

Алгоритм диагностики воспалительной и онкологической патологии кишечника может быть использован врачами всех специальностей (терапевты, гастроэнтерологи, проктологии, онкологи и др.), которые занимаются диагностикой и лечением заболеваний кишечника, предпочтительнее врачами первичного звена. Участковый терапевт, врач общей практики и др. используют изучение клинических и анамнестических данных, проводят определение уровня фекального лактоферрина, оценивают иммунохимический тест на скрытую кровь в кале, назначают «пробную» терапию и контролируют ее эффективность.

Строгое соблюдение предлагаемого метода диагностики способствует своевременной и точной диагностике воспалительных и онкологических заболеваний кишечника. Новая неинвазивная диагностическая программа рассчитана на повышение комплаенса пациентов и снижение медицинских и социально-экономических потерь общества, связанных с заболеваниями кишечника. Осложнения и противопоказания к применению алгоритма диагностики воспалительных и онкологических заболеваний кишечника отсутствуют.

Заключение

1. В дифференциальной диагностике органической и функциональной патологии кишечника можно использовать два «выявляющих» маркера — иммунохимический тест на скрытую кровь в кале и пробу на фекальный лактоферрин.

2. С целью определения показаний для дальнейшего углубленного обследования при отсутствии симптомов «тревоги» пациентам с клиническими признаками поражения кишечника следует проводить пробу на фекальный лактоферрин и (или) ставить иммунохимический тест на скрытую кровь в кале.

3. При отсутствии доказанной органической патологии кишечника после проведения углубленного обследования и выявлении повышенного уровня фекального лактоферрина и (или) положительного иммунохимического теста на скрытую кровь в кале пациента необходимо отнести к группе повышенного риска и подвергнуть наблюдению с целью своевременного выявления онкологических и воспалительных заболеваний кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clinical, biological and histologic parameters as predictors of relapse in ulcerative colitis / A. Bitton [et al.] // Gastroenterology. — 2001. — № 120. — P. 13–20.
2. Tibble, J. A. Fecal calprotectin as an index of intestinal inflammation / J. A. Tibble, I. Bjarnason // Drugs Today (Barc). — 2001. — № 37. — P. 85–96.
3. Рак толстой кишки / Дж. Мейерхардт [и др.]; под редакцией Дж. Мейерхардта, М. Сандерза. — СПб.: Рид Элсивер, 2009. — 188 с.
4. TNM. Классификация злокачественных опухолей. 6-ое издание [Электронный ресурс] / МПРС; перевод и редакция Н. Н. Блинова. — 2008. — Режим доступа: http://onco.debyansk.ru/library/TNM_6ed.pdf /. — Дата доступа: 12.10.2010.
5. Шептулин, А. А. Римские критерии синдрома раздраженного кишечника IV пересмотра: есть ли принципиальные изменения? / А. А. Шептулин, М. А. Визе-Хрипунова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2016. — Т. 26, № 5 — С. 99–103.
6. Михайлова, Е. И. Дифференциальная диагностика органической и функциональной патологии кишечника на основе фекального лактоферрина и иммунохимического теста на скрытую кровь в кале / Е. И. Михайлова, Н. В. Филипенко // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 3(25). — С. 21–25.

УДК 616.332-002.828

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИКОТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Михайлова Е. И., Шляга И. Д., Поддубный А. А., Сенникова А. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы отмечается значительный рост грибковых заболеваний со стороны верхних дыхательных путей. Особый клинический интерес представляет микотиче-

ское поражение носа, глотки и гортани, поскольку эти процессы диагностируются значительно реже, чем встречаются, ввиду отсутствия специфических клинических признаков (60–70 %), развития микотической патологии на фоне имеющихся хронических заболеваний носа, глотки и гортани (70–80 %), отсутствия микологической настроженности. Все это приводит к затруднению диагностики и несвоевременному лечению.

Цель

Изучение структуры возбудителей микотической инфекции при поражении верхних дыхательных путей (ВДП) и их резистентности к противогрибковым препаратам в Гомельском регионе.

Материал и методы исследования

Проведен анализ медицинских карт 175 пациентов с клиническими признаками грибковой инфекции, находившихся на лечении в ЛОР-клинике Гомельского государственного медицинского университета (ГомГМУ), отделения отоларингологии Гомельской областной клинической больницы (ГОКБ) и консультативно-поликлиническое отделение Республиканского научно-практического центра (КПО РНПЦ «Радиационной медицины») за период 2009–2017 гг. При анализе медицинской документации учитывались штаммы грибов и определение их чувствительность к противогрибковым препаратам. Идентификация, определение чувствительности грибов и анализ полученных данных проводился с помощью микробиологического анализатора miniAPI фирмы bioMérieux (Франция). Для идентификации грибов применялись планшеты (стрипы), содержащие дегидрированные биохимические субстраты (от 16 до 32 тестов). Определение чувствительности к противогрибковым препаратам (флюцитозину, амфотерицину В, флуконазолу, итраконазолу и вориконазолу) проводилось на стрипах (АТВ FUNGUS-3) фирмы bioMérieux (Франция) в полужидкой среде, адаптированной к требованиям стандартного метода разведений Института клинических лабораторных стандартов (CLSI)-NCCLS M-44, США. Для контроля качества определения чувствительности использовались контрольные штаммы американской коллекции микроорганизмов (АТСС).

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным данным, по нозологическим формам пациенты были распределены на 4 группы. Так, грибковый риносинусит встречался у 61 (34,9 %) пациента, орофарингеальный микоз (ОРФМ) — у 55 (31,4 %) человек, фаринголарингомикоз был выявлен у 21 (12 %) пациента, ларингомикоз — у 38 (21,7 %) человек. При анализе результатов структуры микобиоты при грибковом риносинусите отмечено наибольшее значение грибов рода *Aspergillus spp.* (58,2 %), *Penicillium spp.* (16,8 %), *Mucor* (8,3 %) и *S. albicans* (8,3 %). Значительно реже встречаются представители рода *Alternaria* (4,2 %), *S. non-albicans* (4,2 %), а также ассоциация микобиоты — 2,1 %. В спектре микобиоты при ОРФМ большую роль играет *S. albicans* (74 %). Более редкая встречаемость при ОРФМ у штаммов *S. krusei* (8,5 %), *Aspergillus spp.* (3,2 %), *S. parapsilosis* (2,7 %), *Geotrichum capitatum* (2,7 %), *S. tropicalis* (1,4 %), *S. valida* (1,2 %), *S. glabrata* (1,2 %), *Penicillium spp.* (1,6 %), *Mucor* (1 %), *Saccharomyces spp.* (1,8 %), а также у ассоциации микобиоты доля которой составила 5,4 %. При анализе результатов структуры микобиоты при ларингомикозах отмечена частая выявляемость *S. albicans* (73 %). В то же время частота встречаемости *S. krusei* составила 8,9 %, у *S. valida* равнялась 2,8 %, у *S. tropicalis* равнялась 1,5 %, у *S. glabrata* — 1,4 %, у *Aspergillus spp.* — 3,1 %, у *Penicillium spp.* — 1,3 %, у *Geotrichum capitatum* — 1 %, ассоциация микобиоты составляла 5,3 %. Во время анализа на резистентность была выявлена 100 % устойчивость плесневых грибов рода *Aspergillus* и *Mucor* к флуконазолу и флюцитозину. В то же время эти штаммы чувствительны к амфотерицину В и вориконазолу на 100 %, а к итраконазолу на 98 %. Все выделенные штаммы грибов рода *Candida*, вид *Geotrichum capitatum* имеют 100 % чувствительность к амфотерицину В и вориконазолу. Ведущий

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 клиничко-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.