

*S. aureus*, среди *S. epidermidis* наблюдалась большая доля резистентных штаммов к оксациллину к 4-10 суткам пребывания в стационаре, а к эритромицину уже к 1-3 суткам, что следует учитывать при назначении и коррекции антибактериального лечения. Выраженным антимикробным эффектом в отношении *S. aureus* и *S. epidermidis* обладали ванкомицин и линезолид, *A. baumannii* – имипенем.

Таким образом, система микробиологического мониторинга позволяет осуществлять постоянный контроль микробного пейзажа и чувствительности выделенной у обожженных пациентов микрофлоры к антибактериальным препаратам, что способствует проведению адекватной антибиотикопрофилактики и рациональной антибактериальной терапии ожоговой инфекции. Кроме того, эта информация может быть использована при планировании закупок наиболее эффективных антибактериальных препаратов, разработке стратегии и тактики антибактериальной терапии обожженных, разработке противоэпидемических мероприятий в стационаре.

*Харченко О.Ф., Марушко И.В.*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,  
Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Предупреждение формирования рецидивирующего обструктивного бронхита является непростой задачей для практикующего педиатра.

За 2010 г. в в пульмонологическое отделение Гродненской областной детской клинической больницы по поводу повторно развившегося бронхообструктивного синдрома поступили 156 детей, из них 69 пациентов нуждались в интенсивной терапии в условиях отделения реанимации. Проблема усугублялась тем, что многие антибиотики, применяемые в данной ситуации, способны вызвать антибиотик-ассоциированную диарею (ААД).

**Цель исследования** – установить патогенетические механизмы развития и особенности клинической картины рецидивов обструктивного бронхита у детей раннего возраста и оценить

эффективность препарата «Энтерожермина» для профилактики и лечения ААД.

**Материалы и методы.** В исследование включено 58 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 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 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 анамнеза, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенографию органов грудной клетки для исключения пневмонии, УЗИ органов брюшной полости и почек, по показаниям – УЗИ сердца.

Бактериологическое исследование кала проведено на 1, 30 и 45 дни наблюдения, причем 28 детям анализ выполнен трехкратно, 53 детям – двукратно и 5 детям – однократно, т.к. родители отказались от повторных обследований. Степень тяжести дисбактериоза определяли по классификации Н.М.Грачевой и Г.И.Гончаровой (1991). Все пациенты получали базисную терапию, включающую β-лактамы антибиотики, 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 – амоксицилина клавуланат внутрь, 10 детей – цефуроксим внутрь. Всем детям дополнительно в схему лечения на 2-3 день госпитализации включали 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±1,3 койко-дней. Для дальнейшего наблюдения дети активно вызывались в поликлиники по месту жительства. Для расчетов использован статистический пакет прикладных программ «Statistica – 6,0».

**Результаты исследования.** Наиболее типичными жалобами 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: а) наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям у 43 детей (74,1%), из них по линии матери – у 24 детей (55,8%), по линии отца – у 13 детей (30,2%) и по обеим линиям – у 6 детей (14%); б) ранний перевод на искусственное

вскармливание – 30 пациентов (51,7%); в) перенесенный или впервые констатированный во время госпитализации рахит – у 17 детей (29,3%); г) анемия легкой степени – у 22 детей (37,9%), средней степени тяжести – 5 детей (8,6%). При анализе клинической картины 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).

Эффективность превентивной терапии ААД оценивали по динамике клинических симптомов, изменениям внутрисрединной флоры толстого кишечника. На фоне применения «Энтерожермины» уже на 5 день лечения отмечена существенная положительная динамика клинических симптомов, а к 15 дню лечения – практически их полное отсутствие. После получения результатов анализа кала пациенты были распределены на группы в зависимости от степени тяжести дисбактериоза кишечника (таблица 1).

Таблица – Распределение обследуемых пациентов по степени тяжести дисбактериоза (абс/%)

Степень дисбактериоза	До лечения		30 день исследования		45 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	-	-

Как видно из таблицы, полная нормализация кишечной микрофлоры на 30 день исследования отмечена у 22,6% детей и на 45 день – у 89,3% обследованных. На 45 день исследования только у 3 пациентов сохранялась II степень дисбактериоза. Ни у одного из числа обследуемых пациентов при повторных осмотрах не отмечено возобновления клинических проявлений функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, свидетельствующих о нарушении кишечного биоценоза.

**Заключение.** Факторами риска развития рецидивов бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста являются наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям, ранний

перевод на искусственное вскармливание, сопутствующие рахит, анемия. У 67,2% детей выявлены клинические признаки атопического дерматита как проявления пищевой аллергии на белок коровьего молока.

Включение в комплексную терапию самоэлиминирующегося пробиотика-антагониста «Энтерожермина» позволяет более быстро и эффективно ликвидировать клинические симптомы функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Препарат хорошо переносится детьми, нежелательных побочных реакций нами зафиксировано не было.

#### Литературные ссылки

1. Бельмер, С.В. Микробиоценоз кишечника и иммунитет: лекции по педиатрии / С.В. Бельмер, А.В. Хавкин; под ред. В.Ф. Демина. – Москва, 2003. – С. 101-112.
2. Корниенко, Е.А. Современный подход к коррекции кишечной микробиоты у детей: метод. пособие / Е.А. Корниенко. – Санкт-Петербург, 2007. – 55 с.
3. D'Souza, A.L. Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhoea: meta-analysis / A.L. D'Souza [et al.] // EM – 2002. – Vol. 324. – P. 1361-1380.

*Хлебовец Н.И., Строк Т.А.*

### **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Инфекции мочевых путей (ИМП) остаются самой распространенной проблемой у детей, преобладая в младенческом возрасте. Это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского организма, его реактивностью, свойствами микроорганизмов, вызывающих данную патологию. Микробно-воспалительные заболевания (МВЗ) мочевой системы (МВЗ), по данным 2-й ГДКБ г. Минска, составляют 71-73% среди детей с заболеваниями органов мочевой системы. По отчетным данным УЗ «ГОДКБ» за последние 3 года, частота МВЗ составляет 73-77% среди всей нефрологической патологии у детей.

Научное исследование АРМИД, проведенное в 7 городах России в