

гипоксии в ante- и интранатальном периодах и наличии инфекционного фактора. На основании имеющихся данных обследования новорожденных исключены патологические формы желтух.

Выводы:

1. Желтушный синдром у новорожденных детей с врожденной инфекцией встречается в 30,0% случаев.

2. Наличие у 31,1% доношенных и 35,6% недоношенных младенцев цифр билирубина, значительно превышающих предельно допустимые значения, требует более детального его мониторинга и своевременного лечения для предупреждения токсического действия на организм ребенка.

3. У каждого пятого новорожденного ребенка желтуха имеет пролонгированное течение, возможной причиной является перенесенная гипоксия в ante- и интранатальном периодах (97,8%), из них в 40,0% случаев в сочетании с врожденной инфекцией у доношенных, у недоношенных – сочетание инфекции с перенесенной гипоксией (83,3%).

Список литературы:

1. Хазанов, А.И. Клиническая неонатология / А.И. Хазанов. – СПб: Гиппократ, 2009. – 424 с.

2. Анастасевич, Л.А. Желтухи у новорожденных / Л.А. Анастасевич, Л.В. Симонова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 10. – С. 66-72.

3. Clinical management of newborn infants with indirect hyperbilirubinemia / N. Volodin [et al.] // DoktorRu (in Russian). – 2009. – Vol. 1. – P. 35-44.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ.

*Янковская Н.И., Дожина Н.Н., Барановская И.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Современная интенсивная помощь новорожденным невозможна без применения антибактериальных препаратов, так как инфекционные заболевания различной этиологии (бактериальной, вирусной, грибковой и смешанной) занимают одно из ведущих мест в структуре патологии неонатального периода. У каждого третьего новорожденного младенца такое заболевание порой заканчивается летально [1].

Причиной частых инфекционно-воспалительных заболеваний у младенцев является наличие и рост у беременных женщин соматической патологии, в том числе, и инфекционной, как острой, так и хронической. Благоприятными факторами для реализации инфекций перинатального периода и их тяжелого течения является фон, на котором они протекают, в частности тяжелые поражения центральной нервной системы, недоношенность, задержка внутриутробного развития и другие факторы. Такая злободневная проблема инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных детей требует дифференцированного подхода к их профилактике и лечению [1, 2].

Особое место в комплексной терапии бактериальных инфекций занимает

направленное воздействие на конкретного возбудителя, поэтому рациональная антимикробная терапия имеет огромное значение. Антибиотикотерапия показана новорожденному младенцу как при легком течении инфекционно-воспалительного процесса, так и при тяжелой генерализованной форме заболевания. Назначая антибиотики врач-неонатолог стоит перед выбором, какой препарат назначить и помнить о том, что это лекарственное средство должно обладать минимальным повреждающим действием на организм новорожденного, предположить вид возбудителя и его чувствительность к назначаемому препарату, что очень сложно, не имея еще информации о результатах исследования биологического материала на микробную флору. Учитывая степень тяжести инфекционного процесса и его локализацию, а также фон, на котором протекает данная инфекционная патология, необходимо определиться в количестве, сочетании и последовательности назначения антибактериальных препаратов, ко многим из которых в настоящее время резистентны штаммы многих возбудителей, путей и кратности их введения, а также длительности проведения курсов лечения [1, 3].

Учитывая вышеизложенное, актуальным является своевременный и правильный выбор необходимой антибактериальной терапии новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями с учетом вида возбудителя, максимальной безопасности для младенца и возможных патологических последствий в катамнезе.

Цель исследования – провести анализ возможности применения антибактериальной терапии у новорожденных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями.

Методы исследования. Для реализации поставленной цели проведен ретроспективный анализ 370 медицинских карт стационарного пациента младенцев различного гестационного возраста с инфекционно-воспалительными заболеваниями, которые находились на лечении в отделении патологии новорожденных с 2009 по 2014 год, обзор и оценка использования антимикробных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Из проанализированной документации младенцев доношенные дети составили 60,0%, недоношенные – 40,0%. Все новорожденные родились у женщин с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом. Хронические соматические заболевания были выявлены у 87,0% женщин, инфекционно-воспалительные заболевания – у 54,3%. Неблагоприятное течение беременности в виде гестоза было отмечено в 26,2% случаев, фетоплацентарной недостаточности – у 39,5% женщин и у 36,5% – угрозы прерывания. Средняя масса тела доношенных младенцев составила 3350 ± 450 г, недоношенных – 1650 ± 500 г. Все дети были с внутриутробной инфекцией, по поводу чего получали антибактериальные препараты. Инфекционно-воспалительные заболевания у детей, получавших антибактериальную терапию, были представлены: врожденной пневмонией – 264 младенца, сепсисом – 4, инфекцией мочевыводящих путей – 6. 53,7% новорожденных с внутриутробной инфекцией поступили в отделение в первые трое суток после рождения, что предполагает врожденный ее характер. В результате проведенного анализа использования различных групп

антибактериальных препаратов у этих пациентов, кратности применения, смены и их сочетания, длительности проводимых курсов лечения, установлено, что большей половине младенцев (58,1%) достаточно было одного курса антимикробной терапии, в 30,3% случаев – два и от 3 до 5 курсов – 11,5%. Один ребенок получил 7 курсов антибактериальной терапии. Несколько больше, чем у 1/2 младенцев (57,3%) стартовый курс антимикробной терапии начинали с цефалоспоринов III поколения в сочетании с аминогликозидом. В течение периода наблюдения не применялись аминогликозиды II поколения (гентамицин, нетилмицин), к которым резистентны грамотрицательные бактерии, включая *Pseudomonas aeruginosa*. Во всех случаях в качестве эмпирической терапии применялся аминогликозид III поколения (амикацин), действие которого на грамотрицательные бактерии более действенно.

Достаточно часто и стабильно отмечено применение цефалоспоринов. Из цефалоспоринов назначались антибиотики III поколения – цефалперазон + 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), к которому, по сравнению с цефалоспорином III поколения (цефтазидиму), более чувствительны грамположительные кокки и грамотрицательные бактерии семейства *Enterobacteriaceae* и *Pseudomonas aeruginosa*, в том числе, 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, тазробида) – 12,8%.

Незначительное количество новорожденных (2,7%) получали комбинацию антибиотиков пенициллинового ряда и аминогликозида. Длительность одного курса лечения у 40,0% детей составила 7 дней, у 60,0% – от 7 до 15 дней, максимальная продолжительность – 25-36 дней была отмечена у септических пациентов. Антибактериальная терапия в виде монотерапии проводилась у 33,7% детей, чаще всего назначались цефалоспорины III поколения. Первый курс антибактериальной терапии обычно назначался эмпирически, а повторный – с учетом выявленных возбудителей из исследуемых биотопов и их чувствительности к антибиотикам. Отмечено назначение повторных курсов антимикробных препаратов, используемых ранее, в виде монотерапии, что является неоправданным и приводит к нарушению главных принципов рациональной антибиотикотерапии. Проведенный анализ частоты использования антимикробных препаратов, назначаемых не в соответствии с инструкцией (фторхинолонов) показал, что их применение составило 10,9%, назначали их при отсутствии должного эффекта от проводимой до этого антибактериальной терапии, согласно чувствительности выделенных микроорганизмов к препарату, решением консилиума врачей, при состояниях, угрожающих жизни ребенка.

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 цефалоспоридами 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 52,0% при повторных курсах антибактериальной терапии в сочетании с цефалоспоридами III и IV поколения.

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

Список литературы:

1. Неонатология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Володина. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. – 749 с.

2. Черняховский, О.Б. Внутриутробные инфекции у новорожденных, факторы риска / О.Б. Черняховский, И.В. Абрамова, О.Л. Полянчикова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 80-88.

3. Bradley, J.S. Old and new antibiotics for Pediatric / J.S. Bradley // Pneumonia seminars in Respiratori Infections. – 2007. – Vol. 17, № 11. – P. 57-64.