ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У НЕДОНОШЕННОГО С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Белецкая Юлия Абрамовна, Яковлева Екатерина Евгеньевна, Колесова Мария Владимировна, Галустян Анна Николаевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: jb6@rambler.ru

Ключевые слова: недоношенность, неврологические осложнения, дыхательная недостаточность, инфекционный процесс, антибактериальная терапия

Введение. Недоношенность и проблемы инфекционной патологии у незлых детей лежат в основе высоких показателей заболеваемости и младенческой смертности в нашей стране и за рубежом. Известно, что дети, родившиеся недоношенными, подвергаются высокому риску инфекционных осложнений, а тяжелое течение фоновых состояний, таких как перинатальные поражения мозга, врожденные пороки развития, пневмопатии, создаёт благоприятную почву для прогрессирования инфекции (1). В этиологической структуре возбудителей бактериальных инфекций у недоношенных характерно сочетание нескольких микроорганизмов, выделяемых из различных очагов, при этом, в процессе лечения часто происходит смена ведущих возбудителей с появлением новой микрофлоры в сочетании с грибковой инфекцией. На примере клинического случая представлены особенности течения и фармакотерапии инфекционного процесса у недоношенного с врожденным пороком развития, неврологической патологией и дыхательной недостаточностью.

Цель исследования. Изучить особенности течения и терапии инфекционного процесса у недоношенного с тяжелым течением основного и сопутствующего заболеваний (врожденный порок развития (ВПР) spina bifida, окклюзионная гидроцефалия с судорожным синдромом и дыхательной недостаточностью).

Материалы и методы. Пациент Б. родился недоношенным (33 недели) третьим из тройни 08.04.2020 от 6-ой беременности, протекающей на фоне токсикоза в 1-ом триместре, анемии 1 ст. и ОРВИ во 2-ом триместре. Клинический диагноз: ВПР spina bifida (корригированная оперативным путем), окклюзионная гидроцефалия, осложненные судорожным синдромом и дыхательной недостаточностью I степени. Сопутствующий диагноз: открытое овальное окно, анемия недоношенных (6/7 баллов по шкале Апгар). Ребенок поступил на отделение анестезиологии и реанимации новорожденных (ОАРН) в тяжелом состоянии, был переведен на ИВЛ. В связи с выраженной вентрикуломегалией по данным НСГ произведена вентрикулярная пункция с лечебно-диагностической целью, назначена антибактериальная терапия: цефепим 100 мг/кг/сут и амикацин 15 мг/кг/сут. На 57 сутки жизни отмечен эпизод тонических судорог, назначена противосудорожная терапия, запланирован перевод в СПбГПМУ. При поступлении состояние очень тяжелое за счет судорожного синдрома, дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики на фоне ВПР ЦНС и инфекционного процесса. В качестве антибактериальной терапии назначен меронем 30 мг/кг каждые 8 час. За период наблюдения в ОАРИТН ПЦ СПбГПМУ отмечалась динамика по неврологическому и респираторному статусам, в связи с чем проводилась своевременная коррекция фармакотерапии. Произведена микрохирургическая пластика миеломенингоцеле поясничного отдела местными тканями. В отношении инфекционного статуса: на фоне первоначальной антибактериальной терапии отмечена отрицательная динамика в состоянии пациента, в связи с чем было принято решение о смене антибактериальной терапии на цефоперазон/сульбактам в дозе 40мг/кг/6час по чувствительности в связи с высевом из зева Acinetobacter baumannii, чувствительной к цефоперазону. В дальнейшем за все время пребывания в клинике СПбГПМУ в ОАРИТ и в отделении патологии новорожденных детей ребенок получил несколько курсов комбинированной антибактериальной терапии, все курсы проводились после консультаций клинического фармаколога и после получения бактериальных посевов из всех возможных локусов, в том числе из ликвора. Так же был проведен курс интратекального введения ванкомицина, в связи с высевом из ликвора Enterococcus faecium, мультирезистентного штамма, по результатам посевов чувствительного только к тигецикину, ванкомицину и линезолиду. Одновременно с интратекальным Введение.м ванкомицина, в связи с сохраняющимся высоким риском ухудшения течения инфекционного процесса, проводилось курсовое Введение. цефоперазона/сульбактама в дозе 40/мг/кг/6час в комбинации с фосфомицином в дозе 100 мг/кг/8час. Только на фоне проведения данной комбинированной антибактериальной терапии удалось добиться полной санации ликвора.

Результаты. За время нахождения в клинике СПбГПМУ у пациента отмечена положительная динамика по течению инфекционного процесса на фоне длительно проводимой комбинированной терапии. Удалось добиться полной санации ликвора, нормализации температуры тела, прибавки массы тела, снижения уровня

С-реактивного белка, уменьшения выраженности лейкоцитоза, нормализации нейтрофильного индекса. Получены стерильные посевы из различных локусов.

Заключение. Приведенный клинический пример является одним из случаев, свидетельствующих о сложности течения инфекционного процесса у недоношенных детей с тяжелой фоновой патологией, когда врожденная неврологическая патология и дыхательная недостаточность обуславливают тяжесть состояния и усугубляют течение инфекционного процесса. С целью достижения требуемого антибактериального эффекта в схемы фармакотерапии потребовалось включить не только антибактериальные препараты второго выбора, направленные на преодоление устойчивых штаммов (аминогликозиды и цефалоспорины), но и препараты резерва, применяемые при тяжелых формах заболеваний с полирезистентной флорой, такие как гликопептиды и полимиксин В (2, 3). Учитывая период недоношенности и тяжесть состояния пациента, в соответствии с современными фармакотерапевтическими подходами, антибактериальная терапия была начата с препаратов второго ряда с подбором доз, кратности и комбинации способов введения, отвечающих требованиям для данного конкретного пациента (1, 4, 5). В результате проводимой терапии удалось достигнуть стерильных посевов и возможности полной отмены антибактериальной терапии.

Таким образом, лечение инфекционного процесса у недоношенных с тяжелой сопутствующей патологией остается актуальной проблемой современной педиатрии. Рациональный выбор комбинации, доз, режимов и путей введения антибактериальных препаратов с учетом анатомо-физиологических особенностей ребенка, чувствительности микрофлоры, а также аспектов фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств определяет длительность течения и исход заболевания.

Литература:

1. Волянюк Е. В. Особенности антибактериальной терапии у недоношенных новорожденных //Практическая медицина. — 2010. — № 40.
2. Казанова А. М. и др. Современные подходы к повышению эффективности антибактериальной терапии в перинатологии: локальный опыт //Качественная клиническая практика. — 2019. — №. 1.
3. Яцык Г. В. и др. Практическое руководство по неонатологии. — 2008.
4. Шабалов Н. П., Маркова И. В., Гусель В. А. Антибиотики и витамины в лечении новорожденных. — Сотис-Технобалт, 1993.
5. Володин Н. Н. Неонатология: национальное руководство. Краткое издание //М**.** Гэотар-Медиа. — 2013. — Т. 896.