

лось одномоментное двустороннее увеличение околоушных слюнных желез, у 10 (28,6%) наблюдался односторонний процесс. У 30 (85,7%) детей ЦМВ сиалоденит протекал на фоне субфебрильной температуры. Все пациенты поступали с жалобами на боли в области околоушных слюнных желез, боли при жевании. Кожа над припухлостью была напряжена, но без воспалительных изменений. Слюнная железа при пальпации была мягкая, тестоватая, болезненная. Все пациенты получали монотерапию одним из отечественных препаратов — вифероном (150000 МЕ) (ООО Ферон, Москва). Назначали лечение по оригинальной схеме: 1 суппозиторию 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем 1 суппозиторию 3 раза в неделю в течение 1 месяца (под контролем ПЦР крови, слюны). При патологии со стороны печени дополнительно пациенты получали урсосан по 1 капсуле на ночь до 3 месяцев (до нормализации показателей трансаминаз). Применение виферона по данной схеме в течение 30 дней у всех детей приводило к положительному клиническому эффекту, формированию первичной биохимической ремиссии, нормализации лабораторных показателей крови, подавлению репликации вируса (установленному методом ПЦР). Таким образом, исследование показало высокую эффективность использования препарата виферон (150000 МЕ) по предложенной схеме у детей раннего возраста при острой приобретенной ЦМВИ. Переносимость препарата удовлетворительная, что позволило проводить терапию без отмены и коррекции.

#### Литература

1. Щеплягина Л.А., Чернов В.М., Круглова И.В., Делягин В.М. Возрастные особенности иммунитета у детей. — М., 2008. — 35 с.
2. Виферон — комплексный противовирусный и иммуномодулирующий препарат для детей и взрослых. Руководство для врачей. — М., 2006. — 80 с.

### БАКТЕРИАЛЬНЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Крылова Е.В.<sup>1</sup>, Дмитраченко Т.И.<sup>1</sup>,  
Кондрашова Л.Н.<sup>2</sup>, Ляховская Н.В.<sup>1</sup>,  
Стычневская Е.В.<sup>3</sup>

1. УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь
2. УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск, Беларусь
3. УЗ Витебская областная клиническая инфекционная больница, г. Витебск, Беларусь

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются второй по значимости причиной смерти детей младшего возраста в развитых странах [1]. Несмотря на то, что в мире до 40% детей в возрасте до 5 лет болеют вирусной диареей, при которых антибактериальная терапия, как правило, не требуется, роль бактериальных агентов в развитии диареи остается значимой [1, 2]. Поиск и внедрение высокоэффек-

тивных антимикробных препаратов для лечения бактериальных кишечных инфекций (БКИ) остается одним из приоритетных направлений в детской инфектологии.

Целью нашего исследования явилось определение современных особенностей клинического течения БКИ у детей и совершенствование методов этиотропной терапии.

Под наблюдением находились 1079 детей, больных ОКИ, в возрасте от 1 месяца до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в период с 2006 по 2012 гг. Этиологический диагноз устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных, бактериологического и серологического исследования.

Нами была определена чувствительность к антибиотикам у 75 клинических изолятов *Salmonellaspp.*, 85 — *S.aureus*, 22 — *S.flexneri*, 39 — *S.sonnei*. Чувствительность определяли диско-диффузионным методом с использованием дисков (bioMérieux, Франция) и диагностических наборов АТВ STAPH5 (bioMérieux, Франция).

Как показал анализ, в этиологической структуре БКИ у детей раннего возраста, нуждающихся в госпитализации, существенную роль играет стафилококковая инфекция (33,61–46,17%). Не менее значимыми являются сальмонеллез и кампилобактериоз, причем этиологическая роль *Campylobacter spp.* (12,82±2,03%) сопоставима с *Salmonella spp.* (10,98% — 12,06%).

Клинические признаки инвазивной диареи, требующей назначения антибактериальной терапии, имели место у 66,36±1,31% госпитализированных пациентов. Чаще всего у детей раннего возраста в виде инвазивной диареи протекали сальмонеллез (87,24±2,39%), кампилобактериоз (100%) и шигеллез (100%), причем при этих заболеваниях достаточно часто регистрировался гемоколит (при сальмонеллезе в 37,89±3,53% случаев, при кампилобактериозе в 60,00±8,40% случаев, при шигеллезе в 56,67±6,45% случаев), что существенно затрудняло их клиническую дифференциальную диагностику. В тоже время, стафилококковая инфекция у детей до 1 года достоверно чаще ( $p<0,001$ ) по сравнению с детьми от 1 года до 3 лет протекала с явлениями колита (85,71±2,55% vs 44,00±3,70%), при этом в 35,3–69,23% случаев диарея у данной группы пациентов продолжалась более 6 дней, что требовало назначения антибактериальной терапии.

Как показал анализ чувствительности к антибиотикам клинических изолятов основных бактериальных возбудителей ОКИ у детей раннего возраста, *S.enteritidis*, *S.typhimurium*, *S.flexneri*, *S.sonnei* проявляли высокую чувствительность к цефотаксиму (83,33–98,15%), цефепиму (92,59–100%), меропенему (96,08–100%), гентамицину (79,66–97,56%), амикацину (83,33–96,20%), ципрофлоксацину (96,30–100%), азитромицину (93,48–100%). Сохранялась достаточно высокая чувствительность возбудителей БКИ к налидиксовой кислоте: 70,97–76,19% у *S.enteritidis*, *S.typhimurium*, *S.sonnei*, 92,68–100% у *S.flexneri* и редких сероваров сальмонелл.

При сравнительном анализе резистентности к антибактериальным препаратам клинических изолятов *S.aureus* у детей разного возраста было установлено, что все клинические изоляты стафилококков, выделенные у детей первых 6 месяцев жизни, оказа-

лись нечувствительными к пенициллину. Наиболее высокие уровни чувствительности у детей данной возрастной группы были обнаружены к ко-тримоксазолу (75,0±7,3%), фторхинолонам (86,1±5,8%) и нитрофурантоину (83,3±6,3%). В тоже время, чувствительность *S.aureusk* оксациллину у детей в возрасте до 1 года не превышала 25±7,3%. У детей старше 12 месяцев чувствительность *S.aureus* к оксациллину была значительно выше и достигала 55,9±8,6%, что, вероятно, связано с длительным носительством госпитальных штаммов стафилококка, приобретенных в роддоме.

При оценке клинической эффективности использования антибактериальных препаратов таких как, цефотаксим, цефтриаксон, ко-тримоксазол, азитромицин, нифуроксазид, налидиксовая кислота, было установлено, что, наиболее эффективными препаратами в лечении БКИ у госпитализированных детей раннего возраста явились такие антибиотики как цефтриаксон, цефотаксим, налидиксовая кислота, отсутствие эффекта при назначении которых наблюдалось менее чем в 10% случаев. При анализе эффективности использования препаратов в группе пациентов, имеющих эффект при назначении стартовой антибактериальной терапии и не нуждающихся в ее смене, обнаружены достоверные различия ( $p < 0,05$ ) в длительности диареи. Так, менее продолжительной оказалась диарея при назначении ко-тримоксазола, налидиксовой кислоты и азитромицина, средняя длительность диареи при этом составила 2,68 дня (95% ДИ 2,19–3,17), 2,88 дня (95% ДИ 2,62–3,13) и 2,83 дня (95% ДИ 2,63–3,03), соответственно.

При лечении детей до года, больных ОКИ стафилококковой этиологии (ОКИСЭ), средняя длительность диареи при назначении антибактериальной терапии колебалась в пределах от 3,36–4,11 дня, а без назначения антибиотиков составила 4,29 дня (95% ДИ 3,53–5,06). Наименее часто отсутствие эффекта регистрировалось при назначении нифуроксазида, цефотаксима и ко-тримоксазола (9,09±9,09%, 11,63±4,95% и 11,76±8,05% случаев, соответственно). Существенные различия в длительности диареи были отмечены у больных, которым не требовалась смена антибактериальной терапии. В этой ситуации средняя длительность диареи была наименьшей при назначении азитромицина, ко-тримоксазола, и нифуроксазида (2,90 дня (95% ДИ 2,50–3,29), 2,75 дня (95% ДИ 1,95–3,54) и 2,70 дня (95% ДИ 2,11–3,28), соответственно).

Как показал анализ, наименьшая стоимость 1 дня антибактериальной терапии имела место при назначении ко-тримоксазола и налидиксовой кислоты. Наиболее затратным оказалось использование нифуроксазида и цефалоспоринов III поколения, стоимость 1 дня терапии при назначении которых превышала стоимость указанных выше препаратов в 7–36,6 раза.

Таким образом, с учетом чувствительности к антимикробным препаратам основных энтеробактеров, клинической и экономической эффективности в качестве стартовой антибактериальной терапии у госпитализированных детей раннего возраста с признаками инвазивной диареи, может быть рекомендована налидиксовая кислота в качестве альтернативного препарата — азитромицин, препаратами

резерва могут быть цефалоспорины III поколения или в случаях достаточного уровня чувствительности основных возбудителей ОКИ — ко-тримоксазол. У детей первого года жизни, больных ОКИСЭ, наиболее эффективными препаратами являются нифуроксазид и ко-тримоксазол.

#### Литература

1. Ciccarelli, S Management strategies in the treatment of neonatal and pediatric gastroenteritis / S. Ciccarelli, I. Stolfi, G. Caramia // *Infect Drug Resist.* — 2013. — №29. — P. 133–161.
2. Association Between Stool Enteropathogen Quantity and Disease in Tanzanian Children Using TaqMan Array Cards: A Nested Case-Control Study / J.A. Platts-Mills [at al.] // *Am J Trop Med Hyg.* — 2013. — № 4. — P.123–136.

### ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ЗА 2007–2013 ГОДА

Кубраков К.М., Семенов В.М., Зенькова С.К.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

Среди широкого спектра инфекционно-воспалительных процессов центральной нервной системы (ЦНС) особое значение имеют гнойно-воспалительные интракраниальные осложнения [2]. Внутрочерепные гнойные осложнения являются наиболее тяжелыми как при плановых, так и при экстренных нейрохирургических операциях [1]. Они протекают в виде инфицирования послеоперационной раны, менингита, менингоэнцефалита, вентрикулита, эпидурита. Наиболее тяжелым и частым из них является гнойный менингоэнцефалит (МЭ) [1, 3]. По данным ряда авторов основная этиологическая роль в возникновении МЭ в послеоперационном периоде принадлежала стафилококкам и грамотрицательными бактериями, в частности синегнойной палочке, что подтверждалось наблюдениями в различных стационарах. В последние годы произошли изменения в структуре возбудителей [3]. Отмечается стойкая тенденция к повышению частоты инфицирования грамотрицательной флорой и уменьшение грамположительной, повысился удельный вес *Gandida albicans* [1, 3].

Одна из главных задач микробиологического мониторинга в стационарах — выявление, установление широты распространения и биологических свойств ведущих возбудителей. Это в свою очередь дает возможность разрабатывать формуляр антибактериальных препаратов для стационаров и проводить рациональную антибактериальную терапию.

Цель работы. Установить этиологическую структуру основных возбудителей гнойных менингоэнцефалитов и провести анализ ее изменений за 2007–2013 года.

Материалы и методы исследования. За 2007–2013