

иммунологические реакции в норме и патологии у детей: сб. науч. статей / Под ред. В.В. Фомина, А.И. Ольховикова, С.А. Царьковой, О.А. Чеснаковой. – Екатеринбург, изд-во УГМА. – 2003. – С.25-31.

5. Ройт А. Иммунология / А.Ройт, Дж. Бростофф, Д. Мейл; Пер. с англ. В.И. Кандрора, А.Н. Маца, Л.А. Певницкого, М.А. Серовой. – М.: Мир, 2000. – 592 с.

А.С. Соколова, В.А. Богданов

АНАЛИЗ МИКРОБНОГО СПЕКТРА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Детская городская больница № 11

Резюме. Целью исследования явилось определение структуры заболеваемости и проведение анализа микробного спектра у детей от 0 до 1 месяца жизни с инфекционной патологией. Было обследовано 1100 детей, поступивших в отделение «Сочетанной инфекционной патологии новорожденных» в течение 2006 года. У всех детей имелись очаги малой гнойной инфекции. У новорожденных детей заболевания вызываются преимущественно условно-патогенной флорой, которая приобретает патогенные свойства и вызывает развитие инфекций.

Ключевые слова: новорожденные, инфекция, условно-патогенная флора.

В последнее десятилетие остается высокой инфекционная заболеваемость детей раннего возраста [2,3]. Все большую значимость придают роли условно-патогенных микроорганизмов в этиологии этих инфекций. Можно предвидеть, что эта тенденция сохранится, если не усилится, и в будущем. Для условно-патогенных микробов, в отличие от патогенных, специфичность инфекционного процесса не характерна, в связи с невысокой степенью адаптации. Возможно, одной из причин развития болезней, вызванных условно-патогенной флорой, является уменьшение числа нейтрофилов на 30-50% в 90-х годах, по сравнению с 60-ми годами [4]. Изменчивость биологических свойств микроорганизмов реализуется при изменении условий их существования. Широкое использование антибиотиков, иммуносупрессивная терапия, расширение сферы эндоскопических исследований, хирургических манипуляций, некоторые техногенные факторы, выраженная способность к генетическому обмену у некоторых микробов, ухудшение условий для распространения микробов приводят к формированию популяций с измененными биологическими свойствами. Эти изменения проявляются развивающейся устойчивостью к антибиотикам, химическим веществам, дезинфектантам. Изменчивость придает возбудителям преимущества для широкого распространения, что отражается на этиологической структуре заболеваний и особенностях эпидемического процесса [1,3]. Поэтому актуален вопрос о диагностике и этиологической расшифровке причин возникновения заболеваний у детей. Установление этиологической структуры, например, кишечных инфекций, позволит изучить особенности их клинического течения в возрастном аспекте, что особенно важно в педиатрической практике. Доля детей первого года жизни,

умерших от кишечных инфекций, составляет 92%. Среди них 61,6% - это дети в возрасте до 1 месяца [2].

Первые симптомы заболевания, вызванного условно-патогенной флорой, выявляются, как правило, в периоде новорожденности, сразу или после выписки из роддома. Это связано с особенностями формирования микрофлоры новорожденного и его иммунореактивности, которая может снижаться в силу неблагоприятного течения беременности у матери (гестоз, угроза невынашивания, фетоплацентарная недостаточность). Сочетание этих факторов (высокая доза микроорганизмов и снижение иммунитета) определяет высокий риск и частоту возникновения инфекций, вызванных представителями условно-патогенной микрофлоры у детей данного возраста [1.3].

Цель исследования: изучение структуры заболеваемости и проведение анализа микробного спектра у детей от 0 до 1 месяца жизни с инфекционной патологией.

Материалы и методы. Характер исследования – ретроспективное и проспективное. Было обследовано 1100 детей в возрасте от 0 до 1 месяца жизни, поступивших в отделение «Сочетанной инфекционной патологии новорожденных» в течение 2006 года. У всех детей имелись очаги малой гнойной инфекции. С целью определения этиологического фактора заболеваний всем детям проводилось бактериологическое и серологическое обследование, в зависимости от клинических проявлений инфекций (посевы кала, мочи и крови, отделяемого из глаз, пупка, с кожи).

Результаты и их обсуждение. По результатам обследований определена структура основной и сопутствующей патологии, которая представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сочетанная инфекционная патология у детей первого месяца жизни по данным отделения «Сочетанной инфекционной патологии новорожденных» МУ ДГБ № 11, г. Екатеринбург

Инфекционные заболевания	2005 год		2006 год	
	Абс.	%	Абс.	%
Внутриутробная инфекция	218	19.3	192	17.1
Желтуха	454	40.3	525	46.7
Энтероколит	551	48.9	569	50.6
Малая гнойная инфекция	418	37.1	459	40.8
Кандидоз	281	24.9	297	26.4
ОРВИ	234	20.7	181	16.1
Генерализованные формы (сепсис??)	63	5.6	73	6.5

Состояние 68,7% всех поступивших детей было расценено как среднетяжелое, 31,2% - как тяжелое.

Анализируя микробный спектр (из всех очагов), удалось выявить, что патогенные эшерихии выделены у 4 больных и в этиологии заболеваний у детей данного возраста играют незначительную роль. Стафилококк выделялся в 31,14%, энтерококк - в 26,87% и клебсиелла - в 21,89% проб. Кишечная палочка с измененными свойствами была обнаружена у 12,01% детей. У 8,27% детей были выделены грибы рода *Candida*. Другие микробы были выделены у 10,7% детей. Подтверждение ротавирусной этиологии энтероколитов у наших детей составило 1,69%. Следует отметить, что стафилококк выделялся из кала в 40,32%, из глаз - в 28,28%, с кожи - в 19,14%, из пупка - в 11,4%; энтерококк выделялся из кала в 77,87%, из мочи в 19,2%, с кожи и из пупка - в 1,3%, из глаз - в 0,33%; клебсиелла выделялась из кала в 95,4%, из мочи - в 1,4%, из пупка - в 2,03%, с кожи - в 1,22%. Среди всех выделяемых микробных агентов 50% были резистентными к β -лактамазам. У 17 детей кишечный синдром был связан с течением цитомегаловирусной инфекции, что было подтверждено обнаружением вируса в крови методом ПЦР.

В результате полученных данных, процентное соотношение выделенных микроорганизмов из различных локусов в 2006 году не отличалось от полученных данных за 2005 год.

Дифференциальная диагностика заболеваний, вызванных условно-патогенной флорой между собой, по клиническим признакам затруднительна и невозможна. Подтверждение инфекционной природы заболеваний составило 71,4%, при этом остается высоким процент отрицательных бактериальных анализов. Это связано с ростом доли вирусных инфекций. К вирусным агентам, которые могут быть причиной кишечных расстройств, относятся главным образом ротавирусы, реже - астровирусы, калицивирусы, коронавирусы и аденовирусы. Недостатком остается поздняя этиологическая расшифровка заболеваний (на 5-6 день от поступления), что требует внедрения новых методов диагностики.

Проведенный анализ показывает, что некоторые представители условно-патогенной флоры на современном этапе являются патогенными для новорожденных детей. Реализация патогенных свойств условно-патогенных микроорганизмов возможна у детей с ослабленным иммунным потенциалом. Несомненное значение имеет здоровье матери и ее предшествующая патология, течение беременности и родов.

Выводы:

1. У новорожденных детей заболевания вызываются преимущественно условно-патогенной флорой. Патогенная флора выделяется крайне редко, в связи с отсутствием пищевого и водного фактора в передаче инфекции.

2. Среди выделенных возбудителей инфекций у новорожденных на первом месте стоит стафилококк, на втором - энтерококк, затем - клебсиелла.

3. Условно-патогенная флора приобретает патогенные свойства и вызывает развитие инфекций у новорожденных. При этом 50% всех выделенных микроорганизмов приобретают устойчивость к β -лактамазам.

Список использованной литературы

1. Абаев Ю.К. Воспалительные заболевания новорожденные / Ю.К. Абаев.- Ростов н/Дону: Феникс, 2007. – 256 с.
2. Нисевич Н.И. Инфекционные болезни у детей в XX веке и проблемы века XXI // Педиатрия.-2001.- Спецвыпуск. - С. 5-9.
3. Острые бактериальные кишечные инфекции у детей: / В.В.Фомин, Т.В.Калугина, С.Е.Чащина, Н.В.Карпова. - Екатеринбург: УГМА, 1999. - 74 с.
4. Фомин В.В., Бейкин Я.Б., Кашуба Э.А., Зыкова С.Н. Гемограмма и иммунограмма у детей /Руководство «Детские инфекционные болезни». Часть 2. Под ред. В.В. Фомина и др., УГМА, 2001. – С. 589-603.

Т.В. Калугина, О.А. Федорова, В.А. Богданов

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

ГОУ ВПО « Уральская государственная медицинская академия» Росздрава
Детская городская больница №11

Резюме: под наблюдением находилось 40 детей с врожденной ЦМВИ в возрасте от 3х до 45 дней, прошедших через отделение инфекционной патологии новорожденных в течение трех лет (2003-2005). В качестве диагностики ЦМВИ использовали методы ПЦР и ИФА. В работе дана клиническая характеристика различных форм врожденной ЦМВИ, предложена схема альтернативного лечения.

Ключевые слова: врожденная ЦМВИ. клинические формы, лечение.

Среди врожденных инфекций цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) занимает ведущее место, учитывая высокий процент инфицирования данным вирусом населения, и, в частности, женщин репродуктивного возраста. По данным отечественных исследователей, только 5,5% женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом не имеют антител класса G к ЦМВ (Л.Б. Кистенева и др., 2003). Беременность, как известно, сопровождается развитием физиологической иммуносупрессии, что создает условия для активации латентной инфекции и повышает риск инфицирования и развития заболевания у плода и новорожденного.

Показатели врожденной ЦМВИ по данным различных авторов колеблются от 0,25 до 2,4% среди новорожденных детей. Риск развития внутриутробной инфекции зависит от наличия у беременной первичной или реактивации латентной инфекции. При первичной инфекции во время беременности манифестные формы у новорожденных могут оставлять 10-15%, при реактивации латентной инфекции - только 1%.

Характер поражения плода зависит от сроков инфицирования. При инфицировании на ранних сроках беременности возможны гибель плода и самопроизвольные аборты. При инфицировании в первые 3 месяца беременности вероятно тератогенное действие ЦМВ с формированием пороков развития. При инфицировании в более поздние сроки у ребенка