

### **Выводы**

1. Заболеваемость гриппом А (H1N1) в сезоне 2015–2016 гг. и гриппом А (H3N2) в сезоне 2016–2017 гг. в Смоленске и Смоленской области превысила показатели по России более чем на 90 %.

2. Среди госпитализированных детей с гриппом А (H1N1 и H3N2) преобладали дети в возрасте до 3-х лет (57 и 47 % соответственно).

3. По тяжести у детей преобладала среднетяжелая форма гриппа А.

4. При гриппе А (H1N1) достоверно чаще по сравнению с гриппом А (H3N2) регистрировались дополнительные синдромы (47 и 15 % соответственно).

5. Особенностью течения гриппа А (H1N1) явилось наличие у 18 % детей кишечного синдрома (по типу энтерита).

6. При гриппе А (H1N1) чаще отмечалось осложненное течение заболевания (22 %), в то время как при гриппе А (H3N2) осложненное течение наблюдалось только в 6 % случаев.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Грипп у детей в современных условиях: методические рекомендации для врачей всех специальностей / В. Н. Тимченко [и др.]. — СПб.: СпецЛит, 2017. — 54 с.

2. Таточенко, В. К. ОРВИ и грипп у детей. Основные трудности диагностики и возможности рациональной терапии / В. К. Таточенко // Лечащий врач. — 2015. — № 9.

3. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». — М., 2002.

4. Краснова, Е. И. Грипп у детей — причины возникновения, течение и возможности лечения / Е. И. Краснова, С. А. Лоскутова // Лечащий врач. — 2013. — № 8.

**УДК 579:616-036.882-08-082**

## **СРАВНЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА УЗКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО И МНОГОПРОФИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ**

*Симонович Г. М., Байко Н. Н.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. В. Лызикова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Рост антибиотикорезистентности госпитальных микроорганизмов является одной из актуальных и нерешенных проблем в настоящее время. Причина этого явления связана с нерациональной антибиотикотерапией (АБТ), с одной стороны, и различными механизмами преодоления чувствительности к антимикробным препаратам (АМП) у микроорганизмов [1]. Изучение профиля резистентности наиболее важных возбудителей госпитальной инфекции в стационаре необходимо при выборе схемы АБТ для конкретного больного, а также при разработке программ антибактериальной терапии в стационаре.

У пациентов ОРИТ опасность появления и распространения штаммов с множественной лекарственной устойчивостью особенно велика. В этой ситуации необходимо постоянно учитывать данные локального микробиологического мониторинга, антибиотикорезистентность проблемных патогенов, а также фармакокинетические и фармакодинамические характеристики используемых препаратов.

### **Цель**

Изучение и сравнение микробного пейзажа многопрофильного и специализированного отделений реанимации.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось ретроспективно путем анализа результатов посевов, взятых в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и в отделении реанимации и интенсивной терапии акушерства и неонатологии (ОРИТ АН) в ГОКБ за 1 квартал 2017 г. При этом определя-

лась и сравнивалась чувствительность к следующим антибиотикам: ампицилин-сульбактаму, пеницилину, ципрофлоксацину, нитрофурантоину, линезолиду, ванкомицину, доксициклину, оксацилину, цефазолину, амикацину, клиндамицину, кларитромицину.

### Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования в ОРИТ выделен более широкий спектр микроорганизмов, среди которых преобладает Гр– микрофлора, *Acinetobacter spp.*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.* А в ОРИТ АН выявлен менее широкий спектр с преобладанием Гр+ флоры. И также высеяна Гр– *Escherichia coli*, которая не выявлена в ОРИТ. Одинаковыми в этих отделениях являются *Staphylococcus aureus* и *Enterococcus faecalis*.

При анализе антибиотикорезистентности *Enterococcus faecalis* в ОРИТ АН выявлено, что резистентность отсутствует к ципрофлоксацину, нитрофурантоину, линезолиду, ванкомицину и доксициклину. Ампицилин-сульбактам и пенициллин демонстрируют худшие результаты — 33 и 50 % соответственно.

В ОРИТ *Enterococcus faecalis* наиболее чувствителен к линезолиду, нитрофурантоину и ванкомицину, а к пенициллину и ципрофлоксацину чувствительность практически отсутствует. Таким образом, штамм *Enterococcus faecalis*, высеваемый в ОРИТ АН, обладает чувствительностью к большему спектру антибиотиков, чем в многопрофильном отделении реанимации (рисунок 1).

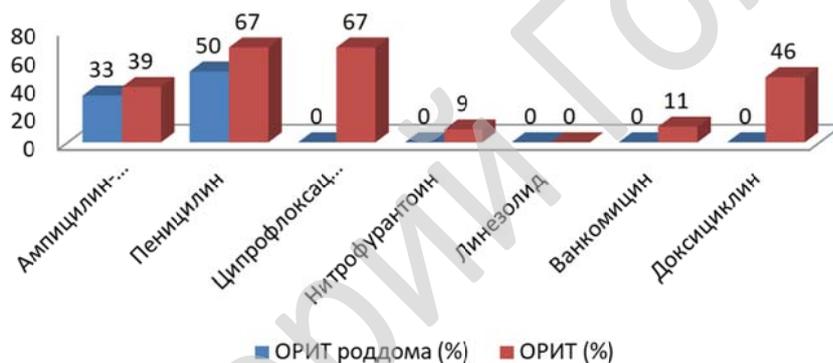


Рисунок 1 — Резистентность *Enterococcus faecalis* к антибиотикам в ОРИТ

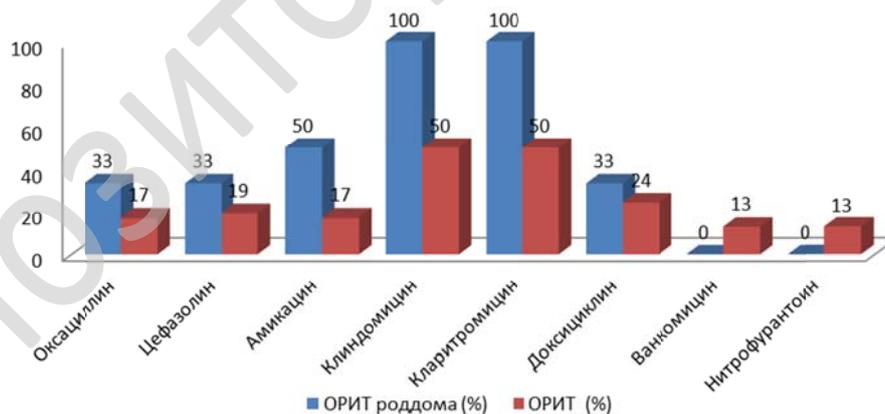


Рисунок 2 — Резистентность *Staphylococcus aureus* к антибиотикам в ОРИТ и ОРИТ роддома

По результатам посевов *Staphylococcus aureus* в ОРИТ выявлена наименьшая резистентность к оксацилину, цефазолину, амикацину, ванкомицину, нитрофурантоину, доксициклину. В ОРИТ АН *Staphylococcus aureus* резистентен к клиндамицину и кларитромицину на 100 %, а к нитрофурантоину и ванкомицину резистентность равна 0 %. (рисунок 2). В целом, *Staphylococcus aureus*, высеваемый в ОРИТ АН, демонстрирует большую резистентность к антимикробным препаратам, но в любом случае, при высевании данного микроба наиболее эффективными препаратами являются нитрофурантоин и ванкомицин.

В многопрофильной ОРИТ спектр Гр– микроорганизмов шире и они обладают большей резистентностью к АМП, чем Гр– *Escherichia coli* в ОРИТ АН.

Гр– микрофлора в многопрофильном ОРИТ к АМП имеет различную резистентность, но более агрессивна, чем Гр+ флора. Наибольшую эффективность в отношении Гр– микрофлоры демонстрируют амикацин и цефоперазон-сульбактам, а наименьшую — цефтазидим, левофлоксацин и цефтриаксон. При посеве Гр– микрофлоры в ОРИТ АН выявлено, что резистентность к испытуемым антибиотикам практически отсутствует.

#### **Выводы**

1. Результаты посевов демонстрируют количественно более разнообразный спектр микроорганизмов в многопрофильном реанимационном отделении в сравнении с узкопрофильным. Качественный состав также отличается — в первом случае — это Грамм-отрицательная флора, во втором — Грамм-положительная.

2. Анализ флоры показал, что общими микроорганизмами обоих отделений являются *Staphylococcus aureus* и *Enterococcus faecalis*. Микроорганизмы принципиально отличаются по чувствительности к антимикробным препаратам.

3. *Enterococcus faecalis* ОРИТ АН демонстрирует резистентность только к ампициллину — сульбактаму и пенициллину в 30 и 50 % соответственно, все остальные тестируемые антибиотики эффективны в 100 % случаев, со штаммом ОРИТ ситуация хуже — эффективными препаратами будут нитрофурантоин, ванкомицин, линезолид, остальные тестируемые препараты значительно менее эффективны. Следовательно, наиболее эффективными препаратами для эмпирической АБТ в обоих случаях будут нитрофурантоин, ванкомицин и линезолид.

4. *Staphylococcus aureus* ОРИТ АН, напротив, демонстрирует более высокую резистентность к тестируемым АБП. Как и в случае с *Enterococcus faecalis*, препаратами первой линии являются нитрофурантоин и ванкомицин, также эффективны оксациллин, цефазолин, амикацин, доксициклин — особенно в случае штамма, высеваемого ОРИТ.

5. Гр– микрофлора более широко представлена в многопрофильной реанимации и обладает более высокой резистентностью к АМП, чем в ОРИТ АН. Гр– микроорганизмы в многопрофильной ОРИТ имеют большую резистентность к исследуемым АМП, чем Гр+ микроорганизмы, а в ОРИТ АН подобной разницы не наблюдается.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Сидоренко, С. В. Происхождение, эволюция и клиническое значение антибиотикорезистентности / С. В. Сидоренко // Антибиотики и химиотерапия. — 1999. — Т. 44, № 12. — С. 19–22.
2. Козлов, Р. С. Нозокомиальные инфекции: эпидемиология, патогенез, профилактика, контроль / Р. С. Козлов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2000. — № 2. — С. 288–293.
3. Мацеев, Т. Индивидуализация применения антибиотиков отделения реанимации и интенсивной терапии / Т. Мацеев // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2002. — Т. 4, № 3. — С. 288–293.

**УДК 159.942:347.787(476.2)**

### **ВЛИЯНИЕ АРХИТЕКТУРНОЙ СРЕДЫ Г. ГОМЕЛЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА**

***Синицкая Е. С., Капляк А. И., Грахольская М. А.***

**Научный руководитель: старший преподаватель М. А. Чайковская**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Архитектурная среда возникла и развивалась как ответ на определенные потребности человека и человеческого сообщества, и по сей день является средством их удовлетворения. Сегодня в быстро изменяющемся городе люди ведут активную жизнь, часто перемещаются в различные части района и города, нередко испытывают психологические пере-