

При анализе дифференцировочных маркеров лимфоцитов у больных с выделением *S.trachomatis* выявлено снижение уровня CD4 – $0,51 \pm 0,03$, CD19 – $0,14 \pm 0,02$ и соотношения CD4/CD8 – $0,98 \pm 0,15$ по сравнению с больными без выделения – $0,70 \pm 0,04$, $0,31 \pm 0,04$ и $1,47 \pm 0,15$ соответственно.

Таким образом, при эндометриозе наблюдается снижение клеточной защиты в виде уменьшения содержания Т-лимфоцитов, CD4-лимфоцитов и NK-клеток, более выраженное при наружном эндометриозе. Повышение уровня ФАН и Ig M у больных эндометриозом указывает на наличие подострого воспалительного процесса.

Выделение *S. trachomatis* является косвенным маркером иммунодефицитного состояния, которое подтверждается более низкими показателями лейкоцитоза, содержания нейтрофилов, моноцитов, CD4 и CD19 лимфоцитов и соотношения CD4/CD8.

Т.В. Калугина, Е.Г. Туринцева

ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

УГМА, МУ «Детская инфекционная больница»

В последнее десятилетие отмечен рост инфекционно-воспалительных заболеваний, вызванных грибами рода *Candida*. По данным различных авторов, удельный вес кандидозной инфекции достигает 15–40%. Особое значение кандидоз приобретает у новорожденных, т.к. наряду с локализованными формами существует высокий риск развития кандидосепсиса.

Под нашим наблюдением находилось 30 детей периода новорожденности с кандидозом, причем у 23 из них кандидоз сочетался с различными формами локализованных гнойно-воспалительных заболеваний: с энтероколитами, вызванными условно-патогенной флорой – 16, с бактериальными везикулезами – 3, с гнойными конъюнктивитами – 3. В изучаемой группе 28 детей родились доношенными и 2 недоношенными. Непосредственно из роддомов

города переведено 16, из других стационаров – 4 и 10 детей поступили с участка. Беременность у всех женщин протекала неблагоприятно: токсикоз, угроза прерывания, хроническая фетоплацентарная недостаточность. У всех женщин имелись указания на инфекционную патологию: пиелонефрит, кольпит, хроническую внутриматочную инфекцию. В последнем триместре беременности у 10 женщин выявлен дрожжевой кольпит. Диагноз кандидоза клинически поставлен у 7 человек, подтвержден бактериологически и микроскопически у 23. С учетом формы заболевания больные разделены на две группы:

- I группа (n = 12) – новорожденные с поверхностным кандидозом кожи и слизистых;
- II группа (n = 18) – новорожденные с системными кандидозами.

В первой группе кандидоз кожи наблюдался у 8, кандидоз слизистых у двух, кандидоз кожи и слизистых у двух детей. У новорожденных, поступивших в стационар с кожными проявлениями кандидоза, сыпь характеризовалась появлением микровезикул, не сливающихся между собой, на ярко гиперемизированном фоне, с неровными границами. У всех детей сыпь локализовалась в паховых, межъягодичных складках, с переходом на кожу живота, внутреннюю поверхность бедер, у двоих детей процесс распространялся на боковые поверхности туловища и в шейные складки. В случаях присоединения кандидозной инфекции в условиях стационара развивался интертригиозный дерматит. После купирования сыпи, независимо от характера элементов, оставались участки депигментации и выраженного шелушения.

Кандидоз слизистых характеризовался появлением островчатых белых налетов на слизистой щек, десен и на боковой поверхности языка. Купирование сыпи и молочницы на фоне местного лечения антимикотическими препаратами происходило на 5-6-ой день от начала терапии. Во II группе кандидоз кишечника выявлен у 7, мочевыделительных путей у 7, сочетанное поражение той и другой системы у 4 новорожденных.

Одной из особенностей системных кандидозов явилось их сочетание с поражением кожи и слизистых ротовой полости у всех больных. Клиническая картина поражения кожи и слизистых совпадала с таковой у детей I группы, однако, длительность течения кожного процесса и поражения слизистых ротовой полости увеличивалась до 9-10 дней.

При кишечном кандидозе выделение грибов рода *Candida albicans* ассоциировалось с бактериальной флорой у 10 детей (стафилококк выделялся у 3, клебсиелла у 3, кишечная палочка с гемолитическими свойствами – у 4). Клиника бактериально-кандидозных энтероколитов повторяла клинику энтероколитов, вызванных условно-патогенной флорой, и характеризовалась постепенным развитием кишечного синдрома, появлением срыгиваний и энтероколитного стула.

При кандидозе мочевыделительных путей мочевого синдром выявлялся в виде умеренной лейкоцитурии (5-10 в поле зрения). Клинический эффект от введения антимикотических препаратов при системном кандидозе наступал на 9-10-ый день лечения.

При иммунологическом обследовании, проводимом на 10-12-ый день заболевания, отмечались Т-лимфоцитоз ($3,21 \pm 0,43$), В-нормоцитоз ($0,76 \pm 0,11$), повышение НСТ-теста ($18,2 \pm 2,67$), высокий уровень комплемента ($56,5 \pm 2,1$), низкое содержание ЦИК ($30,0 \pm 6,2$). В гуморальном звене наблюдался дисбаланс иммуноглобулинов в виде увеличения содержания IgM ($0,82 \pm 0,18$), снижения уровня IgG ($6,35 \pm 0,13$), IgA не определялся ни у одного больного.

Таким образом, у новорожденных наиболее часто выявлялся поверхностный или системный кандидоз. Инфицирование детей, учитывая акушерский анамнез матерей, в большинстве случаев происходит в интранатальном периоде. Однако манифестация клинических симптомов зависит от исходного фона, предшествующих заболеваний, изменений в иммунном статусе, в частности, при низких показателях иммунологических реакций отсроченного порядка (ЦИК, IgA, IgG).