

Результаты исследования и их обсуждение

Характеристика заболеваемости ОКИ в зависимости от возбудителя представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Данные микробиологических исследований на кишечную группу за изучаемый период

Возбудитель	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Итого
<i>Enterococcus</i>	6	1	—	—	7
<i>Candida</i>	1	—	2	1	4
<i>E. coli</i>	3	—	—	—	3
<i>Klebsiella</i>	1	—	—	1	2
<i>St. Aureus</i>	1	—	—	—	1
<i>Acinetobacter baumannii</i>	—	1	—	—	1
Всего	12	2	2	2	18

Наиболее часто в июне возбудителем ОКИ был *Enterococcus* — 50 %, кроме него, большая роль принадлежит *E. coli* — 25 %, остальные 25 % — это *Candida*, *Klebsiella*, *St. aureus*. В июле основными возбудителями были *Enterococcus* (50 %) и *Acinetobacter baumannii* (50 %). В августе единственным возбудителем была *Candida*. В сентябре — *Candida* (50 %) и *Klebsiella* (50 %).

Выводы

Наиболее часто в качестве возбудителей ОКИ были выявлены *Enterococcus* (38,9 %) — Гр+ кокк, *Candida* (22,2 %) — дрожжеподобный грибок, *E. coli* (16,7 %) — Гр– палочка. Кроме них, возбудителями ОКИ за исследуемый период являлись *Klebsiella* (11,1 %), *St. aureus* (5,56 %) и *Acinetobacter baumannii* (5,56 %). Стоит учитывать тот факт, что пищеварительный тракт новорожденного более чувствителен при приеме пероральных антибиотиков, поэтому рекомендуем одновременно с антибиотиками назначать противогрибковые средства (леворин, флуконазол, амфотерицин В) и средства, восстанавливающие микрофлору кишечника (бифидум-бактерин и др.); причем использование последних продолжается не менее недели после окончания курса антибиотиков [2]. Стартовым препаратом, особенно при первом эпизоде ОКИ, является ампициллин, активный в отношении энтерококков и кишечной палочки, отличающийся низкой биодоступностью (около 30–40 %), что обеспечивает его высокую концентрацию в пищеварительном тракте [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология / А. Г. Антонов [и др.] / под ред. Н. Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 85, 447–449.
2. Яцык, Г. В. Особенности антибактериальной терапии у недоношенных новорожденных / Г. В. Яцык, Е. П. Бомбардирова // РМЖ. — 2000. — № 18. — С. 749.
3. Страчунский, Л. С. Антибиотики: клиническая фармакология: рук-во для врачей / Л. С. Страчунский, С. Н. Козлов. — Смоленск: Амипресс, 1994. — 207 с.

УДК 616.28-022-053.2-08

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИЙ СРЕДНЕГО УХА У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Прядко А. О., Сотникова В. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Алексеева

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Контингент больных, поступающих в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), в той или иной мере определяется структурой детских подразделений организации здравоохранения (например, наличием палат интенсивной терапии новорожден-

ных) и установленным распорядком работы. Обычно в ОРИТН поступают дети со следующей патологией:

- СДР;
- геморрагический синдром;
- судорожный синдром;
- сердечная недостаточность;
- заболевания, требующие хирургического вмешательства;
- маловесный к сроку гестации;
- внутриутробные инфекции;
- инфекции с тяжелым состоянием;
- неврологические состояния, требующие длительного лечения в специализированном отделении;
- врожденные эндокринные и наследственные заболевания (гипотиреоз, фенилкетонурия);
- врожденные пороки развития с нарушением состояния;
- диабетическая фетопатия;
- недоношенный ребенок до 2000 г [1].

Стоимость койко-дня в ОРИТН составляет от 3 до 5 млн рублей неденоминированными (на момент марта 2015 г.), что приводит к необходимости внедрения в практическую медицину методов диагностики и лечения в соответствии с новейшими достижениями науки и техники [2].

Недоношенные новорожденные и дети с низкой массой тела при рождении составляют группу наибольшего риска перинатальных потерь и инвалидности в дальнейшем. У данного контингента больных отмечают выраженную незрелость основных механизмов антибактериальной защиты. Относительный иммунодефицит определяют показателями гуморального, клеточного и местного звеньев защиты.

У новорожденных слуховой проход заполнен и миксоидной тканью, и казеозными массами, и слущенным эпителием. Скапливаясь в наружном слуховом проходе, все вышеперечисленное может беспокоить ребенка, затруднять осмотр барабанной перепонки и проведение оценки слуховой функции (акустическая импедансометрия, отоакустическая эмиссия). Последнее особенно актуально для врачей родильных домов и участковых педиатров, в обязанности которых входит проведение первичного скрининга слуховой функции методом отоакустической эмиссии. Массы, находящиеся в слуховом проходе, могут быть основой для развития инфекционной патологии [3, 4].

Большое число ежегодных публикаций, относящихся к острому среднему отиту (ОСО), свидетельствует, насколько актуальной представляется проблема данной патологии в детском возрасте. На первом году жизни примерно 60 % детей хотя бы один раз болеют средним отитом, у 20 % детей отмечается 2–3 рецидива заболевания. К 3 годам жизни уже 90 % детей переносят это заболевание как минимум один раз, у 50 % детей отмечается несколько эпизодов среднего отита [5].

В 50 % случаев бактериологическое исследование дает положительные результаты, а вирусная этиология заболевания подтверждается у 30 % детей [6]. Рецидивирующее течение отита частую имеет место при сочетании бактериальной и вирусной инфекций, поскольку частые вирусные инфекции ассоциируются с дисфункцией евстахиевой трубы у детей младшего возраста.

Опасность ОСО состоит в развитии серьезных осложнений, наступающих при несвоевременно начатом лечении или молниеносном течении заболевания. Наиболее частым осложнением является мастоидит — острое воспаление сосцевидного отростка височной кости. Характерные признаки: появление боли в заушной области, отечность и покраснение кожи, изменение положения ушной раковины (кпереди и книзу), ребенок часто наклоняет голову в сторону поражения. Другим осложнением является менингеальный синдром, возникающий из-за недоразвитости структур среднего уха, обильной сосудистой сети и связи с полостью черепа, а также за счет нарушения барьерных механизмов. При этом возникают судороги, рвота, спутанность сознания и снижение двигательной активности. Ребенок для облегчения своего состояния рефлекторно запрокидывает голову. Кроме того, возможны внутрисереп-

ные осложнения: менингит, абсцесс мозга, тромбоз сигмовидного синуса, лабиринтит, парез лицевого нерва и даже сепсис [7].

Вопрос о назначении антибактериальной терапии является дискуссионным в разных странах. Так, в США лечение ОСО антибактериальными препаратами является рутинным (42 % рецептов на пероральные антибиотики у детей выписывается по поводу отита), а в некоторых европейских странах практикуется симптоматическая терапия и только при отсутствии позитивной динамики прибегают к антибиотикам [8]. Обоснованием данной тактики является неуклонный рост частоты резистентности микрофлоры к антибиотикам.

Цель

Определить наиболее часто встречающихся возбудителей ОСО, на основании полученных данных дать рекомендации по стартовой антибиотикотерапии данной патологии у пациентов ОРИТН.

Материал и методы исследования

Исследование было проведено на базе Гомельского областного родильного дома путем ретроспективного анализа медицинской документации. Была проанализирована информация всех пациентах, у которых при подозрении на ОСО был взят мазок из уха за период июнь-сентябрь 2016 г. Полученные данные были ранжированы в зависимости от частоты высеваемости микроорганизмов и месяца проведения исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Характеристика заболеваемости ОСО в зависимости от возбудителя представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Данные микробиологических исследований мазка из уха за изучаемый период

Возбудитель	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Итого
<i>Ent. faecalis</i>	3	4	8	2	17
<i>E. coli</i> + <i>Ent. faecalis</i>	3	7	3	2	15
<i>E. coli</i>	1	3	2	2	8
<i>Candida albicans</i>	1	1	1	1	4
<i>Ent. faecalis</i> + <i>C. albicans</i>	—	2	2	—	4
<i>St. haemolyticus</i> + <i>Ent. Faecalis</i>	—	—	1	1	2
<i>Bacillus spp.</i>	1	1	—	—	2
<i>Ent. Cloacae</i>	1	—	—	—	1
<i>St. haemolyticus</i>	—	—	1	—	1
<i>Str. Anginosus</i>	—	—	1	—	1
<i>St. Aureus</i>	—	—	1	—	1
<i>Ent. faecalis</i> + <i>Ent. cloacae</i>	—	—	1	—	1
<i>St. Aureus</i> + <i>E. coli</i>	1	—	—	—	1
<i>St. viniolans</i> + <i>Ent. faecalis</i>	—	—	1	—	1
<i>Str. Oralis</i>	—	—	—	1	1
<i>Ent. faecalis</i> + <i>St. aureus</i>	1	—	—	—	1
<i>E. coli</i> + <i>C. albicans</i>	—	—	—	1	1
<i>E. coli</i> + <i>Ent. faecalis</i> + <i>C. albicans</i>	—	—	—	1	1
Всего	12	18	22	11	63

Наиболее часто в июне возбудителем ОСО был *E. faecalis* — 50 %, в том числе в половине случаев — в ассоциации с *E. coli*. В июле — *E. coli* и *E. faecalis* (77,8 %), в том числе в 10 (71,4 %) случаях — в ассоциации друг с другом. В августе отмечена наибольшая частота высеваемости и наибольший диапазон возбудителей и ассоциаций возбудителей, основная роль все так же принадлежала *E. coli* и *E. faecalis* (59,1 %), в том числе в 3 (13,6 %) случаях — в ассоциации друг с другом. В сентябре роль *E. coli* и *E. faecalis* так же была высокой — 6 (54,5 %) случаев, в 33 % — в ассоциации.

Также были высеяны следующие возбудители — *C. albicans*, *St. haemolyticus*, *Bacillus spp.*, *Ent. cloacae*, *St. haemolyticus*, *Str. anginosus*, *St. aureus*, *St. viniolans*, *Str. oralis*.

Выводы

Наиболее часто были выявлены *E. coli* (Гр– палочка) и *Ent. faecalis* (Гр+ кокки). Стартовая терапия ОСО антибактериальным препаратом является неоспоримой, если при тимпаноскопии отмечается гиперемия и выбухание барабанной перепонки. Антибактериальная тера-

пия является обязательной для детей в возрасте до 2 лет, и стартовым препаратом, особенно при первом эпизоде ОСО, является амоксициллин — активный в отношении *E. coli* и *Ent. faecalis*, обладающий свойством к проникновению и созданию достаточной терапевтической концентрации в среднем ухе (до 40 % от концентрации в крови). Следует отметить, что для группы цефалоспоринов этот уровень составляет всего 20 % от концентрации в крови и для макролидов — около 10 %. Продолжительность терапии при первом эпизоде отита должна быть не менее 10 дней [9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.12.2004 № 288.
2. Национальный интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Сайт для врачей doktora.by. — Режим доступа: <http://doktora.by/>. — Дата доступа: 16.10.2016.
3. *Богомильский, М. Р.* Острый средний отит у новорожденных у грудных детей / М. Р. Богомильский, Г. А. Самсыгина, В. С. Минасян. — М.: ГОУ ВПО РГМУ, 2007. — 190 с.
4. Важность исследования ЛОР-органов у недоношенных детей / И. В. Рахманова [и др.] // Вестн. оториноларингологии. — 2010. — С. 12–14.
5. *Косяков, С. Я.* Острый средний затянувшийся и рецидивирующий средний отиты у детей / С. Я. Косяков, А. С. Лопатин // Медицинская панорама: научно-практический журнал для врачей и деловых кругов медицины. — 2005. — № 1. — С. 19–21.
6. *Lucien Corbeel.* What is new in otitis media? / Lucien Corbeel // Eur. J. Pediatr. — 2007. — Vol. 166. — P. 511–519.
7. *Гончарова, О. В.* Отиты в практике педиатра / О. В. Гончарова // Русский медицинский журнал. — 2009. — Т. 17, № 5. — С. 344–346.
8. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians. Diagnosis and management of acute otitis media // Pediatrics. — 2004. — Vol. 113. — P. 1451–1465.
9. *Крючко, Т. А.* Острый средний отит у детей: современный взгляд на проблему / Т. А. Крючко, Т. В. Шпехт, О. Я. Ткаченко // Здоровье ребенка. — 2010. — № 2 (23). — С. 14–15.

УДК 616-053.3-022

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Прядко А. О., Сотникова В. В.

Научный руководитель: ассистент *Л. А. Алексеева*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Внутриутробные инфекции (ВУИ) — группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и новорожденного, вызванных различными возбудителями, но характеризующихся общими эпидемиологическими закономерностями и нередко имеющими сходные клинические проявления. Для обозначения внутриутробных инфекций, манифестирующих с первого дня жизни, используют также термин «TORCH-синдром». Данный термин образован первыми буквами латинских названий наиболее часто верифицируемых врожденных инфекций: Т — токсоплазмоз (Toxoplasmosis), R — краснуха (Rubella), С — цитомегалия (Cytomegalia), Н — герпес (Herpes) и О — другие инфекции (Other). К последним относят сифилис, листериоз, вирусные гепатиты, хламидиоз, ВИЧ-инфекцию, микоплазмоз и др. Врожденные инфекции возникают в результате внутриутробного (антенатального или интранатального) инфицирования плода.

Основным источником инфекции при ВУИ является мать ребенка, от которой возбудитель в антенатальном или интранатальном периоде проникает в организм плода. При этом вертикальная передача инфекции может быть осуществлена трансвариальным, трансплацентарным и восходящим путями в антенатальный период, а также контактным путем во время родов. Антенатальное инфицирование в большей степени характерно для вирусов (ЦМВ, вирус краснухи, Коксаки и др.), токсоплазмы и микоплазмы. Интранатальная контаминация более характерна для бактерий и грибов. При этом спектр возбудителей интранатальной инфекции значительно разнообразней и зависит от особенностей микробного пейза-