

лечении данной категории пациентов явились комбинации цефалоспоринов III поколения или защищенных пенициллинов с аминогликозидом (двойная) и метронидазолом (тройная), которые использовались в лечении абсолютного большинства пациентов.

Литературные ссылки

1. Таточенко, В.К. Практическая пульмонология детского возраста / В.К. Таточенко. – 3-е издание – Москва, 2006. – С. 75-83.
2. Kobayashi, H. Airway biofilm disease / H. Kobayashi // Int. J. Antimicrob. Agents. – 2001. – Vol. 17. – P. 351–356.
3. Lavender, H.F. Biofilm formation in vitro and virulence in vivo of mutants of *Klebsiella pneumoniae* / H.F. Lavender, J.R. Jagnow, S. Clegg // Infect. Immun. – 2004. – Vol. 72. – P. 4888-4890.
4. McIntosh, K. Community-acquired pneumonia in children / K. McIntosh // N. Engl. J. Med. – 2002. – 346(6). – 429-37.

Сорокопыт З.В., Недвецкая А.С., Ткач А.А.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Рост резистентности патогенной бактериальной флоры, наблюдаемый сегодня во многих странах мира, нередко малая эффективность антибактериальной терапии в лечении инфекционных заболеваний определяют поиск оптимальных противомикробных средств, обладающих высокими бактерицидными и бактериостатическими свойствами.

Практика использования фторхинолонов (ФХ) в педиатрии распространена во всём мире. По категориям риска эти препараты относятся к группе «С» и назначаются в том случае, если польза от их применения может преобладать над возможными осложнениями [2, 5]. Применение ФХ в педиатрии ограничено из-за их потенциальной артротоксичности, но данных о том, насколько длительным должно быть их воздействие для возникновения повреждающего эффекта на кости или суставы у детей, в настоящее время недостаточно [3, 4]. Длительные клинические наблюдения за результатами применения ципрофлоксацина и других ФХ в России (офлоксацин, пефлоксацин, норфлоксацин, тровафлоксацин) у детей при тяжелых генерализованных

формах бактериальных заболеваний выявили их высокую эффективность, и, что не менее важно, было показано отсутствие повреждающего действия препаратов на суставные хрящи, рост и развитие детей после проведенной терапии, включая и данные катамнеза при наблюдении за пациентами более 9 лет [3, 4]. На сегодняшний день ни при одной инфекции препараты ФХ ряда не могут рассматриваться в педиатрии в качестве препаратов 1-й линии. Однако в большинстве стран мира ФХ используются у детей, в том числе и новорожденных, как средства 3-й линии, когда нет эффективности от стартовой и модифицированной антибактериальной терапии при тяжелой мультирезистентной бактериальной инфекции [1, 5].

Цель исследования – представить показания к применению и некоторые клиничко-лабораторные показатели у новорожденных детей с врожденной инфекцией, получавших терапию ФХ.

Материалы и методы. Нами проанализированы 40 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении новорожденных (ПИТ-2) Гродненской областной детской клинической больницы. Из них девочек было 19 (47,5%), мальчиков 21 (52,5%).

Результаты. Все дети были госпитализированы по поводу врожденной инфекции без дополнительного уточнения (БДУ), клиническими проявлениями которой были: пневмония – у 32 (80%) пациентов, менингоэнцефалит – у 7 (17,5%), менингит – у 2 (5%), сепсис – у 1 (2,5%). Из сопутствующей патологии наиболее часто встречались: анемия – 37 чел. (92,5%), энцефалопатия новорожденного – 32 (80%), врожденные пороки развития (ВПР) – 21 (52,5%), синдром угнетения ЦНС – 24 (60%), кардиопатия – 17 (42,5%), судорожный синдром – 12 (30%), гидроцефальный синдром – 12 (30%), неонатальная желтуха – 14 (35%), ретинопатия – 15 (37,5%), вентрикулодилатация – 7 (17,5%). Наиболее частыми осложнениями были дыхательная 34 (85%) и сердечно-сосудистая недостаточность 25 (62,5%), синдром дизадаптации ССС – 6 (15%), респираторный дистресс-синдром (РДС) – 9 (22,5%), распространенные ателектазы легких (РАЛ) – 5 (12,5%), бронхолегочная дисплазия (БЛД) – 7 (17,5%), синдром легочной гипертензии – 2 (5%), септический шок – 1 (2,5%), ДВС- синдром – 1 (2,5%).

Большинство детей 29 (72,5%) имели отягощенный семейный и акушерский анамнез, неотягощенный – 11 (27,5%), $p < 0,05$. Мы изучили показатели физического развития обследованных детей. Мальчики имели большие показатели как массы (г) $2470,33 \pm 1238,65$, так и длины (см) тела $47,05 \pm 8,26$, чем девочки $1878,16 \pm 1099,18$ г и $41,37 \pm 8,4$ см, $p < 0,05$. Детей с массой тела до 1500 г было 16 (40%), 1500–2500 г – 8 (20%), 2500 г и более – 16 (40%).

Средний койко-день составил 43 ± 17 (от 12 до 109 дней). Бактериологическое исследование биологического материала (мокрота,

кровь, ликвор) проведено у 20 (50%) пациентов. Ни в одном из полученных результатов не отмечено чувствительности возбудителя к препаратам ФХ ряда.

Все пациенты получали ФХ в качестве монотерапии. Более часто назначались офлоксацин – 16 (40%) и левофлоксацин – 16 (40%), реже ципрофлоксацин – 6 (15%) и норфлоксацин – 2 (5%) пациентам. Ни в одном из изученных случаев данные препараты не использовались в качестве стартового антибиотика. До назначения ФХ 10 (25%) пациентов получали пенициллины, 19 (47,5%) – цефалоспорины, 26 (65%) – аминогликозиды, 21 (52,5%) – карбапенемы и 18 (45%) – антибиотики других групп. В качестве антимикозной терапии 31 пациенту (77,5%) назначался флуконазол. Средняя продолжительность терапии фторхинолонами составила $10,2 \pm 3,1$ дня.

Заключение. Показанием к назначению антибиотиков ФХ ряда у новорожденных детей была тяжёлая врождённая инфекция. Во всех изученных случаях препараты назначались эмпирически в виде монотерапии и не применялись в качестве стартового антибиотика. Ни у одного из пациентов не отмечалось осложнений и аллергических реакций на данные препараты.

Таким образом, ФХ антибиотики могут применяться в качестве препаратов резерва у новорожденных детей с тяжёлой врождённой инфекцией.

Литературные ссылки

1. Падейская Е.Н. Хинолоны в педиатрической практике и при беременности, обоснованность их применения // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004. – 6 (4). – 377-93.
2. Падейская Е.Н., Постников С.С., Капранов Н.И. и др. Фторхинолоны в педиатрии. – М.: Вузовская книга, 2005.
3. Grady R. Are quinolones safe for children? Paper presented at: Ciprofloxacin Summer Symposium. – 2001. – San Diego.
4. Yee C.L., Duffy C., Gerbino P.G. et al. Tendon or joint disorders in children after treatment with fluoroquinolones or azithromycin // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2002. – 21(6). – 525-29.
5. Postnikov S.S., Semykin S.I., Nazhimov V.P. et al. On fluoroquinolones treatment safety in children (clinical, morphological and catamnesis data) // *Antibiot. Khimioter.* – 2002. – 47(9). – 14-17.