

Адамович П. Е.

ИНВАЗИВНАЯ КАНДИДОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Романова О. Н.,
ассист. Симаченко О. В.*

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. По данным многочисленных исследований в последние годы регистрируется значительное увеличение количества инвазивных инфекций, вызванных грибами рода *Candida*, особенно у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Установлено, что по частоте встречаемости они занимают третье место среди четырех причин наиболее значимых инфекций кровотока в клинической практике. При этом летальность больных инфекциями, вызванными кандидами выше, чем летальность, связанная с другими возбудителями сепсиса, и составляет около 40%.

Цель исследования: изучить клинические особенности инвазивной кандидозной инфекции и сравнить с бактериальным сепсисом у пациентов ОРИТ.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы материалы историй болезней пациентов, находившихся на лечении в ОАР УЗ ГДИКБ в 2015-2016 гг с диагнозами «кандидозный сепсис» (10 пациентов) и «бактериальный сепсис» (12 пациентов), подтвержденными положительным результатом посева крови на стерильность и гемокультуру. В исследовании учитывалась длительность кандидемии, особенности клинической картины, а также лабораторные показатели: уровни эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (РСТ). Статистический анализ данных проведен с помощью ПО «Excel2016», «Statistica 10». Для оценки достоверности различия признаков в двух группах пациентов использовался U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. У 8 из 10 (80,0%) пациентов с инвазивной кандидозной инфекцией при проведении посева крови на стерильность и гемокультуру выделялся штамм *Candida parapsilosis*, у остальных двух пациентов выделялись *Candida albicans* и *Candida lusitanae* соответственно. Медиана и интерквартильный размах (IQR) кандидемии (до первого отрицательного посева) составили 12 и 8-33 дня. Медиана длительности лихорадки – 6,5 дня (IQR 3-8 дней), при максимальной температуре до $38,43 \pm 0,63^\circ\text{C}$, что несколько выше, чем у пациентов с бактериальным сепсисом – 2,5 дня (IQR 1-5,5 дня) и $38,07 \pm 0,69^\circ\text{C}$ соответственно. Анемия отмечалась у 90,0% пациентов с диагнозом кандидозного сепсиса, тромбоцитопения – у 60,0% пациентов, лейкопения, лейкоцитоз и нейтрофилез – у 30,0%, 10,0% и 80,0% пациентов соответственно. В биохимическом анализе крови медианы (IQR) острофазовых показателей составили: СРБ – 20,45 мг/л (10,3-49 мг/л), РСТ – 0,46 нг/мл (0,23-0,64 нг/мл), что ниже, чем у пациентов с бактериальным сепсисом (48,95 мг/л (22,55-139,3 мг/л) и 15,9 нг/мл (0,67-57,14 нг/мл) соответственно), однако при проведении статистического анализа достоверной разницы выявлено не было. Достоверная разница ($p < 0,05$) у двух групп пациентов выявлена в уровнях эритроцитов и лейкоцитов ($3,39 \pm 0,62 \cdot 10^{12}/\text{л}$ и $6,19 \pm 2,90 \cdot 10^9/\text{л}$ у пациентов с инвазивной кандидозной инфекцией и $4,04 \pm 0,76 \cdot 10^{12}/\text{л}$ и $19,62 \pm 12,50 \cdot 10^9/\text{л}$ у пациентов с бактериальным сепсисом).

Выводы. Преобладающим возбудителем кандидозного сепсиса у пациентов ОАР УЗ ГДИКБ является *Candida parapsilosis* (что, возможно, обусловлено длительным стоянием у них центрального венозного катетера). По сравнению с пациентами с бактериальным сепсисом, при инвазивной кандидозной инфекции отмечается большая длительность лихорадки (медиана 6,5 дня, IQR 3-8 дней). Также выявлены более низкие уровни СРБ и РСТ, однако достоверность этих данных не доказана. Достоверные различия ($p < 0,05$) наблюдаются в уровнях эритроцитов и лейкоцитов при их более низком уровне у пациентов с инвазивной кандидозной инфекцией.