

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ДАЙДЖЕСТ

Супрессивная терапия HSV-2-инфекции не устраняет вирусывыделения

Вирус простого герпеса (HSV) передается при контакте с инфицированным участком кожи или слизистой оболочки. После заражения вирус остается в организме человека пожизненно.

Риск трансмиссии инфекции наиболее высок во время симптомной реактивации вируса, при которой образуются типичные высыпания, однако передача вируса возможна и в отсутствие симптомов. HSV-положительные пациенты могут передавать вирус даже на фоне супрессивной противовирусной терапии.

Американские ученые проанализировали результаты трех перекрестных исследований, в которых оценивали влияние стандартных и высоких доз супрессивной терапии ацикловиром и валацикловиром на частоту коротких субклинических периодов реактивации HSV-2, вызывающего генитальный герпес.

В первом исследовании отсутствие лечения сравнивали с терапией ацикловиром 400 мг 2 р/сут (стандартная доза ацикловира), во втором – прием валацикловира 500 мг/сут (стандартная доза валацикловира) с применением ацикловира 800 мг 3 р/сут (высокая доза ацикловира), в третьем – использование стандартной дозы валацикловира с таковой высокой дозы указанного препарата (1 г 3 р/сут).

Все периоды лечения продолжались от 4 до 7 нед и разделялись между собой 7-дневным периодом «вымывания». Мазки из гениталий получали 4 раза в день для количественного определения вирусной ДНК с помощью полимеразной цепной реакции.

В статистический анализ включили 90 пациентов. Всего было получено 23 605 мазков, из которых 1272 (5,4%) были HSV-положительными.

Частота вирусывыделения (первичная конечная точка) была значительно выше в группе отсутствия терапии (18,1% мазков) по сравнению с таковой в группе стандартной дозы ацикловира (1,2%). Высокая доза ацикловира ассоциировалась с более низкой частотой вирусывыделения, чем стандартная доза валацикловира (4,2 vs 4,5%). Кроме того, в группе высокой дозы валацикловира вирусывыделение регистрировалось реже по сравнению с таковым в группе стандартной дозы этого препарата (3,3 vs 5,8%).

Количество эпизодов вирусывыделения на 1 пациента в год между группами стандартной и высокой дозы валацикловира не отличалось (14,9 vs 16,5; $p=0,34$), как и между группами стандартной дозы валацикловира и высокой – ацикловира (22,6 vs 20,2; $p=0,54$), однако этот показатель был ниже у пациентов, получавших стандартную дозу ацикловира, по сравнению с таковым у больных на фоне отсутствия лечения (10 vs 28,7; $p=0,001$). Средняя длительность эпизода вирусывыделения была больше при отсутствии терапии (13 ч) по сравнению с таковой при использовании стандартной дозы ацикловира (7 ч; $p=0,01$), а также при лечении стандартной дозой валацикловира (10 ч) по сравнению с таковой на фоне приема высокой дозы этого препарата (7 ч; $p=0,03$), но не отличалась между группами стандартной дозы валацикловира и высокой – ацикловира (8 ч в обеих группах). Аналогичные результаты были получены для показателя «максимальный десятичный логарифм копий HSV в 1 мл», который был выше при отсутствии лечения по сравнению с приемом стандартной дозы ацикловира (3,3 vs 2,9; $p=0,02$) и при лечении стандартной дозой валацикловира по сравнению с высокой дозой этого препарата (2,5 vs 3,0), но не отличался между группами стандартной дозы валацикловира и высокой – ацикловира (2,7 vs 2,8; $p=0,66$).

Около 80% эпизодов вирусывыделения во всех группах были субклиническими. Примерно 30% больных, получавших валацикловир в высокой дозе, предъявляли жалобы на головную боль; в остальном лечение переносилось хорошо.

Авторы пришли к выводу, что на фоне противовирусной терапии короткие эпизоды вирусывыделения генитального HSV происходят часто даже при лечении высокими дозами препаратов. Таким образом, необходим дальнейший поиск схем супрессивной терапии, включающей противовирусные средства или иммунотерапию в виде вакцины, которые бы позволили эффективно предотвращать передачу HSV-2.

Johnston C. et al. *Lancet*. Published online January 5, 2012

Helicobacter pylori может защищать от диареи

Считается, что хроническая инфекция *H. pylori* может повышать риск развития пептической язвы, рака желудка и железодефицита. В то же время появляются новые данные о том, что персистенция этого микроорганизма в желудке защищает человека от других заболеваний, в частности рака пищевода и бронхиальной астмы. Относительно связи между инфекцией *H. pylori* и частотой развития диареи результаты предыдущих исследований были неоднозначными.

Ученые из Университета г. Тель-Авива наблюдали 595 израильских солдат мужского пола. Примерно треть из них в период полевых учений обращались в госпиталь с жалобами на диарею.

У всех военнослужащих до начала учений получали образцы крови. Исходная распространенность инфекции *H. pylori* составила 32-36% у участников с диареей, вызванной различными бактериями, а также неустановленной этиологии по сравнению с 56% у солдат, у которых диарея ни разу не регистрировалась.

Статистический анализ показал, что присутствие *H. pylori* в желудке ассоциировалось со снижением риска развития диареи, обусловленной бактериями рода *Shigella* и другими микроорганизмами, на 60%. Носительство *H. pylori* также защищало от развития диареи, вызванной *Escherichia coli*, однако эта связь не была статистически значимой.

По мнению авторов, инфекция *H. pylori* повышает кислотность желудочного содержимого, что, в свою очередь, предотвращает колонизацию кишечника патогенными бактериями. Кроме того, *H. pylori* стимулирует кишечную иммунную систему, что также помогает контролировать рост микроорганизмов в пищеварительной системе.

Cohen D. et al. *Clin Infect Dis* 2011. <http://bit.ly/sE7yOQ>

При плановом кесаревом сечении профилактическое назначение антибиотиков снижает риск развития инфекции

Исследователи из Венского медицинского университета (Австрия) наблюдали 1112 женщин, которым было проведено плановое кесарево сечение на сроке 38-40 нед

беременности. Участниц рандомизировали на три группы: 370 женщин получили 2 г цефазолина внутривенно за 30 мин до разреза кожи, 371 – ту же терапию, но после пережатия пуповины; остальным пациенткам ($n=371$) ввели физиологический раствор за 30 мин до разреза кожи.

Первичной конечной точкой были случаи инфекции раны, мочевых путей и эндометрита.

Период наблюдения после родоразрешения, длительность которого составила 30 дней, успешно завершили 97% женщин. За это время послеоперационные инфекции развились у 71 пациентки и включали 43 случая локальной инфекции раны (3,9%), 9 случаев эндометрита (0,8%) и 25 случаев инфекции мочевых путей (2,2%). Инфекции развились у 18 женщин (4,9%), получавших цефазолин перед операцией, у 14 пациенток (3,8%), которым препарат ввели во время вмешательства, и у 45 участниц, рандомизированных на прием плацебо (12,1%).

Сравнение двух групп антибиотикотерапии с группой плацебо показало статистически значимое различие по первичной конечной точке ($p<0,001$).

Показатель NTT (в данном исследовании – количество пациенток, которым необходимо назначить антибиотик, для предотвращения одного случая достижения первичной конечной точки) равнялся 13.

Обе схемы назначения антибиотика (до разреза кожи и после пережатия пуповины) характеризовались одинаковой эффективностью.

На основании полученных данных авторы рекомендуют рутинное назначение цефазолина при плановом кесаревом сечении.

Witt A. et al. *Arch Surg*. 2011; 146: 1404-1409 <http://bit.ly/sIV4g2>

Инфекция Clostridium difficile широко распространена не только в нозокомиальных, но и во внебольничных условиях

Американские исследователи проанализировали эпидемиологические данные одного из округов штата Миннесота за период с 1991 по 2005 год.

Из 385 верифицированных случаев инфекции *C. difficile* 157 (41%) были внебольничного происхождения. По сравнению с больными с нозокомиальной инфекцией пациенты, инфицированные во внебольничных условиях, были моложе (средний возраст – 50 vs 72 года), имели более низкий риск тяжелой инфекции (20 vs 31%), реже подвергались антибиотикотерапии (78 vs 94%); при этом среди них было больше женщин (76 vs 60%).

На протяжении периода исследования заболеваемость нозокомиальной инфекцией *C. difficile* резко возросла – с 2 до 40 случаев на 100 тыс. пациентов в год. Такая же тенденция имела место и в отношении заболеваемости внебольничной инфекцией *C. difficile* – с 3 до 15 случаев на 100 тыс. пациентов в год. Основываясь на полученных результатах, авторы считают, что возможность инфекции *C. difficile* следует учитывать у всех пациентов с острой диареей.

Pardi D.S. et al. *Am J Gastroenterol* 2011. <http://bit.ly/s5R8WK>

Унитазы без крышки способствуют распространению Clostridium difficile

Несмотря на следование стандартным протоколам дезинфекции, частота регистрации вспышек нозокомиальных инфекций *C. difficile* не уменьшается, что обуславливает необходимость поиска неохваченных дезинфекцией источников заражения.

Британские ученые провели первое в своем роде исследование, целью которого было изучить влияние положения крышки унитаза при смывании на аэрозользацию и осаждение *C. difficile*.

Для получения образцов воздуха авторы зафиксировали заборные трубки на 3 различных уровнях выше унитаза после его тщательной дезинфекции внутри и снаружи. Трубки для забора воздуха размещали на высоте сидения унитаза, на 10 см выше сидения и на высоте рукоятки для смывания (на 25 см выше закрытого и открытого стульчака). Помимо этого, на смывном баке, слева и справа от сидения и на полу вокруг унитаза помещали чашки Петри с питательным агаром.

В ходе отдельного эксперимента, проведенного с целью определения количества капель, создаваемых при смывании, исследователи внесли пищевой краситель в смывные баки 10 различных унитазов и растянули липкую пленку поверх сидения унитаза до смывания, а после него поместили пленку на фильтровальную бумагу и подсчитали капли.

Как показали результаты, образцы воздуха, забранного на высоте 25 см над стульчаком, содержали *C. difficile*, при этом максимальное количество бактерий выявлялось непосредственно после смывания. Через 1 ч после смывания среднее количество жизнеспособных бактерий, обнаруженных на высоте сидения унитаза, уменьшалось с 36 до 8 колониеобразующих единиц (КОЕ); через 90 мин этот показатель составлял 3 КОЕ. Окружающие поверхности оставались контаминированными в течение 90 мин после смывания, при этом на них обнаруживались достаточно крупные капли. Среднее количество капель составляло 15 и 47 в зависимости от дизайна унитаза.

Через 30 мин после смывания общее количество изолированных жизнеспособных бактерий было в 12 раз выше при смывании с поднятой крышкой по сравнению с таковым в случаях, когда крышка по время смывания была опущена (35 vs 3 КОЕ соответственно).

При смывании с опущенной крышкой унитаза *C. difficile* не обнаруживалась ни на одной чашке Петри; при смывании с поднятой крышкой или в ее отсутствие рост этих бактерий наблюдался на всех чашках, кроме размещенной с левой стороны унитаза, что авторы объясняют гидродинамическими особенностями смывания. На одной чашке Петри определялось от 1 до 3 КОЕ *C. difficile*.

В заключение авторы указывают, что унитазы без крышек способствуют распространению *C. difficile* в окружающую среду и поэтому должны заменяться современными аналогами с крышкой, особенно в условиях с высокой частотой выявления данной инфекции, в частности в медицинских учреждениях. Над больничными унитазами следует размещать инструкцию о том, что опускать необходимо крышку перед каждым смыванием.

Best E.L. et al. *J Hosp Infect*. Published online December 2, 2011

Подготовил Алексей Терещенко