

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ САЛЬМОНЕЛЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 3-Х ЛЕТ ЖИЗНИ

Бутузов Ю. А., Абрамова Т. В., Большева Г. С., Радченко О. М., Никитина С. В.

Воронежская ГМА им. Н. Н. Бурденко, кафедра детских инфекционных болезней, ГУЗ Областная детская клиническая больница № 2, г. Воронеж

Сальмонеллёзная инфекция у детей первых трёх лет жизни в течение ряда лет отличается наиболее тяжелым среди прочих острых кишечных инфекций течением, и требует комплексной обоснованной терапии.

Цель: охарактеризовать антибиотикорезистентность сальмонелл, вызвавших острую сальмонеллёзную инфекцию у детей первых трёх лет жизни, и эффективность проводимой терапии.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 125 историй болезни детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет, лечившихся в ГУЗ «Областная детская клиническая больница №2» в 2003 – 2005 г. г. с диагнозом «сальмонеллёзная инфекция».

Результаты: у 67,2% детей сальмонеллёзная инфекция была вызвана *Salmonellae gr. D enteritidis*, у 16,8% - *Salmonellae gr. B typhi murium*, у 3,2% - *Salmonellae gr. C infantis*, у 2,4% - *Salmonellae gr. C tshiongwe*, у 10,4% - сальмонеллами других групп. У 73,6% детей заболевание было вызвано сальмонеллами, чувствительными к традиционно используемым антибиотикам. В течение последних лет сохраняется низкая чувствительность к фагам – 20,7%. От общего числа выделенных культур к антибиотикорезистентным относились 26,4%, в том числе все *Salmonellae typhi murium* и *Salmonellae gr. C tshiongwe*, 75% *Salmonellae gr. C infantis* и только 4,7% - *Salmonellae gr. D enteritidis*. Необходимо отметить, что 87,9% детей, у которых были выделены антибиотикорезистентные культуры, поступили из организованных детских коллективов круглосуточного пребывания. У 71 ребёнка (56,8%) заболевание протекало в тяжёлой форме, у остальных 54 детей (43,2%) – в среднетяжелой. В клинической картине доминирующими симптомами были выраженные проявления интоксикации и энтероколита. В 31,6% отмечались симптомы гемоколита. Генерализованных форм сальмонеллёзной инфекции не было. Антимикробным препаратом первого выбора явился назначаемый для энтерального приёма гентамицин, примененный у 95,6% детей, у 4,4% был назначен так же для перорального приёма амикацин. У 26,4% стартовая антибактериальная терапия аминогликозидами дополнялась парентеральным введением полусинтетических пенициллинов (14,2%) и цефалоспоринов (12,2%). У 9,6% детей наряду с антибиотиком назначались нитрофураны (фуразолидон, эрсефурил). У 41,6% детей одновременно с антимикробной терапией назначались препараты иммуномоделирующего действия (в том числе в 80% - КИП для энтерального приёма, в 20% - КИП-ферон для ректального применения). После проведения первого курса антибиотикотерапии в 31,5% случаев у детей сохранялось определяемое контрольным бактериологическим обследованием выделение сальмонелл, что обусловило необходимость продолжения антимикробной терапии. При этом – 2 курс антибиотиков у детей, получавших в комплексе стартовой терапии иммуномодуляторы, потребовался лишь у 4,8%.

Выводы: антибиотикорезистентные культуры сальмонелл выделяются в течение ряда лет у одной четвертой части детей, госпитализированных с диагнозом «сальмонеллез». Применение в составе стартовой терапии одновременно с антибиотиком препаратов иммуномоделирующего действия снижает вероятность повторного выделения возбудителей и необходимость применения дополнительных курсов антибиотикотерапии.