



3. Сторожаков Г.И., Струтынский А.В., Авадьев Р.А., Кисляк О.А. Синдром ранней реполяризации желудочков. Кардиология, 1992; 9 – 10; 107 – 111.
4. Скоробогатый А.М., Каличенко Б.А., Пекуш А.П. Синдром ранней реполяризации желудочков при патологии сердечно-сосудистой системы. Кардиология, 1990; 6; 103 – 105.
5. Воробьев Л.П., Грибкова И.Н., Петрусенко Н.М., Ляхова Т.М. Синдром ранней реполяризации желудочков у больных пороками сердца. Кардиология, 1990; 6; 85 – 88.
6. Das B.B., Sharma J. Repolarization abnormalities in children with a structurally normal heart and ventricular ectopy. Pediatric Cardiology, 2004; 4; 354 – 356.
7. Agnola D., Steg P.G. Early repolarization syndrome: a frequent finding in young asymptomatic adults in emergency room. Eur Heart J 1995; 16: Abstract: Suppl: 115.
8. Letsas K., Efremidis M., Pappas L., Gavrielatos G., Markou V., Sideris A., Kardaras F. Early repolarization syndrome: Is it always benign? International Journal of Cardiology, 2007; 3; 390 – 392
9. The early repolarization syndrome is a variation of normal. Journal of Electrocardiology, 2007; 5; 391.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ г.АЛМАТЫ

К.И.Билялова, А.М.Жартиева, Ж.С.Темирбаева, А.Ж.Аринова

Научный центр педиатрии и детской хирургии Минздрава Республики Казахстан,
г.Алматы

В многочисленных работах показана роль нарушения нормального биоценоза в возникновении кишечных заболеваний и биоценологических отношений, которые возникают между патогенными и непатогенными микроорганизмами в кишечнике, а также ряда факторов, включая и антибиотики, оказывающих неблагоприятное влияние на состав микрофлоры организма человека, приводящих к явлениям дисбактериоза [1].

Поэтому, изучая этиологическую роль при кишечных расстройствах различных условно-патогенных бактерий кишечного семейства, следует учитывать их возможное участие в явлениях дисбактериоза. При дисбактериозе имеют место, как ассоциации условно-патогенных микроорганизмов, не характерные для нормального биоценоза, так одновременно и качественные изменения нормальной флоры кишечника. Дисбактериозам характерна фазность развития инфекционного процесса. Следует отметить, что латентная фаза инфекционного процесса не должна сопровождаться какими-либо клиническими проявлениями. у детей раннего возраста не должны содержаться такие опасные для здоровья человека условно-патогенные микроорганизмы, как энтеропатогенные кишечные палочки, золотистые стафилококки и протеи.

Определение фаз развития дисбактериоза у людей всех возрастов предполагает учитывать как микробиологические, так и клинические, иммунологические и биохимические изменения в организме больного [2].

В данной работе приведены результаты обследования амбулаторных детей в клинко-диагностической лаборатории Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК. Дети были направлены участковыми педиатрами г.Алматы на обследо-

вание. За период-декабрь 2008 года произведен микробиологический анализ фекалий 1165 детей на количественный и качественный состав.

Микробиологическое исследование проводилось общепринятыми методами [3] на наличие анаэробных бактерий: бифидобактерий - путем посева в среду Блаурокка; факультативно-аэробных микроорганизмов: лактобактерий - на среде Рагоза, энтерококков - на глюкозно-щелочном полимиксиновом агаре с добавлением 0,1% 2,3,5 -ТТХ; факультативно-анаэробных бактерий: энтеробактерий - на среде Эндо и Плоскирева, протеев посевом по методу Шукевича, стафилококков - на кровяном желточно-солевом агаре; грибы - на среде Сабуро; общее микробное число определяли путем посева на МПА. Все посевы подвергались инкубации в термостате согласно существующим нормативам. Выделенные культуры идентифицировали до родовой и видовой принадлежности по общепринятой методике [4]. Этиологически значимые возбудители подвергались тестированию на антибиотикорезистентность путем посева серийных разведений методом диффузии на агар АГВ или Мюллер-Хинтона. Оценка проводилась согласно таблиц, приложенных к антибиотическим дискам. В работе использовали диски производства Санкт-Петербург и **Hi-Media**.

Анализ проведенных исследований показал, что дисбиоз был обнаружен в 96,1%, в 3,9% случаев определен эубиоз. Дисбактериоз II стадии составил 72,9%, и 23,2% - I стадии.

Следует отметить, что, несмотря на незначительный процент детей с нормальным биоценозом, нами установлено отсутствие дисбактериозов III, IV-стадии. В исследованиях, проводимых ранее (в начале 2000-х годов), выявлялся дисбиоз более глубокий с дефицитом бифидо- и лактофлоры.



В настоящее время установлено возрастание количественного представительства бифидо- и лактофлоры [5,6,7]. Титр бифидобактерий возрос с Ig7 до Ig9 – Ig Ю КОЕ/г, лактофлоры с Ig3 до Ig5 – Ig7 КОЕ/г.

Для II стадии дисбактериоза характерны изменения двух или более составляющих микробиоценоз представителей с количественным сдвигом в сторону уменьшения или увеличения показателей, а также изменение качественного состава.

Таким образом, результат многолетних исследований дисбиотических нарушений выявил положительные сдвиги в состоянии микрофлоры кишечника детей г.Алматы. На наш взгляд, это, в первую очередь, связано с широким внедрением в стране программы ВОЗ по дружелюбному отношению к ребенку, повсеместному внедрению палат совместного пребывания матери и ребенка, раннее прикладывание к груди. Первостепенное значение сыграл переход на исключительно грудное вскармливание, своевременный и правильный ввод прикорма. Введение кормления грудью ребенка, согласно программы ВОЗ, по потребности, оказало положительное влияние на становление биоценоза. Все это факторы, способствовали правильному формированию микрофлоры кишечника новорожденного, повышению иммунного его статуса. Большую роль также имеет рациональное применение с целью коррекции нарушений микрофлоры эубиотиков, пробиотиков и пищевых добавок. [4,5]. Анализ этиологической структуры дисбиозов позволил выявить следующее (таблица 1).

Оказалось, что микроорганизмы в монокультуре в качестве этиологических моментов чаще всего были представлены *S.aureus* - 12,5%, затем энтеробактериями - 8,6%, грибы и бактерии рода *Proteus* составили соответственно 4,1% и 0,3%.

Таблица 1.

Распределение дисбактериозов по этиологическому фактору (в % от числа обследованных 1116 детей).

Этиологически значимая флора		
монокультура	стафилококковая	12,5
	колибактерийная	8,6
	грибковая	4,1
	протейная	0,3
ассоциации	колистафилококковая	30,0
	колигрибковая	9,2
	стафилококковая	5,6
	стафилококковопротейная	2,4
ассоциации 3-х и более культур		27,9

Этиологические факторы дисбактериоза в ассоциации 2-х микроорганизмов распределились следующим образом: колистафилококковые в 30%, колигрибковые в 9,2%, стафилококковогрибковые в 5,6% и, наконец, стафилококковопротейные в 2,4%. Различные ассоциации микроорганизмов 3-х, 4-х видов были выделены в 27,95%.

Таким образом, резюмируя представленные нами результаты исследования микрофлоры фекалий детей г.Алматы, можно сделать следующее заключение. В последние годы дисбиотические нарушения у детей встречаются в основном II стадии. Глубокие дисбиотические нарушения не были обнаружены. Выявлен положительный сдвиг в количественном составе микроорганизмов, определяющих нормофлору. Установлено, что этиологическая структура дисбиозов толстого кишечника представлена в 25,5% случаев, монокультурой, а в 74,5% - ассоциацией различных микроорганизмов.

Литература:

1. Шендеров Б.А. Нормальная микрофлора и ее роль в поддержании здоровья кишечника. Рос. журнал гастроэнтерология, гепатология и колопроктология, 1998;1: 61-65.
2. Бондаренко В.М., Учайкин В.Ф., Мурашова А.О. Дисбиоз: современные возможности профилактики и лечения. Москва, 1995;205с.
3. Эпштейн-Литвак Р.Б., Вильшанская Ф.Л. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника. Методические рекомендации. Москва, 1997; 25с.
4. Кемайкин В.М., Алмагамбетов К.Х. Способ коррекции дисбиоза кишечника у больных острым лейкозом. Астана Мед. журнал, 1998; 3: 69-70.
5. Билялова К.И., Машкеев А.К., Каламкарлова Л.И. Особенности микробиоценоза детей в норме и патологии. Алматы, 2002;113с.
6. Билялова К.И., Байбусинова А.Г. Характеристика кишечного дисбактериоза у детей г.Алматы. Педиатрия и детская хирургия Казахстана.1994; 2: 26-28.
7. Билялова К.И. Проблемы дисбактериоза у детей. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальным вопросам педиатрии и детской хирургии». Алматы, 1997г.