

### **Заключение**

Таким образом, проведенные исследования подтвердили, что в повседневной практике врача должна использоваться шкала SAPS II, которая позволяет прогнозировать «сценарий» развития заболевания и предвидеть возможность неблагоприятного исхода, четко регистрировать изменения в состоянии пациентов в процессе лечения. Установлено, что только 3 показателя, такие как возраст более 75 лет, низкий уровень сознания и респираторного индекса достаточно точно отражают степень тяжести реанимационного больного. Анализ этих показателей в отдельных случаях позволяет отказаться от математического расчета по шкалам.

Следует отметить еще один аспект, который способствует более широкому внедрению вычислительных систем в медицинскую практику. Он связан с юридической ответственностью медицинского работника за правонарушения и возможностью защиты его математически выверенными показателями от необоснованных обвинений.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гельфанд, Б. Р. Анестезиология и интенсивная терапия / Б. Р. Гельфанд. — М.: Литтерра, 2005. — 542 с.
2. Коньков, С. В. Оценка степени тяжести и синдрома острой сердечной недостаточности у пациентов с ожоговой травмой / С. В. Коньков, Г. В. Илюкевич // Актуальные проблемы и современные технологии в анестезиологии и интенсивной терапии // Матер. VII съезда анестезиологов-реаниматологов. — Минск, 2012. — С. 153–136. Объективная оценка тяжести состояния больных и прогноз в хирургии / Ю. М. Гаин [и др.] — Минск: БелМАПО, 2005. — 299 с.

**УДК: 616.34 – 053.35:615.281**

## **ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

***Зарянкина А. И., Кривицкая Л. В.***

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Дисбактериоз кишечника (ДК) — клинико-лабораторный синдром, возникающий при целом ряде заболеваний и клинических ситуаций, который характеризуется изменением качественного и/или количественного состава нормофлоры кишечника, метаболическими и иммунологическими нарушениями, у части пациентов сопровождающийся клиническими симптомами поражения кишечника [2].

Принято считать, что новорожденный рождается стерильным. Микробное обсеменение новорожденного, в том числе и желудочно-кишечного тракта, зависит от огромного количества факторов, среди которых первенство по праву принадлежит характеру вскармливания и срокам прикладывания к груди [3].

Антибактериальная терапия является одним из основных неблагоприятных экзогенных факторов, нарушающих как качественный, так и количественный состав облигатной микрофлоры кишечника и способствующей росту УПФ.

### **Цель работы**

Изучить влияние антибактериальной терапии на микробный пейзаж кишечника у детей раннего возраста.

### **Материалы и методы**

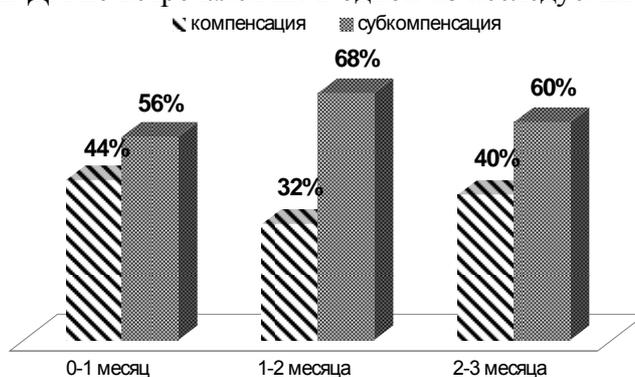
Исследование проводилось на базе Гомельской областной детской клинической больницы. Методом сплошной выборки были проанализированы 60 медицинских карт стационарных больных детей первых 3-х месяцев жизни с микробиологически под-

твержденным нарушением микробного пейзажа кишечника. Из них, 30 детей находились в отделении новорожденных с острыми заболеваниями органов дыхания и мочевыводящих путей, все дети в данной группе получали антибактериальную терапию по поводу основного заболевания. Вторая группа детей (30 человек) находилась в отделении патологии ЦНС с энцефалопатией новорожденных и не получали антибиотики.

### **Результаты и обсуждение**

Из 30 детей, получавших антибактериальную терапию 20 детей (67 %) находились в стационаре по поводу заболеваний органов дыхания (ОРИ, острый бронхит, пневмония), 10 детей (33 %) — с инфекцией мочевыводящих путей. 30 детей, не получавших антибактериальную терапию, были госпитализированы по поводу заболеваний ЦНС — 16 детей (53 %) и заболеваний сердечно-сосудистой системы — 14 (47 %). Возрастной состав детей распределился следующим образом: от 0 до 1 месяцев — 25 детей (42 %), от 1 до 2 месяцев — 25 детей (42 %), от 2 до 3 месяцев — 10 детей (16 %).

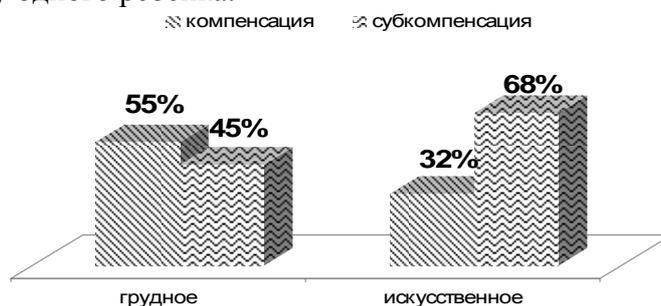
Дисбактериоз кишечника по степени компенсации делится на 3 вида: компенсация, суб- и декомпенсация [1]. В ходе исследования было установлено, что у детей в различные возрастные периоды преобладал субкомпенсированный дисбактериоз кишечника. Декомпенсированный ДК не встречался ни в одной из исследуемых групп детей (рисунок 1).



**Рисунок 1 — Степень компенсации дисбактериоза кишечника в зависимости от возраста**

Из 60 детей, находящихся на стационарном лечении, 29 (48 %) находились на грудном вскармливании, 31 (52 %) — на искусственном.

Частота встречаемости различных видов дисбактериоза кишечника в зависимости от вида вскармливания представлена на рисунке 2. Декомпенсированного ДК не зафиксировано ни у одного ребенка.



**Рисунок 2 — Степень компенсации дисбактериоза в зависимости от вида вскармливания**

Анализируя анализ кала на дисбактериоз выявлено, что в группе детей, получавших антибактериальную терапию (30 случаев) значительно чаще отмечалось снижение нормального количества облигатной микрофлоры кишечника: у 50 % больных — снижение количества бифидобактерий. Выявлены существенные изменения со стороны факультативной и транзитной микрофлоры (рисунок 3).

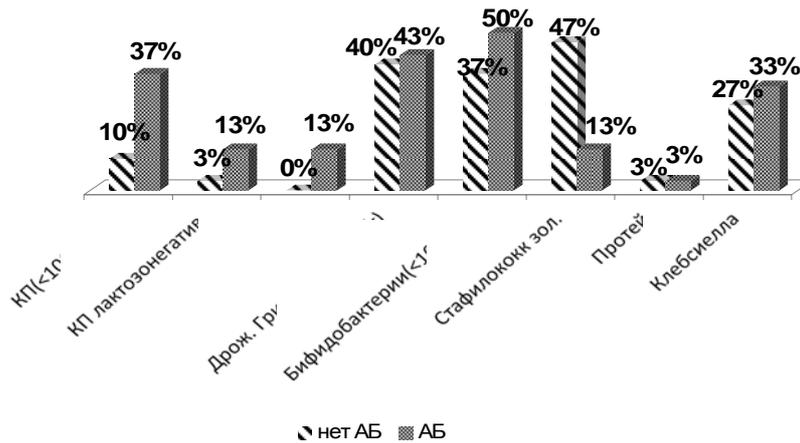


Рисунок 3 — Анализ кала на дисбактериоз у детей в зависимости от назначения антибактериальной терапии

Основную роль в формировании биоценоза кишечника новорожденных играет грудное вскармливание. В грудном молоке содержится ряд факторов, способствующих формированию нормальной микрофлоры. Это так называемые биофизиогенные факторы: лактоза, бифидогенный фактор Рейно, бифидус-фактор Patuelly, ненасыщенные жирные кислоты. В грудном молоке присутствуют также защитные факторы, препятствующие росту и размножению условно-патогенной флоры: секреторный IgA, лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза, лимфоциты и макрофаги [1]. В связи с этим мы проанализировали влияние грудного вскармливания на характер изменений биоценоза кишечника, вызываемых антибактериальной терапией.

При искусственном вскармливании у детей, получавших антибактериальную терапию, в составе микробной флоры кишечника отмечено значительное снижение количества облигатной (бифидо), и особенно, факультативной флоры — эшерихий с типичными свойствами (в 50 % исследуемых случаев). Кроме того, отмечено увеличение количества лактозонегативных эшерихий и массивный рост дрожжеподобных грибов (рисунок 4).

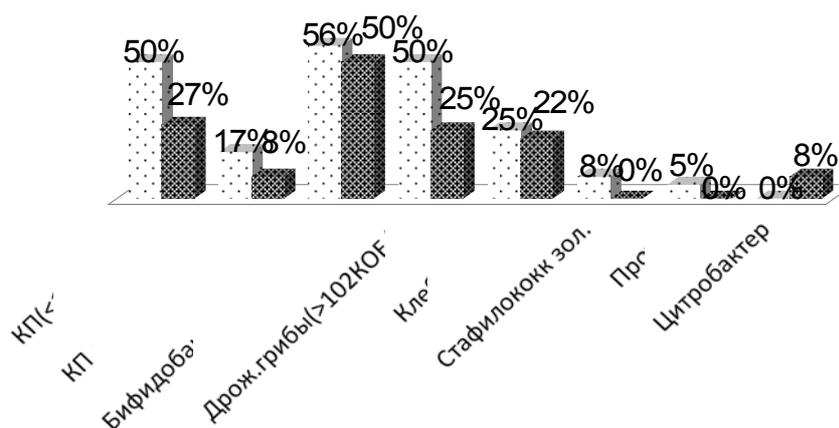
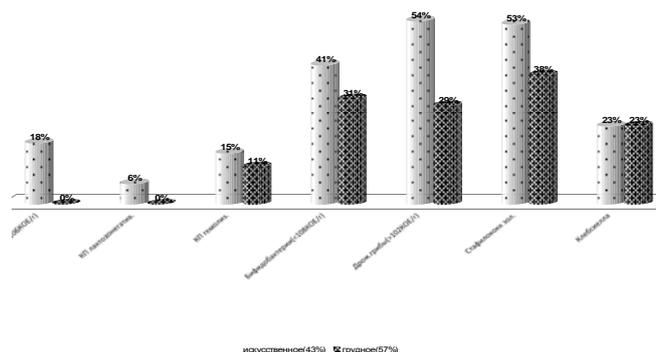


Рисунок 4 — Показатели анализа кала на дисбактериоз у детей, получающих антибактериальную терапию, в зависимости от вида вскармливания

У детей, находившихся на естественном вскармливании и получавших антибактериальную терапию, аналогичные изменения были менее выражены (рисунок 5).



**Рисунок 5 — Показатели анализа кала на дисбактериоз у детей, не получавших антибактериальную терапию, в зависимости от вида вскармливания**

Таким образом, у детей первых трех месяцев жизни наиболее часто встречается субкомпенсированный дисбактериоз кишечника с тенденцией к нормализации микробного пейзажа с возрастом. Естественное вскармливание повышает степень компенсации. Антибактериальная терапия значительно нарушает микробный пейзаж кишечника за счет подавления облигатной микрофлоры, способствует избыточному росту кишечной палочки с измененными ферментативными свойствами, существенно не влияет на состав условно-патогенной флоры. Грудное вскармливание обладает протективным действием на микробный пейзаж кишечника при проведении антибактериальной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булатова, Е. М. Питание и формирование здоровой кишечной микрофлоры у детей первых месяцев жизни / Е. М. Булатова, Т. В. Габруская, О. К. Нетребенко // Педиатрия. — 2007. — Т. 86. — № 3. — С. 84–89.
2. Маянский, А. Н. Дисбактериозы: иллюзии и реальность / А. Н. Маянский // Педиатрия. — 2000. — № 4. — С. 80–88.
3. Парфенов, А. И. Дисбактериоз кишечника: новые подходы к диагностике и лечению / А. И. Парфенов, Г. А. Осипов, П. О. Богомолов // Consilium medicum. — 2001. — № 3 (6). — С. 7–9.

УДК 618.3-06:618.1:579.88

## УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ МИКОПЛАЗМОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ: АСПЕКТЫ ПЕРЕДАЧИ ОТ МАТЕРИ К ПЛОДУ

*Захаренкова Т. Н., Недосейкина М. С.*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

В отечественной и зарубежной литературе на протяжении последних десятилетий высказываются противоречивые мнения о роли микоплазм в развитии инфекционных осложнений у новорожденных, в частности, поражения легких, и необходимости профилактического и лечебного влияния на них в антенатальном периоде.

Высокая частота до 70–80 % колонизации урогенитального тракта беременных микоплазмами, уникальные свойства данных микроорганизмов и особенности состояния иммунных сил в период беременности предрасполагают к переходу микоплазм от матери к плоду как трансплацентарно, так и во время родов [1, 2]. У новорожденных без видимых признаков заболевания со слизистых оболочек выделяют те же штаммы микоплазм, которые обнаруживаются в организме матери, причем частота передачи в 2 раза возрастает при преждевременных родах, достигая 60 % у новорожденных с массой тела до 1000 г [3]. Со временем может происходить самоизлечение от мико- и