

возбудитель при ОРФМ и ларингомикозах, *C. albicans*, сохраняет высокую чувствительность к флуконазолу (86 %) и итраконазолу (82 %). Высокий уровень чувствительности к флуконазолу имеет также *C. glabrata* (67 %). В то же время представители других штаммов имеют высокую резистентность к флуконазолу. Так, у вида *C. valida* резистентность составила 67 %, у *C. tropicalis* она равнялась 60 %, а *C. krusei* показал 100 % резистентность к данному препарату.

Выводы

1. Диагностика микотической патологии ВДП должна быть комплексной и базироваться на клинико-лабораторных данных, так как клинические проявления их не имеют специфических патогномоничных признаков грибкового поражения, а наличие грибковой инфекции на слизистой оболочке носа, глотки и гортани может иметь сапрофитный характер.

2. При фаринголарингомикозах ведущим этиологическим агентом в нашем регионе является *C. albicans* (72 %) и *C. krusei* (10 %).

3. Плесневая микобиота (*Aspergillus spp.*, *Penicillium spp.*) имеет доминирующее значение при грибковых риносинуситах (87,2 %).

4. Для эффективного лечения микозов ВДП необходимым условием является проведение видовой идентификации и определение чувствительности возбудителей к противогрибковым препаратам.

5. Полученные данные об активности флуконазола *in vitro* позволяют продолжить его использование в качестве препарата выбора для лечения большинства форм кандидозов ЛОР-органов. При выявлении плесневой микобиоты препаратами выбора являются итраконазол, вориконазол.

6. Препаратами резерва для лечения ЛОР-микозов в современных условиях являются вориконазол и амфотерицин В.

УДК 616.322-002.3-036.12«2016/2018»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ УГОКБ (2016–2018 ГГ.)

Михальченко В. А., Костина Ю. М.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Проблема хронического тонзиллита (ХТ) продолжает оставаться в центре внимания ученых и практических врачей на протяжении многих лет.

Клиническое течение хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ) в настоящее время изменилось и в большинстве своем характеризуется стертым началом заболевания и полиморфностью жалоб со стороны глотки, внутренних органов и систем. Прогноз при ХДТ зависит от своевременности и эффективности лечения. Поэтому одной из основных задач врачей является тщательный и своевременный отбор пациентов для тонзилэктомии.

Цель

Проанализировать группу пациентов с ХДТ, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении УГОКБ за период 2016–2018 гг. и изучить особенности клинического течения ХДТ в современных социально-экономических условиях.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 489 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении У «ГОКБ» за период 2016–2018 гг. с диагнозом ХДТ.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были обработаны 489 медицинских карт пациентов ЛОР-отделения с диагнозом ХДТ. Среди обследуемых 288 (59 %) пациентов женского пола, 201 (41 %) — мужского. Распределение пациентов с ХДТ по возрасту: до 20 лет — 54 (11 %) человека; 21–40 лет — 337 (69 %); 41 и старше — 98 (20 %).

У пациентов с ХДТ наблюдались следующие клинические проявления: боль в горле — 465 (95 %) человек, лакунарные пробки с неприятным запахом — 303 (62 %), рецидивирующие ПТА — 270 (55 %) человек, частые ангины — у 161 (33 %), боль в суставах летучего характера — у 101 (21 %), субфебрильная температура — у 88 (18 %), боль в сердце — у 73 (15 %).

У 191 (39 %) пациента, которые в своем анамнезе отмечали жалобы на боль в суставах, боль в сердце, субфебрилитет, было выявлено повышение антистрептолизина О (250–500 МЕ/мл).

Микробиологическое исследование материала из глотки было проведено 351 пациенту с ХДТ. По результатам исследования были выделены следующие возбудители: бактерии рода *Staphylococcus* (*St. aureus* 10^5 – 10^7), *Streptococcus* (*Streptococcus haemolyticus* (10^5)), *Klebsiella* (*Klebsiella pneumonia* (10^5)) — у 126 (36 %) пациентов; грибы рода *Candida* — у 105 (30 %); смешанная биота (*St. aureus* 10^5 – 10^6 и *Candida albicans* (10^3 – 10^4)) — у 78 (22 %) пациентов; у 42 (12 %) пациентов возбудитель не был выявлен. По данным гистологического исследования, которое было проведено 423 пациентам, грибы рода *Candida* были выделены у 237 (56 %) пациентов, смешанная биота (*Actinomyces israelii* (10^3 – 10^4) и *Candida albicans* (10^3 – 10^5)) — у 33 (8 %) пациентов.

423 (87 %) пациентам была выполнена двусторонняя тонзилэктомия. Консервативная терапия была рекомендована 66 (13 %) пациентам в связи с наличием противопоказаний к оперативному лечению. Из числа прооперированных, у 66 (4 %) пациентов в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: инфекционно-воспалительные процессы у 57 человек, кровотечение у 9 человек. У 96 % пациентов послеоперационный период проходил без особенностей. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

Выводы

1. В ЛОР-отделении УГОКБ за период 2016–2018 гг. находилось на лечении 489 пациентов с диагнозом хронический декомпенсированный тонзиллит, который чаще встречался в возрасте 21–40 лет.

2. По нашим данным, хронический декомпенсированный тонзиллит встречается чаще у женщин (59 %), чем у мужчин (41 %).

3. Наиболее характерной является безангинная форма хронического тонзиллита, которая подтверждена в 67 % случаев.

4. У 39 % пациентов, которые в своем анамнезе имеют жалобы на боль в суставах, боль в сердце, субфебрилитет, было выявлено повышение антистрептолизина О (250–500 МЕ/мл).

5. По результатам микробиологического исследования материала из глотки была получена бактериальная биота — в 36 % случаев, грибковая — в 30 %, смешанная — в 22 % случаев. По данным гистологического исследования грибковая биота высеяна у 56 % пациентов, смешанная биота — 8 % пациентов.

6. Двусторонняя тонзилэктомия была выполнена 423 пациентам. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.