

3. Микробиологические методы исследования биологического материала : инструкция по применению № 075-0210 : утв. Заместителем Министра здравоохранения Республики Беларусь – Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 19.03.2010 г. – Минск, 2010. – 123 с.

4. Jones, R.N. Update on antimicrobial susceptibility trends among Streptococcus pneumoniae in the United States: report of ceftaroline activity from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program (1998-2011) / R.N.Jones, H.S.Sader, R.E.Mendes [et al.] // Diagn. Microbiol. Infect. Dis. – 2013. – Vol.75, № 1. – P.107–109.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВЕДУЩИХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА В 2018 ГОДУ

Волосач О.С.¹, Петрова С.Е.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»²*

Актуальность. Среди острых кишечных инфекций бактериальной этиологии значительная роль принадлежит сальмонеллезу [2]. Ведущая роль в этиологии сальмонеллеза принадлежит *S. enteritidis*, однако в последнее время отмечается возрастание этиологической роли *S. typhimurium* [3]. Невзирая на все более совершенные методы эпидемиологического надзора за данной инфекцией, заболеваемость населения сальмонеллезом остается на высоком уровне, причем наряду с локализованными формами заболевания, могут возникать тяжелые генерализованные формы, которые нередко приводят к смерти пациента [1]. Поэтому изучение различных аспектов сальмонеллеза и микробиологический мониторинг за антибиотикорезистентностью ведущих возбудителей данной инфекции является актуальной задачей.

Цель. Проведение анализа антибиотикорезистентности ведущих возбудителей сальмонеллеза – *S. enteritidis* и *S. typhimurium* Гродненского региона в 2018 году.

Методы исследования. Объектом исследования явились пациенты, проходившие стационарное лечение с диагнозом «сальмонеллез» в учреждении здравоохранения «Гродненская областная инфекционная больница» (УЗ «ГОИКБ») в 2017 году. Материалом для микробиологического исследования явились ректальный мазок и кал. Забор биологического материала и идентификация выделенных возбудителей проводились по микробиологическим методикам в соответствии с инструкцией по применению МЗ РБ «Микробиологические методы исследования биологического материала» [4]. Чувствительность к антибиотикам исследуемых культур проводили диско-диффузионным методом с использованием дисков фирмы «HiMedia» (Индия). Для

интерпретации полученных результатов использовали таблицы путем сопоставления диаметра зон задержки роста исследуемой культуры с пограничными значениями диаметра зоны в таблице. Оценка данных антибиотикограмм выделенных культур проводилась с помощью аналитической компьютерной программы WHONET (США).

Результаты и их обсуждение. За текущий период 2018 года из биологического материала пациентов УЗ «ГОИКБ», находившихся на стационарном лечении с диагнозом «сальмонеллез», были выделены 169 культур сальмонелл: 158 *S. enteritidis* и 11 *S. typhimurium*. Был проведен анализ антибиотикорезистентности клинических изолятов сальмонелл, выделенных из биологического материала пациентов. Антибиотикорезистентность клинических изолятов сальмонелл определялась к следующим антимикробным препаратам: цефоперазон/сульбактам, ампициллин/сульбактам, цефоперазон, цефотаксим, дорипенем, меропенем, амикацин, гентамицин, цiproфлоксацин, моксифлоксацин, колистин, фуразолидон, тигециклин. Результаты определения антибиотикорезистентности ведущих возбудителей сальмонеллеза представлены в таблице.

Таблица – Антибиотикорезистентность ведущих возбудителей сальмонеллеза (n=169)

Антибиотик	S.enteritidis (n=158)			S.typhimurium (n=11)		
	R %	I %	S %	R %	I %	S %
Cefoperazone/Sulbactam	19	9,5	71,4	25	25	50
Ampicillin/Sulbactam	9,3	12,7	78	27,3	9,1	63,6
Cefoperazone	8,2	25,4	66,4	8,9	25	66,1
Cefotaxime	5,8	7,7	86,5	7,2	9,1	83,7
Doripenem	9,4	12,5	78,1	12,7	0	87,3
Meropenem	2,6	9,6	87,8	0	8,8	91,2
Amikacin	5,8	5,1	89,1	18,2	9,1	72,7
Gentamicin	3,4	1,3	95,3	10	0	90
Ciprofloxacin	9,2	19,2	71,5	9,2	10,8	80
Moxifloxacin	12	4	84	8,3	5,1	86,6
Colistin	10,9	0	89,1	11	0	89
Furazolidone	63	9,2	27,8	57,1	28,6	14,3
Tigecycline	0	0	100	0	0	100

Примечания – R – резистентность/устойчивость (Resistant).

I – умеренная чувствительность/резистентность (Intermediate).

S – чувствительность (Susceptible).

Как следует из представленной таблицы, оба возбудителя демонстрировали абсолютную чувствительность к тигециклину. Из группы β -лактамов

антибиотиков наибольшая активность в отношении исследуемых возбудителей отмечена у карбапенемов, так к меропенему оказались чувствительными 87,8% штаммов *S. enteritidis* и 91,2% штаммов *S. typhimurium*, к дорипенему – 78,1% и 87,3% соответственно. К цефалоспорином III поколения чувствительными были от 66,4% до 86,5% выделенных штаммов *S. enteritidis* и от 50% до 83,7% штаммов *S. typhimurium*, устойчивыми оказались от 5,8% до 19% и от 9,1% до 25% штаммов соответственно. Ампициллин/сульбактам продемонстрировал несколько большую активность в отношении *S. enteritidis* (78% чувствительных штаммов), чем в отношении *S. typhimurium* (63,6% чувствительных штаммов). Неплохая чувствительность возбудителей сальмонеллеза отмечена к антибиотикам группы аминогликозидов, причем удельный вес штаммов, чувствительных к гентамицину (95,3% *S. enteritidis* и 90% *S. typhimurium*), незначительно превышал количество штаммов, чувствительных к амикацину (89,1% и 72,7% соответственно), что, возможно, связано с более широким использованием амикацина практическими врачами в последнее время. Вместе с тем, резистентными к амикацину были 5,8% культур *S. enteritidis* и 18,2% штаммов *S. typhimurium*, к гентамицину – 3,4% и 10% штаммов соответственно. Также активными в отношении возбудителей сальмонеллеза оказались фторхинолоны: чувствительных штаммов *S. enteritidis* оказалось от 74% до 81,5%, *S. typhimurium* – от 80 до 86,6%. Однако к ципрофлоксацину были резистентны по 9,2% клинических изолятов обоих возбудителей, к моксифлоксацину были резистентны 12% штаммов *S. enteritidis* и 8,3% штаммов *S. typhimurium*. К колистину были чувствительны 89% исследуемых штаммов возбудителей. Отмечена высокая резистентность возбудителей сальмонеллеза к производному нитрофуранов – фуразолидону, к которому чувствительность *in vitro* продемонстрировали лишь 27,8% клинических изолятов *S. enteritidis* и 14,3% штаммов *S. typhimurium*.

Выводы. В 2018 году ведущие возбудители сальмонеллеза Гродненского региона демонстрировали достаточно высокую чувствительность к большинству тестируемых антибиотиков. Вместе с тем, к широко используемым антибиотикам отмечен значительный процент резистентных штаммов *S. enteritidis* и *S. typhimurium*. Полученные данные локальной чувствительности сальмонелл на основании результатов регионального микробиологического мониторинга должны учитываться врачами в клинической практике с целью возможности использования разных классов антибиотиков при лечении сальмонеллеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бехтерева, М.К. Генерализованная сальмонеллезная инфекция у ребенка с первичным иммунодефицитом / М.К. Бехтерева, О.В. Тихомирова, О.В. Волохова [и др.] // РМЖ. – 2009. – № 15. – С. 982-984.
2. Дмитраченко, Т.И. Бактериальные кишечные инфекции в современных условиях / Т.И.Дмитраченко, Е. В.Крылова, Н.В.Ляховская, В.М.Семенов // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации : материалы 73-ой научной сессии ВГМУ, Витебск 29-30 января 2018 г. : в 2 ч., Ч. 1 /

Витебский государственный медицинский университет ; ред.: А.Т.Щастный. – Витебск, 2018. – С. 81-84.

3. Корбут, О.В. Особенности сальмонеллеза у детей на современном этапе / О.В. Корбут, Е.А. Дмитриева, Г.Г. Юхименко [и др.] // Актуальная инфектология. – 2016. – № 3. – С. 78-82.

4. Микробиологические методы исследования биологического материала : инструкция по применению № 075-0210 : утв. Заместителем Министра здравоохранения Республики Беларусь – Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 19.03.2010 г. – Минск, 2010. – 123 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКРИПТОВ КОММУНИКАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Воронко Е.В., Спасюк Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Качество и эффективность медицинской помощи обусловлена умениями врача общаться с пациентом. Предпосылками возникновения положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и пациентами являются опыт врача и его квалификация. Многие медицинские работники опираются при построении взаимоотношений с больными на свои способности, либо, наблюдая за действиями своих коллег, выстраивают такие взаимоотношения, которые, при определённых обстоятельствах, могут привести к деструктивному взаимодействию. Часто общение с пациентом полностью зависит от складывающейся ситуации: при ориентации пациента на взаимодействие – общение конструктивное, при нежелании пациента общаться – контакт неэффективен. Отсутствие доверительного контакта или формальные отношения врача и пациента приводят к неадекватным рекомендациям, трудностям с приверженностью терапии, ухудшению результативности лечения. Удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи и повышение доверия пациента к медицинским работникам, может способствовать приобретению знаний и практических навыков в области межличностной коммуникации между медицинским работником и пациентом.

Цель. Процесс коммуникации может быть понят как процесс обмена информацией. Однако такой подход нельзя рассматривать как методологически корректный, ибо в нем опускаются некоторые важнейшие характеристики именно человеческой коммуникации, которая не сводится только к процессу передачи информации [1]. Характеристики межличностной коммуникации.

1. Обмен информацией основывается на отношениях между активными