

Бердалиева Ф.А., Сыздыков М.С., Ауельбеков М.У., Мусралиева Р.Т., Жумагулова К.Ж.
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Городская инфекционная больница,
г.Шымкент, Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций, г.Алматы, Казахстан*

Цель исследования: оценка эффективности используемых в клинической практике противобруцеллезных антибиотиков *in vitro* с учетом их внутриклеточной активности.

Материалы и Методы: эффективность противобруцеллезных антибиотиков определялась на первом этапе в Е-тесте, на втором в культуре клеток.

1. Для изучения были использованы взятые из банка клинических источников, 126 штаммов *Brucellamelitensis*, выделенных на территории Южно-Казахстанской области, в период с 2004-2010 годы. При биотипировании и оценке антибиотикочувствительности контрольным служил референтный штамм *B. melitensis* 16М из коллекции Казахского научного центра карантинных и зоонозных инфекций. Для оценки чувствительности к антибиотикам был выбран Е-тест, на бруцелл-агаре с добавлением 5 процентной овечьей сыворотки, с оценкой результатов через 48 часов инкубации на воздухе, при температуре 37 градусов. Идентификация выделенных культур проводилась определением потребности углекислого газа для роста, продукцией уреазы и сероводорода, реакцией с фуксином и тионином. В результате определялась минимальная ингибирующая концентрация (МИК) доксициклина, рифампицина, гентамицина, цiproфлоксацина в комбинации с сульфаниламидами (ТМП/СМ).

2. Для исследования были использованы человеческие моноциты сходные с макрофагами больного человека. В качестве модельной культуры был использован типовой штамм *Brucellamelitensis* 1251. Инфицированная культура клеток была пролечена 8, 4, 1 и 0,25 × минимальными ингибирующими концентрациями (МИК) каждого из препаратов.

Результаты исследования: Внутриклеточной эрадикации бруцелл удалось достичь лишь при использовании 8 МИК гентамицина и стрептомицина, поскольку эти антибиотики практически не проникали внутрь клеток. Рифампицин и тетрациклины успешно снижали число внутриклеточных бактерий уже при 0,25 МИК (доксициклин 0,07 мг/мл; цiproфлоксацин – при 0,098 мг/мл; ТМП/СМ 0,198 мг/мл).

Заключение: 1. Наиболее эффективными противобруцеллезными препаратами *in vitro* по данным Е-теста являются доксициклин и цiproфлоксацин.

2. Отмечается тенденция к нарастанию резистентности по отношению к рифампицину у клинических изолятов бруцелл, выделенных в Южно-Казахстанской области.

3. Сульфаниламид (ТМП/СМ) перспективен в лечении неосложненных форм бруцеллеза.

4. Относительно низкая эффективность гентамицина против бруцелл, его высокая ототоксичность предполагает пересмотр частого включения препарата в схему этиотропной терапии бруцеллеза у детей.

Блинкова Е.Ю., Малюжинская Н.В., Вальмер Д.Н., Полякова О.В.
**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ТЕРАПИИ STEP UP .**

*Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Профессионального Образования
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград*

Цель. Оптимизация терапии бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста.

Задачи. Оценить влияние различных вариантов терапии step up на сопротивление дыхательных путей у детей 3-6 лет.

Материалы и методы. 40 детей (22 мальчика (55 %) и 18 (45 %) девочек) 3-6 лет ($4,5 \pm 1,02$ года) с неконтролируемым течением бронхиальной астмы на фоне базисной терапии низкими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов (флутиказона пропионат 100 мкг/сут). Пациенты были разделены на 2 сопоставимые группы, которым была назначена step up терапия. Первая группа получала флутиказона пропионат 250 мкг/сутки, вторая группа получала комбинированную терапию (флутиказона пропионат 100 мкг/сут + монтелукаст в возрастной дозировке). Исследование сопротивления дыхательных путей проводилось через 1, 2 и 3 месяца.

Обсуждение результатов. Исходно все пациенты имели сопротивление дыхательных путей (индекс RINTexr) выше возрастных нормативов и диагностически значимое падение сопротивления в пробе с сальбутамолом (индекс Δ RINTexr).

В первой группе к концу 1 месяца терапии флутиказона пропионатом 250 мкг/сут определялось снижение индекса RINTexr на 3,05% ($p < 0,01$), на 21,3% ($p < 0,001$) - к концу 2 месяца и на 23,9% ($p < 0,001$) - к концу исследования по сравнению с исходными значениями. Индекс Δ RINTexr к концу 1 месяца снизился на 2,04% ($p < 0,05$), к концу 2 месяца на 11,4% ($p < 0,001$), а к концу исследования на 14,8% ($p < 0,001$).

Во второй группе индекс RINTexr статистически значимо (по сравнению с исходными) снизился на 1,3%

($p < 0,01$) к концу 1 месяца терапии, на 1,92% ($p < 0,01$) к концу 2 месяца и на 1,87% ($p < 0,01$) к окончанию курсовой терапии. Индекс $\Delta RIN_{Tехр}$ снизился на 5,1% ($p < 0,05$) к концу 1 месяца лечения, на 6,1% ($p < 0,01$) к концу 2 месяца и на 5,7% ($p < 0,01$).

Выводы.

1. При терапии *step up* неконтролируемой персистирующей бронхиальной астмы легкого и среднетяжелого течения в течение 3 месяцев уменьшается сопротивление дыхательных путей.

2. При лечении средними дозами ингаляционных глюкокортикостероидов (флутиказона пропионат 250 мкг/сут) у всех детей происходит восстановление функции внешнего дыхания.

3. На фоне комбинированной терапии (флутиказона пропионат 100 мкг/сут+монтелукаст) сопротивление дыхательных путей у детей 3-6 лет снижается менее интенсивно, чем при терапии флутиказона пропионатом 250 мкг/сут.

Боднарь А.Б.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Буковинский государственный медицинский университет Черновцы, Украина

В последние годы среди гастроэнтерологической патологии у детей регистрируется рост частоты аномалий развития желудочно-кишечного тракта среди которых наиболее часто встречаются аномалии кишечника, особенно удлинение сигмовидной кишки – долихосигма, которая может являться предиктором развития хронических воспалительных и функциональных заболеваний не только непосредственно толстой кишки (ТК), но и всей пищеварительной системы. В последнее время большую роль в развитии долихосигмы предоставляют недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Нами проведено комплексное клиническое обследование 66 детей (22 девочки (33,3%), 44 мальчика (66,7%)) 4-15 лет с установленным диагнозом долихосигма и 40 практически здоровых детей, которые составили контрольную группу. Проявления НДСТ оценивались по внешним и висцеральным фенотипическим признакам. Исследование элементарного статуса обследованных детей проводилось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой.

Из фенотипических признаков НДСТ у детей с долихосигмой чаще выявлялись: деформация позвоночника (93,9%), гипермобильность суставов (90,9%), повышенная растяжимость кожи (89,4%), плоскостопие (78,8%), гипермобильность суставов (78,8%), патология органов зрения (43,9%), пролапс митрального клапана (51,5%). Диагноз НДСТ был установлен у 100% детей с долихосигмой. Сравнительный анализ результатов исследования содержания химических элементов крови с показателями практически здоровых детей установил, что значительное число (89,4%) детей с долихосигмой имеют разной степени выраженности дефицит макроэлементов, магния (83,3%), фосфора (81,8%). Так же у всех 66 (100%) обследованных детей с долихосигмой диагностировано снижение кремния и практически у всех (95,5%) селена по сравнению с контрольной группой. Обращает на себя внимание тот факт, что у большинства детей с долихосигмой (87,9%), уровень кальция, участвующего в мышечном сокращении, также был достоверно снижен ($p < 0,05$) относительно показателя практически здоровых детей.

Таким образом, для детей с долихосигмой характерны фенотипические проявления НДСТ. У большинства детей с долихосигмой наблюдается снижение уровня многих коллагенспецифических микро- и макроэлементов. Полученные данные подтверждают необходимость углубленного изучения элементарного статуса у детей с врожденной патологией ТК и обосновывают необходимость проведения индивидуальной коррекции выявленных нарушений.

Ботнева А.В., Нескородова К.А., Малахова-Капанадзе М.А., Дронов И.А.

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Кафедра детских болезней лечебного факультета, Университетская детская клиническая больница, ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва; Детская поликлиника МУЗ Коломенская ЦРБ, Коломна.

Введение. Тонзиллофарингит (ТФ) занимает одно из ведущих мест среди причин обращения к врачу в педиатрической практике. По данным многочисленных исследований чаще всего острый ТФ имеет вирусную этиологию. Среди бактериальных возбудителей основное значение имеет β -гемолитический стрептококк группы А