РИСК РАЗВИТИЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ершова Ирина Борисовна, Рещиков Виталий Анатольевич, Чернова Елена Владиленовна, Гаврыш Людмила Ивановна

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, ГУ"Луганская городская многопрофильная больница №3", 91045, г. Луганск, 50 лет Обороны Луганска, 1 г

E-mail:kanclgmu@mail.ru

Ключевые слова: дети, антибиотикотерапия, диарея

Введение. Антибиотики (АБ) все более широкое применение находят в практике врача-педиатра, зачастую не имея на то основания. Так, АБ при неосложненных формах ОРВИ у детей до 2-х летнего возраста применяют во Франции в 24% случаев, США — в 25%, Канаде — в 38%, в Дании — у 60% детей, а в Китае — у 97% детей, обратившихся за медицинской помощью.

В результате необоснованного приема АБ участились случаи развития антибиотикоассоциированной диареи (ААД), как побочного эффекта их действия. На сегодня по данным разных авторов у 5–30% больных, получающих антибиотики, во время или после курса возникает диарея.

Антибиотики, попадая в организм ребенка, нарушают нормальный биоценоз кишечника и в него устремляются патогенные бактерии, которых всегда много в любой больнице.

Цель исследования. Изучение частоты регистрации и особенности проявления ААД в зависимости от применяемой группы антибактериальных препаратов.

Материалы и методы. В исследовании были включены 125 детей раннего возраста (от 1 мес. до 3-х лет) у которых развилась ААД, находившихся на лечении по поводу острого и обструктивного бронхитов, пневмонии и осложненных форм ОРВИ. Всем детям проводилось микробиологическое исследование кала при госпитализации до начала антибактериальной терапии и повторно при появлении диареи. Иммуноферментный анализ применялся для выявления антител к ротавирусу, аденовирусу и энтеровирусу.

Результаты. Согласно общепринятому определению ААД клинически характеризовалась тремя и более эпизодами неоформленного стула более 2 дней подряд, развившихся на фоне применения антибактериальных препаратов вплоть до 4–8 недель после их отмены, если не выявлена другая причина.

Симптомы ААД у 115 детей (92,0%) пациентов возникли во время лечения антибиотиками, а у 10 (8,0%) больных через 1–5 дней после его прекращения.

В большинстве случаев (90,4%) диарея на фоне антибактериальной терапии имела неинфекционную природу, что подтверждено лабораторно. В ее основе лежали в основном метаболические нарушения. Только у 12 детей (9,6%) этиологическим факторами являлись патогенные штаммы Clostridium difficili, метициллинрезистентные штаммы Staphylococcus aureus, способные продуцировать энтеротоксин, Klebsiella oxytoca и Candida spp.

У 113 (90,4%) детей ААД протекала без повышения температуры, воспалительных изменений слизистой оболочки кишечника и отсутствия в кале патологических примесей. Диарея носила водянистый характер с частотой до 5–7 раз в сутки. У 72 детей (57,6%) нарушение стула сопровождалось болевым абдоминальным синдромом, который возникал перед актом дефекации и был связан с усилением двигательной активности кишечника. У 85 детей (68,0%) отмечалось вздутие живота, повышенное газообразование. Крайне редко (3 ребенка — 2,4%) беспокоили такие симптомы как тошнота и рвота. При отмене антибиотика диспепсические симптомы исчезли у 35 (28,0%) детей через один день, у 42 (33,6%)детей — через два дня и у 38 (30,4%)детей — через 3 дня. У 10 (8,0%) больных диарея и боли в животе по типу кишечной колики сохранялась более 5 дней после отмены АБ.

Частота появления ААД зависела от вида назначаемого антибиотика. Чаще всего (42 ребенка — 33,6%) развитие диареи вызывал прием амоксициллина/клавуланата (Аугментин, Амоксиклав). Макролиды, раздражая мотилиновые рецепторы толстой кишки, способствовали усилению перистальтики и учащению стула у 21,6% больных.

В 30,4% случаях (38 детей) развитие диареи провоцировали цефалоспорины, путем неполного всасывания препарата и негативного их воздействия на микрофлору желудочно-кишечного тракта (снижение колонизационной резистентности, внедрение патогенных микроорганизмов или избыточный рост условно-патогенной флоры).

Способ введения антибактериальных препаратов в развитии ААД особой роли не играл. Это объясняется тем, что при пероральном приеме антибиотиков, помимо влияния на кишечную микрофлору, происходит местное воздействие их непосредственно на слизистую оболочку тонкой кишки, а при парентеральном вве-

дении они воздействуют на микробиоценоз кишечника, выделяясь со слюной, желчью, секретами тонкой и толстой кишки.

Существенно повышался риск развития ААД при проведении повторных курсов антибиотикотерапии или комбинации нескольких ее препаратов.

Заключение. Наиболее часто нами зафиксировано развитие ААД после приема амоксициллинов (33,6%); на втором месте регистрировались цефалоспорины (30,4%); третье ранговое место по способности вызывать ААД заняла группа макролидов (21,6%). Антибиотикотерапия должна назначаться индивидуально и строго по показаниям в связи с большой вероятностью развития ААД