

299. СПЕКТР АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Халиуллина С.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Лечение острых инвазивных диарей, наряду с регидратационной, симптоматической терапией, включает в себя и мероприятия, направленные на элиминацию возбудителя из кишечника. Эффективность лечения этой патологии в немалой степени зависит от правильно подобранной этиотропной терапии. В идеале антибактериальные препараты должны назначаться индивидуально, с учетом чувствительности выделенного возбудителя в каждом конкретном случае. Знание современного спектра чувствительных к определенным антибиотикам возбудителей острых кишечных инфекций (ОКИ), и проведение мониторинга резистентности этих возбудителей к наиболее часто используемым в практике химиопрепаратам – безусловно, необходимые составляющие современной терапевтической тактики.

По данным Федерального Центра Госсанэпиднадзора, отмечается рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями. Так, в 2009 году общее число больных ОКИ возросло на 12,5% по сравнению с предыдущим. Изменилась и структура инвазивных диарей: на фоне снижения доли микробиологически подтвержденного шигеллеза (на 39% в сравнении с 2007 годом), число заболевших сальмонеллезом увеличилось на 16,5%.

Цель настоящего исследования – оценка чувствительности штаммов *Shigella spp.* и *Salmonella spp.*, выделенных из кишечника больных острыми бактериальными диареями к используемым в терапевтической практике антимикробным препаратам.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе Республиканской клинической инфекционной больницы МЗ РТ г. Казани в период с 2007 по 2009 гг. Определяли чувствительность к антимикробным препаратам *Shigella*

spp. и *Salmonella spp.*, выделенных из кишечника взрослых больных, госпитализированных в стационар с диагнозом «острая кишечная инфекция». Чувствительность микроорганизмов к ампициллину/*AM*, цефотаксиму/*CFM*, цефтриаксону/*CFN*, цефтазидиму/*CFD*, хлорамфениколу/*CL*, амикацину/*AN*, ципрофлоксацину/*CIP* определяли диско-диффузионным методом в соответствии со стандартами *NCCLS*. Контроль качества определения чувствительности проводили с использованием штаммов *Escherichia coli ATCC 25922* и *ATCC 35218*.

Результаты и обсуждение. Всего за период с 2007 по 2009 годы было выделено 44 штамма шигелл (23 – *Sh.flexneri* и 21 – *Sh.sonne*) и 491 штамм сальмонелл (426 – *S.enteritidis*, 23 – *S.typhimurium*), которые сохраняли высокую чувствительность к достаточно широкому спектру антибиотиков, используемых в стационарах: цефалоспорином (97,8% штаммов сальмонелл, 100% штаммов шигелл), аминогликозидам 91,7% и 90,9% соответственно), фторхинолонам (97,3-98,3%). К сожалению, резистентность основных возбудителей ОКИ к ампициллину (72,7% у сальмонелл и 4,5% у шигелл) исключает этот препарат из протоколов лечения острых диарей с клиникой дистальных колитов. Препаратами резерва в лечении тяжелых форм шигеллезов остаются фторированные хинолоны, чувствительность к ним определялась у 98,3% штаммов. Множественная устойчивость к антибактериальным препаратам в нашем исследовании была выявлена только в одном случае – *S.typhimurium* с фенотипом резистентности *AM/CFN/CFD/CL*. Один штамм *S.enteritidis* был нечувствителен к трем антибиотикам (фенотип *AM/AN/CL*).

Таким образом, анализ современной клинко-эпидемиологической ситуации подтвердил доминирование шигелл и сальмонелл в качестве основной этиологической инвазивных диарей. Вопреки бытующему мнению о значительном росте резистентности классических возбудителей кишечных инфекций к основным антимикробным препаратам, наши данные показывают, что такого рода тенденция не наблюдается в отечественной практике: по-прежнему шигеллы и сальмонеллы, вызвавшие внебольничную дизентерию или сальмонеллез чувствительны к антибиотикам основных групп, применяемым в стационарах.

300. СИНДРОМ АЦЕТОНЕМИЧЕСКОЙ РВОТЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖКТ

Халиуллина С.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Известно, что синдром ацетонемической рвоты (САР) достаточно часто регистрируется у детей с острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Провоцирующими кетоз факторами, являются нарушение функции ЖКТ, обусловленное самим инфекционным процессом; недостаточное поступление углеводов с пищей, как следствие снижения аппетита при инфекционно-токсическом синдроме; стресс, испуг, психоэмоциональное напряжение, связанные с госпитализацией и пр. Увеличение количества кетоновых

тел в крови способствует более тяжелому течению инфекции, усиливая проявления кишечного, абдоминального, инфекционно-токсического синдромов. Частая упорная рвота, сопровождающая вторичный ацетонемический синдром провоцирует расстройства водно-электролитного и кислотно-основного равновесия и, как следствие этого, развитие токсикоза с эксикозом, метаболического ацидоза.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей острой кишечной инфекции (ОКИ) у детей, в зависимости от наличия или отсутствия САР. На базе ДИБ г.Казани проводилось клинко-лабораторное наблюдение за 291 ребенком с диагнозом ОКИ. У 86 (41,95%) из них регистрировали САР, который лабораторно подтверждался кетонурией, изменением показателей КОС в виде метаболического ацидоза. Вторую (контрольную) группу составили дети с ОКИ без кетоацидоза. Группы были репрезентативны по возрасту и полу.

Ацетонемический синдром, так же как и ОКИ чаще всего возникает у детей раннего возраста. В нашем исследовании количество детей от 1 до 3 лет в первой группе составило 69,8%, во второй – 54,7%. Достаточно часто кетоацидоз развивается на фоне ротавирусной инфекции. У 46,5% пациентов регистрировали ацетонемическую рвоту в сочетании с ротавирусным гастроэнтеритом. САР может манифестировать одновременно с клиникой вирусной диареи (у 67,6%), реже усиливает уже имеющуюся симптоматику (21,3%). У 12,1% госпитализированных клиника кетоацидоза предшествовала диарейному синдрому. Среднетяжелые формы ОКИ регистрировались в обеих группах с одинаковой частотой (97,7% и 98%). Топический диагноз у большинства больных расшифровывался как гастроэнтерит (88,4% и 77%). У 38,4% детей первой группы и у 34,1% детей второй – регистрировали преимущественно изотонический тип обезвоживания I-II степени.

В большинстве случаев клиническими проявлениями синдрома ацетонемической рвоты были: повторная рвота (70,8%), в т.ч. у 29,2% – многократная; вялость, сонливость (у 100%); запах ацетона изо рта (у 48,7%). Длительность лихорадочного периода при ОКИ с САР составила в среднем 4,04 дня. Половина детей жаловалась на боли в животе (41,7%), метеоризм – у 33,3%. Жидкий стул до 10 раз в сутки наблюдали у 70,8% больных, больше 10 раз – у 29,2% госпитализированных.

Статистически значимых различий между группами выявлено не было. Вероятно, это обусловлено небольшим количеством обследованных детей. Кроме того, сходство клинической симптоматики значительно затрудняет дифференциальную диагностику данных патологических состояний, а поздняя госпитализация на фоне проводимой регидратационной терапии не позволяет лабораторно подтвердить диагноз кетоацидоза. Таким образом, высокая частота САР, сопровождающего острые кишечные инфекции, определяет необходимость включения коррекции данного состояния в общую тактику терапии инфекционных диарей у детей.

301. ТРЕМАТОДЫ ЧЕЛОВЕКА: ОПИСТОРХОЗ И ПСЕВДАМФИСТОМОЗ.