

но и повышению уровня их бытовой и социальной адаптации и, соответственно, улучшению качества жизни больных и их родственников.

Литература

1. Гехт А.Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и

основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде. *Consilium medicum*. 2001; 5:227-232.

2. Ахапкина В.И., Федин А.И., Аведисова А.С. и др. Эффективность фенотропила при лечении астенического синдрома и синдрома хронической усталости. *Атмосфера. Нервные болезни*. 2004; 3: 28-32.

Диагностика туберкулеза

Жусипбекова Г.А.

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

УДК: 616-002.5-092.18-079

Туберкулездің зерттеу

Г.А. Жусипбекова.

M.tuberculosis генетикалық профилдердің бөлінуі басқа мемлекеттерде жүргізу және жүелі зерттеу нәтижесінің мәліметтері бойынша келтіріледі. Мысалы 178 клиникалық МБТ штамдары бойынша ВАСТЕС 960 әрекіе әдістемесі көрсетілген. Қазақстан аймағында ПТР штаммаларды салыстырмалы микробиологиялық міндетмәжүргізу үшін типтік референтік экспресс-метод стратегия ұсынылды.

В последние годы показано, в практическом здравоохранении диагностика туберкулеза и его лечение продолжают основываться на культуральном методе. Идентификация микобактерий в клинической лаборатории остается сложной и длительной процедурой. Она основывается на фенотипических особенностях: скорость роста, морфология колоний, пигментообразование, биохимические свойства и занимает не менее 6 недель.

Внедряемые в практику в последние годы автоматизированные системы бульонного культивирования, такие как ВАСТЕС 460, ВАСТЕС 960, MB/ BacT позволяют существенно сократить время детекции роста микобактерий. Однако выделенные культуры также нуждаются в идентификации. В ряде фтизиобактериологических лабораторий Казахстана в последние годы используются автоматизированные системы бульонного культивирования микобактерий, однако для идентификации изолятов методы генетического анализа не применялись [1].

Цель исследования – провести идентификацию культур, выросших на автоматизированной системе бульонного культивирования ВАСТЕС MGIT 960.

Мокрота больных туберкулезом и лиц с подозрением на заболевание, содержащихся пенитенциарных учреждениях Алматинской области, поступившая для микробиологического исследования в период с января 2006г. по июня 2008г. подвергалась стандартной предпосевной обработке. Посевы производили в пробы MGIT, на плотную среду Левенштейна-Йенсена. Учет результатов и идентификация культур, выросших на плотной среде осуществлялась обще-

Diagnostics Of Tuberculosis

G.A. Zhusipbekova.

Happen to data about undertaking and results of system studies M.tuberculosis in other countries. On example 178 clinical shtamms MBT are demonstrated particularities of method PCR. The strategy proposed on the microbiological characterization of strains disseminated in Kazakhstan with the PCR-based as the express-method of diagnostics.

принятыми тестами.

Все образцы, выявленные как позитивные в аппарате ВАСТЕС 960 (с 4-го дня инкубации) удалялись из прибора. После чего выполнялись следующие процедуры: мазок для окраски по Цилю-Нильсену с целью выявления кислотоустойчивых микроорганизмов; субкультивирование на плотной среде для подтверждения роста микобактерий, субкультивирование на среде Левенштейна-Йенсена, содержащей 1000 мкг/мл салицилата натрия, для дифференциации МТК и нетуберкулезных микобактерий; посев на чашку с кровяным агаром для подтверждения отсутствия контаминирующей микрофлоры. Из всех позитивных по ВАСТЕС пробирок кислотоустойчивые микроорганизмы были выявлены в 85 случаях. Время детекции роста микобактерий на автоматизированной системе колебалось от 4 до 28 суток, что в среднем составило 11,6 суток и было значительно короче по сравнению со скоростью роста на плотной среде – 32,8 суток. Таким образом, использование автоматизированной системы бульонного культивирования ВАСТЕС 960 в значительной степени сокращает время исследования [2].

Литература

1. Альварес Фигероа М.В., Лепеха Л.Н., Никоненко Б.В., Шипулина О.Ю., Шипулин Г.А. Выявление *M. tuberculosis* в крови методом ПЦР (экспериментальная модель). // В сб.: Генодиагностика в современной медицине. Материалы 3-ей Всероссийской конференции. М., 2000. -с.277-279.

2. Генодиагностика во фтизиатрии /Е. Г. Бочкарев, Т. С. Денисова, Э. В. Генерозов и соавт. //Реф. ж. ВИНТИИ. Медицина. Реф.сб. Вып. Туберкулез. — 2002. — № 1. — С. 1–16.

Лечение хламидийной инфекции у детей раннего возраста

Тарбакова А.К.

Детская поликлиника №4, г. Костанай

В последнее время наблюдается увеличение частоты внутриутробных инфекций и возрастание их роли в развитии перинатальных поражений ЦНС, а также патологических состояний других систем организма, имеющих неблагоприятные последствия в последующие возрастные периоды жизни детей. В раннем неонатальном периоде жизни детям чаще выставляются диагнозы: внутриутробное инфицирование, перинатальное поражение ЦНС, конъюнктивиты, респираторный синдром, конъюгационные желтухи и т.д. В

последние годы улучшилась диагностика инфекций передающихся половым путем (ИППП) у беременных женщин из групп риска, имеющих отягощенный акушерский анамнез: бесплодие, мертворожденные дети, выкидыши, угрозы прерывания беременности, невынашивание и другие. Наиболее часто встречающиеся ИППП при обследовании беременных: хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, ВПГ (вирус простого герпеса), ЦМВ (цитомегаловирус).

Для исследования отобрано 54 ребенка в постнатальном

периоде, родившихся в период с 2007 по 2009 г. на 36 участке детской поликлиники №4 г. Костаная, у которых были выявлены внутриутробные инфекции (ВУИ). В основную группу были включены 42 ребенка. Контрольная группа состояла из 12 детей. Из отобранных амбулаторных карт основной группы в 73% случаев имелось обследование матерей методами ИФА, ПЦР на урогенитальные инфекции. Наиболее чаще встречалась хламидийная инфекция у беременных. Для проведения клинического анализа заболеваемости периода новорожденности отбирались дети группы риска по внутриутробному инфицированию хламидиями. Учитывалась оценка анамнеза матери: ранее диагностированный урогенитальный хламидиоз, наличие хронических заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, хронический аднексит, угрозы прерывания настоящей беременности, преждевременное излитие околоплодных вод, отслойка плаценты, а также наличие у плода задержки внутриутробного развития, симптомов гипоксии, фетоплацентарной недостаточности.

Внутриутробное инфицирование плода происходит гематогенным путем (трансплацентарно) или контактным путем при наличии плацентита, хориоамнионита, инфицирования околоплодных вод. Хламидийная инфекция часто поражает органы с наиболее интенсивным кровоснабжением – мозг, печень, почки, сердце, легкие, что определяет степень интенсивности генерализации инфекции. Такие дети поступали на второй этап выхаживания в отделение патологии новорожденных – это 30% из обследованных. Но наблюдались и локализованные формы в виде затяжных желтух, ринитов, конъюнктивитов, функциональные перинатальные поражения ЦНС, и желудочно-кишечного тракта. У 20% обследованных детей клинические проявления внутриутробного инфицирования (в основном у доношенных) в раннем неонатальном периоде отсутствовали, но проявлялись на 10-14 день жизни и не поддавались симптоматической и местной терапии. Учитывая клинические проявления, анамнез матери, наличие персистенции хламидийной инфекции, течение раннего неонатального периода, стоял вопрос об адекватной этиотропной терапии. Препаратом выбора стала суспензионная форма Сумамеда, который получали дети основной группы.

Учитывалась преимущественно фармакологических свойств: хорошая всасываемость в кишечнике, проникновение через гистогематические барьеры, способность накапливаться в тканях, гранулоцитах, макрофагах, фибробластах и повышать фагоцитарную активность последних. Сумамед не окисляется в печени цитохромом P450, не вызывает дисбактериоза. Лечение проводилось в амбулаторных условиях. Препарат назначался из расчета 10 мг/кг веса один раз в день за 1 час до кормления в течение 5-ти дней. Поддерживающая доза на 7-ой и 14-ый дни – однократно в суточной дозе, учитывая цикл развития хламидий и возможность ее персистенции.

Клинический эффект наблюдался со 2-3 дня, что выразилось в улучшении общего состояния ребенка, нормализации функции ЦНС, исчезновении функциональных нарушений ЖКТ, значительного уменьшения проявлений желтухи новорожденных, улучшении носового дыхания, на 5-7 день – излечивании конъюнктивитов, ринитов. При наличии в анамнезе у матерей микстинфекций (ЦМВ и ВПГ) рекомендовались свечи виферона 10-14 дней и по необходимости симптоматическая терапия. Все дети хорошо перенесли сумамед, не срыгивали, не было проявлений дисбиоза, у всех было клиническое выздоровление.

В контрольной группе детей, не получавших сумамед, в 74% случаях отмечались осложнения: развитие постнатальных пневмоний, затяжное течение желтухи новорожденных, воспалительных заболеваний мочевыделительной системы, усиление функциональных нарушений со стороны ЦНС и ЖКТ.

По наблюдению детей до 3-х летнего возраста, в контрольной группе дети в 35% случаев чаще болели простудными заболеваниями, сопровождающиеся в 20% случаев бронхообструктивным синдромом, в 5% случаев развивались заболевания мочевыделительной системы.

Выводы

Раннее выявление и адекватное лечение детей группы риска по хламидийной инфекции снижает частоту заболеваемости, длительность течения, развития хронизации заболеваний легких, ЦНС, мочевыделительной системы и смертности детей первого года жизни.

Опыт лечения сезонного аллергического риносинусита интраназальным глюкокортикостероидом назонекс-спрей в сочетании с препаратом Эриус

Бестембеков С. Т.

Военная поликлиника Пограничной Службы КНБ РК

До настоящего времени для оториноларингологов остается актуальной проблема эффективного лечения сезонного аллергического риносинусита. Сезонный аллергический ринит (САР) является распространенным заболеванием практически во всех странах. По данным литературы отчетливо прослеживается тенденция к их повсеместному росту. Единственной группой препаратов, оказывающих патогенетическое воздействие на все фазы аллергического воспаления, являются глюкокортикостероиды (ГКС), причем в последнее время на рынке появляются различные формы ГКС. [1, 2, 3].

Клиника аллергического риносинусита обычно бывает представлена следующим симптомокомплексом: длительное затруднение носового дыхания, наличие слизисто-водянистого отделяемого из полости носа, периодически — приступы чихания и зуда в носу. Анамнестические данные, как правило, свидетельствуют о наличии аллергии. При передней риноскопии обращают на себя внимание выраженный отек и синюшность слизистой оболочки, носовые ходы заполнены

слизисто-водянистым отделяемым, просвет общего носового хода полностью или частично сужен. Сезонный аллергический ринит, связан с повышенной чувствительностью слизистой оболочки полости носа к пыльцевым и грибковым антигенам.

Единственным средством профилактики и лечения сезонного аллергического ринита является интраназальные глюкокортикостероиды. Их применение позволяет уменьшить большинство симптомов любого ринита, в том числе сезонного [1, 2, 3]. Кортикостероиды, применяемые местно на слизистую оболочку носа, оказывают ряд противоаллергических эффектов:

- тормозят раннюю и позднюю стадии аллергической реакции [4];
- уменьшают количество эозинофилов, Т-лимфоцитов и тучных клеток в слизистой оболочке [1, 5];
- уменьшают отек слизистой и ринорею [2];
- снижают гиперчувствительность рецепторов слизистой