофарингомикоза микроскопии нативных мазков может оказаться достаточно эффективным. Нужно отметить, что преобладающей патологией дыхательных путей среди детей с орофарингомикозом явилась бронхиальная астма (более 50 %), что вызывает определенный научный интерес для углубленного изучения данного вопроса. Процент встречаемости грибов рода *Candida* в основной группе составил 51 %, что может свидетельствовать о высоком влиянии грибковой инфекции на особенности и длительность течения заболеваний дыхательных путей среди данной категории детей. Сочетанная грибково-бактериальная биота области ротоглотки среди детского населения составила 49 %, что может усугублять течение, а также увеличивать длительность заболевания. Полученные данные являются свидетельством колоссальной важности микотической настороженности врачей у данной категории детей для своевременной диагностики микоза глотки и определения правильной тактики ведения пациента, а также изменения подходов к способам и тактике забора патологического материала области ротоглотки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кунельская, В. Я. Микозы в оториноларингологии / В. Я. Кунельская. — М.: Медицина, 1989. — 320 с.
2. Антипкин, Ю. Г. Рецидивирующий бронхит у детей: дискуссионные вопросы / Ю. Г. Антипкин, В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманец // Здоровье Украины. — 2008. — № 18. — С. 19–21.
3. Блоцкий, А. А. Грибковые заболевания ЛОР-органов: рук-во / А. А. Блоцкий, С. А. Карпищенко, Е. Б. Катинас. — изд. 2-е. — Благовещенск – СПб.: ГБОУ ВПО АГМА, ГБОУ ВПО ПСПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова. — СПб.: Диалог, 2014. — 176 с.

УДК 616.322-002.828:616.233/.24-002]:612.017

### ОЦЕНКА МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОРОФАРИНГОМИКОЗОМ НА ФОНЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПУТЕМ АНАЛИЗА ИХ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА

*Межейникова М. О., Терещенко Е. В., Максименко П. А.*

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### Введение

По данным ВОЗ, 20 % населения всего мира поражено грибковой инфекцией [1]. На сегодняшний день микотическое поражение ротоглотки выходит на первое место среди микозов ЛОР-органов без тенденции к снижению. Основными возбудителями микотического поражения орофарингеальной локализации являются грибы рода *Candida* (70–90 %), реже, в 5–7 %, встречаются микозы, обусловленные нитчатými микромицетами (*Aspergillus spp.*, *Penicillium spp.*, *Mucor* др.) [3]. Особенно актуальна и значима проблема поражения грибковой инфекцией области ротоглотки среди детей с бронхолегочной патологией. На сегодняшний день респираторная патология у детей пред-

ставляет собой важнейшую проблему в связи с большой ее распространенностью и тенденцией к росту этих заболеваний. На протяжении полувека болезни бронхолегочной патологии в детском возрасте занимают первое место. О масштабах роста (ежегодно 5–7 %) свидетельствует показатель заболеваемости детей болезнями органов дыхания (которые составляют 66 на 100 тыс. населения, то есть более 50 %) [2]. Незавершенность формирования иммунитета; хронические и рецидивирующие заболевания дыхательных путей; бесконтрольное применение антибактериальных препаратов, топических кортикостероидов; аллергизация детского населения способствует развитию иммунодефицитных состояний, а следовательно и росту изучаемой категории патологии среди детского населения.

#### **Цель**

Оценка микогенной сенсibilизации детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии путем анализа их гуморального звена иммунитета.

#### **Материал и методы исследования**

На базе детского пульмонологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» нами в период с января по декабрь 2017 г. проведено исследование, в котором приняли участие 1050 детей с бронхолегочной патологией. Нами произведен анализ 121 тематических клинических случаев (орофарингомикоз на фоне бронхолегочной патологии) с последующей оценкой их гуморального иммунитета. Для оценки гуморального иммунитета определяли концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и E методом ИФА. В исследовании приняли участие примерно одинаковое количество мальчиков и девочек (65 к 56 соответственно). Возрастная категория детей составила от 2 до 17 лет.

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

По данным проведенного нами исследования только у 3 (2,48 %) детей из 121 тематических клинических случаев встречается ларинготрахеобронхит, 7 (5,79 %) — ларинготрахеит, 15 (12,34 %) — трахеобронхит, 62 (51,24 %) — бронхиальная астма, 34 (28,1 %) — другие бронхолегочные заболевания. Из вышеизложенного следует, что орофарингеальный микоз чаще встречается при бронхиальной астме. При проведении оценки частоты встречаемости условно-патогенных грибов рода *Candida* области ротоглотки среди детей, а также анализа их титра нами получены следующие данные: частота условно-патогенного титра грибов рода *Candida* (до  $10^3$ ) выявляется у 70 детей, патогенного титра ( $10^3$  и выше) у 49 детей; что составляет 58,8 и 41,2 % соответственно. Следовательно, грибковая инфекция ротоглотки может оказывать значительную роль на особенности и длительность течения бронхолегочной патологии среди детей. Анализ биоты ротоглотки среди детей с бронхолегочной патологией показал, что частота встречаемости грибково-бактериальной биоты составила 65 случаев, грибковой — 54, что равно 54,6 и 45,4 % в процентном соотношении соответственно. Из этого следует, что частота грибково-бактериальной ассоциации выше частоты грибковой, что в свою очередь может затруднять своевременную диагностику, усугублять течение и увеличивать длительность заболевания данной категории детей. При оценке гуморального звена иммунитета путем определения концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и E. методом иммуноферментного анализа выявлено, что отклонение Ig G наблюдается у 29,17 % детей, отклонение Ig E — у 72,6 %, отклонение Ig A — у 7,69 %, отклонение Ig M — у 5,43 %. Вышеизложенные результаты могут быть свидетельством высокой значимости Ig E и Ig G в особенностях иммунного ответа у данной категории детей.

#### **Выводы**

В ходе проведенного исследования обнаружена довольно высокая распространенность сочетанного течения бронхиальной астмы с орофарингомикозом у пациентов

детского возраста в пульмонологическом отделении учреждения «ГОКБ», что вызывает определенный научный интерес для углубленного изучения данного вопроса. Обнаружено, что процент встречаемости грибов рода *Candida* в исследуемой группе детей составил 41,2 %, что может свидетельствовать о высоком влиянии грибковой инфекции ротоглотки на особенности и длительность течения бронхолегочной патологии среди данной категории детей. Сочетанная колонизация ротоглотки грибково-бактериальной флорой среди детского населения в пульмонологическом отделении учреждения «ГОКБ» составила 53,7 %, что возможно может усугублять течение, а также увеличивать длительность заболевания в исследуемой группе детей. При оценке гуморального звена иммунитета у детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии выявлено, что отклонение от нормы Ig E составило 73 % случаев, что может свидетельствовать о высокой степени алергизации (сенсibilизации) детского организма в ответ на грибковую инфекцию ротоглотки на фоне заболевания дыхательных путей. Отклонение Ig G наблюдается у 29,17 % детей, что может говорить о высокой значимости Ig G в особенностях иммунного ответа у данной категория детей. Роль других иммуноглобулинов оказалась менее значительной.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Аравийский, Р. А.* Диагностика микозов: пособие для врачей / Р. А. Аравийский, Н. Н. Климко, Н. В. Васильева. — СПб., 2004. — 185 с.
2. *Бурова, С. А.* Пневмоконоиозы / С. А. Бурова // Тер. архив. — 1998. — Т. 70. № 10. — С. 68–71.
3. *Шляга, И. Д.* Микозы верхних дыхательных путей и уха: современные аспекты: учеб.-метод. пособие для врачей / И. Д. Шляга, В. П. Ситников, Д. Д. Редько. — Гомель, 2009. — 46 с.

УДК 616.714.1-06-036.2(476.2)

### **АНАЛИЗ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Нестерович А. И., Анисимова Е. И., Марченко В. Н.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Внутричерепные осложнения в оториноларингологии могут быть отогенными, риносинусогенными и тонзиллогенными.

Отогенные внутричерепные осложнения — это совокупное название всех поражений внутричерепных структур, которые возникают на фоне заболеваний среднего или внутреннего уха.

Риносинусогенные внутричерепные осложнения — это группа заболеваний, развивающихся при распространении инфекции из первичного очага в околоносовых синусах или полости носа в полость черепа.

Тонзиллогенные внутричерепные осложнения — это группа заболеваний, развивающихся при распространении инфекции из первичного очага локализованного в небных миндалинах.

Клиническая картина всех форм внутричерепных осложнений представлена интоксикационным синдромом, общемозговой и очаговой симптоматикой. Из-за большого количества проявлений и частой «стертости» симптоматики постановка диагноза затруднительна. При сборе анамнеза врач уточняет ранее установленный диагноз, динамику развития заболевания, наличие сопутствующих патологий. Используются резуль-