

ние Ig M, что характеризует препарат с низкой реактогенностью, ускорение снижения воспалительных процессов на месте патологического процесса.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты проведенного клинико-иммунологического исследования дают основания рекомендовать кальцийсодержащие препараты «Calasept» и «Фосфадент-био» к более широкому использованию при лечении деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита.

**О. Г. Крамарь, Т. Н. Савченко, Г. А. Четвертнова**

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии с курсом клинической микробиологии ВолГМУ

### ОСОБЕННОСТИ КОЛОНИЗАЦИИ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА И КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ВСКАРМЛИВАЕМЫХ КОНТАМИНИРОВАННЫМ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ

УДК 613.3-053.31:576.8

Изучена роль контаминированного условно-патогенными микроорганизмами грудного молока в формировании микробиоценоза слизистых полости рта и кишечника 126 вскармливаемых грудью новорожденных. Выявлена выраженная корреляция между содержанием микроорганизмов в грудном молоке и уровнем изменений микрофлоры полости рта и кишечника младенцев.

*Ключевые слова:* условно-патогенные микроорганизмы, микробиоценоз, микрофлора, грудное молоко.

**O. G. Kramar, T. N. Savtchenko, G. A. Chetvertnova**

### PECULIARITIES OF ORAL CAVITY AND INTESTINAL MEMBRANES COLONIZATION OF NEWBORNS FED WITH CONTAMINATED BREAST MILK

The role of breast milk contaminated with opportunistic microorganisms in formation of the oral cavity and intestinal membranes microbiocenosis of 126 breast-fed newborns was investigated. Pronounced correlation between the contents of microorganisms in breast milk and the level of alterations of a baby's oral cavity and intestinal microflora was revealed.

*Key words:* opportunistic microorganisms, microbiocenosis, microflora, breast milk.

Естественное вскармливание является оптимальным способом питания ребенка, сформировавшимся и закрепившимся в ходе длительного процесса эволюции [1, 4].

Не подлежит сомнению, что питание грудным молоком — залог нормального развития всех органов и систем, в том числе микробиологической. При его недостатке или полном отсутствии микробиоценозы открытых биотопов, в том числе ротовой полости и кишечника, отличаются по составу микрофлоры, направленности биохимических процессов, что может приводить к развитию дисбактериозов, способствовать возникновению заболе-

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанов Н. Н., Робустова Т. Г., Максимовский Ю. М. // *Стоматология*. — 1997. — Т. 76, № 2. — С. 15—19.
2. Барер Г. М., Царев В. Н., Овчинникова И. А. // *Клинич. Стоматология*. — 1999. — № 1. — С. 18—22.
3. Воложин А. И., Бабахин А. А. // *Стоматология*. — 2006. — № 1. — С. 18—20.
4. Максимова О. П., Шеина И. М., Петлев С. А. // *Клинич. Стоматология*. — 2003. — № 2. — С. 34—36.
5. Максимовский Ю. М. // *Новое в стоматологии*. — 2001. — № 6. — С. 8—13.
6. Rudolf Beer, Michael A. Baumann // *Endodontologie*. Band. — 1997. — № 7.

ваний пародонта, негативно влиять на процессы пищеварения [1, 3, 5].

Между тем для естественного вскармливания существуют определенные ограничения, одним из которых является бактериолактация с массивным обсеменением условно-патогенными бактериями материнского молока. Согласно действующим на сегодняшний день методическим рекомендациям по бактериологическому контролю грудного молока, обнаружение массивного роста *S. aureus* или представителей семейства *Enterobacteriaceae* является показанием для его отмены [2, 3, 8].

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение особенностей микробной колонизации слизистых оболочек полости рта и кишечника у детей, получавших контаминированное условно-патогенными микроорганизмами грудное молоко.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для реализации цели проведено клинико-лабораторное обследование 126 детей 1-го месяца жизни, находящихся на грудном вскармливании, и их матерей. Бактериологическое исследование грудного молока проводили в соответствии с методическими рекомендациями по бактериологическому контролю грудного молока МЗ СССР, исследование качественного и количественного состава микрофлоры толстой кишки осуществляли в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными в отраслевом стандарте «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» [7].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Диагноз бактериолактация устанавливали в случае обсемененности молока 250 КОЕ/мл и более [1].

При исследовании грудного молока этот феномен выявлен у 37,8 % кормящих женщин в возрасте от 21 до 25 лет (84,0 %), с клиническими признаками лактостаза, имеющими мастит в анамнезе, с хронической патологией желудочно-кишечного тракта, почечными или гинекологическими заболеваниями.

Микробный пейзаж грудного молока был представлен грамположительными кокками (75,6 %), грамотрицательными палочками (9,4 %), грибами (10,1 %) и бациллами (4,9 %). Установлено, что в 78,7 % наблюдений бактериолактация была обусловлена стафилококками, при этом *S. aureus* выделялись у 72,5 %, а *S. epidermidis* — у 6,2 % женщин. Среди грамотрицательных микроорганизмов выявлены *E. coli* (36,8 %), *Klebsiella pneumoniae* (63,2 %).

Анализ состава микрофлоры показал, что слизистые оболочки полости рта младенцев, получавших контаминированное молоко, были колонизированы лакто- и бифидобактериями (100 %), при этом их количество варьировало в узких пределах — от  $10^2$  до  $10^3$  КОЕ/ед.суб. Распространенность *S. salivarius* составила 90 %, *S. sanguis* — 40,0 %, *S. mitis* 65,0 %, что не имело статистических различий с группой новорожденных, вскармливаемых стерильным молоком. В количественном составе стрептококков достоверные изменения также не были выявлены. Основные отличия были установлены для группы аэробных условно-патогенных микроорганизмов.

Слизистые оболочки полости рта 61,2 % детей были колонизированы *S. aureus*, плотность обсеменения которыми увеличивалась при бактериолактации более чем в 100 раз, составляя  $1,7 \cdot 10^4 \pm 1,3 \cdot 10^2$  КОЕ/ед.суб. ( $p < 0,05$ ).

Выявлена высокая частота выделения клебсиелл (21,2 %) со средней плотностью колонизации ( $1,0 \cdot 10^4 \pm 4,9 \cdot 10^2$ ) КОЕ/ед.суб., что достоверно превышало аналогичные показатели группы сравнения.

В биоценозе ротовой полости детей обнаруживались также эшерихии (17,5 %), при этом количество данных микроорганизмов варьировало от  $10^2$  до  $10^3$  КОЕ в 1 ед.субстрата, составляя в среднем ( $3,8 \cdot 10^2 \pm 36,9$ ). Грибы рода *Candida* высевались у 10,0 % обследуемых, при этом их количество также было выше, чем в группе детей, питавшихся стерильным грудным молоком — ( $6,9 \cdot 10^3 \pm 1,2 \cdot 10^2$ ) КОЕ/ед.суб.

Итак, микрофлора детей 1-го месяца жизни, вскармливаемых контаминированным грудным молоком, характеризовалась высокой плотностью обсеменения условно-патогенными бактериями, достоверно превышающими показатели группы сравнения.

Проведенный статистический анализ показал наличие высокой степени корреляции между бактериолактацией и биоценозом слизистой оболочки ротовой полости ребенка. Так, у всех новорожденных, получающих молоко, обсемененное клебсиеллами, данные бактерии обнаруживались в ротовой полости в высокой ( $10^3$  КОЕ/ед.суб.) концентрации ( $r = 0,67$ ). Аналогичная закономерность была установлена для *S. epidermidis* и *S. aureus* ( $r = 0,76$  и  $r = 0,62$ ).

При исследовании влияния количественного и качественного состава инфицированного грудного молока на формирование микробиоценоза кишечника у ребенка установили, что условно-патогенная флора, попадающая в желудочно-кишечный тракт ребенка с материнским молоком, не всегда приживается в кишечнике. Наиболее часто через грудное молоко ребенку передается золотистый стафилококк (29,3 %), клебсиелла (18,2 %) и дрожжеподобные грибы рода кандиды (11,8 %).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бактериолактация является довольно распространенным феноменом (37,8 %), выявляемым у кормящих женщин Волгограда.

Условно-патогенные бактерии, содержащиеся в грудном молоке, способны колонизировать ротовую полость младенцев.

Инфицированное грудное молоко — только один из факторов развития дисбактериоза кишечника у ребенка, данное состояние корректируется и не всегда требует отмены грудного молока и перевода ребенка на искусственное вскармливание.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин В. А. Материнская бактериолактация и дисбактериоз кишечника у детей // *Материалы 9 Всероссийского конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей»* — М., 2004. — С. 26—28.
2. Анохин В. А., Николаева И. В., Герасимова Е. С. // *Казанский медицинский журнал*. — 2005. — № 3. — С. 191—194.
3. Зинкевич О. Д., Саматов В. А. // *Детские инфекции*. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 35—38.
4. Козлов Э. П., Гончарова Г. И., Семенова Л. П. и др. // *ЖМЭИ*. — 1997. — № 2. — С. 73—78.

5. Кузнецова Г. Г. / Тезисы докладов научно-практического семинара «Индивидуальные подходы к проблеме дисбактериоза». — М., 2003. — С. 19—25.

6. Степурина О. В. Первичное инфицирование ребенка. Инфекционные заболевания детей и экология человека. — Ставрополь, 1999. — С. 92—97.

7. Отраслевой стандарт. Система стандартизации в здравоохранении РФ — М., 2003. — 86 с.

8. Хасанова Е. Е. Острые кишечные инфекции у детей, получающих грудное молоко, контаминированное грамотрицательной микрофлорой // *Казанский медицинский журнал*. — 2006. — № 4 — С. 269—279.

**С. И. Ергиева, В. Н. Осадшая, Н. А. Хлынова, А. С. Касьянова**

Кафедра педиатрии и неонатологии ФУВ ВолГМУ

## АДЕКВАТНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ

УДК 616.36-008.5-053.31

В статье освещаются вопросы дифференциальной диагностики неонатальных и физиологических желтух у новорожденных, тактики ведения.

*Ключевые слова:* новорожденные, гипербилирубинемия, желтуха.

**S. I. Ergieva, V. N. Osadshaya, N. A. Khlynova, A. S. Kas'yanova**

## ADEQUATE POLICY MANAGEMENT OF NEWBORNS WITH HYPERBILIRUBINEMIA

This article deals questions on differential diagnostics of neonatal and physiologic jaundice of the newborns, policy of management.

*Key words:* neonates, hyperbilirubinemia, jaundice.

Выраженные депопуляционные процессы, происходящие в Российской Федерации на протяжении последнего десятилетия, высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности требуют от отечественного здравоохранения проведения экстренных мероприятий по разработке и внедрению новых технологий перинатального обеспечения, основанных на фундаментальных научных исследованиях в области возрастной физиологии, акушерства, педиатрии и неонатологии и направленных на профилактику и адекватную коррекцию различных проявлений дезадаптационного синдрома у детей раннего возраста.

Ежегодно у 62—80 % новорожденных в России появляется клиника желтухи. Несмотря на многочисленные исследования, проведенные в разные годы для изучения причин этого состояния периода новорожденности, актуальность данной проблемы не уменьшается (Нисевич Л. Л., Яцык Г. Б., 2004; Шабалов Н. П., 2003) [2, 4]. Прежде всего, это связано с тем, что выраженная гипербилирубинемия опасна развитием нейротоксического эффекта, в

первую очередь у недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде развития. При этом степень токсического влияния билирубина на центральную нервную систему ребенка зависит от его концентрации в ткани мозга и продолжительности гипербилирубинемии. Таким образом, важнейшим стратегическим направлением тактики ведения ребенка с неонатальной желтухой является динамическая оценка индивидуального «безопасного уровня» билирубина, прогнозирование возможного его токсического эффекта и, соответственно, проведение адекватных превентивных мероприятий по развитию гипербилирубинемии. Причем недооценка динамики развития патологического процесса при выраженной гипербилирубинемии, запоздалое терапевтическое вмешательство могут привести к летальному исходу или тяжелой инвалидизации ребенка [1].

С другой стороны, желтуха в период новорожденности является самой частой причиной необоснованного и длительного лечения с использованием инвазивных методов и большого количе-