

времени) в комплексной диагностике инфекций респираторного тракта, обусловленных *Clamydophila pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*, как метод, который позволит не только определить возбудителя, но и выявить наличие его резистентности к макролидам (что наблюдается в последнее время в большом проценте случаев), и тем самым оптимизировать лечение.

Список литературы:

1. Жерносек В. Ф. Острая пневмония у детей: лечение, профилактика / В. Ф. Жерносек, К. К. Орынбасарова, Ш. К. Батырханов. – Минск : БелМАПО, 2013. – 51 с.

2. Клинические протоколы диагностики и лечения детей с заболеваниями органов дыхания : прил. 1 к Приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 дек. 2012 г., №1536.

3. Глинкина, Т. В. Принципы этиологической микробиологической диагностики инфекций респираторного тракта, обусловленных *Clamydophila pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*, у детей и подростков / Т. В. Глинкина // Медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 8–15.

СПЕКТР АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Янковская Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Внутриутробные инфекции в течение последних лет остаются проблемной патологией у новорожденных детей, приобретая особую актуальность в связи с изменением особенностей как макро-, так и микроорганизмов, что отразилось на особенностях их течения. Утяжелилось проявление фоновых состояний, создающих благоприятную почву для манифестации и прогрессирования инфекционного процесса – это перинатальные поражения центральной нервной системы, врожденные пороки развития, нарушения респираторной функции и другие

состояния. Повышенный риск бактериальной инфекции у таких младенцев связан как с относительно высокой частотой внутриутробного инфицирования, так и с выраженными нарушениями механизмов антибактериальной защиты организма. Инфекции перинатального периода в структуре заболеваемости и смертности новорожденных выходят на второе-третье место. Прежде всего, это связано с ухудшением репродуктивного здоровья матерей, значительного роста числа беременных из групп высокого риска, особенно с экстрагенитальной патологией, в том числе и с инфекционной. Неблагоприятное течение беременности сказывается на особенностях развития плода, приводит к рождению ребенка с иммунобиологическим нарушением резистентности организма к различным видам инфекций. В связи с этим частота инфекционной патологии у новорожденных в последнее время приобретает все большую значимость, а рациональная антибактериальная терапия становится одной из основных в практике неонатолога. В неонатологии, как и в медицине в целом, главенствующим является принцип «не навреди», к которому следует стремиться при назначении всех лекарственных препаратов. Безусловным показанием для назначения антимикробных препаратов новорожденному ребенку является наличие у него любого инфекционно-воспалительного процесса, от так называемых малых инфекций до тяжелых септических процессов и в этих ситуациях необходимо отдавать предпочтение препаратам, которые в наименьшей степени оказывают повреждающий эффект на развивающийся организм ребенка [1, 3].

Выбор антибиотика для новорожденного младенца – ответственный момент, во многом определяющий эффективность лечения. При назначении антибактериальной терапии неонатологи сталкиваются с определенными сложностями, так как выбор препаратов достаточно разнообразен и, вместе с тем, практический врач не имеет четкого алгоритма действий. Однако при выборе препарата следует учитывать вид и чувствительность возбудителя, что сложно сделать на старте антибактериальной терапии, но необходимо знать, для внесения коррективов при дальнейшем лечении, локализацию и степень тяжести

инфекционного процесса, сопутствующие состояния и преморбидный фон [2, 3, 4].

Учитывая выше изложенное является актуальным своевременно и правильно выбрать необходимый антимикробный препарат, учитывая его безопасность и возможные отдаленные отрицательные последствия, в каждом конкретном случае.

Цель исследования: провести анализ спектра назначаемых антимикробных препаратов при внутриутробных инфекциях у новорожденных.

Объект и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни новорожденных различного гестационного возраста с внутриутробными инфекциями, обзор и оценка использования антимикробных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 300 историй болезни новорожденных, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей с 2009 по 2017 гг. Из этой группы новорожденных доношенные дети составили 60,0%, недоношенные – 40,0%. Все дети были с внутриутробной инфекцией, получали антимикробные препараты. Средняя масса тела доношенных младенцев составила 3350 ± 450 г, недоношенных – 1650 ± 500 г. Структура инфекционно-воспалительных заболеваний у детей, получавших антибактериальную терапию, была следующей: с врожденной пневмонией – 264 младенца, с сепсисом – 4, с инфекцией мочевыводящих путей – 6. 53,7% новорожденных поступили в отделение в первые трое суток жизни, что позволяет предположить врожденный характер заболевания. Анализ использования антимикробных препаратов у этих пациентов, частоты их применения, длительности курсов, комбинации, смены антибактериальных препаратов, показал, что большая часть младенцев (58,1%), получила один курс антибиотиков, 30,3% – два и от 3 до 5 курсов – 11,5%. Один ребенок получил 7 курсов антибактериальной терапии. Чаще всего (57,3%) в качестве стартового курса антибактериальной терапии использовали сочетание аминогликозида и цефалоспоринов III

поколения. В течение периода наблюдения не применялись аминогликозиды II поколения (гентамицин, нетилмицин). Во всех случаях в качестве эмпирической терапии применялся аминогликозид III поколения (амикацин), который более предпочтителен при нозокомиальных инфекциях, действует на грамотрицательные бактерии, включая *Pseudomonas aeruginosa*, резистентные к гентамицину, нетилмицину.

Достаточно стабильной остается частота применения цефалоспоринов. Из цефалоспоринов назначались антибиотики III поколения – цефоперазон + сульбактам (12,7%), цефтазидим (36,3%). С 2009 по 2013 годы применялись цефалоспорины III поколения, а в 2014 году – редко (6,3%), начали использовать цефалоспорины IV поколения (цефепим), который по сравнению с цефалоспорином III поколения более активен по отношению к грамположительным коккам и грамотрицательным бактериям семейства *Enterobacteriaceae* и *Pseudomonas aeruginosa*, включая некоторые штаммы резистентные к цефтазидиму. Цефепим назначался в комбинации с аминогликозидами как первый курс терапии (5,2%) и в сочетании с гликопептидами (52,0%) при повторных курсах. Из синтетических пенициллинов применялись защищенные пенициллины (амоксиклав, амписульбин, тиментин, тазробид) – 12,8%.

Незначительное количество новорожденных (2,7%) получали комбинацию антибиотиков пенициллинового ряда и аминогликозида. Длительность одного курса у 40,0% детей составила до 7 дней, у 60,0% – более 7 дней, максимальная продолжительность курса – 15 дней. Антимикробная терапия одним препаратом проводилась у 33,7% детей, чаще всего это были цефалоспорины III поколения. Первый курс антибактериальной терапии обычно назначался эмпирически, а повторный – с учетом выявленных возбудителей и их чувствительности к антибиотикам, несмотря на то, что их этиологическое значение порой трудно доказать. Отмечено назначение повторных курсов антимикробных препаратов, используемых ранее, в виде монотерапии, что является некорректным и нарушает принципы рациональной антимикробной терапии. Проведенный анализ частоты

использования антимикробных препаратов, назначаемых не в соответствии с инструкцией (фторхинолонов) показал, что их применение составило 10,9%, назначались они по жизненным показаниям, с учетом рекомендации консилиума и по чувствительности микроорганизмов к препарату.

Выводы:

1 При лечении внутриутробных инфекций у новорожденных антимикробная терапия одним препаратом проводилась у 33,7% младенцев, предпочтение отдавалось цефалоспорином III поколения.

2 В качестве стартового курса антибактериальной терапии в 57,3% случаях применено сочетание аминогликозидов с цефалоспорином III поколения. С 2014 г. стали использовать цефалоспорины IV поколения (цефепим) – 5,2%. У всех детей (100%) применялся аминогликозид III поколения (амикацин).

3 При повторных курсах антибактериальной терапии в сочетании с цефалоспорином III и IV поколений применялись гликопептиды (52,0%).

4 Редко (12,8%) назначались синтетические пенициллины, в 2,7% – в сочетании с аминогликозидами.

5 В 58,1% случаев положительный эффект в лечении получен после проведения одного курса антимикробной терапии, в 30,3% – два, с длительностью одного курса от 7 (40,0%) до 15 дней (60,0%).

Список литературы:

1 Колбин, А. С. Фармакоэпидемиология противоинфекционных средств у недоношенных новорожденных / А. С. Колбин, Н. П. Шабалов, О. И. Карпов. // Педиатрия. – 2004. – № 5. – С. 69–73.

2 Неонатология : национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. – М. : ГЕОТАР – Медиа, 2008. – 749 с.

3 Самсыгина, Г. А. Современные подходы к лечению сепсиса новорожденных / Г. А. Самсыгина // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 1. – С. 109–115.

4 Рооз, Р. Неонатология. Практические рекомендации: пер. с нем. / Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте. – М. : Мед. лит., 2011. – 592 с.