

МОНИТОРИНГ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ГРИБНОЙ МИКРОФЛОРЫ У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Арзуманян В.Г., Варганова Н.О., Степанян И.Э., Магаршак О.О.

НИИ Вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова РАМН

ЦНИИ туберкулеза РАМН

Москва

Ранее мы сообщали, что грибная микрофлора, выделенная от больных бронхиальной астмой и бронхолегочным микозом, значительно варьирует по чувствительности к противогрибковым препаратам [Арзуманян В.Г. с соавт., 2001, 2003; Слатинова О.В. с соавт., 2003]. Было показано, что, наряду с дрожжами, мицелиальные грибы также являются частым компонентом микрофлоры данного локуса. На протяжении последних 10 лет постоянно проводилась работа по оценке чувствительности клинических изолятов грибов к набору антимикотиков.

Накопленные данные позволили провести мониторинг чувствительности и оценку родового разнообразия изолятов, выделенных за период 1998-2008 г.г. из мокроты 148 больных с различной бронхолегочной патологией – бронхиальной астмой, бронхолегочным микозом и др. Родовую идентификацию дрожжевых грибов проводили описанным ранее методом [Арзуманян В.Г., 2002], плесневые грибы идентифицировали по морфологическим и цитологическим признакам [de Hoog G.S., Guarro J., 1995]. Показано, что большинство изолятов являлись дрожжами рода *Candida* (113 штаммов), 39 изолятов - мицелиальными грибами рода *Aspergillus*. Реже встречались рода: *Geotrichum* (7 штаммов), *Rhodotorula* (4), *Saccharomyces* (2), *Kluyveromyces* (2), *Penicillium* (1), *Cryptococcus* (1) и *Mucor* (1).

Проведен мониторинг чувствительности полученных изолятов *Candida*. Определение чувствительности проводили в 96-луночных круглодонных планшетах по ранее описанной методике [Арзуманян В.Г., 2000]. Изучали чувствительность грибов при двух концентрациях, которые были выбраны в соответствии с верхним и нижним пределами минимальных ингибирующих концентраций для *Candida albicans*. В качестве исследуемого материала использовали 2-суточные культуры грибов, стартовое содержание жизнеспособных клеток составляло $10^3 \div 10^4$ КОЕ/мл. Чувствительными считали штаммы, которые не росли при обеих испытанных концентрациях противогрибкового препарата (чувствительность равна 3 балла). К умеренно устойчивым относили изоляты, способные к росту при меньшей из двух испытываемых концентраций, но не растущие при высокой концентрации антимикотика (чувствительность равна 2 балла). Устойчивыми штаммами считали те, которые росли в присутствии обеих концентраций препарата (чувствительность равна 1 баллу).

Установлено, что на протяжении 10 лет происходило снижение чувствительности к препаратам азольного ряда. Так, например, среднее арифметическое значение чувствительности штаммов *Candida spp.* к кетоконазолу за 10 лет плавно снижалось с 2,60 до 1,70 балла, к клотримазолу – с 2,89 до 1,60 балла, к флюконазолу – с 2,75 до 1,77 балла и к итраконазолу – с 2,83 до 1,90 балла. В то же время чувствительность дрожжевых культур к пимафуцину повысилась от 2,00 до 2,40 балла. По-видимому, селекция более резистентных к азолам штаммов дрожжей предполагает изменения в цитоплазматической мембране, сопровождающиеся повышенной уязвимостью по отношению к пимафуцину. Однако этот вывод не распространяется на другие полиены – леворин и амфотерицин, активность которых снизилась в 1,2 раза. Нитроксолин, мирамистин и цитросепт включены нами в панель антимикотиков с 2001 года, причем за указанный период существенных изменений их активности в отношении дрожжей рода *Candida* не наблюдалось.

Сравнение чувствительности дрожжевых и мицелиальных культур показало, что препараты азольной группы значительно менее активны по отношению к *Aspergillus*, чем к *Candida*. Однако этот показатель для ламизила и пимафуцина выше, чем у дрожжей.

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ ГРИБОВ РОДА CANDIDA ОТ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ

Баженов Л.Г., Артемова Е.В., Ризаева Е.В., Шаниева З.А., Баженова С.С.

Республиканский специализированный центр хирургии имени В.Вахидова

Ташкент, Узбекистан

Целью настоящего исследования явилось изучение высеваемости *Candida spp.* от больных хирургического профиля и определение их антибиотикограммы.

Материалом для исследования служили пробы мокроты, мазки из зева, промывные воды бронхов, плевральная жидкость, отделяемое из ран и дренажных трубок, кровь на стерильность, пунктаты, моча и другие, взятые у больных хирургического стационара в течение 2006-2008 гг. При выделении и идентификации культур *Candida spp.* использовали общепринятые методы и питательные среды ("HiMedia", Индия), чувствительность выделенных штаммов к антимикробным препаратам определяли методом диффузии в агар.

Всего изучено 1694 образца клинического материала, из них 1012 (59,7%) характеризовались наличием микробного роста. *Candida spp.* изолированы из 113 (11,2%) проб. В монокультуре кандиды выявлены в 60,0 % случаев, в ассоциациях с грамотрицательной микрофлорой – в 24,0%, в ассоциациях с грамположительной флорой - в 16,0% случаев. Изучение помесечной высеваемости *Candida spp.*, показало наибольший ее уровень в марте и ноябре. Чаще всего *Candida spp.* высевались из мокроты (53,0% проб), из дренажных трубок (12,4%) и из зева (10,6%). Из трахеи они выделялись в 6,0 % случаев, из промывных вод бронхов – в 5%, из крови – в 3,5%, из пунктатов и мочи - в 1,8%, из плевральной жидкости – в 1%. Наибольшую чувствительность выделенные штаммы *Candida spp.* демонстрировали к фаргалсу (резистентные культуры отсутствовали), к цитеалу (12,5% резистентных штаммов), бриллиантовому зеленому (17,0%), нитроксолину и нистатину (по 22,0%). Умеренной оказалась чувствительность к тербинафину (33,0% резистентных штаммов), к амфотерицину В (34,0%), к флюконазолу (43,0%), клотримазолу (44,0%), кетоконазолу (46,0%).

Таким образом, высеваемость *Candida spp.* у больных хирургического профиля составила 11,2% случая. При этом в качестве антигрибковых средств при эмпирической терапии у данного контингента больных целесообразно применение фаргалса, цитеала, бриллиантового зеленого, нитроксалина и нистатина. Другие препараты могут быть использованы после предварительного лабораторного тестирования их чувствительности.

ОСТРЫЙ ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ КАНДИДОЗ У БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Баженов Л.Г., Артемова Е.В., Ризаева Е.В., Шаниева З.А.

*Республиканский специализированный центр хирургии имени В.Вахидова
Ташкент, Узбекистан*

Проблема острого диссеминированного кандидоза (ОДК) в отделении интенсивной терапии (ОИТ) становится все актуальнее, как в связи с появлением более устойчивых к антимикотическим препаратам и более агрессивных штаммов грибов рода Кандида (ГРК), так и из-за несвоевременного выявления данной патологии, приводящего нередко к тяжелым последствиям.

Целью работы явилось изучение этиологической структуры ОДК у больных ОИТ и определение чувствительности выделенных культур ГРК к флуконазолу и амфотерицину В.

Материалом для исследования служили образцы биологического материала: мазки из зева, отделяемое трахеи и дренажных трубок, кровь, моча. ГРК изолировали на среде Сабуро и идентифицировали с помощью дифференциальных питательных сред Vi.GGY Agar и HiCrome Candida Agar ("HiMedia", Индия). Чувствительность выделенных штаммов ГРК к антимикотикам определяли диско-диффузионным методом, используя диски производства "HiMedia" (Индия).

Проанализированы результаты лечения 14 больных с ОДК, являющихся пациентами ОИТ. 5 (35,7 %) из них выздоровели, а у 9 (64,3 %) зарегистрирован летальный исход. Все больные длительно получали антимикробную терапию, включавшую один из цефалоспоринов (II-III поколений) и метронидазол (метрогил). Всего от этих больных было выделено 25 штаммов ГРК (1,8 штамма на 1 больного). Средняя обсемененность клинического материала составила $5 \cdot 10^5 \pm 10^4$ КОЕ/мл. 15 (60,0 %) штаммов из выделенных культур были идентифицированы как *Candida tropicalis*, 5 (20,0 %) – *C.albicans*, 3 (15,0 %) - *C.globrata* и 2 (8,0 %) - *C.krusei*. 15 штаммов (10 - *C. tropicalis*, 2 - *C.albicans* и 3 - *C.globrata*) были чувствительны и к флуконазолу и к амфотерицину В. 10 штаммов (5 - *C. tropicalis*, 3 – *C.albicans* и 2 - *C.krusei*) проявляли чувствительность только к амфотерицину, а к флуконазолу были устойчивы.

Таким образом, длительное применение антибиотиков широкого спектра действия совместно с метронидазолом, часто практикуемое в ОИТ, наряду с другими неблагоприятными факторами, создает селективные условия для активизации ГРК со всеми вытекающими отсюда последствиями. Весьма узкий спектр антигрибковых препаратов, применяемых в ОИТ, еще более сужается за счет повышения устойчивости ГРК к флуконазолу. Амфотерицин В относится к токсическим препаратам, назначение которых пациентам ОИТ не всегда возможно. Поэтому большое значение приобретают профилактические мероприятия, включающие, в частности, постоянный мониторинг микрофлоры отделяемого дренажей, трахеи, зева; своевременная смена внутрисосудистых и мочевых катетеров; проведение адекватной антимикробной профилактики и терапии послеоперационных осложнений у больных ОИТ.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В СТАНДАРТЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИКОЗАМИ

Борисов А.Г., Савченко А.А., Смирнова С.В.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН

Красноярск

Стандарты ведения больных различными заболеваниями являются центральным звеном в управлении качеством медицинской помощи. При грибковых поражениях, учитывая, что нарушения функционального состояния иммунной системы лежат в основе патогенеза развития заболевания, в лечении пациента обязательна иммуноактивная терапия.

Прежде всего, для формирования правильного диагноза, определения методов лечения и реабилитации больных, необходимо классифицировать иммунные нарушения. На основании расспроса больного, сбора анамнестических данных, объективного клинического осмотра проведенных инструментальных и лабораторных исследований можно классифицировать нарушения функционального состояния иммунной системы. Предлагаем выделять следующие иммунные нарушения: 1) по длительности - стойкие и транзиторные; 2) по этиологии - врожденные, индуцированные, спонтанные; 3) по патогенезу - гипореактивные, гиперреактивные, смешанные; 4) по уровню нарушения - клеточно-эффекторные, гуморально-эффекторные, макрофагально-фагоцитарные, регуляторные, комбинированные; 5) по степени тяжести - легкие, среднетяжелые, тяжелые. Для каждой категории определены строгие клинические критерии.

С учетом предложенной классификации, диагностируются иммунные нарушения, и индивидуально определяется комплекс коррекции выявленных нарушений.

Прежде всего, необходимо определить меры по устранению патогенного агента. Для этого проводятся санационные мероприятия, специфическая терапия, нормализуется микрофлора. При индуцированных формах иммунопатологических состояний – по возможности устраняется этиологический фактор.

Так же проводится разнообразная иммуноактивная терапия. А именно:

– Заместительная - специфические сыворотки и иммуноглобулины в т.ч. свежезамороженная плазма, цитокилотерапия (интерфероны, интерлейкины), клеточно-тканевая терапия.

– Иммуностимулирующая – бактериальные препараты и их синтетические аналоги, иммунорегуляторные пептиды, вакцины, специфическая иммунотерапия

– Иммуносупрессивная - средства подавляющая иммунный ответ в целом, препараты устраняющая иммунные реакции, лекарственные вещества специфического действия.

Успешным нельзя считать лечение без нормализации метаболизма клеток иммунной системы и улучшения состояния межклеточного взаимодействия. В первом случае используются препараты, влияющие на энергетические, пластические и утилизационные процессы клетки, антиоксиданты и стабилизаторы мембран. Во втором случае проводятся различные виды детоксикации, улучшается реология крови, микроциркуляция.

В дальнейшем лабораторно-иммунологические исследования позволяют более детально идентифицировать конкретное нарушение функционального состояния иммунной системы и откорректировать терапию. Лабораторную диагностику необходимо проводить только с учетом клинических данных. Следует выделить количественные и качественные тесты оценки клеточного и гуморального звена иммунитета, неспецифических факторов защиты и воспаления. В количественных тестах определяется общее число различных видов клеток и концентрация различных веществ (иммуноглобулинов, цитокинов, комплемента и пр.). В качественных исследованиях оценивается функциональная активность и адаптационные резервы иммунной системы.

Таким образом, стандарт лечения больных с грибковыми поражениями должен включать индивидуальные мероприятия, направленные на коррекцию функционального состояния иммунной системы.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА АКТИНОМИКОЗА ПИЩЕВОДА

Бурова С.А., Чернеховская Н.Е.

Центр глубоких микозов, ГКБ № 81

Российская медицинская академия последипломного образования

Москва

Актиномикоз пищевода – это хроническое заболевание, которое встречается преимущественно у лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Нарушение целостности слизистой оболочки (ожог, травма, опухоль) и воспалительные процессы являются предрасполагающими факторами для внедрения актиномицет в стенку пищевода. Тем более, что актиномицеты – это грамположительные бактерии, сапрофитирующие на слизистых оболочках полости рта, в кариозных зубах, в лакунах миндалин при хроническом тонзиллите и в желудочно-кишечном тракте.

Стадийность заболевания специфична для актиномикоза и отличает его от папилломатоза, рака, туберкулеза, «банального» эзофагита и др.

В начальной инфильтративной стадии в стенке пищевода развивается пролиферативная реакция с образованием плотных инфильтратов, что проявляется дисфагией (затрудненное глотание), «дискомфортом» в пищеводе, иногда болевым синдромом. Процесс медленно прогрессирует, формируются микроабсцессы в актиномикотической грануле, наступает распад клеток, гнойное расплавление тканей (стадия абсцедирования), при этом усиливаются боли, общая слабость, поднимается температура, изменяются анализы крови, больной теряет вес и т.д.

При неадекватном лечении подобный очаг ведет к образованию гнойных свищей (свищевая стадия), плевриту, абсцессу легких, медиастиниту и другим осложнениям. При прорыве гранулемы в крупный кровеносный сосуд, что, к счастью, бывает крайне редко, развиваются гематогенная диссеминация и генерализованный актиномикоз с метастазами в различные органы и ткани.

При актиномикозе пищевода, в отличие от рака и туберкулеза, редко поражаются регионарные лимфатические узлы.

В стадии рубцевания фазы выздоровления наблюдаются центральный и периферический фагоцитоз, замещение патологического очага соединительной тканью с развитием локальных стриктур и деформацией пищевода.

Эндоскопическая семиотика. Актиномикоз обычно развивается в верхней и средней частях пищевода. Цвет слизистой оболочки пищевода варьирует от ярко-красного до багрово-синюшного, на ее фоне видны плотные инфильтраты с абсцессами или без них. Иногда появляются язвы неправильной формы с изъеденными краями, на дне их видны грануляции. Дно язв покрыто густым гнойным секретом. Инфильтраты имеют неправильную форму, различные размеры, каменистую плотность при инструментальной пальпации. В случае прорыва абсцесса в дыхательные пути образуются свищи. Свищевой ход может проникать в средостение и плевру, из него выделяется сливкообразный гной с желтоватыми включениями – друзами актиномицет. Для верификации диагноза необходима прицельная биопсия и бактериологическое исследование содержимого пищевода.

В лечении актиномикоза используется иммунотерапия актинолизатом, содержащим продукты аутолиза и метаболизма актиномицетов, а также противовоспалительная терапия, антибиотики, общеукрепляющие средства и хирургические методики.

В Московском Центре глубоких микозов разработаны схемы лечения этого заболевания. Обязательным является применение актинолизата, который стимулирует фагоцитоз в актиномикотической грануле, вызывает положительную динамику всех иммунных реакций. Препарат назначают по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю, на курс 20 – 25

инъекций, последующие курсы проводят с интервалов в 1 месяц в уменьшающейся курсовой дозе.

Нельзя забывать, что эффективность лечения ухудшается из-за позднего поступления больных в специализированные отделения, длительной интоксикации и развития необратимых изменений в пищеводе, а именно, стойкой стриктуры пищевода.

ПЛЕСНЕВЫЕ МИКОЗЫ ЛЕГКИХ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ МИКОЛОГА

С.А.Бурова, Л.П.Селиванова

Центр глубоких микозов, ГКБ № 81

Москва

По мере расширения знаний о висцеральных микозах и их возбудителях, совершенствования методов диагностики, комплексного лечения и разработки правил санитарной микологии важность плесневых микозов легких (аспергиллеза, пенициллиоза, зигомикоза, моноспориоза, курвуляриоза, трихоспороза др.) как оппортунистических инфекций возрастает. В последние годы отмечается значительное увеличение случаев различных форм аспергиллеза, в том числе и бронхолегочного. Аспергиллез, как и другие плесневые микозы, часто развивается на фоне хронических заболеваний легких (туберкулеза, хронической пневмонии, бронхиальной астмы, хронического и гнойно-обструктивного бронхита, эмфиземы и др.), онкопатологии, эндокринных нарушений, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, трансплантации органов, СПИДа. Определенное значение имеют ятрогенные факторы.

Человек постоянно контактирует с условно-патогенными микроорганизмами, споры которых в большом количестве обнаруживаются в воздухе, пыли, на растениях, в почве, на продуктах питания, в жилых, производственных и внутрибольничных помещениях. Помимо этого плесневые грибы могут сапрофитировать на коже и в бронхах человека.

В Центре глубоких микозов на базе многопрофильной городской клинической больницы № 81 ежегодно диагностируется более 50 случаев плесневых поражений бронхо-легочной системы, в том числе и инвазивных.

Чаще всего это бронхо-легочный аспергиллез, аспергиллезный бронхит, аспергиллома. Реже пенициллиоз и зигомикоз легких.

Антимикотическое лечение этих больных требует взвешенного подхода в связи с тяжестью пневмомикоза, наличием сопутствующей патологии и опасностью развития побочных реакций от длительного применения антимикотика.

Перспективным направлением является разработка и внедрение нетоксичных антимикотиков, таких как липидассоциированные формы амфотерицина В.

В течение нескольких лет мы успешно применяем Амфолип, представляющий из себя липидный комплекс амфотерицина В с фосфолипидами. Препарат Амфолип зарекомендовал себя высоко эффективным и не токсичным лекарственным средством.

Пролечено 48 больных плесневыми микозами.

При рентгенологическом исследовании выявлялась эмфизема легких, усиление легочного рисунка, диффузный пневмосклероз, массивная очаговая инфильтрация, междолевой плеврит, каверны с «грибковым шаром», иногда множественные фокусы в легочной ткани и осумкованный экссудативный плеврит. Диагноз ставили на основании анамнеза, клинической симптоматики, бронхоскопии, рентгенологических исследований, изучения уровня галактоманнана в крови и, наконец, культурального исследования мокроты и промывных вод бронхов.

Всем больным Амфолип вводили в/в капельно в дозе 3 – 5 мг/кг веса, в течение 10-20 дней. Больные параллельно получали стандартный амфотерицин В в ингаляциях по 50 мг в сутки. В некоторых случаях после применения Амфолипа больные продолжили лечение орунгалом per os в течение месяца. В результате, клиническая эффективность выявлена у всех больных: выздоровление – у 36, улучшение – у 12.

Таким образом, еще раз доказана практическая значимость Амфолипа, при лечении плесневых микозов бронхо-легочной системы.

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ ГРИБКОВОГО ОТИТА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Бустонов М.О. Косымов А.А. Хукуматшоев И.И. Азизов К.Н.

Национальный медицинский центр

Душанбе, Таджикистан

Одной из актуальных проблем современной медицины являются микотические заболевания, которые по течению за последние 10 лет стали более агрессивными.

Нами проанализировано 76 больных (50 мужчин и 26 женщин) хроническим средним отитом, осложнённого микотическим поражением. Диагноз заболевания ставился на основании микроскопических методов исследования нативных и окрашенных препаратов, выделения культуры при посеве ушного отделяемого на среды Чапека и Сабуро. Хорошо себя зарекомендовали метод отомикроскопии, при которой хорошо видны воздушный мицелий грибка (*Aspergillus*).

Жалобы больных: заложенность и чувство дискомфорта, распирания, понижения слуха, выделения из уха. Постоянный, различной интенсивности зуд и шум в ухе, периодически переходящий в звон, боль в ухе, иногда головокружение. Отомикроскопическая картина и характер отделяемого, клинические признаки зависели от вида грибка.

Были отмечены следующие клинические особенности:

- точечное разрушение эпидермального слоя барабанной перепонки;
- появление на барабанной перепонке мелких плоских грануляций и явление мирингита, полностью исчезающие после лечения;
- проявления микогенной сенсibilизации в виде экзематозного процесса кожи ушной раковины, областей, прилегающих к уху у 10% больных.
- наличие у больных других сопутствующих микотических заболеваний.

Для развития грибкового поражения необходимо, чтобы в барабанной полости отмечалось наличие отделяемого.

Нами была разработана и проверена в клинической практике методика подсчёта количества клеточных элементов в 1 мм³ ушного отделяемого (цитоза).

При сопоставлении цитоза ушного отделяемого с клиническими данными, характеризующими характер течения воспалительного процесса в ухе, выявило закономерность.

Если в фазе обострения цитоз ушного секрета низкий (при наличии клинической картины обострения хронического среднего отита), то со 100% вероятностью среднее ухо поражено грибком. В абсолютном большинстве случаев грибковый цитоз не превышает 50.000, но в отдельных случаях может достигать 90.000. Таким образом, при значениях цитоза ушного отделяемого 50.000 – 90.000 среднее ухо поражено грибами.

Клиническое течение заболевания характеризовалось сезонными обострениями, вялым и продолжительным течением, склонностью к рецидивам.

Учитывая, что в Таджикистане весной и осенью погода жаркая, повышенной влажности, и пик жары приходится на лето, то соответственно и заболеваемость отомикозом повышается.

При микологическом обследовании у 1/3 больных выявлен пенициллиноз, у 2/3 – аспергиллез и кандидоз. Местное лечение – (певарил, байкутен) мы проводили с тщательным туалетом уха, общее лечение – базисный противогрибковый антибиотик (дифлюкан – в/в и в таблетках), продолжительностью 14 дней.

Следовательно, своевременная диагностика грибкового поражения ЛОР-органов и антимикотическая терапия могут предотвратить развитие системных микозных поражений.

ГРИБКОВЫЕ СИНУСИТЫ – ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Бустонов М.О. Хукуматшоев И.И. Азизов К.Н. Шарипов Х.Х.

Национальный медицинский центр

Душанбе, Таджикистан

Нами проанализированы 120 больных хроническим синуситом в возрасте от 16 до 68 лет (78 мужчин и 42 женщины).

При выставлении диагноза ориентировались на:

- анамнез заболевания – частые рецидивы, сезонность заболевания;
- жалобы на зуд, чихание, выделения из носа, боли, распирание, дискомфорт в воспалённой пазухе;
- эндоскопическую картину – «подушкообразное» утолщение слизистой дна носовой полости, вазомоторные явления, гиперплазия нижней и средней раковины, точечные наслоения белого цвета на слизистой носовой перегородки (*Candida*), склонность к полипозным изменениям слизистых раковин и околоносовых пазух, мукозное, вязкое отделяемое (*Aspergillus*).
- рентгеновского и КТ исследования;
- культуральные и микроскопические исследования на грибы.

У 64,6% больных хроническим синуситом нами выявлена грибково-бактериальная колонизация (*Candida*, *Aspergillus*, и *Penicillium* в ассоциациях с агрессивными штаммами стафилококка, стрептококка и кишечной палочки).

Учитывая, что в Таджикистане весной и осенью погода жаркая, повышенной влажности, и пик жары приходится на лето, то соответственно и заболеваемость грибковым синуситом повышается.

Сопутствующая паталогия: у 2/3 пациентов – хронические заболевания желудочно-кишечного тракта с явлениями кишечного дисбиоза.

Исследования иммунного статуса выявили дефекты Т-клеточного, гуморального звеньев иммунитета и системы фагоцитоза.

Особенностью клинического течения грибкового синусита в условиях жаркого климата является сочетание иммунных нарушений с дисбиотическими изменениями верхних дыхательных путей и кишечника. Всё это диктовало нам проведение схемы лечения с использованием иммуномодулирующей терапии, антимикотических препаратов общего и местного действия, физиотерапевтических процедур, что значительно улучшает прогноз заболевания и предупреждает развитие висцеральных грибковых поражений.

НОВЫЕ ВИДЫ РОДА CANDIDA – ВОЗБУДИТЕЛИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ МИКОЗОВ

Валышев А. В., Лапина И. А., Валышева И. В.

Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН
Оренбург

Грибы видов *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. krusei* и *C. lusitaniae* наиболее часто выделяют при кандидозах различной локализации. Однако, в последние годы описаны новые таксоны, на которые обратили внимание клинические микробиологи.

Единственный штамм нового аскомицета, относящегося к роду *Candida*, выделен из наружного слухового прохода стационарного больного в Японии [Sato et al., 2009]. Генетическое и хемотаксономическое исследования показали, что штамм представляет новый вид (*Candida auris*), филогенетически схожий с *Candida ruelliae* и *Candida haemulonii* в кладе Metschnikowiaceae. Этот штамм хорошо растет при температуре 40°C; при 42°C рост слабый и замедленный.

В 2008 г. как этиологический агент перитонита был описан новый вид *Candida subhashii* [Adam et al., 2008]. Филогенетический анализ последовательностей внутренних транскрибируемых спейсеров ITS и доменов D1/D2 26S рДНК показал, что данный вид отличается, но находится в родстве с патогенными для человека видами: *C. parapsilosis*, *C. orthopsilosis*, *C. metapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. albicans* и *C. dubliniensis*.

Два штамма, выделенные из мокроты больного с острой пневмонией и первоначально идентифицированные как *C. albicans* и *C. tropicalis*, относятся к виду *Candida pseudorugosa* [Li et al., 2006]. Культура растет при температуре 42°C, устойчива к амфотерицину В, каспофунгину, итраконазолу и нистатину; чувствительна (в зависимости от дозы) к флуконазолу; чувствительна к фторцитозину и вориконазолу. Профили *C. pseudorugosa* и *C. rugosa* в системе API 20C AUX идентичны. Колонии нового вида на среде CHROMagar *Candida* сине-зеленого цвета, как у *C. albicans*.

Из крови пациента в больнице Mae Sot (Таиланд) выделен штамм, филогенетически близкий *C. haemulonii* [Sugita et al., 2006]. Изолят *Candida pseudohaemulonii* устойчив к амфотерицину В и азольным препаратам (флуконазолу, итраконазолу, миконазолу), но чувствителен к ингибитору 1,3-бета-D-глюкан-синтетазы, микафунгину, и 5-фторцитозину. Вид можно легко идентифицировать с использованием набора ID32 yeast.

Два штамма нового вида *Candida bracarensis* выделены из клинического материала: из отделяемого влагалища пациентки в Португалии и крови больного в Великобритании [Correia et al., 2006]. Изоляты фенотипически схожи, хотя не идентичны, с *C. glabrata* и *Nakaseomyces delphensis*.

Новый вид *Candida nivariensis* выделен из клинических образцов трех пациентов в Испании: из промывной жидкости при бронхиальном лаваже, крови и мочи [Alcoba-Flórez et al., 2005]. Это вид легко дифференцировать от *Candida glabrata*, ближайшего генетического родственника, по белому цвету колоний на среде CHROMagar и способности сбраживать трегалозу.

Атипичные штаммы *Candida* были выделены из влагалища пациенток в Анголе и Мадагаскаре, а также из перианальной области, с кожи и головки полового члена больных в Германии [Tietz et al., 2001]. Культуры нового вида *Candida africana* отличаются медленным ростом, не образуют хламидоспоры, имеют атипичные профили ассимиляции углеводов. Все штаммы не ассимилируют аминсахара N-ацетилглюкозамин и глюкозамин, дисахарид трегалозу и органическую кислоту DL-лактат. В сыворотке образуют ростовые трубки; после продолжительной инкубации некоторые культуры образуют псевдогифы. Использование трансформирующей инфракрасной спектроскопии Фурье позволило кластеризовать атипичные изоляты *Candida* в монофилетическую группу, отличную от *C. albicans* и *C. dubliniensis*.

ИНФИЦИРОВАНИЕ НОРОЖДЕННЫХ С ПНЕВМОНИЯМИ PNEUMOCYSTIS JIROVECI (CARINI)

Гасанова Т.А., Бочкова Л.Г., Лучинина Е.В.

МУЗ ГКБ №8

Саратовский ГМУ Росздрава

Саратов

Актуальность проблемы. Внутриутробное инфицирование вносит существенный вклад в патологию плода и новорожденного. При реализации внутриутробного инфицирования в инфекционный процесс одним из наиболее серьезных проявлений является пневмония. В России врожденные пневмонии занимают одно из первых мест по заболеваемости и входят в первую пятерку причин смертности среди новорожденных [Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2006].

Известно, что пневмоцистоз – антропонозную респираторную инфекцию, в ряде случаев проявляющуюся интерстициальной пневмонией, наиболее часто выявляют у недоношенных или ослабленных новорожденных. У части новорожденных с пневмоцистозом за счет отека слизистой может развиваться обструктивный синдром, который впоследствии без лечения может трансформироваться в рецидивирующий обструктивный синдром и ларингит [Каражас Н.В., 1999; Рыкалова М.В., 2001]. В настоящее время установлена возможность передачи возбудителя от матери к плоду трансплацентарно [Huges S.W., 1996; Поздеев О.К., 1998]. Таксономическое положение *Pneumocystis jiroveci* (carini) не вполне определено, большинство исследователей относит его к царству грибов, классу Ascomycetes [Климко Н.Н., 2008].

Целью исследования являлось изучение частоты инфицирования *Pneumocystis jiroveci* детей с врожденными пневмониями, дыхательными расстройствами и церебральной патологией, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии. Всего было обследовано 227 новорожденных, из них 154 (67,8%) недоношенных различных сроков гестации от 30 до 37 недель. У всех новорожденных заболевание было диагностировано в первые сутки жизни. По тяжести дыхательной недостаточности 57,5% доношенных и 77,9% недоношенных детей нуждались в аппаратной вентиляции. Лечение новорожденных производилось по общепринятым стандартам, включающим оксигенотерапию, респираторную поддержку, этиотропную терапию, симптоматические средства. Обследование проводилось в первые сутки жизни, согласно отраслевым стандартам. Индикацию *Pneumocystis jiroveci* осуществляли методом иммунофлюоресценции с поликлональными антителами "Пневмоцистофлуоскрин" «ЗАО Ниармедик+» (г. Москва), а также в окраске по Романовскому-Гимза и толуидиновым синим, согласно МУК 4.2735.99.

Для индикации CMV использовали непрямую иммунофлюоресценцию с моноклональными антителами: Monoclonal Mouse AntiCytomegalovirus (Daco-CMV – FFC-10) к матричному протеину pp65 (pp UL83PK); Monoclonal Mouse AntiCytomegalovirus (Daco-CMV – CCH2) к сверххранним антигенам CMV I Ep72 и кроличьи антимышьиные FITC-конъюгаты F026102 – Daco corporation. USA.

Культуральное выявление микоплазм осуществляли с использованием тест систем Mycoplasma Duo 62740, производства "Sanofi Diagnostics Pasteur", (Франция), тест-систем для культивирования уреоплазм производства НИИ дерматологии и венерологии ФМН Украины.

Индикация хламидий проводилась с использованием моноклональных антител "Хламоноскрин 2" производства «ЗАО Ниармедик+» (г. Москва).

Материалом исследования явились эндотрахеальные аспираты, кровь, моча и в ряде случаев (у 19 детей) – ликвор.

Результаты исследований. Анализ частоты инфицирования новорожденных показал, что возбудитель пневмоцистоза обнаруживался в эндотрахеальных аспиратах у 35,7%

новорожденных, при этом, у недоношенных несколько чаще (39,0%), чем у доношенных (28,8%). В периферической крови антигены пневмоцист были идентифицированы у 15,0%, в моче у 12,8%. При исследовании ликвора антигены пневмоцист были выявлены в 36,8% случаев.

У большинства новорожденных было отмечено смешанное инфицирование пневмоцистами, микоплазмами, уреаплазмами, хламидиями, вирусами герпеса и цитомегалии в различных сочетаниях. При этом пневмоцистоз как моноинфекция встречался только у 5 из 81 инфицированного ребенка. Наиболее часто выявлялись ассоциации *Pneumocystis jiroveci* с вирусами цитомегалии (79% случаев), и мико- и уреаплазмами (40,3%). Таким образом, *Pneumocystis jiroveci* встречалась в подавляющем большинстве в составе анаэробных вирусно-микоплазменных ассоциаций.

Представленные данные подтверждают возможность трансплацентарной передачи *Pneumocystis jiroveci* и демонстрируют, что гематогенная диссеминация пневмоцист у новорожденных не является редким явлением.

Значительная частота контаминации новорожденных с пневмониями возбудителями оппортунистических инфекций, наличие микробных ассоциаций определяет целый ряд перспективных задач. Среди них – изучение широкого спектра возбудителей мицелиальных и дрожжеподобных микозов, контаминирующих новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями, а также установление критериев этиологически значимой флоры, ведущего патогена среди группы ассоциантов, от качественных, количественных и функциональных характеристик которого зависит течение и тяжесть инфекционного процесса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ КЕТОКОНАЗОЛОВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА В ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ.

Джатдоева Ф.А., Доброхотова Ю.Э., Судакова Г.Ю., Хейдар С.А., Течане Х.Т., Филатова Л.А.

*Российский государственный медицинский университет имени Н.И. Пирогова
Москва*

В акушерско-гинекологической практике уделяется особое внимание микотической инфекции нижнего отдела генитального тракта. Частота кандидозного вульвовагинита за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 30-40% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища.

В связи с выраженной тенденцией к распространению кандидоза особую важность приобретает проблема его лечения, особенно на этапах планирования беременности. Арсенал вагинальных антимикотиков весьма широк. Преимуществом местных средств является создание высокой концентрации антимикотика в очаге поражения, снижается вероятность развития устойчивых штаммов, это позволяет избежать нежелательных побочных действий на обменные процессы в печени, ЖКТ, почках, что особенно важно у женщин с эпилепсией.

Целью нашего исследования явилось изучение чувствительности грибов рода *Candida* к суппозиторию «Ливарол», разработанному компанией «Нижфарм».

Материалы и методы: в исследование были включены 22 женщины в возрасте от 18 до 35 лет, больные эпилепсией с верифицированным диагнозом кандидозный вульвовагинит. Средний возраст составил 27,3 года. Диагноз базировался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторного обследования. Основные методы диагностики – микроскопия мазков в комплексе с культуральным исследованием. Микроскопия выполнялась в нативных и окрашенных по Грамму препаратах. Выделенные штаммы грибов *Candida* определяли на основании результатов посева на различные питательные среды.

Лечение пациентов проводили по схеме: 1 вагинальная свеча 1 раз в сутки на ночь в течение 7 дней. Клинические и лабораторные исследования выполняли перед началом лечения, и после окончания терапии – на 7 сутки. При обращении все женщины (100%) отмечали зуд и патологические выделения. Часть пациенток (36,4%) предъявляли жалобы на жжение, дискомфорт, явления дизурии и диспареунии.

Результаты: анализируя результаты, следует отметить, что при анализе эффективности терапии оценивали: общую клиническую эффективность к концу 7-дневной терапии, клинико-лабораторные показатели через 5 дней после введения «Ливарола», динамику субъективных и объективных симптомов. После 7-дневного курса терапии у 19 (86,4%) пациенток исследованной группы отмечено выраженное улучшение, что проявилось в полном исчезновении жалоб на выделения из половых путей, чувство жжения и дискомфорта. Необходимо отметить, что у всех 22 (100%) пациенток при контрольном бактериоскопическом исследовании псевдомицелий не обнаружен. 3 пациентки (13,6%) после возобновления половой жизни отметили появление диспареунии легкой степени; 5 женщин (22,7%) продолжали отмечать повышенное количество вагинальных выделений, несмотря на отсутствие грибов рода *Candida* в вагинальных мазках. Через 10 дней после курса терапии было зафиксировано отсутствие как лабораторных, так и клинических проявлений кандидозного вульвовагинита. Особое внимание уделяли переносимости препарата. Все пациентки отметили отсутствие побочных эффектов.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой клинической эффективности препарата «Ливарол» в лечении кандидозного вульвовагинита у женщин с эпилепсией на этапах предгравидарной подготовке.

К ВОПРОСУ О МНОГОФАКТОРНОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Додонов К.Н., Фомин Ю.А., Воронин Е.Е., Улюкин И.М.

*Республиканская клиническая инфекционная больница Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Санкт-Петербург*

Известно, что у больных с выраженной иммуносупрессией нередко наблюдают наличие смешанной микотической инфекции по типу «кандидоз+аспергиллез». Но, если диагностика кандидоза не вызывает сложностей (клиническая и инструментальная симптоматика, при микроскопии налетов - обнаружение псевдомицелий *Candida*), то диагностика аспергиллеза достаточно затруднительна. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больной NN, возраст 21 год, был ВИЧ-инфицирован в нозокомиальном очаге в возрасте 1 года. В 1999 году назначена антиретровирусная терапия (АРВТ), при уровне CD4-лимфоцитов 3% - 53/мкл. На фоне по показаниям сменяемых схем лечения к 03.2002 г. уровень CD4-лимфоцитов составил 22% - 502/мкл, при вирусной нагрузке (ВН) 9355 коп./мкл. Ребенок физически развивался нормально, на фоне проводимой терапии болел редко, но в динамике заболевания отмечались нарушения корковых функций. В 2004 г. клинически и инструментально диагностированы признаки ВИЧ-энцефалопатии. С 01.2007 г. стали нарастать проблемы с памятью, вниманием, появилось субфебрильное повышение температуры тела. Получал стандартное лечение по месту жительства по поводу диагностированного гнойного гайморита. Через 3 месяца неэффективной терапии был переведен в РКИБ (04.2007 г.). При поступлении состояние расценивалось как тяжелое за счет левостороннего гемипареза и другой очаговой симптоматики. Уровень CD4-лимфоцитов составил 35% - 502/мкл, ВН 915 коп./мкл. Рентгенологически в грудной клетке - без очаговых изменений, усилен легочной рисунок. В соответствии с полученными клинико-лабораторными данными проводилась дифференциальная диагностика между генерализованной ЦМВИ, токсоплазмозом головного мозга, гнойным менингоэнцефалитом. В ходе МРТ головного мозга выявлены признаки многоочагового поражения с локализацией очагов в медио-базальных отделах обеих височных долей и в проекции базальных ядер левой гемисферы большого мозга (энцефалит). Несмотря на проводимые терапевтические мероприятия и изменение схемы АРВТ (через 10 дней новой схемы лечения ВН был ниже уровня определения – в крови менее 400 коп./мкл, в ликворе – менее 400 коп./мкл.), состояние пациента продолжило ухудшаться: появился трудно купируемый судорожный синдром, выросли интеллектуальные расстройства (за 10 дней - до синдрома деменции), появились клинико-рентгенологические симптомы двусторонней пневмонии. В посевах мокроты дыхательных путей (полученной в ходе бронхоскопии) выявлены культуры *S. Albicans* и *Aspergillus niger*. Показатель серологического теста с тест-системой «*Platelia aspergillus EIA*» у пациента составил 0,68 (при норме до 0,5). NN стал получать комплексное лечение по схеме интенсивной терапии, которые оказались безрезультатными. На 47 день нахождения в стационаре больной скончался (05.2007 г.). На аутопсии у NN был выявлен тяжелый многофокусный некротический менингоэнцефалит с разными сроками и размерами очагами поражения во все долях больших полушарий и узлах основания головного мозга (не включая стволы его отделы); заболевание сопровождалось отеком-набуханием головного мозга, мозговой комой; отмечено, что тяжесть состояния усугубила развившаяся двусторонняя очагово-сливная пневмония (по характеру очагов не исключался микотический компонент в её генезе).

Данный случай представляет клинический интерес с точки зрения сложности диагностирования грибковой составляющей в патологическом процессе при ВИЧ-

инфекции на фоне адекватной АРВТ (удалось добиться неопределяемого уровня ВН), а также противогрибковой, антибактериальной и других видов терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ **Кирюхина Н.В., Бессараб Т.П., Ильин В.К., Крюков А.И.**

ГУЗ МНПЦ оториноларингологии

МГЦ СПИД

ГНЦ РФ – ИМБП РАН

Москва

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний ротоглотки является орофарингеальный кандидоз. Заболевание характеризуется частыми обострениями, а при наличии сопутствующего иммунодефицита – склонностью к рецидивам. Среди выделенных и описанных СПИД-индикаторных заболеваний кандидоз является наиболее распространенным. В принятой схеме лечения орофарингеального кандидоза применяется сочетание системных фунгицидных препаратов с местным воздействием на очаг инфекции. Но, несмотря на применение различных схем общей и местной терапии, более чем у половины больных СПИД через три месяца после окончания лечения отмечается рецидив заболевания. Таким образом, очевидно, что проблема лечения и профилактики орофарингеальных кандидозов у иммунокомпрометированных лиц представляет определенную трудность и требует поиска новых способов решения.

Одним из методов оптимизации микробиоценоза слизистых оболочек является применение пробиотиков. Благодаря своим разноплановым положительным биологическим свойствам представители симбионтной микрофлоры широко используются в различных отраслях медицины в составе средств коррекции биоценоза.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения местной формы пробиотического препарата, содержащего лактобациллы и бифидобактерии у ВИЧ-инфицированных больных с орофарингеальным кандидозом.

У 24 ВИЧ-инфицированных пациентов с клиническими признаками орофарингеального кандидоза исследовался микробный пейзаж слизистой оболочки ротоглотки. При посеве в основном были выделены *C. albicans*, у некоторых больных выделялись *C. famata*, *C. tropicalis*, *C. humicola*, *C. kefir*, *C. krusei*. В течение 14 дней всем пациентам проводился стандартный курс лечения, включающий в себя системные фунгицидные средства, терапию ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний по показаниям.

Опытной группе (12 человек) в дополнение к стандартному курсу терапии предлагался 14-дневный курс лечения местной формой пробиотика (содержащего лактобациллы и бифидобактерии) в виде полосканий ротоглотки смешанного с водой препарата 4 раза в день по 2-4 минуты. Контрольная группа также составила 12 человек.

По окончании двухнедельного курса лечения и спустя 3 месяца после лечения также производился осмотр больных и микробиологическое исследование смыва из ротоглотки. Все больные опытной группы отметили субъективное улучшение в результате 2-х недельного курса лечения. Применение препарата способствовало уменьшению выраженности таких симптомов кандидоза, как жжение, сухость, раздражение в полости рта и глотке. Для сравнения, только половина больных контрольной группы отметили субъективное улучшение в ходе 2-х недельного курса стандартной терапии.

При контрольном осмотре (через 3 месяца) у 6 больных контрольной группы был выявлен рецидив заболевания. У больных опытной группы рецидив заболевания был зафиксирован только у 3 человек. Исходя из полученных результатов, можно предположить, что включение местной формы пробиотика в комплексную терапию орофарингеального кандидоза у ВИЧ-инфицированных больных представляется безусловно перспективным и требует дальнейших исследований.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Корепанов А.Р., Якубович А.И., Чуприн А.Е., Константинов И.М.

Медицинский университет

Иркутск

Проведен анализ частоты выявления урогенитального кандидоза, а так же структуры сопутствующих инфекций, передаваемых половым путем, среди больных, обратившихся в центр урогенитальных инфекций факультетских клиник ИГМУ за 2008 год.

Среди наблюдаемых нами 374 больных (мужчин) урогенитальный кандидоз диагностирован у 24 (6,4%). По возрасту, больные распределились следующим образом: до 20 лет больных не зарегистрировано, 21-30 лет – 15 больных (65,5%), 31-40 – 6 больных (25%), 41-50 лет – 3 больных (12,5%), старше 50 лет не выявлено. У 13 больных (54,2%) урогенитальный кандидоз диагностирован в виде моноинфекции, у 11 больных (45,8%) – в виде микст-инфекции. У 3 больных (12,5%) одновременно с урогенитальным кандидозом выявлен урогенитальный трихомониаз; у 2 больных (8,3%) – диагностировано одновременно урогенитальный трихомониаз и хламидиоз однократно регистрировались – урогенитальный трихомониаз и неосложненная гонорея; урогенитальный трихомониаз, генитальный герпес и простатит; урогенитальный хламидиоз; одновременно урогенитальный хламидиоз, уреаплазмоз, сифилис и простатит; урогенитальный хламидиоз и простатит; уреаплазмоз.

Среди клинических вариантов урогенитального кандидоза преобладали проявления баланопостита у 17 больных (70,8%).

Проведенный анализ показал, что урогенитальный кандидоз чаще встречается у мужчин в возрастной группе 21-30 лет. Преимущественно в виде моноинфекции. В структуре микст-инфекции ведущее место занимает урогенитальный трихомониаз.

Анализируя частоту регистрации урогенитального кандидоза с предыдущими годами, отмечена следующая динамика: выявлено преобладание урогенитального кандидоза у мужчин более молодого возраста, в структуре микст-инфекций преобладают урогенитальный трихомониаз и урогенитальный хламидиоз, довольно часто сочетающиеся с хроническим простатитом и другими воспалительными процессами урогенитального тракта, обусловленными, как специфическими, так и, не специфическими возбудителями, клинически часто протекает в виде баланопостита.

ВИДОВОЙ СОСТАВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОГО АСПЕРГИЛЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Кулько А.Б., Исаева Е.Л.

Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ

Москва

Некоторые виды условно-патогенных грибов рода *Aspergillus* способны вызывать вторичные пневмомикозы у пациентов с различными формами туберкулеза легких. Поражения бронхов и легких грибами *Aspergillus* spp. отличаются значительным клинико-морфологическим разнообразием, зачастую протекая под маской туберкулеза. Вместе с тем, недостаточное количество изложенных в литературе данных микологических исследований не позволяет оценить этиологическое разнообразие аспергиллеза, осложняющего течение туберкулеза легких.

При диагностике аспергиллеза легких у пациентов МНПЦБТ на микологическое исследование (прямая микроскопия, посев) поступают пробы мокроты, материал, полученный при бронхоскопии (БАЛ и др.); у ряда пациентов – образцы легочной ткани, материалы из легочных и плевральных полостей (пункционный биоптат, резекционный материал, смывы, аспираты, экссудаты). Выделенные штаммы грибов рода *Aspergillus* идентифицируют до вида по общепринятым методикам (идентификационные среды: агар Чапека-Докса и картофельно-декстрозный агар).

В работе проанализированы результаты (2004-2009 гг.) микологических лабораторных обследований пациентов МНПЦБТ с различными формами туберкулеза органов дыхания. Грибы *Aspergillus* spp. (штаммы от одного до трех видов) были выявлены в диагностическом материале у 18% обследованных больных туберкулезом. Всего было выделено 13 видов грибов рода *Aspergillus*. Частота обнаружения *A. fumigatus* составила 29% от числа выделенных штаммов *Aspergillus* spp., частота обнаружения *A. niger* – 17%, *A. restrictus* – 11%, *A. versicolor* – 10%, *A. flavus* – 9%, *A. nidulans* – 9%, *A. sydowii* – 4%, *A. terreus* – 3%, *A. ustus* – 3%, *A. hollandicus* – 2%, *A. flavipes* – 1%, *A. glaucus* – 1%, *A. ochraceus* – 1%.

При культуральных исследованиях содержимого деструктивных полостных образований в легких (каверна, туберкулема, киста, аспергиллема) грибы *Aspergillus* spp. были обнаружены у 25 из 180 больных (14%). В большинстве случаев (у 18 из 25 пациентов) из легочной полости выделялся *A. fumigatus*. В остальных случаях были обнаружены *A. flavus*, *A. restrictus* (у двух пациентов), *A. niger* (у двух пациентов), *A. terreus*, *A. versicolor*. У 9 больных данной группы (36%) гриб *Aspergillus* sp., выделенный из полости, был обнаружен также в БАЛ и/или мокроте.

У двух пациентов *A. fumigatus* был выделен из бронхиального биоптата.

Колонизация нижних отделов дыхательных путей грибами рода *Aspergillus* была выявлена у 14% обследованных пациентов (исследования мокроты и БАЛ).

У ряда больных туберкулезом с заболеваниями плевры грибы рода *Aspergillus* (*A. fumigatus* – наиболее часто, *A. glaucus*, *A. nidulans*, *A. niger*, *A. restrictus*, *A. ustus*, *A. terreus*, *A. versicolor*) были обнаружены в содержимом плевральной полости.

Таким образом, наиболее вероятным возбудителем оппортунистического аспергиллеза легких у больных туберкулезом остается вид *A. fumigatus*. Однако следует учитывать вероятность развития вторичных бронхолегочных инфекций, вызванных другими видами болезнетворных грибов из рода *Aspergillus*.

АКТИНОМИКОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ.

Курбатова И.В., Плахотная Г.А.

ИМПиТМ имени Е.И. Марциновского ММА им И.М.Сеченова

Москва

В организме человека актиномицеты (бактерии родов *Actinomyces*, *Bifidobacterium*, *Nocardia*, *Micromonospora*, *Rhodococcus*, *Streptomyces* и др.) сапрофитируют на коже, в ротовой полости, зубном налете, лакунах миндалин, верхних дыхательных путях, бронхах, на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, влагалища, анальных складок и т.д. Ведущим в развитии актиномикоза является эндогенный путь, при котором на фоне снижения иммунозащитных сил организма, наличия тяжелых инфекционных или соматических заболеваний, при гнойно-воспалительных процессах или травмах, возбудитель из мест его сапрофитического обитания через пищеварительный тракт и полость рта проникает в ткани.

Актиномикотические поражения могут проявляться не только в классическом виде с характерной инфильтрацией тканей, абсцессами и свищами, но и в виде доминирующей или равнозначимой патогенной флоры неспецифического воспалительного процесса, осложняющего течение основного заболевания. Актиномицеты могут играть активную роль в этиологии хронического тонзиллита, стоматита, отита, дерматита, дисбактериоза, трофических язв и др.

При лабораторных исследованиях нами были диагностированы актиномикотические осложнения различных патологических процессов. Актиномицеты в диагностически значимом количестве обнаруживались в вагинальном отделяемом при неспецифическом кольпите и вульвовагините, при воспалительных процессах в полости рта (в соскобах с зева, миндалин, языка), при отомикозе, при длительно незаживающих мацерациях и гиперемии кожи в перианальной области, со слизистых оболочек ампулы прямой кишки. Присоединение актиномицетов к гноеродной микробиоте трофических язв значительно утяжеляло течение заболевания, осложняло процесс лечения таких больных, замедляя регрессию очагов поражения. У пациентов с угревой болезнью при вскрытии очагов воспаления в себуме нередко обнаруживались актиномицеты, присутствие которых способствовало развитию затяжного течения заболевания.

Лечение больных с актиномикотическими осложнениями проводилось в зависимости от локализации и клинических проявлений с использованием комплекса препаратов: антибиотиков (гентамицин, амикацин, флорацид, панклав, солютаб, цефаклор и др.), иммунокорректирующих (диуцифон) и общеукрепляющих средств (дезинтоксикационная терапия, витамины), а также применения местного лечения мазями (с антибактериальными препаратами указанных групп), физиотерапевтических процедур (электрофорез кальция хлорида и димедрола) и, при необходимости, хирургического вмешательства.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МИКОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА, ПАЦИЕНТОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Мартынова А.В., Прушинский АП.

Владивостокский государственный медицинский университет

Владивосток

Несмотря на то, что ведущими возбудителями инфекций респираторного тракта являются такие возбудители как *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и другие, неоспоримой остается значимость в развитии заболевания носительства грибковых возбудителей. Грибки, наряду с бактериальными и вирусными возбудителями, формируя микробную ассоциацию (био пленку) на слизистой органов респираторного тракта, безусловно играют немаловажную роль в формировании микробиоценоза дыхательных путей, дисбиоз которого, и является фактором, определяющим развития заболевания. Исследуя носительство микроорганизмов, возбудителей респираторного тракта у детей с диагностированным туберкулезом, мы обратили внимание на значимость в этиологическом спектре возбудителей грибковой этиологии. Целью нашего исследования являлось оценить роль возбудителей грибковой этиологии в развитии инфекций респираторного тракта у детей с туберкулезом. Методы: исследовали материал, полученный при изучении назофарингеального носительства, у 140 детей с диагностированным туберкулезом. Диагноз выделенных грибов подтверждался микологически, культурально (на среде Сабуро), в том числе и при культивации с антимикотиками при 25° и 37° с демонстрацией теплового полиморфизма. Результаты: по полученным нами результатам, у детей, получающих противотуберкулезную терапию, не мене двух лет, достоверно чаще (31/140 (22,14%)), по сравнению со здоровыми детьми того же возраста (9/50 (14%)), выделялись грибки. В этиологической структуре среди грибковых возбудителей преобладали грибки рода *Candida* (14/140 (10%)), *Aspergillus* (6/140 (4,28%)), *Nocardia* (11/140(7,85%)). Были отмечены случаи сочетанного выделения *Penicillium marneffeii*, вызывающего инвазивные формы микозов у лиц с иммунодефицитами, и различных штаммов *Candida* (9/140 (6,4%)). Выводы: несмотря на преобладание в этиологической структуре возбудителей инфекций дыхательных путей у детей с туберкулезом различных бактериальных возбудителей, более высокая значимость выделения грибковой микрофлоры, а также выделение такого эндемичного для Дальнего Востока грибка как *Penicillium marneffeii*, у детей с туберкулезом, свидетельствует о необходимости организации эпидемиологического надзора и микробиологического мониторинга за грибковыми возбудителями прежде всего у групп населения, наиболее подверженных риску развития инфекций дыхательных путей.

ПРОБЛЕМА ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГОЛОСОВЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ.

Новожилова Е.Н., Махсон А.Н., Ольшанский В.О.

Московская городская онкологическая больница № 62

МНИОИ им. П.А. Герцена

Москва

В настоящее время для реабилитации голосовой функции после удаления гортани (ларингэктомии) применяют голосовые протезы. Использование голосового протеза имеет ряд преимуществ перед другими методами реабилитации, но протез самой современной конструкции, выполненный из биологически инертного материала, является «инородным телом» для больного и подвержен воздействию грибов и микроорганизмов.

Наш опыт показал, что протезы выходили из строя и требовали замены не вследствие их износа, а в результате поражения грибками и патогенными бактериями. Нами исследованы 90 голосовых протезов, (Blom-Singer), которые были удалены в связи с непригодностью к эксплуатации. Мы подвергли протезы микроскопическому исследованию, путем приготовления из них парафиновых срезов. При этом было установлено, что колонии микроорганизмов не только поверхностно распространялись по силикону (в виде «био пленки»), но и внедрялись в его структуру.

Было установлено, что наряду с грибками протезы поражаются другими микроорганизмами. Среди бактериальных представителей, наиболее часто выявлялись *Staphylococcus aureus* (39,4%), *Enterococcus faecalis* (22,75%), *Pseudomonas aeruginosa* (15,5%). Установлено, что каждый из этих микроорганизмов способен образовывать колонии на пищеводном фланце протеза и тем самым нарушать функцию защитного клапана.

В отличие от традиционных представлений среди грибов, поражающих протезы, *S.albicans* составляли только 47%, в то время как другие виды были non-albicans-представители. Они обладали значительной устойчивостью к обычно применяемым антимикотическим препаратам и требовали индивидуального подбора лечебных схем.

В процессе работы нами был разработан комплекс профилактических мероприятий, позволивший увеличить срок службы голосовых протезов в 2 раза, по сравнению с рекомендациями фирмы-производителя.

ГЕОТРИХОЗ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Плахотная Г.А., Курбатова И.В.

ИМПитМ имени Е.И. Марциновского ММА им И.М. Сеченова

Москва

Геотрихоз – это хроническое заболевание, вызываемое грибами рода *Geotrichum*, встречается во всех странах мира. Так как *Geotrichum* является сапрофитом кожи, слизистых оболочек полости рта и кишечника, то при нарушении иммунитета и присоединении других факторов, влияющие на защитные функции организма, за счет эндогенной аутоинфекции возможно развитие заболевания.

Наиболее частым инфектантом является *G.candidum*. На питательных средах грибы образуют дрожжевидные колонии беловато-сероватых оттенков, при микроскопии виден ветвящийся мицелий, распадающийся на прямоугольные или овальные артроспоры.

При геотрихозе поражаются кожные покровы, слизистые оболочки полости рта, кишечника, а также легкие. Клинические проявления часто имеют большое сходство с кандидозом. По сравнению с другими микозами геотрихоз встречается сравнительно редко.

За период с 2005 по 2008г в поликлинике Института медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И.Марциновского наблюдались 24 пациента с различными клиническими проявлениями геотрихоза, а также случаи сочетанного течения геотрихоза и других микозов внутренних органов человека. Под нашим наблюдением находились пациенты с геотрихозом желудочно-кишечного тракта – 13 человек, органов дыхания – 8, слизистых оболочек полости рта – 3. Сочетанные формы геотрихоза и кандидоза, аспергиллеза и других микозов было у 12 пациентов.

Клинически геотрихоз ЖКТ проявлялся стоматитом, глосситом, фарингитом, эзофагитом. Поражения имели вид серовато-коричневых налетов, которые частично отделялись. Геотрихоз верхнего отдела ЖКТ развивался иногда после массивной терапии антибиотиками. При этом наблюдались своеобразные поражения языка, известные как «черный волосатый язык». Геотрихозные поражения бронхов и легких развивались обычно на фоне предшествующего поражения органов дыхания различной этиологии.

За период наблюдений нами отмечено учащение случаев геотрихоза, что может быть обусловлено необоснованным выбором и длительным назначением антибиотиков, а также использованием пищевых добавок, механизм действия которых и возможные побочные эффекты не изучены.

ВЛИЯНИЕ ПЛЕСНЕВЫХ МИКРОМИЦЕТОВ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Рекалова Е. М.

*НИ фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского АМН Украины
Киев, Украина*

Цель работы – установить роль инфицирования нижних дыхательных путей больных в течении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Использованы методы: клинические, функциональные, иммунологические, микробиологические, статистические. Обследовано в динамике 145 больных ХОБЛ, средний возраст $57,6 \pm 0,8$ лет, мужчин – 91 (62,8 %). 78 больных (53,8 %) получали на амбулаторном этапе антибиотикотерапию, 56 (38,6 %) – ингаляционные кортикостероидные препараты (ИКС), 19 (13,1 %) постоянно принимали кортикостероиды энтерально. Плесневые микромицеты выделены из мокроты 39 больных (26,9 %) (1 группа); у 106 больных (2 группа) – их рост не получен. Больные 1 группы чаще применяли ИКС – 25 больных (64,1 %) против 28 (26,4 %) 2 группы, $p < 0,05$; у них наблюдалась большая длительность обострения – соответственно $3,5 \pm 0,8$ месяцев и $1,9 \pm 0,2$ месяцев, $p < 0,05$, интенсивное выделение гнойной мокроты – у 35 больных (89,7 %) и у 64 (60,4 %), $p < 0,05$, в количестве $73,6 \pm 9,9$ мл/сутки и $38,0 \pm 3,8$ мл/сутки. При этом у 20 больных (51,3 %) 1 группы выделены условно-патогенные грам-отрицательные палочки – против 22 пациентов (20,8 %) 2 группы, $p < 0,05$, пневмоцисты – соответственно у 38 больных (97,4 %) и у 71 (67,0 %), $p < 0,05$ [также в фазе ремиссии – у 35 больных (89,7 %) и у 72 (67,9 %), $p < 0,05$, с содержанием пневмоцист в ремиссии в количестве 427 ± 78 трофозоитов/мл и 177 ± 41 трофозоитов/мл мокроты, $p < 0,05$]. У больных 1 группы были максимальными нарушения функции легких, что проявлялось в фазе ремиссии снижением ОФВ1 до $47,2 \pm 1,8$ % (во 2 группе – $60,1 \pm 2,9$ %, $p < 0,05$). По иммунологическим показателям в фазе обострения ХОБЛ в 1 группе выявлен рост количества готовых к апоптозу Т-лимфоцитов (CD95+) крови до $24,8 \pm 0,9$ % против $17,6 \pm 0,6$ % во 2 группе, $p < 0,05$ (у здоровых – $18,3 \pm 1,0$ %). Наибольшие иммунологические изменения определялись в фазе ремиссии, что проявлялось «сдвигом формулы» крови влево с увеличением количества сегментоядерных нейтрофилов до $71,4 \pm 2,3$ % (во 2 группе $65,3 \pm 1,5$ %, $p < 0,05$, у здоровых – $55,9 \pm 1,6$ %), снижением количества лимфоцитов до $17,6 \pm 1,6$ % (против $24,8 \pm 1,0$ %, $p < 0,05$, у здоровых – $36,0 \pm 2,3$ %). Снижалось содержание в крови пан-Т-клеток (CD3+) до $53,1 \pm 2,4$ % (во 2 группе $66,6 \pm 1,7$ %, $p < 0,05$, у здоровых – $69,7 \pm 1,8$ %) и их субпопуляций до контрольных значений: CD4+ – до $0,8 \pm 0,1 \cdot 10^9$ /л (против $1,1 \pm 0,1 \cdot 10^9$ /л, $p < 0,05$, у здоровых – $0,7 \pm 0,1 \cdot 10^9$ /л), CD8+ – до $0,6 \pm 0,1 \cdot 10^9$ /л (против $0,8 \pm 0,1 \cdot 10^9$ /л, $p < 0,05$, у здоровых – $0,6 \pm 0,1 \cdot 10^9$ /л), наблюдалось угнетение поглотительной активности нейтрофилов – до $38,7 \pm 3,0$ % (против $54,6 \pm 2,4$ %, $p < 0,05$, у здоровых – $49,2 \pm 3,3$ %) на фоне высокого уровня кислород-зависимого метаболизма в НСТ-тесте – $73,9 \pm 2,3$ % (против $66,4 \pm 1,9$ %, $p < 0,05$, у здоровых – $30,7 \pm 1,9$ %), рост количества В-клеток (CD22+) до $14,9 \pm 1,2$ % (против $10,7 \pm 0,7$ %, $p < 0,05$, у здоровых – $8,8 \pm 1,0$ %). Таким образом, инфицирование нижних дыхательных путей плесневыми микромицетами у больных ХОБЛ наблюдается при использовании ИКС, при большой длительности обострения, на фоне выделения гнойной мокроты, инфицирования грамотрицательными бактериями, пневмоцистами, с выраженными и стойкими изменениями в иммунной системе (уменьшением в крови содержания Т-лимфоцитов, дисфункцией В-клеток, снижением поглотительной способности нейтрофилов), характеризуется поддержкой длительных воспалительных реакций (в фазе ремиссии – сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, выраженная кислород-зависимая активация нейтрофилов крови), что сопровождается значительными нарушениями легочной

функции (снижение ОФВ1) и свидетельствует о негативном влиянии плесневых микромицетов на течение ХОБЛ.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ CANDIDA НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Сарматова Н.И.

Сибирский федеральный университет

Красноярск

Среди заболеваний, вызываемых условно-патогенными грибами, наибольшее значение имеет кандидоз. В мире нет точной статистики распространенности грибковых заболеваний, возможно, потому, что, условно – патогенные грибы появляются, на фоне других тяжелых болезней. Кандидоз – прежде всего эндогенная инфекция. Они могут заселять кожу, кишечник, полость рта. Из дрожжеподобных грибов рода *Candida* (по данным гематологического научного центра РАМН) наиболее частыми патогенами ранее были грибы вида *C. albicans* (80-86%), в настоящее время, все чаще определяются другие виды – *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. dubliniensis*.

Выделение дрожжевых грибов из биологического материала проводили на среде Сабуро, количественное определение – согласно методике, предложенной С.Ю.Сергеевым (2001). Видовую идентификацию дрожжевых грибов р. *Candida* проводили по определителю Kreger van Ruy (1986). Чувствительность дрожжевых грибов к антимикотикам проверяли с помощью коммерческой системы «Фунгитест». Видовая идентификация необходима в связи с селекцией резистентных возбудителей к некоторым антимикотикам и, следовательно, для выбора правильной тактики лечения. Для дифференцировки *Candida dubliniensis* от *Candida albicans* использовали методическим рекомендациям D.H. Pincus et al (2002) Можно спросить зачем нужна такая дифференцировка? Дело в том, что для некоторых штаммов *Candida dubliniensis* была определена устойчивость к флюконазолу (дифлюкану). Эти штаммы обычно оставались чувствительными к амфотерицину В, флюцитозину, позаконазолу, вориконазолу, каспофунгину. Было показано, что механизм устойчивости к флюконазолу (дифлюкану) у *Candida dubliniensis* может принимать мультирезистентные формы, когда штамм контактирует с флюконазолом *in vitro*.

Было проведено микробиологическое исследование слизистой оболочки полости рта (СОПР) 759 пациентов с бронхиальной астмой, находящихся на лечении в аллергологической клинике. У 583 (76,8%) пациентов были выделены грибы рода *Candida* в клинически значимых количествах $10^4 - 10^5$ КОЕ. В видовом составе преобладают *C. albicans* до 77,2%. Небольшое количество составляют *C. tropicalis*, *C. guilliermondii*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*. 19,1% выделенных штаммов являлись вариантом *C. albicans* – *C. dubliniensis*. Все выделенные штаммы обладали устойчивостью к таким антимикотикам как флюконазол, интраконазол, кетконазол. Хорошая чувствительность отмечалась амфотерицину В, флюцитозину. Актуальность выделения *C. dubliniensis* в отдельный вид диктуется его описанной устойчивостью к антимикотикам.

Таким образом, проблема микозов, вызванных условно-патогенными дрожжевыми грибами является актуальной в настоящее время. Решающее значение приобретает необходимость проведения целенаправленного исследования не только по обнаружению, но и видовой идентификации возбудителей микотической инфекции, для проведения рациональной антимикотической терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АКТИНОЛИЗАТ В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АКТИНОМИКОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.

Сидорова М.В., Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л.

НИИ Глазных болезней РАМН

Москва

Заболевания слезных органов выявляются у 25% больных, обращающихся к офтальмологу. Патология слезоотводящих путей приводит к ограничению трудоспособности, нарушению психики, развитию серьезных осложнений со стороны органа зрения. Актиномицеты все чаще становятся одной из причин заболеваний слезоотводящих путей, возникающих у больных на фоне иммунодефицита, гормональных и обменных нарушений, длительного применения антибиотиков, кортикостероидов, иммуносупрессивных препаратов.

Имеющееся в настоящее время консервативное лечение является малоэффективным. Цель исследования: разработка схемы комплексного консервативного лечения актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей.

Материалы и методы: проведено комплексное клинико – инструментальное обследование 486 пациентов в возрасте от 23 до 75 лет. Диагноз актиномикотического поражения слезоотводящих путей был поставлен 117 пациентам. Все пациенты в соответствии с задачами исследования были разделены на две группы, в зависимости от примененной схемы лечения. Пациентам первой группы проводилось лечение по следующей схеме: лечебные промывания слезоотводящих путей растворами фурацилина 1:5000 или 0,25% раствором борной кислоты через день № 10; актинолизат по 3,0 мл внутримышечно 2 раза в неделю № 10; пероральные противогрибковые препараты (дифлюкан или флюкостат по 50 мг 1 раз в день, ламикан по 250 мг 1 раз в день после еды в течение недели); пероральные антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, диазолин, кларитин и др. по 1 таб. 2 раза в день, 5 – 7 дней). Лечение пациентов второй группы проводили по вышеуказанной схеме. Лечебные промывания слезоотводящих путей раствором актинолизата по 3,0 мл через день № 10. Растворы фурацилина и борной кислоты не использовали.

Анализ результатов проведенного комплексного консервативного лечения актиномикотических поражений слезоотводящих путей с использованием препарата актинолизат при общем и местном применении, показал его высокую эффективность. У всех пациентов было отмечено улучшение на 3-5 день лечения, выздоровление – после проведенного полного курса лечения. Непереносимости препарата и побочных действий (системных или местных) в процессе лечения не обнаружено. Проведенные нами исследования через 6 -12 мес. после лечения не выявили рецидивов заболевания. Доказана терапевтическая эффективность препарата актинолизат при одновременном местном и общем применении в комплексном лечении актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей.

Новое в диагностике актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей.

Сидорова М.В., Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л.

НИИ Глазных болезней РАМН

Москва

В настоящее время актиномицеты все чаще становятся одной из причин заболевания слезоотводящих путей. Поздняя и часто неправильная диагностика приводит к хроническому течению заболевания, создавая в дальнейшем трудности в лечении. Лабораторная диагностика актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей затруднена.

Все вышеперечисленное побуждает нас совершенствовать методы диагностики актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей.

Цель: проанализировать эффективность применения цитологического метода исследования (по методу Резниковой с соавт.) дакриостенозов и роль компьютерной и магнитно – резонансной томографии в диагностике актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей.

Материалы и методы: нами было обследовано 20 пациентов с актиномикотическим поражением слезоотводящих путей, которым было проведено цитологическое исследование дакриостенозов, компьютерная и магнитно – резонансная томография.

Цитологическое исследование материала, взятого в области устья носослезного протока при промывании слезоотводящих путей, оценивали на наличие: воспалительных клеток и их состава, экссудата и его характера, эпителиальных клеток и степени их изменения, фибропластической активности, наличия и характера инфекции.

Компьютерная томография слезоотводящих путей дает наиболее полное представление о состоянии слезоотводящих путей на всем их протяжении, оценивает топографо – анатомическое взаимоотношение их с окружающими структурами, наличие новообразований и позволяет выработать план хирургического вмешательства.

Этим же больным была проведена магнитно – резонансная томография слезоотводящих путей, различающая нормальную, воспаленную, гипертрофизированную и опухолевые ткани. Благодаря более широкому спектру интенсивности регистрируемых сигналов (разница сигнала от воспаленной ткани и ткани новообразования) она позволяет с большей точностью установить и оценить истинный размер и границы новообразования, его тканевую дифференцировку, а так же распространение внутрь носослезного протока.

При цитологическом исследовании у 7 пациентов в содержимом носослезного протока была обнаружена лейкоцитарная инфильтрация, повышенная десквамация дистрофически измененных эпителиоцитов, выстилающих носослезный проток, нити мицелия актиномицетов.

На компьютерной томографии 10 пациентов отмечалась деформация перегородки носа, нарушение строения нижней носовой раковины и нижнего носового хода, атипичное расположение слезного мешка, что приводящее к постоянному хроническому воспалению слизистой оболочки в месте проекции слезоотводящих путей.

В результате проведенного исследования на магнитно – резонансных томограммах 10 пациентов было выявлено наличие воспалительного процесса в слезном мешке и у 1 пациента - новообразование (размеры и границы).

Анализ результатов подтвердил эффективность цитологического метода исследования дакриостенозов, компьютерной и магнитно – резонансной томографии в диагностике и дифференциальной диагностике актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей.

ВИДОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ГРИБОВ CANDIDA SPP. И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКОТИКАМ У ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР-ОРГАНОВ (НА ПРИМЕРЕ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Соколова Т.В., Панкратова Е.В., Золотнова В.Ю.

ГИУВ МО РФ

Областной КВД

Москва – Ульяновск

Актуальность проблемы обусловлена тем, что по данным официальной статистики Ульяновская область (УО) является лидирующим регионом Приволжского федерального округа (ПФО) по уровню заболеваемости атопическим дерматитом (АтД) подростков 15 – 17 лет. Этот показатель по УО превышает аналогичный по ПФО в 1,6 раза (17,9% против 4,8%) и общероссийский в 1,9 раза (4,1%).

Общеизвестно, что бактериальные, грибковые, вирусные и другие инфекции играют важную роль в хронизации течения АтД.

Целью настоящего исследования явилось изучение видового состава дрожжеподобных грибов *Candida spp.* в отделяемом зева и носа у юношей призывного возраста с АтД и анализ чувствительности грибковой флоры к антимикотикам.

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе Ульяновского ОККВД. Под наблюдением было 60 юношей призывного возраста (ЮПВ) с АтД, состоящих на диспансерном учете, в возрасте 18 – 27 лет. Изучение состава грибковой флоры из очагов в зеве и носу и определение чувствительности *Candida spp.* к антимикотикам осуществлялось по общепринятой методике путем посева материала на селективные питательные среды.

Результаты работы. Анализ результатов бактериологического исследования отделяемого носа и зева у больных АтД показал, что дрожжеподобные грибы рода *Candida* выявлены в зеве более, чем у половины (34 или 56,6%) ЮПВ с АтД, в носу – в 2 раза реже (17 или 28,3%). Анализ видового состава *Candida spp.*, высеянных из отделяемого зева и носа, показал их значительное разнообразие. С обеих локализаций верифицированы 6 видов липофильных дрожжей. По встречаемости в зеве лидировали *S. pseudotropicalis* (35,4%) и *S. krusei* (29,4%). *S. albicans* зарегистрировал только в 17,6% случаев. У единичных больных обнаружены *S. glurmondi* (8,8%), *S. glabrata* (5,9%) и *S. tropicalis* (2,9%). В отделяемом из носа лидировали другие виды – *S. krusei* (35,3%), *S. tropicalis* (17,6%), *S. pseudotropicalis* (17,6%). *S. albicans* регистрировался несколько чаще (23,5%). *S. glurmondi* (5,9%) и *S. glabrata* (5,9%), как и в зеве, выявлены у единичных больных. Видовое совпадение дрожжеподобных грибов рода *Candida* с обеих локализаций имело место только в трех случаях. У 2 пациентов из зева и носа высевались *S. krusei*, у 1 – *S. tropicalis*.

Анализ результатов чувствительности *Candida spp.* к антимикотикам показал, что в зеве практически все штаммы, независимо от видового состава, были резистентны к нистатину (91,2%) и амфотерицину В (82,4%), более половины – к клотримазолу (52,9%) около половины (44,1%) – к флуконазолу, 1/3 (32,4%) – к итраконазолу, 1% (20,6%) – к кетоконазолу. Резистентность *Candida spp.* из отделяемого носа к некоторым антимикотикам регистрировалась реже, в частности к нистатину – в 1,3 раза (70,6%), амфотерицину В – в 1,4 раза (58,8%), флуконазолу – в 1,5 раза (29,4%), клотримазолу – в 1,5 раза (35,3%). Для других антимикотиков отмечен более высокий уровень резистентности – к кетоконазолу в 2 раза (41,2%), итраконазолу в 1,5 раза (47,1%).

Обнаружена различная чувствительность видов *Candida* к антимикотикам. В зеве *S. albicans*, *S. tropicalis* и *S. glurmondi* в 100% случаев резистентны к нистатину. В носу *S. albicans* резистентны к нистатину лишь в 1/3 случаев. *S. tropicalis* с обеих локализаций в 100% случаев чувствительны к флуконазолу. В 66,7% случаев *S. albicans* из зева и носа

устойчивы к флуконазолу. *C. krusei* в отделяемом носа полностью чувствительны к флуконазолу, а в отделяемом зева в 60% случаев отмечается резистентность к данному антимикотику. В зеве *C. pseudotropicalis* абсолютно устойчивы к амфотерицину В и в 100% случаев чувствительны к нему в носу. *C. glabrata* с обеих локализаций в 100% чувствительны к флуконазолу, итраконазолу, кетоконазолу. В носу отмечается 100%-ная чувствительность, а в зеве абсолютная устойчивость *C. glabrata* к итраконазолу.

Обсуждение результатов. У ЮПВ с АтД выявлено выраженное видовое разнообразие дрожжеподобных грибов *Candida*, высеянных из зева и носа. Выявление *C. albicans* в зеве менее, чем у 1/5 больных в носу – у 1/4 позволяет говорить о наличии НКА (не *Candida albicans*) – патологии лор-органов, связанной с дрожжеподобными грибами рода *Candida*. По встречаемости в зеве лидировали *C. pseudotropicalis* (более 1/3) и *C. krusei* (более 1/4), в носу – *C. krusei* (более 1/3), *C. tropicalis* (около 1/5) и *C. pseudotropicalis* (около 1/5). Анализ результатов чувствительности *Candida spp.* показал высокий уровень резистентности к нистатину, амфотерицину В, клотримазолу, флуконазолу, кетоконазолу, итраконазолу. Уровень резистентности у *Candida spp.*, высеянных из зева, выше, чем из носа. Установлено, что различные виды *Candida spp.* резистентны к антимикотикам различных групп, что следует учитывать при выборе препарата. Полученные данные так же указывают на необходимость одновременной санации зева и носа при патологии лор-органов у ЮПВ с АтД.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АКТИНОМИКОЗОМ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ

Титова Г.В.

Центр глубоких микозов, 81 ГКБ

Москва

Актиномикоз мягких тканей и внутренних органов не является редким заболеванием но, к сожалению, это не соответствует статистическому учёту, который занижен и далеко не совершенен, т.к. из-за трудностей в диагностике и недостаточной подготовленности врачей, актиномикоз часто проходит под другими диагнозами.

В основе развития актиномикоза лежит постепенное, медленное образование специфических гранулём, с последующим абсцедированием и формированием свищевых ходов, из которых выделяется гной гомогенной консистенции или с «крупинками» (друзами).

В комплексе лечебных мер при актиномикозе значительное место занимают оперативные вмешательства с целью радикального иссечения очагов поражения, по возможности, единым блоком в пределах видимо здоровых тканей. Одним из главных условий в предоперационной подготовке является уменьшение воспаления и нормализация иммунитета. Это достигается назначением коротких курсов антибиотиков и специфической актинолизатотерапией. В зависимости от объекта операции, глубины и площади операционного поля хирургические вмешательства заканчивают ушиванием раны наглухо, аутодермопластикой, либо практикуется открытое ведение послеоперационной раны с наложением повязок с антисептическими мазями, которые очищают рану и усиливают регенерацию.

Особенности послеоперационного ведения данных больных связаны с объёмом оперативного вмешательства, качеством предварительной подготовленности очага к операции и конкретной локализации процесса. Трудности послеоперационного ведения больных с распространённым актиномикозом поясничной, ягодичных и бедренных областей с поражением забрюшинной клетчатки обусловлены особенностями анатомического расположения очагов, глубиной длинных извилистых свищевых ходов, склонностью больных к развитию интоксикации, стойкой анемии и амилоидоза. В послеоперационном периоде противовоспалительную и иммуномодулирующую терапию актинолизатом продолжают, по показаниям проводят гемотрансфузии и ультразвуковые физиопроцедуры, ежедневно делают перевязки. Назначаются витаминные препараты и антибиотикотерапия с учётом чувствительности микрофлоры.

Наряду с традиционным перевязочным материалом используют готовые повязки, обладающие сорбирующим, антибактериальным и регенеративным действием. В случаях заживления послеоперационной раны первичным натяжением швы снимают на седьмой-восьмой день. На раны, которые ведут открытым способом, в первые дни накладывают повязки с водным раствором аквазана, йодоформной эмульсией, 1% раствором диоксидина, 1% йодопионовой мазью для активации грануляций. С целью санации раны применяют антисептики широкого спектра действия. Для очищения ран от гнойно-некротического отделяемого используют водорастворимые мази: левосин, левомеколь, диоксиколь, а также пантенол, винизоль. Для ускорения регенеративного процесса и эпителизации накладывают повязки с метилурациловой мазью, эбермином, солкосерилом, винилином, облепиховым маслом и т. д.

В предоперационном периоде весьма эффективны сеансы ГБО, что позволяет сократить сроки заживления нагноившихся ран и уменьшить симптомы хронической бактериальной интоксикации, а так же предупреждает развитие рецидивов в месте операции.

В пред- и послеоперационном периодах перспективным методом подготовки и лечения является озонотерапия в виде перевязок с озонированным физиологическим раствором и озонированным растительным маслом. Так же эффективно обкалывание газообразным

озоном вокруг операционной раны, что уменьшает реакции воспаления и нагноения в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, тщательная предоперационная подготовка и правильное послеоперационное ведение больных, прооперированных по поводу актиномикоза различных локализаций, направлены на улучшение иммунного и местного статусов, что ведет к уменьшению развития вторичных осложнений в виде нагноений послеоперационных ран и снижает вероятность рецидивов актиномикоза.

РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ И ГРИБОВ РОДА CANDIDA В РАЗВИТИИ ГНОЙНО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.

Фролова Н.А., Клыков А.И.

Смоленская государственная медицинская академия

Смоленск

Нормальная микрофлора человека необходима для создания высокой колонизационной резистентности организма хозяина по отношению к патогенным микробам. Несмотря на то, что вопросы микробиоценозов изучаются давно по различным направлениям, основная масса работ посвящена взрослому населению и патологии подростков. Отсутствуют данные о взаимосвязи влияния состояния здоровья матери до и во время беременности, её микрофлоры, особенностей течения неонатального периода, фоновых состояний, на характеристику изучаемых микробиоценозов в эпидемиологической структуре инфекционно-воспалительных заболеваний у детей. В структуре инфекционно-воспалительных заболеваний ведущее место продолжают занимать воспалительные заболевания вульвы и влагалища, мочевыводящих путей как у девочек, так и у мальчиков в разных возрастных категориях, что может стать причиной серьезных нарушений репродуктивной сферы в более старшем возрасте.

Необходимость изучения данного вопроса диктуется не только изучением клинического характера течения болезни, но и учётом эпидемиологической характеристики для организации ранней диагностики и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний у этих детей.

В данное исследование были включены 121 детей, в том числе 43 пациентки с воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища, 25 мальчиков с воспалением крайней плоти и 53 человека без видимой патологии на момент осмотра.

Ведущими жалобами, ставшими основными критериями отбора для пациентов были: покраснение, болезненность, зуд в области промежности, выделения, учащенное и болезненное мочеиспускание, изменение частоты дефекаций.

Интервал времени от момента забора до посева материала на дифференциально-диагностические среды составлял 1,5-2 часа. При заборе и доставке материала руководствовались приказом МЗ РФ об утверждении отраслевого стандарта от 9 июня 2003 № 23. Видовую идентификацию осуществляли общепринятыми методами, используя номенклатуру Берджи и сведения, обобщенные в руководствах по клинической микробиологии.

Фекалии в количестве 1 г. помещались в сухую стерильную пробирку, затем готовили десятикратные серийные разведения и осуществляли посев на питательные среды. Посевы инкубировались в термостате при температуре 37 °С в течении 24 -72 часов, затем производился подсчет выросших колоний с последующей идентификацией чистых культур в биохимических тестах.

Моча забиралась после тщательного туалета наружных половых органов, исследовалась средняя порция свободно выпущенной мочи, собранной в стерильную пробирку в количестве 3 – 5 мл.

При бактериологическом исследовании было установлено в качестве возбудителей вульвовагинитов чаще выступает грамотрицательная флора (бактерии кишечной группы,) из грамположительной флоры – сапрофитический стафилококк, в единичных случаях – стрептококк, эпидермальный стафилококк и грибы рода *Candida*.

При бактериологическом исследовании мазка из препуриального мешка выделялась грамположительная флора – энтерококки, и реже эпидермальный стафилококк, из грамотрицательной флоры - бактерии кишечной группы: кишечная палочка, клебсиелла, протей, а также грибы рода *Candida*.

В группе детей без видимой патологии в незначительных количествах высевался эпидермальный стафилококк.

Сравнение бактериологического анализа мочи показало наличие обсемененности мочи до 10^3 - 10^5 КОЕ/мл в группе детей с воспалительными заболеваниями вульвы и с воспалением крайней плоти, в группе детей без видимой патологии обсемененности не было выявлено.

В анализах кала на дисбактериоз отмечена достоверно более частая встречаемость условно – патогенной флоры в количествах, превышающих допустимые, также снижение как качественного, так и количественного состава бифидобактерий и лактобацилл.

Таким образом, согласно нашим данным этиологическим агентом вульвовагинитов чаще выступает грамотрицательная флора кишечной группы, в то время как этиологическим агентом воспаления препурциального мешка являются – энтерококки, бактерии кишечной группы, в ассоциации с грибами рода *Candida*.

Основываясь на результатах нашего исследования можно предположить, что при развитии дисбиотических изменений в толстой кишке создаются благоприятные условия для размножения условно патогенных микроорганизмов и грибов рода *Candida*, которые в свою очередь, способствуют развитию гнойно – воспалительных процессов, особенно мочеполовой системы как у девочек , так и у мальчиков.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА С ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ.

Царев С.В.

*Институт иммунологии Федерального медико-биологического агентства
Москва*

Полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эозинофилами. У части предрасположенных к аллергии больных ПРС развивается грибковая сенсibilизация (ГС).

При аллергологическом обследовании 83 пациентов с ПРС нами была выявлена ГС у 30 человек, что составило 36,1%. Сенсibilизированными считались пациенты с наличием специфических IgE к грибковым аллергенам (*Penicillium notatum*, *Cladosporium herbarum*, *Aspergillus fumigatus*, *Candida albicans*, *Alternaria alternata*; диагностический аллерген PHADIA/PHARMACIA) в сыворотке крови. В подавляющем большинстве случаев (у 28 человек) ГС сочеталась с аллергией к другим группам аллергенов (бытовым, эпидермальным, пыльцевым).

Анализ клинической картины варианта ПРС с ГС выявил следующие особенности.

1) Анамнестически в большинстве случаев (24 человека из 30) отмечался длительный бытовой или (реже) профессиональный контакт с грибковыми аллергенами. Это было проживание в «сырой» квартире, помещении с плесенью, или на первом этаже зданий. Причем ПРС, по нашим наблюдениям, может дебютировать спустя годы после улучшения жилищных условий. Сравнение числа пациентов с ГС, проживающих (или проживавших) в такой квартире и не имеющих (не имевших) пораженной плесенью квартиры, показывает явные статистически значимые различия. Однако, анализ всех пациентов с ПРС показывает, что это важный, но недостаточный для формирования ГС фактор: есть пациенты с плесенью в квартире без сформировавшейся ГС. По-видимому, необходима предрасположенность к формированию IgE-ответа иммунной системы.

2) До формирования ПРС, как правило, отмечаются частые простудные заболевания, длительные риниты, периодические бронхиты, в том числе обструктивные. Из 30 человек с ПРС 19 имели бронхиальную астму. В большинстве случаев астма формировалась на фоне уже существующих полипов.

3) Обострения аллергического ринита возникали при посещении сырых помещений, подвалов, овощехранилищ, архивов, бассейнов, осеннего леса, определенных станций метро. 11 больных указывает на провокацию болезни употреблением пива, шампанского, кваса, т.е. продуктов брожения. В тех случаях, когда у больного была реакция на любой алкоголь, реакция на дрожжевые напитки была более выраженной. Менее четкой и более редкой (3 больных) была реакция на употребление плесневых продуктов (старого хлеба, нестандартных фруктов и овощей, определенных сортов сыра, продуктов домашнего консервирования).

4) У больных ПРС с грибковой сенсibilизацией чаще, чем при ПРС без сенсibilизации к грибам определялся онихомикоз, других микозов стоп, а также рото-глоточный кандидоз, у женщин – генитальный кандидоз.

5) Характерна реакция на прием *различных* антибиотиков – это либо ухудшение носового дыхания, либо отсутствие какого-либо положительного эффекта от приема антибиотиков. Реакция могла проявляться либо обострением болезни после приема антибиотика, либо ростом плесневых грибов с последующим утяжелением болезни. Необходимо подчеркнуть, что в случае комбинированного лечения (антибиотики + ГКС; антибиотики + ГКС + антимикотики) таких отрицательных последствий, как правило, не наблюдалось.

6) У больных ПРС с грибковой сенсibilизацией отмечался более высокий процент применения системных ГКС по данным анамнеза. В большинстве случаев это были краткие курсы при обострениях бронхиальной астмы.

АКТУАЛЬНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КАНДИДОЗА ПИЩЕВОДА

Чернеховская Н.Е., Бурова С.А.

Российская медицинская академия последипломного образования

Центр глубоких микозов, ГКБ № 81

Москва

Грибы, являясь нормальными комменсалами желудочно-кишечного тракта, в некоторых случаях становятся причиной заболеваний. Это касается в основном дрожжеподобных грибов *Candida spp.*, виды и штаммы которых становятся патогенными при определенных условиях.

Желудочно-кишечный тракт покрыт слизистой оболочкой, состоящей из двух компонентов – поверхностного, слизистого слоя, по которому микроорганизмы легко передвигаются по всему желудочно-кишечному тракту, и более глубокого, плотного, гликопротеинового слоя с остатками сиаловой кислоты, который формирует физиологический барьер. Адгезия и последующая инвазия грибов через этот плотный слой возможны только благодаря продукции грибами протеолитических «ферментов инвазии»: коагулазы, каталазы, козеиназы, фосфолипазы, а также фибриллярных протеиновых комплексов и эндотоксинов.

При физиологическом благополучии между макро- и микроорганизмами существует определенное равновесие, в котором играют роль, с одной стороны, факторы устойчивости организма к микроскопическим грибам, а с другой – факторы патогенности грибов.

Важным компонентом защиты от инвазии желудочно-кишечного тракта является иммунная система, ассоциированная с кишечником. Клеточная часть этой системы включает итраэпителиальные лимфоциты, которые препятствуют дисперсии возбудителя через lamina propria и агрегации в пейеровых бляшках. В-лимфоциты кишечника участвуют в продукции секреторных IgA и IgM, которые уменьшают способность грибов к адгезии. Т-клетки здорового организма продуцируют защитный интерферон, усиливают фагоцитоз, активируют Т-цитотоксические лимфоциты. СД4 и СД8 укрепляют местный иммунитет в желудочно-кишечном тракте, причем оказалось, что цитотоксичность СД8 играет более существенную роль в предотвращении заболевания, чем это предполагалось раньше.

В защите также важны макрофагальный и нейтрофильный фагоцитоз, препятствующие диссеминации грибковой, особенно кандидозной, инфекции.

У ВИЧ-пациентов и больных с нейтропенией, у которых фагоцитоз резко подавлен, местная инвазия и диссеминация инфекции наступают очень быстро. Известно, что нейтрофилы, хотя и не могут полностью защитить слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта от «атаки» грибов, но благодаря собственной «киллерной» субстанции через специфический механизм запускают активацию комплемента, который усиливает фагоцитоз. Следует отметить, что фагоцитоз особенно важен при кандидозной инфекции, но не эффективен в тканях против капсулированных криптококков и большинства мицелиальных грибов.

Нормальные биохимические, гистохимические и физиологические процессы в желудочно-кишечном тракте, своевременная регенерация эпителиоцитов, кислотно-ферментативный барьер, полноценная перистальтическая активность также являются защитными факторами, которые препятствуют проникновению грибковой и бактериальной флоры. Нельзя не упомянуть также о *H. pylori*, который довольно часто обитает в желудке, вызывает гастрит, язвенную болезнь. В свою очередь, лечение хеликобактериоза антибиотиками приводит к активации грибов *Candida* и кандидозу желудочно-кишечного тракта. Ассоциация грибов с *H. pylori* и другими бактериями ЖКТ встречается нередко, что требует продуманного адекватного подхода к тактике лечения.

Широкое внедрение в практику эндоскопических методов диагностики позволяет своевременно выявить кандидоз пищевода, который в стационарах общего профиля встречается у 1,3-2,8% больных, в отделениях трансплантации – до 4%, при канцероматозе – от 2,8 до 6,7%.

На ранних стадиях кандидоза слизистая оболочка пищевода на всем протяжении ярко гиперемирована, отечна, покрыта бляшками белесоватого цвета, размером до 1 мм (1-я степень) и больше (2-я степень). Грибковый налет иногда принимают за скопления слизи. На более поздних стадиях видны изъязвления слизистой оболочки, белые полосы и бляшки, чередующиеся с участками гиперемии (3-я степень). При 4-ой степени бляшки становятся волнистыми и морщинистыми, меняя при этом окраску на светло-коричневую и темно-коричневую, слизистая оболочка разрыхлена. Иногда виден сплошной, плотный налет желтоватого или белого цвета с внедрением гриба в подслизистую оболочку или псевдомембранозные наложения с проникновением гриба в мышечную оболочку и сосуды. Кроме того, определяется сужение просвета пищевода. Эзофагоскопию завершают смыв с поверхности пищевода для микробиологического исследования и биопсия слизистой. При этом информативность исследования налетов выше, чем биоптатов (95% по сравнению с 39%).

В большинстве случаев встречается 2-я степень по Кодзи. При хроническом течении заболевания иногда определяются разрастания соединительной ткани вокруг грибкового некротического очага, создавая в пищеводе специфическую микрогранулему, трудно отличимую по внешнему виду от туберкулезной.

В мазках со слизистой оболочки пищевода обнаруживают мицелии гриба, а при гистологическом исследовании биопсийного материала видна инвазия грибкового мицелия в слизистую оболочку пищевода. Морфологические изменения в стенке пищевода при кандидозе характеризуются воспалительной инфильтрацией, флегмонозным воспалением, некрозом слизистой оболочки и подлежащих слоев стенки пищевода с образованием язв.

Иногда прогрессирование кандидоза пищевода приводит к перфорации стенки пищевода с образованием околопищеводных абсцессов. Описаны случаи тяжелого, некротизирующего эзофагита на фоне цитостатической химиотерапии и сахарного диабета, приведшие к смерти. Кроме того, кандидоз пищевода может осложняться массивным кровотечением и стенозом.

Таким образом, эндоскопия является одним из информативных и достоверных методов диагностики кандидозного эзофагита позволяющим заподозрить или даже установить диагноз на ранних стадиях заболевания, что особенно важно для своевременного назначения патогенетического лечения.