

ОБОСНОВАННОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Галькевич Н.В.¹, Лагир Г.М.¹, Матуш Л.И.¹
Будрик Е.А.², Ковалько А.К.², Малевичко С.В.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск'

Необходимость выбора терапии и эпидемиологически правильной сортировки больных, имеющих кишечную дисфункцию, при госпитализации в инфекционный стационар требует выяснения не только эпиданамнеза, но и оценки предшествующего лечения на дому.

Для оценки сочетания возможных побочных действий антибактериальной терапии (АБТ) и ОКИ нами проведен анализ 48 случайно выбранных историй болезни детей, находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска зимой 2009 г. (период подъема заболеваемости ОРИ). Из них 91,5% - дети первых трех лет жизни, причем дети до 1-го года составили 64(5%). Длительность заболевания до госпитализации составила от 2 до 3 сут. у 35,4% детей, 4- 6 сут.-у 39,5%, более 7 сут. у 18,8% госпитализированных детей. Только 6,3% детей поступили в стационар в первые сутки болезни.

Первые проявления заболевания: повышение температуры -35,8%, кашель - 21,3%, ринит - 29,2%, рвота - 17,5%, жидкий стул - 8,8% детей. Без лихорадки болезнь протекала у 12,5% больных. Сразу после начала АБТ рвота отмечалась у 3-х детей (на ровамицин, бисептол, сумамед). Жидкий стул на фоне АБТ появился у 25% больных, причем у 44% из них - в первый день после приема антибиотика.

В стационар с направительным диагнозом «ОРИ, бронхит» поступило 50%, «ОРИ, пневмония» или «ОРИ, отит» 25%, «ОКИ», «ОРИ, гастроэнтерит» - 25%. При обследовании у 74% больных не выявлено бактериальной инфекции, у 52% детей выявлен ротавирус, у 12 детей (25%) из кала выделена условно-патогенная флора. У одного ребенка выявлен иерсиниоз. У двоих детей ОРИ протекала и виде пневмонии, у четверых выявлен отит.

Изменения ОЛК оказались более характерны для вирусных инфекций (у 73% уровень лейкоцитов зафиксирован в пределах нормы, у 4% отмечена лейкопения и у 23% - лейкоцитоз не более $15 \times 10^9/\text{л}$). У четверти детей выявлен лимфоцитоз, у 21% отмечался палочкоядерный сдвиг (но не более 15%).

АБТ на дому получали 72,9% детей. Чаще других назначался амоксициллин/клавуланат 51,4% случаев, сумамед и амоксициллин 14,3%, реже по I назначению кларитромицин, макропен, бисептол, цефотаксим, и 2 случаях ровамицин. В ряде случаев АБТ назначалась с первого дня болезни, например детям без лихорадки, только с проявлениями ринита. Выявлено, что у 77,7% детей, принимавших амоксициллин/клавуланат, жидкий стул появился на 1-2-й день приема, причем у 63% из них при обследовании в стационаре не выявлено вирусных и бактериальных кишечных патогенов

Проведенный анализ показал: 1) высокий уровень выделения ротавируса; 2) высокую частоту назначения АБТ на амбулаторном уровне с первых дней болезни при отсутствии клинических данных по бактериальной этиологии инфекции; 3) необоснованное назначение защищенных аминопенициллинов.

Выводы. Необходимо более тщательно оценивать целесообразность назначения назначения АБТ на амбулаторном уровне, выделяя группу пациентов, нуждающихся в применении защищенных аминопенициллинов. С учетом частого выделения при поступлении в стационар у больных с ОРИ (ротавируса целесообразно проведение экспресс-диагностики ротавирусной инфекции на этапе приемного покоя.

ВЫБОР ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ

Галькевич Н.В.¹, Стринкевич О.В.¹, Ключко Н.Л.², Лазарев А.В.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск

Актуальность проблемы выбора стартовой терапии состоит в быстром нарастании резистентности сальмонелл к антибактериальным препаратам, что ставит вопросы не только об адекватной антибактериальной терапии (АБТ), показаний к ее проведению и длительности, но и показывает важность микробиологического мониторинга.

Цель исследования: проанализировать распространенность штаммов сальмонелл у больных детей г. Минска, а также антибиотикочувствительность выделенных штаммов сальмонелл.

Материалы и методы. Проведен анализ АБТ 100 детей, поступивших на лечение в УЗ "ДИКБ" г. Минска в 2008-2009 гг., у которых подтверждена сальмонеллезная инфекция. Этиологическая расшифровка ОКИ проводилась бактериологическим методом и методами серологической диагностики в РПГА. Чувствительность к антибиотикам; выделенных культур бактерий, относящихся к роду *Salmonella*, определяли путем стандартной постановки диско-диффузионного метода, а также с использованием аппаратов для автоматического учета антибиотикочувствительности - «Vitek» и «АТВ Expression» (стрип rapid АТВTM Е 4) (Франция).

Результаты. При поступлении в стационар выбор АБТ осуществлялся с учетом типа диареи, возраста ребенка, данных гемограммы и объективного статуса, а также наличия сопутствующей патологии и предполагаемой этиологии ОКИ. Выявлено, что в исследуемой группе детей в качестве стартового препарата использовали: нифуроксазид - 35% больных, налидиксовая кислота - 6%, амоксициллин - 3%, цефотаксим - 28%, цефтриаксон - 18%, амикацин - 3% больных. Двум детям, имеющим сопутствующую респираторную патологию, назначался макропен. Пяти детям без выраженных клинических признаков заболевания АБТ не назначалась.

Вследствие сохранения лихорадки, кишечной дисфункции, токсикоза либо появления патологических примесей и стула в виде зелени и прожилок крови спустя 3-е суток лечения, 25% пациентов стартовые препараты заменялись на цефалоспорины III поколения с положительной динамикой. Лишь у 16% детей получен положительный результат при применении только нитрофурантона или налидиксовой кислоты. Третья смена АБТ проводилась при получении данных бактериальных посевов кала и чувствительности выделенных сальмонелл, сохранении клинических проявлений болезни и имела место у 15% пациентов.

Бактериологически диагноз подтвержден у 96% детей путем выделения сальмонелл из испражнений. У большинства детей (82%) заболевание вызвано *Salm. enteritidis*, значительно реже (7%) — *Salm. mississippi*, у 4% больных обнаружены *Salm. t. murium*. По распространенности данные штаммы являются наиболее значимыми среди всех штаммов сальмонелл, обнаруженных у детей г. Минска на протяжении последних 10 лет.

В единичных случаях причиной заболевания выступали *Salm. brandenburg*, *Salm. infantis*, *Salm. derby*, *Salm. london* и др. (всего на их долю приходится 7%). У 4% детей подтверждение диагноза сальмонеллеза получено путем постановки РПГА при отсутствии положительного посева из кала; это дети, получавшие АБТ на догоспитальном этапе (нифуроксазид). Для наглядности, данные представлены в таблице.

Таким образом, в настоящее время для лечения сальмонеллеза препаратами выбора являются аминогликозиды III поколения и цефалоспорины III поколения. Резервными

препаратами остаются карбапенемы и фторхинолоны, а также цефалоспорины IV поколения, к которым сальмонеллы проявляют 100%-ю чувствительность.

Таблица

Чувствительность выделенных штаммов сальмонелл к антибиотикам

		Амп	Амик	Амп/с	Цефт	Ципр	Нал	Цтр	Нитр	Им
Salm. enteritidis.	2008	84	97	96	94	97	64	97		
	2009	72	99	91	64	100	74	98	67	100
Salm. mission	2008	80	78	80	64	100	94			
	2009	68	75	70	29	100	83	71	100	
Salm. t. murium	2008	22	31	96	94	97	53	96		
	2009	25	92	37	56	100	41		65	

Примечание: Амп – ампициллин, Амик – амикацин, Амп/с – ампициллин/сульбактам, Цефт – цефтазидим, Ципр – ципрофлоксацин, Нал – налидиксовая кислота, Цтр – цефтриаксон, Нитр – нитрофурантоин, Им – именем

Применение налидиксовой кислоты и нитрофурантоина допустимо для лечения легких и среднетяжелых форм инфекции, вызванных S, enteritidis. Проведение микробиологического мониторинга показало актуальность постоянного контроля над чувствительностью циркулирующих штаммов сальмонелл для проведения адекватной эмпирической терапии.

ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Германенко И.Г.¹, Очеретний М.Д.², Листопад В.В.², Реут С.У.²,
Буданова Е.И.¹, Холедова Е.А.¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) является полиэтиологическим синдромом и возникает чаще у детей раннего возраста с кишечными инфекциями. Нередко развитие ГУС приводит к тяжелым последствиям, для предупреждения которых необходим ранний мониторинг клинико-лабораторных данных у детей с диарейными инфекциями.

Целью исследования явился анализ клинико-лабораторных маркеров ГУС у детей, госпитализированных в инфекционную больницу.

Под наблюдением находилось 15 детей, поступивших в УЗ «ГДИКБ» г. Минска в течение трех лет, среди которых 67% пациентов в возрасте 1-3 года, имеющих признаки гастроэнтероколита с острым началом и выраженными явлениями токсикоза, что подтверждает описанный механизм развития ГУС на фоне кишечной инфекции, чаще вызванной *E.coli*(O157,H7).

Субфебрилитет при поступлении отмечен у 60% детей с сохранением в динамике в 20% случаев. Первыми лабораторными маркерами отмечены анемия (67%), тромбоцитопения (40%), лейкоцитоз и увеличение СОЭ, протеинурия и гематурия, снижение удельного веса мочи, увеличение мочевины от 9,0 до 40,2 в 80% и креатинина - в 67% случаев. Снижение суточного диуреза менее 0,5 мл/кг/час отмечено и 67% наблюдений, анурию имели двое заболевших детей. Все больные нуждались в проведении неритонеального анализа, причем в (60% случаев - уже в первые сутки, что позволило добиться выздоровления всех пациентов.

Таким образом, первыми клинико-лабораторным маркерами ГУС у детей являются субфебрильная температура, явления гастроэнтеро-колита, анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз и увеличение СОЭ, протеинурия и гематурия, повышение мочевины и креатинина. Своевременная госпитализация и установление диагноза ГУС с ранним использованием неритонеального анализа позволяют сохранить жизнь пациентам.

СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Стрииксвич О.В.¹, Галькевич И.В.¹, Смаль А.Н.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск

Среди всех кишечных инфекций у детей второе место занимает сальмонеллезная инфекция, необходимость назначения эмпирической терапии, не дожидаясь этиологической расшифровки болезни, требует осмысления современного течения инфекционных болезней.

Цель исследования: оценить клиническое течение сальмонеллезной инфекции у детей в период 2008- 2009 гг.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ 100 историй болезни детей, находившихся на лечении в УЗ "ГДИКБ" г. Минска в 2008-2009 гг. (оценка клинических проявлений, лабораторных исследований),

Результаты. Наибольший удельный вес заболевших отмечался в ранней возрастной группе - 65%, в том числе дети до 1-го года составили 31%. Подавляющее большинство детей (87%) поступали на 2- 3-й день болезни.

Практически у всех детей(91%) заболевание начиналось остро, с появлением симптомов общеинфекционного синдрома, таких как лихорадка, общая слабость, снижение аппетита, головная боль. У большинства(71%) отмечена фебрильная лихорадка, причем у 19%- ниретическая, у 20%-субфебрильная и у 9% оставалась в пределах нормы. Лихорадка сохранялась до 3-х дней у 44%, до 5-ти - у 19%, свыше 5-ти дней - у 28% заболевших. Длительность сохранения температурной реакции на фоне антибактериальной терапии составила $2\pm 1,6$ дня.

У ряда детей (18%) имелся отягощенный ирреморбитный фон: недоношенность, анемия, гипотрофия, атонический дерматит, дисбиоз кишечника. Треть детей (35%) поступала в стационар по поводу ОРИ с кишечным синдромом. У этих детей отмечалось волнообразное течение заболевания с 2- 3 пиками подъема температуры, ухудшением общего состояния и увеличения кратности стула.

У большинства детей (98%) сальмонеллез протекал в гастроинтестинальной форме средней степени тяжести. У 2% детей, имеющих сопутствующие ОРИ (адено- и РС-вирусы), степень тяжести состояния оценивалась как тяжелая.

Рвота отмечалась у 68% больных. У детей первого года жизни родители отмечали появление или учащение срыгиваний. Длительность рвоты не превышала трех дней, а у основной части больных, имеющих рвоту, она отмечалась лишь и течение первого дня болезни. Ацетонемическое состояние наблюдалось у 13% больных. Постоянным симптомом являлась абдоминальная боль, в связи с чем 5% детей были проконсультированы хирургом на догоспитальном этапе.

Кишечная дисфункция отмечалась у 99% детей, причем у 23% стул носил водянистый характер, а у 76% - жидкокаловый с наличием патологических примесей. Гемоколит имел место у 25% пациентов, развивался, как правило, на 3-и сутки болезни. Средняя длительность гемоколита составила 3 дня. У значительной части больных (46%) отмечены патологические примеси в виде слизи и зелени; у 14% в стуле только слизь. На фоне лечения антибактериальными препаратами длительность кишечной дисфункции составила $8 \pm 1,7$ дня. Проявления гемоколита оказались выраженными у детей с более тяжелым течением заболевания.

Изменения ОАК оказались неспецифичны. Почти у половины больных (48%) уровень лейкоцитов определялся в пределах нормы, у трети детей (32%) отмечался лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$, лишь у 18%- выше $15 \times 10^9/\text{л}$, У 2 больных отмечалась

лейкопения с выраженным нейтрофилезом и палочкоядерным сдвигом. Увеличение СОЭ отмечалось у 36% больных. У 14% выявлено увеличение С-РБ (от 20 до 150 мг/л).

Таким образом, в настоящее время сальмонеллезная инфекция не всегда имеет типичные проявления - выраженную интоксикацию, изменения стула по типу «болотной тины», типичные изменения в гемограмме. За последние годы не наблюдалось детей, имеющих генерализованную форму сальмонеллеза. Отсутствие лихорадки, нетипичный характер стула без примесей слизи и зелени, отсутствие у ряда больных выраженных изменений со стороны анализа крови, проявления дисфункции кишечника на фоне ОРВИ не должны дезориентировать врачей в отношении сальмонеллеза.