

Школа клинициста

Клиническая задача № 1

32-летняя женщина госпитализирована по поводу чувства онемения и покалывания в стопах, к которому присоединились неустойчивость походки, слабость в руках, диплопия и одышка. Вся симптоматика развернулась через 11 дней после перенесенной вирусной инфекции. При госпитализации выявлены синусовая тахикардия, слабость в проксимальных и дистальных отделах верхних и нижних конечностей билатерально, арефлексия и выраженная потеря чувства вибрации и чувства позиции в пальцах рук и стоп. Больная не в состоянии самостоятельно ходить.

Вопрос. Выберите оптимальное средство для лечения.

- A. Преднизолон
- B. Пиридостигмин
- C. Обмен плазмы
- D. Метилпреднизолон внутривенно

Клиническая задача № 2

72-летняя женщина, находившаяся в доме для престарелых, госпитализирована в клинику по поводу уросепсиса с предшествующей 2-дневной лихорадкой, которая не была купирована эмпирически назначенным цефтриаксоном (1 г внутримышечно ежедневно). У пациентки установлен мочевого катетер. Месяц назад она перенесла инфекцию, в связи с чем проводился короткий курс терапии ципрофлоксацином. Культура мочи не исследовалась.

При обследовании наблюдалась увеличившаяся спутанность сознания. Температура тела 40 °C, пульс 152 в минуту, регулярный, частота дыхания 38 в минуту, АД 80/50 мм рт. ст. Отмечается боль в левой половине живота. Очаговые неврологические симптомы не определяются.

В крови выявлен лейкоцитоз — 20 000 в 1 мл³ со сдвигом влево (нейтрофилы сегментоядерные 80%, палочкоядерные 5%). В моче: 4+ лейкоциты и бактерии; положительная реакция эстеразы лейкоцитов. Культура мочи: 100 000 колоний/мл *Klebsiella* sp., результат теста на чувствительность ожидается.

Вопрос. Какой из антибиотиков для внутривенного введения наиболее приемлем для пациентки?

- A. Имипенем
- B. Цефтазидим
- C. Ампициллин-сульбактам
- D. Триметоприм-сульфаметоксазол
- E. Моксифлоксацин

Обсуждение клинической задачи № 1

Наблюдавшаяся у пациентки симптоматика в наибольшей степени соответствует синдрому Гийена–Барре. Этот синдром представляет собой иммуноопосредованную демиелинизирующую полинейропатию, характеризующуюся проксимальной и дистальной слабостью конечностей, поражением дистальных сенсорных (чувствительных) проводников, дисфункцией автономной (вегетативной) нервной системы, вовлеченностью краниальных нервов и респираторной недостаточностью (25% пациентов).

Лечение проводится путем внутривенного введения иммуноглобулинов или применением плазмафереза, которые демонстрируют одинаковую эффективность.

Плазмафереза следует избегать у лиц с лабильным артериальным давлением или наличием инфекции. Внутривенное введение иммуноглобулинов не показано в случаях почечной недостаточности, застойной сердечной недостаточности и IgA-дефицита. Оба терапевтических подхода экономически дороги, обладают потенциальными смертельными осложнениями и резервируются для пациентов с неспособностью к самостоятельному передвижению, для лиц с дыхательной недостаточностью, с быстро нарастающей мышечной слабостью.

Оральный прием стероидов или внутривенное введение метилпреднизолона не приносят существенного клинического улучшения у больных с синдромом Гийена–Барре. Пиридостигмин оказывает симптоматический эффект у пациентов с *myasthenia gravis*, это заболевание также протекает с мышечной слабостью, диплопией и одышкой, однако не ассоциировано с сенсорными нарушениями.

Правильный ответ: С

Заключение. Синдром Гийена–Барре характеризуется проксимальной и дистальной слабостью, симптомами вовлечения автономной нервной системы и дыхательной недостаточностью.

Лечение при развитии синдрома Гийена–Барре внутривенным введением иммуноглобулина или с помощью плазмафереза показано пациентам с неспособностью самостоятельно перемещаться, лицам с дыхательной недостаточностью или больным с быстро прогрессирующей слабостью.

Обсуждение клинической задачи № 2

Колонизация инфекцией с расширенным спектром β -лактамаз (ESBL; *extended-spectrum β -lactamase*) эндемична в домах для престарелых (до 40% резидентов колонизированы этими штаммами).

Карбапенемы (имипенем, меропенем, эртапенем) — наиболее эффективные эмпирические агенты для лечения инфекции ESBL-продуцирующими грамотрицательными бактериями, такими как *Klebsiella* sp.

Изоляты *Klebsiella* резистентны к цефтриаксону, а также к другим цефалоспорином вследствие наличия ESBL. Плазмида, содержащая ESBL-ген, обладает и другими детерминантами резистентности, поэтому большинство ESBL-продуцирующих штаммов резистентны также к аминогликозидам и сульфасоединениям.

Около половины штаммов резистентны к фторхинолонам, в связи с чем введение цефтазидима, ампициллина-сульбактама, триметоприм-сульфаметоксазола или моксифлоксацина будет неэффективным. Помимо этого, недавнее введение пациентке фторхинолона также повышает риск наличия резистентного микроорганизма.

Наконец, моксифлоксацин не достигает в моче адекватного терапевтического уровня.

Правильный ответ: А

Заключение. Карбапенемы (имипенем, меропенем, эртапенем) — наиболее приемлемые эмпирические агенты для лечения грамотрицательной микрофлоры, продуцирующей ESBL.

Опечатка.

В № 3 2015 г. на с. 56 (левая колонка, последний абзац, 8-я строка снизу) вместо «присоединяется L-Glu» читать «присоединяется L-Gly»