

ISSN 0368-4814

КАЗАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

ТОМ
LXXXVII

ПРИЛОЖЕНИЕ

2006

Казанский мед. ж., 2006, 87, приложение

Available on the WEB
<http://www.e-library.ru>
http://www.kcn.ru/tat_en/science/kazmed
<http://www.KGMU.kcn.ru>

При изучении кадровых ресурсов выявлен дефицит младшего медперсонала и возможность возникновения недостатка среднего медицинского персонала в связи с низкой заработной платой и предпенсионным и пенсионным возрастом последних. Эти факты обуславливают увеличение нагрузки на сестринский персонал и могут снизить качество ухода за детьми.

По результатам исследования были определены приоритетные направления сестринской деятельности, внесены предложения по рациональному использованию кадровых ресурсов с учетом специфики постов отделения. Разработан проект предварительного стандарта, состоящий из трех ступеней ухода – базисной, специфической и индивидуализированной. Стандарт представляет собой последовательную логическую линию ведения больно-

го медсестрой при основных синдромах, возникающих при кишечных инфекциях. Этот проект МЭС позволил медицинской сестре самостоятельно оказывать помощь ребенку (поступившему в стационар как с кишечными инфекциями, так и с подозрением на них), контролировать динамику его состояния, решить предъявляемую пациентами проблему недостаточного ухода. Стандарт получил положительные отзывы от родителей, персонала и был принят к использованию на практических занятиях при изучении курса инфекционных болезней студентами медицинского училища. По результатам работы руководством инфекционной больницы г. Бугульмы было проведено перепрофилирование боксов, способствовавшее более рациональной организации сестринской помощи и равномерной нагрузке на персонал.

УДК 616.61-002.3-053.2-07-085.281

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, А ТАКЖЕ ТАКТИКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ Г. КАЗАНИ

Е.В. Юдина, А.И. Сафина, Л.Е. Зиганшина, К.З. Закиров

Казанская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница № 1, г. Казань

Нами изучена динамика структуры и резистентности возбудителей пиелонефрита у детей г. Казани и проведен сравнительный анализ тактики антибактериальной терапии пиелонефрита в условиях стационара за периоды с 2001–2003 гг. и 2005–2006 гг. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни и результатов бактериологического исследования мочи у детей с острым (ОП) и хроническим (ХП) пиелонефритом. За 2005–2006 гг. было проанализировано 188 историй болезни и 133 результата бактериологического исследования мочи с определением чувствительности к антибиотикам у детей с острым и хроническим пиелонефритом. Полученные результаты сравнили с результатами исследования в 2001–2003 гг. (Сафина А.И.).

По данным бактериологического исследования мочи за 2005–2006 гг. по сравнению с 2000–2001 гг. лидирующим возбудителем

пиелонефрита является кишечная палочка – 50,5% (54,7% – ОП, 46,3% – ХП). Вторую позицию занимают грамположительные кокки (*E. faecalis*, *S. agalactiae*, *S. aureus*, *S. saprophyticus*, *S. epidermidis*): 20,8% при ОП и 35,1% при ХП. *S. agalactiae* высевался только при ОП (9,4%). Другие грамотрицательные бактерии (*P. mirabilis*, *P. vulgaris*, *K. pneumoniae*, *Enterobater spp.*, *Citrobacter spp.*) встречались в 7,6% случаев ОП и в 10,2% случаев ХП. Следует отметить высокий процент микробных ассоциаций среди спектра высеваемых уропатогенов – 15% при ОП, 7,5% – при ХП. Соотношение грамотрицательных возбудителей к грамположительным при ОП составило 3:1, при ХП – 1,6:1. Сравнение спектра возбудителей пиелонефрита у детей за периоды 2001–2003 гг. и 2005–2006 гг. показало увеличение в 1,5 раза ($p < 0,05$) этиологической роли грамположительных возбу-

ах, воз-
ст. Этот
ребенку
щечны-
на них).
ния, ре-
облему
чил по-
ерсона-
практи-
инфек-
нского
уковод-
гульмы
боксов.
ой орга-
мерной

**ТИ
ИЙ**

палочка —
торую по-
ые кокки
S. sapro-
ри ОП и
ся только
ательные
K. pneu-
ster spp.)
10,2% слу-
й процент
стра высе-
П, 7,5% —
ательных
м при ОП
равнение
та у детей
006 гг. по-
15) этиоло-
х возбу-
ди-

телей (в частности *E. faecalis*) и микробных ассоциаций как при ОП, так и при ХП.

Сравнительный анализ чувствительности кишечной палочки к антибактериальным средствам выявил, что в 2005–2006 гг. по сравнению с 2001–2003 гг. снизилась чувствительность *E. coli* к амоксициллину (с 50 до 33%) и уросептикам (нитрофурантоину, нитроксолину, налидиксовой кислоте) — на 20–35%. Резистентность же *E. coli* к "защищенным" пенициллинам не претерпела существенных изменений, сохраняясь на стабильно высоком уровне (30–50%). Значительно выросла доля штаммов *E. coli*, устойчивых к цефалоспорином III (с 6–9% до 28–43%; $p < 0,05$) и IV (с 3 до 29%; $p < 0,05$) поколений. Появились штаммы *E. coli*, устойчивые к фторхинолонам (3–6%), несмотря на снижение использования этой группы антибактериальных средств в структуре назначений при ОП и ХП. Повышение чувствительности *E. coli* к аминогликозидам в 2005–2006 гг. не было статистически значимым. Все штаммы грамположительных микроорганизмов сохраняли природную чувствительность к антибиотикам. Штаммы *K. pneumoniae* были чувствительны только к аминогликозидам и карбапенемам.

Сравнительный анализ тактики антибактериальной терапии пиелонефрита у детей в условиях стационара за периоды 2001–2003 гг. и 2005–2006 гг. выявил двукратное снижение использования аминопеницилинов (с 12 до 6%; $p < 0,05$), "защищенных" пенициллинов, ами-

ногликозидов и макролидов ($p < 0,05$). В 10–12 раз снизилось использование цефалоспоринов I–II поколения, налидиксовой кислоты ($p < 0,05$). В 2 раза чаще стали назначать цефалоспорины III поколения, нитроксолин и нитрофурантоин ($p < 0,05$). В 2005 г. в качестве противорецидивной терапии стали использовать фосфомицин (1,6%), а в 2006 г. уже появились штаммы *E. coli*, устойчивые к последнему.

Таким образом, сравнительный анализ спектра возбудителей пиелонефрита у детей, динамики антибиотикочувствительности и антибактериальной терапии пиелонефрита в условиях стационара показал, что одновременно с повышением использования цефалоспоринов III поколения значительно выросла устойчивость *E. coli* к цефалоспорином III–IV поколений и увеличилась доля грамположительных возбудителей среди спектра высеваемых уропатогенов. Можно предположить, что в ответ на увеличение использования цефалоспоринов III поколения появились штаммы *E. coli* и *K. pneumoniae*, вырабатывающие бета-лактамазы расширенного спектра (разрушающие цефалоспорины II–IV поколений). Полученные результаты показывают необходимость углубленного анализа причин высокого роста антибиотикорезистентности кишечной палочки как основного возбудителя инфекций мочевой системы, а также разработки дифференцированных подходов к назначению антибактериальной терапии.