

Выводы. Неинвазивный монитор гидратации «Body CompositionMonitor» (Fresenius) позволяет адекватно оценить состояние гидробаланса и предотвратить развитие гемодинамических осложнений во время проведения длительных низкопоточных процедур ПЗТ.

Литература

1. Кузьков В.В., Киров М. Ю. Инвазивный мониторинг гемодинамики в интенсивной терапии и анестезиологии. Монография, 2008. С. 9-10.
2. Moissi, U et al., Body fluid volume determination via body composition spectroscopy in health and disease. *Physiol. Meas* 2006; 27: 921-933
3. Chamney, P et al., A whole-body model to distinguish excess fluid from the hydration of major body tissues. *Am J ClinNutr* 2007; 85: 80-89
4. Levin NW et al., What clinical insights from the early days of dialysis are being overlooked today? *Semin Dial.* 2005; 18 (1): 13-21

СТРАТЕГИЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Янковская Н.И., Дожина Н.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. В последние годы проблемы инфекционной патологии у новорожденных детей приобрели особую актуальность в связи с изменением особенностей как макро– так и микроорганизмов, что отразилось на течении инфекционного процесса. Утяжелилось течение фоновых состояний, создающих благоприятную почву для манифестации и прогрессирования инфекции – это перинатальные поражения мозга, врожденные пороки развития, нарушения респираторной функции и другие состояния. Повышенный риск бактериальной инфекции у таких детей связан как с относительно высокой частотой внутриутробного и нозокомеального 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, значительно возросло число беременных групп высокого риска, особенно с экстрагенитальной патологией, в том числе с инфекционными заболеваниями. Неблагоприятное течение беременности сказывается на особенностях развития плода, приводит к рождению ребенка с иммунобиологическим нарушением резистентности организма, к бактериальным и вирусным инфекциям. В связи с этим частота инфекционной патологии у новорожденных в последнее время приобретает все большую актуальность, 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 лекар-

ственных препаратов. Безусловным показанием для назначения антибиотикотерапии 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, (в начале лечения часто лишь предполагаемый его штамм), но необходимо это знать для внесения коррективов при дальнейшем лечении, локализацию и степень тяжести инфекционного процесса, сопутствующие состояния и преморбидный фон [2, 3, 4].

Учитывая выше изложенное остается актуальным правильный и своевременный выбор необходимой антибактериальной терапии с учетом безопасности и возможных отдаленных последствий в каждом конкретном случае.

Цель исследования: провести анализ стратегии антимикробной терапии при врожденных инфекциях.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни новорожденных различного гестационного возраста с врожденными инфекционно–воспалительными заболеваниями, обзор и оценка использования антимикробных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 300 историй болезни новорожденных, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных с 2009 по 2014 гг. Из этой группы новорожденных доношенные дети составили 60%, недоношенные – 40%. 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 – цефеперазон + 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 цефалоспорины 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, тазобид) – 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. 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 использовалось 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. Частота применения гликопептидов составила 52% при повторных курсах антибактериальной терапии в сочетании с цефалоспорином III и IV поколения.

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

5. Большая часть младенцев (58,1%) получила один курс антибактериальной терапии, 30,3% – два с длительностью одного курса от 7 (40%) до 15 дней (60%).

Литература

1. Колбин, А.С. Фармакоэпидемиология противомикробных 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.

ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА

Ярмолик Е.С., Хворик Д.Ф., Горецкая М.В., Гуляй И.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. Согласно данным ряда исследователей важную роль в развитии папуло-пустулезной формы розацеа (РПП) отводят нарушениям прооксидантно-антиоксидантного равновесия, а также факторам, стимулирующим расширение сосудов и ангиогенез, к которым относят монооксид азота (NO) и фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) [1,2].

Так, по мнению В.Е. Темникова (2000), свободные радикалы, токсичные продукты реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ) изменяют первоначальную структуру и нормальную функциональную активность клеточных и субклеточных мембран, что способствует выходу протеолитических ферментов в цитоплазму клеток, а затем и в кровяное русло [3]. Обрыв реакций ПОЛ возможен при взаимодействии радикалов с антиоксидантами. В плазме крови основную антиоксидантную функцию выполняет неферментативный