

Выводы:

1. При неоперабельных инфантильных гемангиомах после верификации диагноза как препарат первого ряда должен применяться неселективный β -адреноблокатор анаприлин, причем его необходимо назначать в первые месяцы жизни пациента, что позволяет получить более значимый результат от терапии.
2. Полученные результаты наблюдения и лечения пациентов с ИГ свидетельствуют об эффективности и достаточной безопасности терапии указанного заболевания анаприлином.

Литература:

1. Новые возможности в лечении инфантильных гемангиом с помощью пропранолола / Ю.А. Поляев [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 94 – 102.
2. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистых гиперплазий) / Н.П. Котлукова [и др.] // Педиатрия. – 2012. – Т. 91. № 6. – С. 60 – 64.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Зузова А.П., Тарасов А.А.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Введение. Адекватная и своевременная антибактериальная терапия (АБТ) – неоспоримо значимый и неотъемлемый компонент лечения хирургической патологии у тяжелого контингента детей, госпитализированных в палаты интенсивной терапии. Выбор антибактериальных препаратов в детской хирургической практике обусловлен многими факторами, связанными с клиникой заболевания, возрастом пациента, данными микробиологического анализа (предполагаемые возбудители при эмпирическом выборе), ориентирующими в возбудителе и чувствительности его к антибиотикам. Тактика проведения антибактериальной терапии в локальной рутинной клинической практике во многом зависит от наличия препарата, его качества, своевременной и грамотной оценки микробиологического анализа, эффективности и безопасности проводимой терапии. Мониторинг уровня резистентности возбудителей, фармакоэпидемиологические исследования используемых антибиотиков и их эффективности в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) у детей с хирургической патологией создают условия для улучшения исходов хирургических вмешательств.

Цель – анализ этиологии, тактики и адекватности антибактериальной терапии хирургической патологии у детей в условиях ОРИТ на базе

Областной клинической больницы (детское хирургическое отделение) г. Смоленска.

Материал и методы исследования. Мониторинг резистентности выделенных возбудителей хирургических заболеваний у детей, госпитализированных в ОРИТ, микробиологические исследования с идентификацией возбудителя и его чувствительности, фармакоэпидемиология антибактериальной терапии.

Результаты и их обсуждение. В ОРИТ наблюдались 27 детей в возрасте от новорожденных – 12 (44,4%), от 2 месяцев до года – 9 (33,4%) и от 1 года до 11 лет – 6 (22,2%), прооперированных по поводу врожденной патологии мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта и других органов, опухолевого процесса, травмы, острой хирургической инфекции. Хирургическая инфекция выявлена у 10 (36,3%) детей, из них: пиелонефрит у 4 (40%), перитонит у 3 (30%), сепсис у 3 (30%). Бактериологическое исследование выполнено у 20 детей из материала, полученного во время хирургического вмешательства или при выявлении инфекции в разных локациях (мочи – 8, содержимого брюшной полости – 1, раневого отделяемого – 10, мокроты и верхних отделов дыхательных путей – 4) – 23 результата. Рост микрофлоры не выявлен в 4 случаях. Идентифицированы 11 патогенных возбудителей: *S.aureus* – 2, (MRSA) – 1, *S.haemolyticus* – 1, *E.coli* – 6, *E.faecalis* – 1, *E.fecium* – 1, *Enterococcus* spp. – 2, *E.cloacae* – 1, *S.maltophilia* – 1, *Citrobacter* spp. – 1, *K.pneumoniae* – 1, *P.aeruginosa* – 2, *F.meningosepticum* – 1. Таким образом, спектр возможных патогенов достаточно широк и представляет нозокомиальные штаммы. Монотерапия была назначена 11 детям (цефалоспорины III поколения). Комбинированная АБТ (16 детей), как правило, состояла из 2-х препаратов, с последующим включением 3-го в разные сроки (от 3 до 5 дней) и представляла цефалоспорины III поколения (ЦС-III) и амикацин или метронидазол. У 6-ти пациентов применялся имипенем/циластатин. Повторные курсы АБТ были представлены у 1-го ребенка – ванкомицином, у 8 – имипенемом/циластатином, комбинация метронидазола/амикацина – была 5 детей. Курсы антимикробной терапии составляли от 3 до 33 дней. Из оригинальных препаратов отмечены имипенем/циластатин, ванкомицин.

Выводы. Возбудители хирургических заболеваний у детей, находящихся в ОРИТ, в послеоперационном периоде представлены нозокомиальными штаммами.

Эмпирическая терапия более чем в 50% представлена комбинацией цефалоспоринов III поколения и амикацином или метронидазолом

Карбапенемы назначаются на первом этапе только 1/4 пациентов, вторым курсом 1/3 детей.

Качество эмпирической терапии снижено в связи с использованием препаратов-дженериков (ЦС III).

Мониторинг резистентности микрофлоры и тактики АБТ в ОРИТ – резерв улучшения результатов лечения хирургических заболеваний у детей.

Литература:

1. Antimicrobial Resistance: Waking Up to the Challenge Faculty: John G. Bartlett, MD; Steven C. Ebert, PharmD, FCCP, BCPS-ID; Rita D. McCormick, RN, CIC; Educational Reviewer: Andrew Urban, MD Copyright © 2006 The University of Wisconsin Board of Regents and CME Enterprise.
2. Conway PH, Cnaan A, Zaoutis T, Henry BV, Grundmeier RW, Keren R. Recurrent urinary tract infections in children: risk factors and association with prophylactic antimicrobials JAMA. 2007; 298(2): 179–86.
3. Vu L.T., Vittinghoff E., Nobuhara K.K., Farmer D.L., Lee H. Surgical site infections in neonates and infants: is antibiotic prophylaxis needed for longer than 24h Pediatr Surg Int. 2014 May

ПАТОЛОГИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МАЛЬЧИКОВ И МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Иодковский К.М.¹, Корчагин О.Ю.², Кравчук В.Р.³,
Синицкий В.А.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

²Гродненский областной перинатальный центр, Гродно

³Гродненская областная клиническая больница, Гродно

Введение. Реализация национальных проектов в области охраны здоровья населения заставляет по-новому взглянуть на проблему организации специализированной помощи детям, страдающим заболеваниями репродуктивной системы. Общеизвестно, что сроки и качество оказания помощи детям и подросткам, страдающим заболеваниями половых органов, во многом определяют состояние их фертильности в будущем. Согласно данным ВОЗ, около 15% супружеских пар в течение репродуктивного периода жизни сталкиваются с проблемой бесплодия, при этом, по статистическим данным отечественных и зарубежных авторов, на долю мужского бесплодия приходится от 35 до 50% бесплодных браков. Это означает, что примерно 6–8% женатых мужчин являются бесплодными [1]. Примерно в половине случаев возникновения бесплодия причиной являются заболевания, передающиеся половым путем, которых в настоящее время насчитывается более тридцати. Среди других заболеваний, вызывающих бесплодие, выделяют острый эпидидимит, орхит, орхоэпидидимит, варикоцеле, крипторхизм и др. заболевания мошонки у детей и взрослых. Исследования, проведенные Пугачевым А.Г. и соавторами, по-