

У большинства заболевших была выявлена сопутствующая патология, при этом у 45 (60 %) пациентов — со стороны носа и околоносовых пазух в виде искривления носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания, различных форм хронического ринита и риносинусита. У 18 (24 %) пациентов был выявлен хронический гиперпластический ларингит, у 27 (33,3 %) пациентов требовалась санация ротовой полости.

55 % пациентов выполнили микробиологическое исследование мазков со слизистой оболочки гортаноглотки, по результатам которого патогенная микробиота обнаружена в 76 % (31 посев). Чаще всего высевался *Haemophilus influenzae* *mun b* — 56,6 %, *Streptococcus pneumoniae* — 10,6 %, *Staphylococcus aureus* — 6,6 %, *Streptococcus pyogenes* — 2,6 %, что соответствует литературным данным.

Средняя продолжительность нахождения пациентов в стационаре составила 2,5-дневной (от 3 до 18 суток) и зависела от имеющихся у пациента осложнений.

#### **Выводы**

У мужчин эпиглоттит встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. Преобладает отечная форма острого эпиглоттита. Наиболее частым возбудителем острого эпиглоттита является *Haemophilus influenzae* *mun b*. В 2018 г. количество пациентов с эпиглоттитом увеличилось почти в 4 раза по сравнению с предыдущими годами.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Пальчун, В. Т. Воспалительные заболевания глотки: рук-во для врачей / В. Т. Пальчун, М. П. Лучихин, А. И. Крюков. — М., 2012. — С. 53–62.
2. Оториноларингология: нац. рук. / Н. С. Алексеева [и др.] / под ред. В. Т. Пальчуна. — М., 2009. — С. 27–34.
3. Острый эпиглоттит (диагностика и лечение): метод. рекомендации / Н. С. Савенкова [и др.]. — М., 2010. — 38 с.
4. Скорая медицинская помощь. Краткое руководство / под ред. А. Г. Мухоморова, В. В. Руксина, В. М. Шайтор. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 320 с.

УДК 616.321-002.828:616.34-008.1]-053.2+616.34

## **ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ОРОФАРИНГОМИКОЗА НА ФОНЕ ДИСБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ С ТРАХЕОБРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Калугина В. А., Клименко М. С., Межейникова М. О.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент, заведующий кафедрой оториноларингологии с курсом офтальмологии И. Д. Шляга**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

На сегодняшний день заболевания органов дыхания у детей регистрируются значительно чаще, причем симптоматика отличается большей выраженностью, чем у взрослых, а иногда и сопровождается быстрым переходом к дыхательной недостаточности. 70 % детей имеют патологию респираторного тракта. Эпизоды трахеобронхолегочной патологии встречаются около 65–80 раз в период от появления на свет до совершеннолетия [5].

А это же время микотическое поражение ротоглотки выходит на первое место среди микозов ЛОР-органов без тенденции к снижению. Основными возбудителями микотического поражения глотки являются грибы рода *Candida* (70–90 %), реже, в 5–7 %, встречаются микозы, обусловленные нитчатными микромицетами (*Aspergillus spp.*, *Penicillium spp.*, *Mucor* др.) [1].

Развитие фарингомикоза провоцирует сахарный диабет, системные заболевания крови и желудочно-кишечного тракта, особенно дисбактериоз кишечника. Дефицит

бифидобактерий и других молочно-кислых бактерий приводит к нарушению синтеза витаминов группы В и к беспрепятственному заселению грибами не только кишечника, но и других соприкасающихся с внешней средой полостей организма (полости носа, рта, уха) [3]. Так же кишечная микрофлора обеспечивает ключевые сигналы для созревания иммунной системы и активно контролирует связанный с кишечником иммунный гомеостаз. Из этого следует, что поражение органов ЖКТ различной этиологии сопровождаются изменением активности иммунной системы [4]. Качественно и количественно измененная кишечная микрофлора становится источником интоксикации и сенсибилизации, отягощает патологические процессы в кишечнике, препятствует регенеративным процессам, представляет собой важное звено в сложной цепи хронизации заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [2].

### **Цель**

Оценить взаимосвязь частоты встречаемости орофарингомикоза на фоне дисбактериоза кишечника пациентов с трахеобронхолегочной патологией.

### **Материал и методы исследования**

Нами было проанализировано 1845 клинических случаев с января 2017 до декабря 2018 гг., находившихся на стационарном лечении в детском пульмонологическом отделении Гомельской областной клинической больницы. Для формирования группы исследования было отобрано 180 детей с орофарингомикозом на фоне дисбактериоза кишечника при наличии в анамнезе трахеобронхолегочной патологии на базе детского пульмонологического отделения У «ГОКБ» г. Гомель. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программного обеспечения «Statistica» 10.0. Данные описательной статистики приведены в виде: Me (Q1; Q3). Для анализа взаимосвязи между признаками применяли коэффициент корреляции Спирмена (Rs). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

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

Медиана возраста пациентов составила Me = 7 (4:11). Количество мальчиков составило 111 (61,6 %), количество девочек составило 69 (38,3 %). В группе исследования видно преобладание мальчиков с орофарингомикозом на фоне дисбактериоза кишечника, что требует более тщательного изучения.

В ходе исследования нами был произведен анализ микробиоты кишечника. Пониженное содержание лактобактерий наблюдалось у 88 (48,3 %) детей, бифидобактерий у 86 (47 %), наличие грибов рода *Candida* — у 37 (20,2 %).

В последующем был проведен более подробный анализ взаимосвязи орофарингомикоза с составом кишечной микрофлоры пациентов. При проведении корреляционного анализа в группе пациентов с орофарингомикозом были выявлены взаимосвязи по следующим признакам:

1. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* (посев из зева). Изменение уровня дрожжеподобных грибов рода *Candida* в микрофлоре кишечника = ( $r = 0,42$ , средняя прямая взаимосвязь). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что орофарингомикоз находится в тесной взаимосвязи с кандидозом кишечника у детей с трахеобронхолегочной патологией.

2. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* (посев из зева). Изменение количества лактобактерий в микрофлоре кишечника = ( $r = 0,39$ , средняя прямая взаимосвязь) и Изменение уровня бифидобактерий кишечника = ( $r = 0,38$ , средняя прямая взаимосвязь). Эта взаимосвязь в совокупности с предыдущей так же может указывать на то, что орофарингомикоз в исследуемой группе детей тесно взаимосвязан с дисбактериозом кишечника.

### **Выводы**

В ходе исследования была выявлена тесная взаимосвязь орофарингомикоза с дисбактериозом кишечника у детей с трахеобронхолегочной патологией. Вышеизложенная

информация может быть свидетельством наличия у данной группы детей иммунодефицитного состояния. Что в свою очередь требует углубленного изучения проблемы орофарингомикоза на фоне дисбактериоза кишечника с трахеобронхолегочной патологией. Улучшения качества профилактики, диагностики, лечебных мероприятий данной группы детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Ильенко, Л. И. Дисбактериоз кишечника у детей / Л. И. Ильенко, И. Н. Холодова. — М., 2008. — 13 с.
3. Акулич, И. И. Грибковые заболевания глотки / И. И. Акулич, А. С. Лопатин // Лечащий врач. — 2003. — С. 22–25.
4. Костинов, М. П. Иммунокоррекция в педиатрии: практ. руководство для врачей. — 2-е изд. / М. П. Костинов. — М., 2001. — 237 с.
5. Особенности патологических явлений в детском возрасте // Международный журнал экспериментального образования / В. И. Болотских [и др.]. — М., 2015. — № 12-4. — 564 с.

УДК 616.995.1(476.2)

### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТОКСОКАРОЗОМ В Г. ГОМЕЛЕ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

*Каныго О. Н., Могилевская А. В.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *О. Л. Тумс* и

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Токсокароз — актуальная проблема здравоохранения. Люди заражаются при проглатывании яиц гельминтов. Источниками являются инвазированные собаки и среды, загрязненные их испражнениями (почва) [1].

По данным ВОЗ, пораженность псовых — основных хозяев токсокар — в некоторых регионах составляет 90 %. Рост числа собак в городах, их пораженность токсокарами, интенсивность экскреции яиц половозрелыми гельминтами, обитающими в кишечнике животных, устойчивость яиц во внешней среде являются определяющими факторами большого распространения среди людей. По данным эпидемиологических исследований, заболеваемость токсокарозом в США составляет 26,3 %, значительно более низкие показатели в Нидерландах (6,1 %), 3,6 % в Японии и всего 2–5 %, в Западной Европе [2, 3]. Заболеваемость в различных регионах Российской Федерации составляет от 3 до 68,2 % [4]. Так, по некоторым данным в РБ заболеваемость 16,7 % [5].

Частота встречаемости токсокароза среди детей различна, например, больше в Европе и Северной Америке, в то время как в Японии токсокароз более распространен среди взрослых [2, 6].

Ситуация по токсокарозу в отдельных областных центрах РБ: по Брестской области показатель заболеваемости по токсокарозу составил 7,5 случаев на 100 тыс. населения, по Гродно и его области на токсокароз пришлось 3,4 % [7, 8].

#### **Цель**

Провести эпидемиологический анализ динамики заболеваемости токсокарозом в Гомеле и Гомельской области за 2017–2018 гг., выяснить закономерности эпидемического процесса данного заболевания.

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

Изучены показатели заболеваемости токсокарозом на территории г. Гомеля и Гомельской области за период с 2017 по 2018 гг. Был проведен анализ данных из ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», объек-