

применение системного антимикотика, например, Микосиста 3-кратно. Эффективность его будет выше при сочетании с энтеральным введением таблетированной формы. Без подавления роста грибов в просвете кишечника парентеральная противогрибковая терапия оказывается не эффективной или имеется нестойкий, кратковременный эффект. Именно кишечный кандидоз является причиной генерализации грибковой инфекции и его профилактика и лечение лежит в основе обеспечения профилактики грибкового сепсиса у пациентов с вторичной иммуносупрессией.

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

Пустынная С.В., Фомин В.В.

Детская городская клиническая больница № 9

При анализе литературных источников за последние 10 лет встречается большое количество сообщений о росте заболеваемости стрептококковыми инфекциями у детей с развитием тяжелых форм болезни, приводящих к поражению внутренних органов и возникновением осложнений. Многими исследователями отмечается торпидность течения стрептококковых инфекций и склонность бактериальных процессов к релативизации даже при назначении антибактериальной терапии.

Скарлатина, как одна из форм стрептококковой инфекции, является одной из распространенных неуправляемых детских инфекций. Заболеваемость по г. Екатеринбург на 2002 г. составила 36,5 на 100 тыс. детского населения, на 2003 г. – 36,3. С диагнозом скарлатина в инфекционное отделение ДГКБ № 9 поступило в 2002 г. 25 детей и в 2003 г. – 18 больных. Дети с рожей и стрептококковыми флегмонами госпитализировались в НГХО, с лимфаденитами – в отделение челюстно-лицевой хирургии.

**Цель работы:** уточнение клинко-иммунологической перестройки при стрептококковой инфекции у детей.

**Материал и методы.** Обследовано 55 больных со скарлатиной, 8 - со стрептококковым лимфаденитом, 8 - с рожей. Иммунологическое обследование

проводилось 2-хкратно. Исследование периферической крови и иммунологическое обследование, включавшее определение числа CD3, CD4, CD8, CD16, CD20-лимфоцитов методом моноклональных антител, уровня сывороточных иммуноглобулинов А, М, G методом реальной иммунодиффузии в агарном геле по G. Mancini, концентрации ЦИК антигенспецифическим методом при помощи осаждения 3% полиэтиленгликолем, показателей комплемента путем титрования по 50% гемолизу эритроцитов барана, НСТ-теста при помощи нитросинего тетразола проводили на 4-5 сутки болезни на базе Городского центра лабораторной диагностики болезней матери и ребенка (гл. врач д.м.н., профессор Бейкин Я.Б.). Полученные результаты сравнивались с нормативными показателями детей той же возрастной группы для Уральского региона.

Результаты. Общей закономерностью иммунологической перестройки при скарлатине явились: умеренный лейкоцитоз ( $8,37 \pm 0,48$ ), высокий нейтрофилез ( $5,66 \pm 0,47$ ), высокие показатели IgM ( $1,97 \pm 0,2$ ) и концентрация ЦИК ( $74,7 \pm 7,05$ ), лимфопения ( $2,1 \pm 0,2$ ), низкие значения Т-лимфоцитов CD3 ( $1,47 \pm 0,17$ ) и цитотоксических CD8-лимфоцитов ( $0,37 \pm 0,05$ ) ( $p \leq 0,05$ ) и наличие прямой корреляционной связи между JgM и ЦИК. Данные изменения выявлялись у всех больных, независимо от формы тяжести болезни.

При тяжелой, в отличие от среднетяжелой формы, также отмечались низкие показатели Т-хелперов CD4 ( $0,52 \pm 0,02$ ) и натуральных киллеров CD16 ( $0,09 \pm 0,01$ ), высокие значения лейкоцитов, гранулоцитов и ЦИК ( $p \leq 0,05$ ), отсутствовала кооперация между Т и В клетками. Активность фагоцитоза (нейтр.) в первые 5 дней болезни снижается ( $2,86 \pm 0,59$ ), отмечается низкая бактерицидная активность (БА) ( $22,1 \pm 0,9$ ), повышается АФ (моноцит.) ( $0,31 \pm 0,06$ ). Использование ликопада как иммуномоделирующего средства улучшало бактерицидную, цитостатическую активность фагоцитоза. Без использования препарата на 10-14 сутки болезни нормализовались АФ (нейтр.), АФ (монцит.), НСТ (спонтанное) и БА, остается сниженным НСТ (стим.) ( $20 \pm 0,33$ ). Применение ликопада привело к нормализации показателей фагоцитарного звена и повышение уровня АФ (моноцит.) ( $0,26 \pm 0,03$ ).

При среднетяжелой эритематозно-булезной локализованной форме рожки отмечается сомнительный лейкоцитоз ( $7,5 \pm 1,5$ ), гранулоцитоз ( $3,5 \pm 0,02$ ), лимфопения ( $2,4 \pm 1,17$ ), высокий JgA ( $1,7 \pm 0,57$ ), высокие показатели СН50 ( $63,25 \pm 1,63$ ), нет выраженных нарушений уровня НСТ и ЦИК, снижение числа СДЗ ( $1,94 \pm 0,67$ ), повышение АСЛО и СРП,

В отличие от иммунологической перестройки при скарлатине, при роже нет повышения JgM ( $1,2\pm 0,57$ ) и ЦИК ( $47,5\pm 3,54$ ), что уменьшает вероятность аллергических осложнений. Отмечается повышение JgG ( $11,75\pm 0,92$ ) и более высокая СОЭ.

Изменение иммунологического статуса при стрептококковых лимфаденитах характеризуется лейкоцитозом ( $10,05\pm 2,44$ ), гранулоцитозом ( $5,65\pm 2,62$ ), лимфоцитозом ( $2,15\pm 0,52$ ), высокой СОЭ, снижением СДЗ ( $1,56\pm 0,72$ ) СД4 ( $0,90\pm 0,42$ ), СД8 ( $0,52\pm 0,24$ ), повышением ЦИК, СН50 ( $54,47\pm 8,67$ ), АСЛО и СРП.

Выводы. 1. Типичными изменениями иммунологического статуса являются: лейкоцитоз, нейтрофилез, нарастание концентрации ЦИК, IgM, снижение числа СДЗ, СД8.

2. Для тяжелой формы болезни также характерно снижение CD4 и CD16-лимфоцитов, значения ЦИК и IgM при тяжелой форме были достоверно выше таковых при среднетяжелой форме болезни.

3. Отсутствие корпорации Т и В клеток, а также значительное нарастание концентраций ЦИК, возможно являются причиной развития тяжелой формы стрептококковой инфекции у детей.

4. Длительное сохранение высоких концентраций ЦИК может, видимо, приводить к развитию аллергических осложнений.

## **ГЛОБАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НОЧНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ**

Ахметова С.Т., Языкова О. Б.

Детская городская клиническая больница № 9

Энурез является наиболее частым функциональным расстройством у детей. Поскольку ночной энурез не самостоятельная нозологическая форма болезни, а синдром, то его развитие возможно при различных заболеваниях. Ночной энурез может встречаться в клинической картине заболеваний нервной, мочевыделительной систем или нарушения психики. 8 – 10% обращений за медицинской помощью к урологам приходится на детей, страдающих расстройствами мочеиспускания и ночным энурезом. Большое значение в правильном выборе лечения ночного недержания мочи имеет диагностика, позволяющая определить уровень механизмов регуляции мочеиспускания.

К стандартам диагностики относятся: общий анализ мочи, проба по Нечипоренко, проба по Зимницкому (исключение инфекции мочевыводящих путей, определение концентрационной функции почек и преобладания дневного и ночного энуреза); ЭХО-энцефалоскопия и исследование глазного дна (определение внутричерепного давления,