

УЗИ почек от 27.01.23 г.

Заключение: нефропатия, пиелозктомия слева, гиперплазия внутрибрюшных лимфоузлов. В связи тяжестью состояния госпитализирована в ОИТР.

Выводы

Заболевание характеризовалось быстрым развитием жизнеугрожающего состояния (с момента заболевания 22.01.23 до момента развития ОПН 27.01.23 прошло 5 суток). В динамике отмечено прогрессирующее снижение диуреза, уровня гемоглобина и тромбоцитов в крови, макрогематурия. Также имели место ошибочный диагноз «вирусный гепатит». Причина ошибки – переоценка дежурным врачом УЗ «ГОДКБ» диагностического значения синдрома желтухи и недооценка таких симптомов, как снижение диуреза и характерных изменений в общих анализах мочи и крови.

О подобных клинико-лабораторных особенностях течения этого синдрома и трудностях в диагностике должны помнить врачи всех специальностей, оказывающих медицинскую помощь детям, так как своевременная диагностика залог успешного лечения ГУС [1].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Опыт интенсивной терапии гемолитико-уремического синдрома у детей в Могилёвской области / Ю.Э. Розин [и др.] // Гепатология и гастроэнтерология. – 2022. – № 2 (6). – С. 162.
2. Гемолитико-уремический синдром в педиатрии: клиническое наблюдение / С. Н. Недельская [и др.] // «Pediatrics. Eastern Europe». – 2019. – Vol. 7 – № 3. – С. 474.
3. Литяева, Л. А. Трудности дифференциального диагноза гемолитико-уремического синдрома у детей / Л. А. Литяева, О. В. Ковалева // Детские инфекции. – 2013. – № 4 – С. 68.

УДК: 579.61: 616.155.394.5

Г. А. Ковзик, Н. В. Глушаков

Научный руководитель: старший преподаватель Т. А. Петровская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВОЗБУДИТЕЛИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ МИЕЛОТОКСИЧЕСКОМ АГРАНУЛОЦИТОЗЕ

Введение

Современная медицина позволяет проводить эффективную терапию при различных формах лимфоцитарных лейкозов. Самым распространенным из методов лечения является химиотерапия, которая заключается в приеме препаратов (цитостатических и цитотоксических), нарушающих клеточный цикл опухолевых клеток и вызывающих их гибель. Как побочный эффект при использовании данного метода терапии возникает эффект миелотоксического агранулоцитоза (снижение числа лейкоцитов вследствие удаления их раковых форм химическими соединениями) [1]. Значительно сниженное число лейкоцитов подразумевает собой повышенную чувствительность организма к бактериальным и вирусным инфекциям.

Особенную актуальность проблеме внутрибольничных бактериальных инфекций придает широкая распространенность, поиск новых мер лекарственной профилактики, разработка эффективных методов лечения и повышенный интерес научного сообщества к данной проблеме [2, 3].

Цель

Оценить профили чувствительности к антибиотикам возбудителей больничных инфекций у пациентов, страдающих от лимфолейкозов различной этиологии и прошедших курс химиотерапии.

Материал и методы исследования

В процессе проведенного исследования были проанализированы 118 протоколов бактериологических исследований на микрофлору, полученные в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Использовались архивные данные за 2021–2022 гг. Был исследован видовой пейзаж бактериальной микрофлоры организма пациентов, страдающих лимфолейкозами и прошедших химиотерапию. Основным методом работы являлся анализ архивных данных лабораторных исследований.

Были отобраны 40 протоколов со следующими группами высеянных микроорганизмов:

- 1 группа – *Klebsiella pneumoniae* – 10 протоколов;
- 2 группа – *Staphylococcus haemolyticus* – 10 протоколов;
- 3 группа – *Pseudomonas aeruginosa* – 10 протоколов;
- 4 группа – *Streptococcus pyogenes* – 10 протоколов.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты чувствительности *Klebsiella pneumoniae* к различным антибиотикам представлены на таблице 1.

Таблица 1 – Результаты исследования чувствительности *Klebsiella pneumoniae* к различным антибиотикам у пациентов, страдающих миелотоксическим агранулоцитозом

Антибиотики	Штамм 1	Штамм 2	Штамм 3	Штамм 4	Штамм 5	Штамм 6	Штамм 7	Штамм 8	Штамм 9	Штамм 10
Пиперациллин-тазобактам	S	R	R	S	R	R	R	R	R	R
Цефотаксим	R	R	R	R	R	R	R	S	R	R
Цефтазидим	R	R	R	R	R	R	R	S	R	R
Цефепим	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Имипенем	S	R	R	R	R	R	R	R	S	R
Меропенем	S	R	R	R	R	R	R	R	S	R
Амикацин	S	R	R	S	S	R	R	S	R	R
Левифлоксацин	R	R	R	R	S	R	R	R	R	R

В результате проведенного исследования было установлено, что в 5 из 10 случаях (50 %), в мазке которых была обнаружена палочка Фридендера, отмечается полная резистентность данной бактерии к антибиотикам. Наиболее эффективным оказался противомикробный препарат амикацин. В 30 % случаев отмечалась чувствительность *K. pneumoniae* к данному препарату. Также в 20 % случаев отмечалась чувствительность исследуемого микроба к имипенему, меропенему и пиперациллину-тазобактаму.

На основании приведенной таблицы можно сделать вывод, что клебсиелла представляет собой сложный для лечения микроорганизм, который часто поражает людей после химиотерапии лимфоцитарного лейкоза. При исследовании карт пациентов было установлено, что *K. pneumoniae* вызывает неспецифические инфекции дыхательных путей (пневмонии) (отмечались у 50 % пациентов), сепсис (отмечался у 30 % пациентов), инфекции кожи и мягких тканей (отмечались в 20 % случаев), а также хронический пиелонефрит (отмечался в 10 % случаев). Сочетанное поражение отмечалось у одного из пациентов (пневмония и инфекционное поражение кожи).

Были проанализированы также 10 протоколов с выявленным стафилококком.

В ходе исследования было установлено, что гемолитический стафилококк наиболее чувствителен к фузидиевой кислоте, нитрофурантоину и хинупристу-дальфопристу

(были эффективны в 100 % случаев). Высокая чувствительность *S. haemolyticus* также отмечалась к тетрациклину и котримоксазолу в 90 и 80 % случаев, соответственно. Чувствительность к гентамицину и клиндамицину определялась в 60 % случаев. Целесообразность использования норфлоксацина и левофлоксацина отмечалась в 40 % случаев. Гемолитический стафилококк был чувствителен к эритромицину в 30 % случаев.

У пациентов при миелотоксическом агранулоцитозе, с положительным мазком на гемолитический стафилококк (группа 2), отмечали цистит и уретрит в 80 % исследованных случаев, эндокардит в 10 % случаев и обострение хронической болезни легких также в 10 % случаев.

В ходе проведенного исследования протоколов с выделенной *P. aeruginosa* было установлено, что синегнойная палочка была наиболее чувствительна к колистину (100 % случаев) и амикацину (60 % случаев). Отмечалась чувствительность *P. aeruginosa* к меропенему, гентамицину, тобрамицину в 10 % случаев. Во всех случаях синегнойная палочка была резистентна к пиперациллину-тазобактаму, цефтазидиму и цефепиму.

Стоит отметить, что *P. aeruginosa* тяжело поддается лечению из-за высокой резистентности к различным антибиотикам. У пациентов группы 3 отмечали локальные поражения респираторного тракта (в 80 % случаев), а также дерматит (в 30 % случаев (у двух пациентов отмечался одновременно с поражениями респираторного тракта)) и цистит (в 10 % случаев). В тяжелых случаях бактериемия может приводить к распространению палочки и сепсису, формированию вторичных гнойных очагов инфекции. Осложнения также могут заключаться в возникновении ДВС-синдрома и шока.

В ходе исследования протоколов группы 4 было установлено, что использование большинства рассмотренных препаратов эффективно при поражении стрептококками. Резистентность *Streptococcus spp.* отмечалась только к пенициллину (в 10 % случаев) и эритромицину (в 30 % случаев).

При исследовании архивных данных было установлено, что у пациентов, страдающих от миелотоксического агранулоцитоза, отмечают стрептодермию (в 70 % случаев), фарингиты (в 60 % случаев) и гнойные отиты (в 20 % случаев). Стоит отметить, что у пяти пациентов отмечалось сочетанное поражение (фарингит и стрептодермия).

Выводы

В ходе проведенного исследования была проведена оценка профилей чувствительности к антибиотикам выявленных возбудителей больничных инфекций у пациентов, страдающих от лимфолейкозов различной этиологии и прошедших курс химиотерапии. Показано, что инфекционные агенты, сопровождающие миелотоксический агранулоцитоз, устойчивы к большинству антибактериальных препаратов.

При назначении антимикробной химиотерапии следует проводить бактериологическое исследование для определения профиля резистентности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Особенности диагностики и лечения пневмонии при миелотоксическом агранулоцитозе / А. А. Синюк [и др.] // Амурский медицинский журнал. – 2019. – № 4. – С. 18-21.
2. Проблема полирезистентной микрофлоры в лечении лимфом у детей / Т. Т. Валиев [и др.] // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2021. – Т. 8, № 2. – С.108-116.
3. Мониторинг резистентности стафилококков к антибиотикам у пациентов с гнойными ранами / С. Д. Федянин, В. К. Окулич // Вестник фармации. – 2020. – № 4. – С. 65-69.