

4. Fetal Circulatory Responses to Maternal Blood Loss / S. Shunji [et al] // Gynecologic and Obstetric Investigation. – 2001. – Vol. 51, № 3. – P. 157-159.

5. Hill, J. A. Reproductive health / J. A. Hill, B.C. Choi // J. Reprod. Fertil. – 2000. – Vol. 55. – P. 91-97.

6. National survey of obstetrician attitudes about timing the subsequent pregnancy after perinatal death / Katherine J. Gold [et al] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2010. – № 4. – P. 357-359.

ПРОБЛЕМА ДИСБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Харченко О. Ф., Марушко И. В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»;

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,

г. Гродно, Беларусь

Введение. Проблема дисбактериоза в настоящее время вышла далеко за пределы больничных палат, став актуальной для всех отраслей мировой медицины. В научной литературе опубликовано огромное количество работ, посвященных изучению микробиоценоза кишечника у здоровых и больных людей, в которых доказано, что количественные и качественные изменения микробного пейзажа кишечника сопутствуют многим патологическим состояниям (1, 4, 5). С одной стороны, это диктует необходимость патогенетического лечения основного заболевания, а с другой, – необходимость на определенном этапе стимулирования механизмов восстановления микробиоты. Ввиду того, что общность микроорганизмов кишечника человека рассматривается современной наукой как эволюционно сложившаяся и саморегулирующаяся система, довольно чувствительная к разным эндо- и экзогенным влияниям, вмешательство лечащего врача должно быть минимизировано и проведено максимально щадяще (3).

Учитывая глобальную роль облигатной кишечной микрофлоры для сохранения здоровья ребенка, и, в первую очередь, для обеспечения адекватного функционирования иммунной системы (2, 6), чрезвычайно важно использовать современные программы лечения и оздоровления детей с дисбактериозом кишечника. Комплексный подход должен

учитывать анамнез (антенатальный и ранний постнатальный), перенесенные заболевания, характер вскармливания и питания, особенности преморбидного фона, перенесенные острые и хронические болезни, в том числе органов пищеварения, аллергическую патологию, наличие признаков иммунологической недостаточности.

Целью исследования – оценка эффективности самоэлиминирующегося пробиотика-антагониста на основе *Vacillus cecaeus* для профилактики диареи у детей раннего возраста с рецидивами обструктивного бронхита.

Материалы и методы. Всего обследовано 58 детей в возрасте от 6-ти месяцев до 3-х лет с рецидивирующим обструктивным бронхитом, из них 17 мальчиков (29,3%) и 41 девочка (70,7%). Все пациенты обследованы по единому протоколу с информированным согласием родителей. На момент госпитализации в пульмонологическое отделение Гродненской областной детской клинической больницы у 23 детей (39,7%) это был третий эпизод бронхиальной обструкции на протяжении предшествующего года, у 31 (53,4%) ребенка – четвертый по счету эпизод и у 4 (6,9%) детей – пятый.

Методы обследования включали тщательное изучение анамнестических данных, общеклинические анализы крови и мочи, рентгенографию органов грудной клетки для исключения пневмонии, УЗИ органов брюшной полости и почек, по показаниям – УЗИ сердца, исследование крови методом ПЦР на ДНК основных вирусных респираторных патогенов. Бактериологическое исследование кала проведено на 1-й, 30-й и 45-й дни наблюдения, причем 28 детям анализ выполнен трехкратно, 53 детям – двукратно и 5 детям – однократно, т. К. родители отказались от дальнейшего наблюдения и повторных обследований. Степень тяжести дисбактериоза определяли по классификации В. М. Бондаренко и Т. В. Мацулевич (2007 г.).

Все пациенты получали базисную терапию, включающую β-лактамные антибиотики (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины II и III поколений), ингаляционные β-адреномиметики, теофиллины по схеме step-down, гипосенсибилизирующие и противокашлевые препараты. До госпитализации в стационар амбулаторно 34 (58,6%) ребенка в

течение 2-5 дней получали антибиотики, из них 8 детей – амоксициллин внутрь, 16 детей – амоксициллина клавуланат внутрь, 10 детей – цефуроксим внутрь. Всем детям дополнительно в схему лечения на 2-3 день госпитализации включался пробиотик-антагонист «Энтерожермина» по 5 мл (1 флакон) 1 раз в день в течение 10 дней. До поступления в стационар в течение предшествующего месяца все включенные в исследование пациенты пробиотиков не получали. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $16 \pm 1,3$ койко-дней. Для дальнейшего наблюдения и проведения анализа кала на дисбактериоз дети активно вызывались в поликлиники по месту жительства. Для расчетов использован статистический пакет прикладных программ «Statistica – 6,0» для операционной системы Windows XP.

Результаты и их обсуждение. Наиболее типичными жалобами наших пациентов были: малопродуктивный сухой длительный кашель, даже на фоне мукоактивной терапии (92%), затяжное течение ринита (52%), длительный субфебрилитет (31%), ухудшение аппетита (88%), дистанционные хрипы (86%), затрудненное дыхание (98%).

В анамнезе выявлены следующие факторы риска:

- наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям у 43 детей (74,1%), из них по линии матери – у 24 (55,8%), по линии отца – у 13 (30,2%) и по обеим линиям – у 6 детей (14%);
- ранний перевод на искусственное вскармливание – 30 пациентов (51,7%);
- перенесенный или впервые констатированный во время госпитализации рахит – у 17 детей (29,3%);
- анемия легкой степени – у 22 детей (37,9%), средней степени тяжести – у 5 детей (8,6%).

При анализе клинической картины заболевания выявлено, что 39 детей (67,2%) страдают атопическим дерматитом, основным триггером которого является аллергия к белкам коровьего молока (у 3 пациентов причинно-значимый фактор установить не удалось). У 26 пациентов (44,8%) были выявлены фенотипические признаки соединительнотканых дисплазий в виде малых аномалий развития сердца (аномально расположенные хорды, аневризмы

межпредсердной перегородки, короткие трабекулярные мышцы), почек (пиелэктазии), желчного пузыря (аномалии формы). Следует отметить, что у каждого третьего ребенка (31,5%) отмечалась длительно сохраняющаяся ускоренная СОЭ, вплоть до выписки из стационара.

Спектр микроорганизмов, выделенных у детей с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом, выглядел следующим образом (рис. 1).

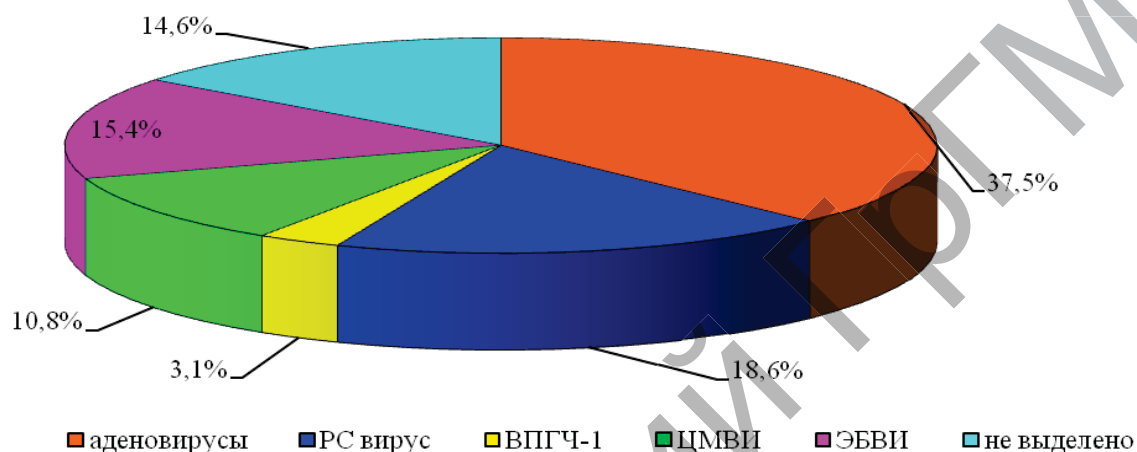


Рисунок 1. – Спектр микроорганизмов при рецидивирующем обструктивном бронхите

Эффективность превентивной терапии по развитию диареи оценивали по динамике клинических симптомов, изменениям внутрипросветной микрофлоры толстого кишечника. На фоне применения «Энтерожермины» уже на 5-й день лечения отмечена существенная положительная динамика клинических симптомов, а к 15-му дню лечения – практически их полное отсутствие (рис. 2).

%

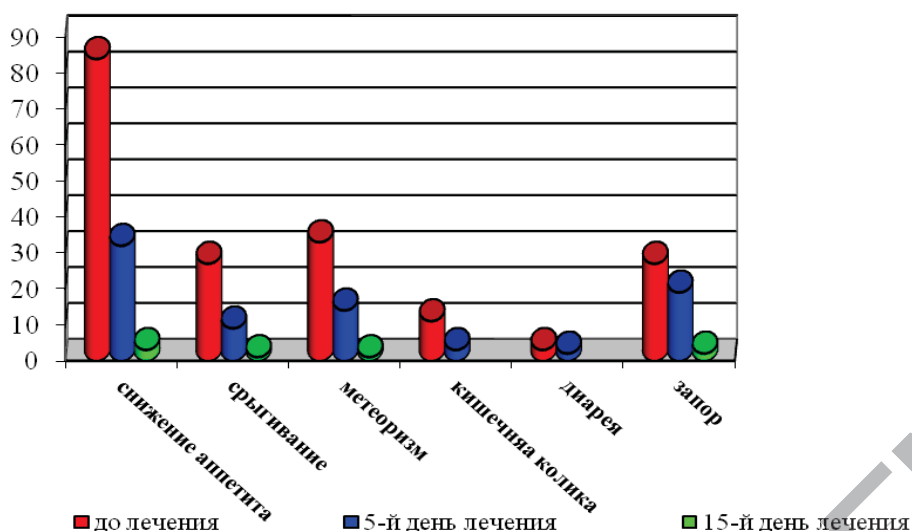


Рисунок 2. – Динамика клинических симптомов у обследованных пациентов до и во время лечения пробиотиком «Энтерожермина»

После получения результатов анализа кала пациенты были распределены на группы в зависимости от степени тяжести дисбактериоза кишечника (табл. 1)

Таблица 1. – Распределение обследуемых пациентов по степени тяжести дисбактериоза

Степень дисбактериоза	До лечения		30-й день исследования		45-й день исследования	
	n	%	n	%	n	%
Общее число детей	58	100	53	100	28	100
Норма	-	-	12	22,6	25	89,3
I степень	-	-	-	-	-	-
II степень	21	36,2	39	73,6	3	10,7
III степень	37	63,8	2	3,8	-	-
IV степень	-	-	-	-	-	-

Как видно из таблицы, полная нормализация кишечной микрофлоры на 30-й день исследования отмечена у 22,6% детей и на 45-й день – у 89,3% обследованных. На 45-й день исследования только у трех пациентов сохранялась вторая степень дисбактериоза.

Динамика показателей бактериологического анализа кала до лечения и на этапах наблюдения приведена на рис. 3.

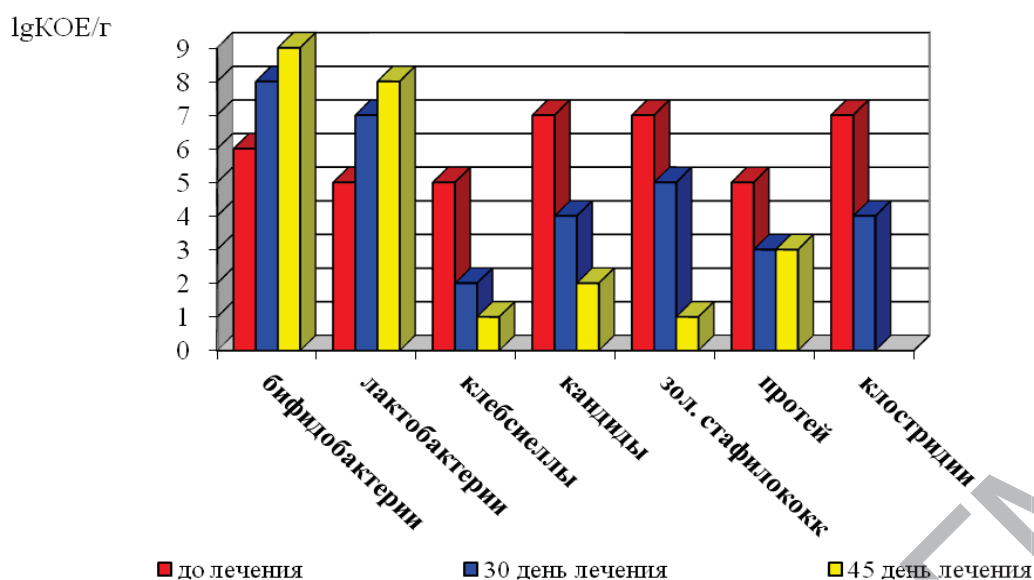


Рисунок 3. – Динамика показателей внутрипросветной микрофлоры толстого кишечника до и во время лечения пробиотиком «Энтерожермина»

Ни у кого из числа обследуемых при втором и третьем осмотрах не отмечено возобновления клинических проявлений функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, свидетельствующих о нарушении кишечного биоценоза.

Выводы:

1. Факторами риска развития рецидивов бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста являются наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям, особенно со стороны матери, ранний перевод на искусственное вскармливание, сопутствующие заболевания (рахит, анемия).

2. У 67,2% детей выявлены клинические признаки атопического дерматита как проявление пищевой аллергии на белок коровьего молока.

3. Наиболее часто у данной категории детей в разгар заболевания выделяются адено- и герпесвирусы.

4. Включение в комплексную терапию самоэлиминирующегося пробиотика-антагониста «Энтерожермины» позволяет более быстро и эффективно ликвидировать клинические симптомы функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта.

5. Пробиотик на основе *B.cereus* является

высокоэффективным средством для профилактики диареи у детей, получающих антибиотики, и коррекции нарушений микробиоценоза толстого кишечника.

Литература:

1. Андреева, И. В. Потенциальные возможности применения пробиотиков в клинической практике / И. В. Андреева // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2009. – №8. – С. 151-172.
2. Гриневич, В. Б. Пребиотики, как основа микробиоценозо-ориентированной терапии / В. Б. Гриневич, С. М. Захаренко, Е. И. Сас // Лечащий врач. – 2008. - №10. – С. 18-21.
3. Урсова, Н. И. Нарушения микрофлоры и дисфункции билиарного тракта у детей / Н. И. Урсова – М., 2014. – 168 с.
4. Ciprandi, G. Probiotics in pediatric allergy: evidence and prospectives for *V. clausii* / G. Ciprandi, M.A. Tosca // Ital. J. Ped. Allergy Immunol. – 2013. – №2. – P. 49-57.
5. Fons, M. Mechanisms of colonization and colonization resistance of the digestive tract / M. Fons, A. Gomez, T. Karjalainen // Microbial. Ecol. Health. Dis. Suppl. – 2009. - №2. – P. 240-246.
6. Kekkonen, R. Immunomodulatory effect of probiotic bacteria in healthy adults / R. Kekkonen – Helsinki, 2012. – 122 p.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕНДЫ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Хоха Р. Н., Полякова А. И.¹, Трохимик О. В.²,
Черномырдина Л. П.², Рак С. А.³, Дудко О. В.⁴, Алексеева М. С.⁵,
Хомчик М. В.⁶*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

¹ГУЗ «Детская поликлиника №1»,

²ГУЗ «Детская поликлиника №2», ³УЗ «Лидская ЦРБ»,

⁴УЗ «Волковысская ЦРБ»,

⁵УЗ «Слонимская ЦРБ»,

⁶УЗ «Зельвенская ЦРБ», г. Гродно, Беларусь

Введение. Распространенность бронхиальной астмы (БА) среди детей в разных странах варьирует от 5 до 10%. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных за последние 10 лет, свидетельствуют о разнонаправленных тенденциях динамики