

состояния пациентов (исключение напряженного пневмоторакса, выявление тяжелой гиповолемии, наличие плеврального выпота, оценка сократительной способности миокарда левого желудочка, оценка пульсации брюшной аорты, наличие свободной жидкости в брюшной полости и ВЖК).

Таким образом, прикроватный ультразвуковой скрининг помогает оптимизировать работу с критическими пациентами, сокращает время терапевтического поиска, снижает с 0,6‰ (2021 г.) до 0,35‰ (2022 г.) частоту инвалидирующей патологии (внутрижелудочковые кровоизлияния) и летальность.

Пальцева А.И.¹, Сайковская В.Э.², Лисай Т.В.², Дешкевич М.В.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² Гродненский областной клинический перинатальный центр, Гродно, Беларусь

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТОКОЛА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность. Со времени своего открытия антибиотики остаются одним из самых важных прорывов в медицине. Однако в 50% случаев у новорожденных применяются нерационально и необоснованно (Е.С. Лисицина, 2015).

Цель. Продемонстрировать опыт использования протокола антибактериальной терапии в неонатальной практике.

Материалы и методы. Продемонстрирован опыт использования разработанного нами протокола антибактериальной терапии (АБТ), применяемой в раннем неонатальном периоде за 2021–2023 гг. Протокол включал: материнский анамнез (антибактериальная терапия перед родами или в родах; безводный период ≥ 12 часов; повышение СРБ; лейкоцитоз $\geq 15 \times 10^9/\text{л}$; признаки хориоамнионита; выделение стрептококка группы В); нарушение процесса адаптации ребенка (температура тела < 36 °С или гипертермия свыше 38,5 °С; брадикардия (ЧСС ≤ 100 в мин.); тахикардия (ЧСС ≥ 180 уд/мин); артериальная

гипотензия; «мраморность» кожных покровов; симптом «белого пятна» более 3 секунд; эпизоды апноэ, тахипноэ, нарастание кислородозависимости; снижение диуреза; петехиальная сыпь, рано возникающая желтуха; вздутие живота, ослабление или отсутствие перистальтики, гепатоспленомегалия; вялость, гипотония, гиперестезия; лабораторные признаки (лейкопения ($\leq 5 \times 10^9/\text{л}$), лейкоцитоз $\geq 30 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный индекс $> 0,25$; токсическая зернистость нейтрофилов, тромбоцитопения, повышение уровня С-реактивного белка и прокальцитонина, метаболический ацидоз, эпизоды интолерантности к глюкозе, воспалительные изменения анализа мочи)).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что применение разработанного протокола позволило сократить частоту АБТ с 35% в 2021 г. до 10% в 2023 г., продолжительность курса на 10%. Новорожденным при локализованных формах инфекционно-воспалительного заболевания АБТ назначалась через рот и отсутствию противопоказаний для энтеральной нагрузки. При отсутствии эффекта в течение 48 часов, после предварительного обезболивания (1–2 мл 20%-го раствора глюкозы под язык), проводилась катетеризация периферической вены. Выбор эмпирической АБТ основывался на ретроспективном анализе результатов бактериологического мониторинга в отделении и определении возбудителя в таких локациях, как зев, пупочная ранка, наружный слуховой проход. Через 48 часов после начала лечения выполняли контроль клинического анализа крови и маркеров воспаления с целью решения вопроса об эффективности, необходимости коррекции, возможной отмене, проводимой АБТ. После идентификации возбудителя и получения информации об особенностях его чувствительности с учетом клинического состояния пациента проводили деэскалацию антибиотикотерапии.

Продолжительность курса АБТ не превышала 5–7 дней. Препаратами первого выбора в отделении были полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины II–III поколения. Все новорожденные в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании выписаны домой.

Таким образом, использование данного протокола в раннем неонатальном периоде позволило значительно сократить частоту антибиотикотерапии с 35% в 2021 г. до 10% в 2023 г., продолжительность курса на 10%.