УДК 616.34-008.314.4+632.95.026.1+579.61+577.182

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ ПРИ ПЕРВОМ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ АМБУЛАТОРНЫМ ПАЦИЕНТАМ

Исаков Владимир Анатольевич[1], Маслов Сергей Вячеславович[2], Кадацкая Дарья Николаевна[1], Феопентова Вероника Сергеевна[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

[2] Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр «Двадцать первый век». 192289, Санкт-Петербург, пер. Моравский, д. 3. корп. 2. лит. А. пом. 2Н

Контактная информация: E-mail: vlisak@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: антибиотик-ассоциированная диарея; профилактика; пробиотики; антибиотики.

Введение. Необходимость профилактики антибиотик-ассоциированной диареи (ААД) у больных с различной нозологией до настоящего времени окончательно не решен. С одной стороны, по литературным данным профилактическое назначение пробиотиков одновременно с антибиотиками снижает относительный риск ААД более, чем на 50 %. С другой стороны, применение пробиотиков увеличивает кратность и длительность приема препаратов и существенно влияет на общую стоимость лечения.

Цель исследования: оценить встречаемость ААД и целесообразность ее профилактики при первичном назначении антибактериальных средств.

Материалы и методы. По медицинским картам проанализирован 181 случай проведения полного курса антибактериальной терапии амбулаторным пациентам по поводу острого бронхита. 73 пациентам (40,3 %) перорально были назначены макролиды, 62 (34,2 %) — защищенные или незащищенные пенициллины, 24 (13,3 %) — фторхинолоны 1–3 поколения, 9 (5 %) ингалляторно тиамфеникол. Прочие антибактериальные препараты: цефалоспорины, сульфаниламиды, нитрофураны и др. назначались в единичных случаях. Каждый из пациентов ко времени повторного визита к врачу закончил прием антибиотиков и имел отчетливую положительную динамику со стороны респираторных симптомов. Однако 20 человек предъявляли жалобы на разжижение и учащение стула, вздутие живота, иногда сопровождающееся резями. Им выполнялась копрограмма.

Результаты. Риск развития ААД составил 11 % (95 % ДИ 6–16 %) и не зависел от группы применяемых антибактериальных средств, но ААД никогда не развивалась при ингаляциях антибиотика. В большинстве случаев (12 из 20) клинически и по данным исследования кала выявлена легкая форма ААД 1-й степени, в 7 случаях — умеренная ААД 2-й степени, и только в одном случае симптоматика соответствовала тяжелой ААД 3-й степени.

У 9 пациентов регресс симптоматики ААД произошел после назначения пробиотиков (бифиформ, линекс) и других препаратов (метеоспазмил, смекта). У остальных 11 симптомы прошли самостоятельно.

Выводы. У амбулаторных пациентов после первого назначения антибиотиков риск развития ААД не велик, и ее профилактика не может представляться целесообразной. В реальности пробиотики потребовались только каждому 20-му пациенту, то есть их профилактическое назначение было бы оправдано лишь в 5 % случаев. Однако врач должен внимательно следить за возможным развитием симптоматики со стороны желудочно-кишечного тракта, своевременно назначать бактериологическое исследование кала, чтобы не пропустить развитие тяжелых форм ААД, и исключить другие заболевания, в частности, псевдомембранозный колит или обострение синдрома раздраженной кишки.