

Диагноз у всех обследованных детей подтвержден бактериологический выделением копрокультуры сальмонелла тифимуриум. Тяжесть состояния детей при сальмонеллезе усугублялась неблагоприятным преморбидным статусом и значительной частоты сопутствующих заболеваний. Так, анемия – у 71 (55,9%), рахит – у 57 (44,9), гипотрофия – у 62 (48,8%) детей. Большинство случаев сальмонеллез протекал в гастроэнтероколитической форме – 64 (50,4%) и гастроэнтерической у 45 (35%), энтерическая и энтероколитические формы регистрировалась у 18 (14,2%) детей.

Результаты и их обсуждение: Осложнения в виде бронхита, бронхопневмонии, кардита, реактивного гепатита развившиеся при сальмонеллезе у детей встречались в 49 % случаев. Нами было изучено осложненное течение сальмонеллеза в зависимости от возраста детей. Так, у больных 1- группы (от 6 до 12 месяцев) наблюдалось осложненное течение у 34 (69,4%) детей, у больных 2 группы

(от 1 -3 лет) наблюдалось 13 (26,5%) детей. Пневмонии и бронхиты являлись одним из наиболее частых осложнений воспалительного характера и наблюдались в 35 (25,9%) и в 16 (12,6%) случаев соответственно. У детей 1 группы пневмония наблюдалось чаще, чем у детей 2 группы: 26 (76,5%) против 7 (53,8%) ($p < 0,05$). Особого внимания заслуживают осложнения со стороны сердечно - сосудистой системы. Среди наблюдавшихся нами больных кардит выявлен в 1 - группе у 17 (50%) и во 2-группе у 2 (15,4%) детей ($p < 0,01$). Реактивный гепатит был диагностирован у 20 (58,8%) детей 1-группы и у 2 (15,4%) у детей 2 группы ($p < 0,01$).

Выводы: Клиническое изучение сальмонеллеза у детей показало, что осложненное течение сальмонеллеза встречалось в 49 % случаев. Среди них в основном преобладали бронхопневмонии и бронхиты. Осложненное течение сальмонеллеза чаще встречались у детей от 6 месяцев до 1 года.

РОЛЬ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ ЭШЕРИХИЙ В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ИХ ЛЕЧЕНИИ

Х.Ш. Шайкулов, П.О. Саъдинов, Г.Н. Худоярова

Самаркандский государственный медицинский институт

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости у детей. Сохраняется тенденция их роста у детей раннего возраста. Такое состояние дело во многом связано с одной стороны особенностями иммунной системы ребёнка (неполное становление факторов как специфического, так и неспецифического иммунитета), с другой – имеющимися нарушениями в составе микрофлоры (дисбактериоз) у этой возрастной категории. Упомянутые обстоятельства обуславливают учащение заболеваемости диареей и тяжелую и осложненное его течение у этих детей. Анализ материалов Самаркандской областной санитарно – эпидемиологической службы (СЭС) за 2009 год показал, что за год зарегистрировано 1763 случаев ОКИ неустановленной этиологии, среди которых дети до 3-х лет составили 71% (1375).

Нарушение баланса кишечной микрофлоры с развитием эпизода ОКИ ещё больше усугубляется и обуславливает развитие резистентности к традиционным методом лечения. При этом назначение антибактериальных препаратов ещё больше усугубляет

дисбиотических изменений, которые приводят к повторным заболеваниям с ОКИ и другими инфекциями. Все вышеизложенное определяет необходимость улучшения подходов к диагностике лечение ОКИ у детей указанного контингента.

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучение этиологической структуры ОКИ с учётом частоты выделения гемолитических эшерихий и других энтеропатогенных микроорганизмов, а также эффективности применения пробиотиков в комплексном лечении колиинфекций.

Материалы и методы исследования. Было проведено клинико-микробиологическое исследование 140 детей больных с ОКИ в возрасте от 4-х мес. до 3-х лет, у которых при первичном бактериологическом исследовании в условиях стационара выделить патогенных и условно патогенных флор не удалось. Материалом для исследования служили испражнения больных детей, которые подвергались бактериологическим исследованиям по общепринятой методике.

У выделенных культур изучали морфокультуральные, биохимические и

серологические свойства, а также их гемолитическую активность. Для изучения эффективности применения пробиотиков у 20 больных детей, у которых высеяли гемолитические эшерихии. Им в комплексную терапию были включены колибактерин и лактобактерин. Контрольную группу составили 20 детей больные с гемолитическими эшерихиями не получавшие указанных препаратов.

Результаты и их обсуждение: На основании полученных результатов было выявлено, что из 140 больных у 29 (20,7%) было выделено шигеллы (20 (70%), *Sh flexneri* 9 (30%) *Sh.Zonne*), у 78 (55,7 %) эшерихии и у 33 (23,9%) *S.typhi murium*. У полученных культур эшерихий выделяли два типа гемолизина α и β соответственно 76,3% и 23,7%. В клиническом аспекте эшерихиоз у детей начинался остро и протекал по типу энтероколита и преимущественно в виде среднетяжелой (43,8%) и тяжелой форм (24,7%).

Исследование микробиоценоза кишечника у больных детей с эшерихиозом выявили существенные дисбиотические изменения: снижение количественного уровня бифидобактерии до 10^7 - 10^8 КОЕ/г, лактобактерии до 10^5 - 10^4 при повышении содержания гемолитических эшерихий до 10^5 - 10^7 КОЕ/г. Анализ влияния применения пробиотиков на клиничко-микробиологические показатели выявил значительную эффективность указанных препаратов. Так, у всех детей после включения упомянутых биопрепаратов в комплексное лечение отмечено положительная динамика

клинических показателей. Относительно раньше ликвидировались явления интоксикации, диспептические проявления и диарейный синдром. Тогда как, у детей, не получавшие пробиотиков динамика исследованных клинических показателей была несущественной. Продолжительность эпизодов диареи была дольше и явление интоксикаций выраженное.

Что касается микробиологических показателей, то у пациентов получавшие пробиотиков произошли существенные улучшение показателей кишечного биоценоза, т.е. достиг нормальных значений (10^9 - 10^{11} КОЕ/г), в то время у больных в группе сравнения обнаруженный дисбиоз не только не нормализовались наоборот прогрессировали (10^4 - 10^5 КОЕ/г). К тому же эти изменения у этих больных сохранялись дольше, чем у больных испытываемой группы.

Заключение: Таким образом, под диагнозом ОКИ неустановленной этиологии чаще скрываются эшерихиоз, реже шигеллез и сальмонеллез не установленные по объективным причинам. Среди этих возбудителей преобладает эшерихии с гемолитическими свойствами. При этом у больных развиваются существенные нарушения как количественного, так и качественного состава кишечной микрофлоры, что, по-видимому, является причиной затягивания и повторных эпизодов диареи у них. Применение пробиотиков в комплексном лечении указанных больных сопровождается выраженными позитивными изменениями клиничко-микробиологических показателей

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Р.Х. Шарипов

Самаркандский государственный медицинский институт

Антибиотики по праву считаются ключевыми лекарственными средствами в терапии бактериальных заболеваний. Наиболее распространенными заболеваниями у детей, как известно, являются заболевания носоглотки и верхних дыхательных путей (отит, синусит, фарингит, бронхит, пневмония), а также инфекции кожи и мягких тканей.

Обычно этиологическими факторами развития бактериального инфекционно-воспалительного процесса в дыхательных путях у детей являются так называемые респираторные патогены: пневмококки (*S. pneumoniae*), β -гемолитические стрептококки группы А (чаще *S. pyogenes*), гемофильная палочка (особенно у

детей до 7 лет), стафилококки, моракселла катарралис; сравнительно небольшую роль играют микоплазмы пневмонии и хламидофиллы пневмонии. Поэтому "золотым стандартом" антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение β -лактамов защищенных антибиотиков, которые большинством авторов рассматриваются в качестве препаратов первого выбора.

Цель работы. Изучение эффективности β -лактамов защищенных антибиотиков и макролидов при респираторной инфекции у детей.