

зиготного генотипа GG составила 16,5%, GC — 51,9%, CC — 31,6%. В группе контроля частота генотипов GG, GC, CC составила 27,5%, 51,25% и 21,25% соответственно. Исходя из полученных данных, в группе больных наблюдалось снижение доли генотипа GG на фоне увеличения генотипа CC. У пациентов были статистически значимые различия в генотипе

по сравнению с контрольной группой (χ^2 равно 7,472 с 2 степенями свободы; двухсторонний P — величина равна 0,024). Частота аллеля G в контрольной группе была 78,75%, а у больных 68,4%. Есть основание считать, что основной аллель G связан с повышенным уровнем экспрессии ИЛ-6 и ткане-специфичным контролем его экспрессии.

616.31-07:616.235

Н.В. РЫЛОВА, О.В. КОНДРАТЬЕВА, Ю.В. ТИМОШЕНКО

Казанский государственный медицинский университет

Микробиологические аспекты диагностики и терапии бронхолегочной инфекции при муковисцидозе у детей

Муковисцидоз (МВ), или кистозный фиброз поджелудочной железы, характеризуется недостаточностью внешнесекреторной функции поджелудочной железы, изменениями бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта, а также в той или иной степени поражением всего организма в целом. Его прогноз в первую очередь зависит от тяжести поражения органов дыхания, в патогенезе которых огромную роль играют инфекции, вызванные *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, бактериями семейства *Enterobacteriaceae*, грибами родов *Candida* и *Aspergillus*.

В центре МВ республики Татарстан наблюдается 50 детей. Из них 2 (4%) человека — дети грудного возраста, 13 (26%) — раннего, 11 (22%) — дошкольного, 9 (18%) — младшего школьного, 15 (30%) — старшего школьного. У всех больных установлена смешанная форма муковисцидоза.

Проведено микробиологическое исследование 45 проб бронхиального секрета (мокрота). В большинстве случаев (48%) обнаружена ассоциация *Ps. aeruginosa*/*St. aureus*/*Cand. albicans*, в 14% случаев наблюдалась ассоциация *Ps. aeruginosa*/*St. aureus*, изолированно *Ps. aeruginosa* выделялась в 10% случаев, *St. aureus* в 8%. Грибы рода *Acinobacter* были определены у 2% больных, *Kl. pneumoniae* — у 4%, *Enterococcus faecium* — у 2%. У 12% детей постоянного носительства патогенной микрофлоры не сформировалось.

По нашим данным изоляты *P. aeruginosa* были чувствительны к карбапенемам (меропенем, имипенем), фторхинолонам

(офлоксацин), цефтазидиму. Заметно меньшую антисинегночную активность проявляли амикацин, цефиксим.

При изучении антибиотикочувствительности *S. aureus* обращает внимание небольшой удельный вес метициллинрезистентных стафилококков (MRSA) — 2% изолятов, характеризующихся резистентностью ко всем β -лактамным антибиотикам (пенициллинам, цефалоспорином, карбапенемам). Все стафилококки были чувствительны к ванкомицину, а MSSA также чувствительны к цефалоспорином I, II, III поколения (цефазолин, цефуроксим, цефепим), защищенным пенициллинам (амоксиклав), макролидам (азитромицин, кларитромицин).

Таким образом, исходя из микробиологических предположений, антимикробная терапия персистирующей инфекции при МВ должна быть основана на сочетанном применении антибиотиков с антистафилококковой и антисинегночной активностью (с добавлением по показаниям противокандидозных препаратов — микосист, дифлюкан). Продолжительность терапии определяется тяжестью заболевания, сроками эрадикации возбудителей и может варьировать от 2 нед. до нескольких месяцев. Длительную антибактериальную терапию, по возможности, следует проводить в домашних условиях, что наряду с улучшением качества жизни пациента (привычная среда обитания, питание, уход) позволяет избежать перекрестного инфицирования госпитальными штаммами среди больных в условиях стационара, предотвращает распространение антибиотикорезистентных микроорганизмов (MRSA, грамотрицательных бактерий).