

А.С.Соколова, А.И.Ольховиков, И.С.Паньшина, Л.Я.Козлова, Т.В.Калугина,
Богданов В.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЭНТЕРОКОЛИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава
Детская городская больница № 11

Резюме. Целью исследования было охарактеризовать спектр чувствительности к антибиотикам патогенов, определяемых у новорожденных детей с энтероколитами, и оценить клинический эффект от проводимой антибактериальной терапии с учетом выделения у больных антибиотикочувствительных или антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов. Было проанализировано 39 историй детей первого месяца жизни, поступивших в отделение инфекционной патологии МУ ДГБ № 11 с диагнозом-инфекционный энтероколит. В зависимости от вида инфекционных патогенов, выделенных из копрокультуры, были рассмотрены 3 основных группы детей (клебсиеллы, энтерококки, стафилококки).

Ключевые слова: кишечная инфекция, новорожденные, условно-патогенная флора.

В структуре инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных острые энтероколиты занимают одно из ведущих мест. Основными возбудителями данной патологии являются условно-патогенные микроорганизмы.

Широкое использование антибиотиков, иммуносупрессивная терапия, расширение сферы эндоскопических исследований, хирургических манипуляций, некоторые техногенные факторы, выраженная способность к генетическому обмену у некоторых микробов, ухудшение условий для распространения микробов приводят к формированию популяций условно-патогенных микроорганизмов с измененными биологическими свойствами. Эти изменения проявляются развивающейся устойчивостью к антибиотикам, химическим веществам, дезинфектам. Изменчивость придает возбудителям преимущества для широкого распространения, что отражается на этиологической структуре заболеваний и особенностях эпидемического процесса [1,3].

Актуальность этой проблемы заключается еще и в том, что не всегда удастся выделить этиологически значимый микроорганизм или определить антибиотикочувствительность, и существует необходимость начала терапии до получения результатов бактериологического исследования. В этой связи, прогностическая информативность данных по антибиотикорезистентности циркулирующих штаммов крайне важна и имеет большое практическое значение. При регистрации повышенного уровня резистентности к какой-либо группе препаратов становится возможным принять меры организационного и медицинского характера по изменению схем антибактериальной терапии, что обеспечивает снижение числа устойчивых форм.

Цель исследования. Охарактеризовать спектр чувствительности к антибиотикам патогенов, определяемых у новорожденных детей с энтероколитами и оценить клинический эффект от проводимой антибактериальной терапии с учетом выделения у больных антибиотикочувствительных или антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе бактериологической лаборатории 11 ДБ г. Екатеринбурга (зав. лабораторией Козлова Л.Я.). Чувствительность к антибиотикам определена у 442 культур, выделенных от новорожденных детей, поступивших в отделение инфекционной патологии данной больницы с диагнозом инфекционный энтероколит в течение 2006 года.

Методом случайной выборки было проанализировано 39 историй детей первого месяца жизни, у которых из копрокультуры были выделены как антибиотикочувствительные, так и антибиотикорезистентные условно-патогенные микроорганизмы. Эффект от проведенной этиотропной терапии оценивали по динамике основных клинических симптомов: купирование общеинфекционных симптомов, кишечного синдрома, нарастание кривой массы.

Результаты и обсуждение. Из 442 бактериальных культур 39,4% составили представители грамтрицательной флоры, среди которой преобладали *Kl.pneumoniae* (19, 1%), *E. coli* с измененными свойствами (10,1%) и *Enterobacter* (4,86%), значительно реже регистрировались *Kl.oxytoca* (3, 42%), *Citrobacter* (1,62%), *Proteï* (0,36%) и *Ps.aeruginosa* (0,36%). Грамположительная флора составила 16,3%, наиболее часто выделялся *Enterococcus faecium* и *faecalis* (10,4%), *Staph.aureus* (5,9%). Ассоциация микроорганизмов в виде двух патогенов определялась в 26,3%, как правило, отмечалась комбинация клебсиеллы и стафилококка. Комбинация 3 микроорганизмов составила 5%, 4 – 0,18%.

Среди всех выделенных культур клебсиелл 61,4% были чувствительными к цефтазидиму, 38,6% - резистентными. Среди выделенных энтерококков (*Ent.faecalis* и *Ent.faecium*) 34,9% были чувствительными к бензилпенициллину, а 65,1% - резистентными. Золотистый стафилококк в 58,3% был чувствителен к оксациллину, в 41,7% - резистентен.

Было проанализировано 39 историй детей, которые поступили в стационар для лечения и обследования по поводу энтероколита.

В данной работе были рассмотрены 3 основных группы детей, которые были разделены по виду инфекционных патогенов, выделенных из копрокультуры, и являлись причиной развития кишечного синдрома: клебсиеллы - как представитель грамм-отрицательной флоры, энтерококки и стафилококки – как представители грамм-положительной флоры.

У новорожденных детей с клебсиеллезным энтероколитом 7 культур были чувствительны к цефтазидиму, а 5 оказались резистентными к данному антибиотику. Среди детей с антибиотикочувствительными штаммами 85,7% больных были выписаны из роддома с диагнозом «здоров», антибиотикотерапия была назначена впервые. Полный клинический эффект при использовании цефалоспоринов 3 поколения был получен у 71,4% детей.

У 80% больных с антибиотикорезистентными штаммами клебсиелл антибиотикотерапия проводилась на этапе родильного дома. В данной группе больных преобладали тяжелые формы заболевания (60%). Назначение цефалоспоринов 3 поколения позволило получить полный клинический эффект только у 40% детей ($p < 0,5$)

В группе детей с энтерококковым энтероколитом 5 культур были чувствительными к бензилпенициллину, а 9 – резистентными к антибиотикам этой группы. Из группы с чувствительными энтерококками 80% детей получали антибиотик в условиях нашего стационара впервые. Все дети получали с поступления антибактериальную терапию: 4 из 5 –

цефалоспорины 1-3 поколения, 1 из 5 – амикацин. Все пациенты (100%) были выписаны из стационара с выздоровлением и в дальнейшей санации кишечника не нуждались.

В группе с «устойчивыми» энтерококками (9 больных) 55,6% детей получали антибактериальную терапию в роддоме. 22,2% больных поступили в стационар в тяжелом состоянии. Все дети с поступления получали антибактериальную терапию: 55,6% – цефалоспорины 3 поколения, 22,2% – амикацин, 22,2% – комбинированную а/б терапию с учетом тяжести процесса и исходного фона. Все дети были выписаны из стационара с купированными симптомами интоксикации, положительной весовой кривой, но 77,8% нуждались в дальнейшей санации кишечника в амбулаторных условиях под наблюдением участкового педиатра.

Из 13 отобранных историй болезни новорожденных с выделенными из кала золотистыми стафилококками 7 из них были чувствительными к оксациллину, 5 – резистентными. Из группы с оксациллин-чувствительных стафилококков 14,3% детей получали на этапе р/д антибактериальную терапию, 85,7% больных антибактериальная терапия была назначена впервые. Все дети получали в условиях стационара а/б с поступления: 71,4% – цефалоспорины 3 поколения (цефотаксим), 28,6% получали амикацин и нуждались в повторном курсе а/б (в дальнейшем получали цефотаксим). Полный клинический эффект после назначения цефалоспоринов 3 поколения был достигнут в 57,1% случаев, в дальнейшей санации кишечника в амбулаторных условиях нуждались 42,6%. В группе с «устойчивыми» стафилококками все дети нуждались в дальнейшей санации кишечника, а 40% больных в повторном курсе антибактериальной терапии в условиях стационара.

Выводы

1. Грамотрицательная и смешанная флора занимает ведущее место в этиологической структуре кишечных инфекций у новорожденных детей.

2. Среди выделенных возбудителей острых энтероколитов у новорожденных на первом месте стоит клебсиелла, на втором – энтерококк, на третьем – стафилококк.

3. Среди выделенных энтерококков 65,1% были резистентны к бензилпенициллиновым антибиотикам. Среди выделенных клебсиелл 61,4% и золотистых стафилококков 58,3% сохраняют свою чувствительность к цефтазидиму и оксациллину соответственно.

4. После проведенного курса антибактериальной терапии в условиях стационара больше половины детей нуждаются в дальнейшей санации кишечника в амбулаторных условиях с длительным применением пробиотиков.

Список использованной литературы

1. Острые бактериальные кишечные инфекции у детей: / В.В.Фомин, Т.В.Калугина, С.Е.Чащина, Н.В.Карпова. - Екатеринбург: УГМА, 1999.-74с. – (Серия «Библиотека практического врача»).

2. Сидоренко С.В. Тенденции в распространении антибиотикорезистентности среди грамм-положительных микроорганизмов и перспективы ее преодоления / С.В. Сидоренко // Клиническая фармакология и терапия.-2006, 2. -С.7-8.

3. Абаев Ю.К. Воспалительные заболевания новорожденные / Ю.К. Абаев.- Ростов н/Дону: Феникс, 2007.-256с. - (Серия «Медицина для вас»).