гены госпитальных инфекций в отделении патологии новорожденных при многопрофильной детской клинической больнице г. Красноярска.

В работе представлен ретроспективный анализ первичной документации 461 новорожденных, поступивших для стационарного лечения по направлениям из поликлиник и районных больниц, а также переведенных из родильных домов. Госпитальная инфекция диагностировалась на основании клинических признаков инфекции, дополнительных результатов параклинических методов исследования (рентгенография, УЗИ и т.д.) и лабораторных данных (общеклинических, микробиологических, серологических и экспресс-методов диагностики). Инфекция рассматривалась как госпитальная, если не находилась в стадии инкубации на момент поступления и развилась не ранее чем через 48 ч после госпитализации.

По данным за 2000 г. в отделении патологии новорожденных было зарегистрировано 69 случаев госпитальной инфекции, что составило 14,9% от всех детей, госпитализированных в отделение. Полученный результат мало отличается от литературных данных, согласно которым число больных с нозокомеальными инфекциями колеблется от 3 до 30%.

По данным проведенного исследования наиболее актуальным и «проблемным» возбудителем следует считать *Candida albicans,* который выделен у 47,8% новорожденных. В 52,2% случаев нозокомеальные инфекции имели место бактериальное происхождение и вызывались «классическими» возбудителями – *S.aureus, P.aeruginosa, E.coli, Klebsiella spp.,* а также оппортунистическими микроорганизмами с более низкой вирулентностью – *S.epidermidis, Enterococcus spp.* и др.. Из числа обследованных грам-положительная и грам-отрицательная флора установлены соответственно в 30,4% и 17,7% наблюдений. В целом результаты микробиологического исследования подтвердили ведущую этиологическую роль оппортунистических микроорганизмов в возникновении нозокомеальных инфекций.

Структура нозокомеальных инфекций, которая зависит от профиля стационара, политики применения антибактериальных препаратов, контингента пациентов, показала, что наиболее распространенными были следующие патологические состояния: кандидозная инфекция – в 47,8% случаев (кандидоз кожи – в 31%, кандидозный менингит – в 3%, кандидоз слизистых в 66% при отсутствии взаимосвязи между частотой кандидоза у новорожденных и наличием кандидоза у матери); гнойный конъюнктивит – в 23,1% случаев; бактериальный вульвовагинит – в 14,4%; энтероколит – в 8,9%; бактериальный менингит – в 1,5%. Клинико-лабораторная манифестация госпитальной инфекции наступала на 7-10 день госпитализации в 55,4% случаев, на 10-15 день – в 33,3% случаев, позднее 15 дня – в 11,3%.

В 40,1% случаев нозокомеальные инфекции регистрировались у детей после интенсивной терапии или реанимационных мероприятий, что возможно обусловлено использованием катетеров, дренажей, нахождением на ИВЛ и т.д..

В проведенном исследовании предпринята попытка выделить факторы риска развития госпитальных инфекций, среди которых наиболее значимыми были: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у матери, патологическое течение беременности, недоношенность, задержка внутриутробного развития, заболевания матери. Указанные факторы риска и их сочетания отмечены у 92% новорожденных с нозокомеальными инфекциями.

Таким образом, результаты проведенного исследования по данным отделения патологии новорожденных позволили уточнить частоту встречаемости, этиологию и нозологическую структуру нозокомеальных инфекций, а также определить наиболее значимые факторы риска в развитии инфекционных заболеваний, которые не находились в стадии инкубации на момент поступления и развивались не ранее чем через 48 часов госпитализации.

Коррекция микробиоценоза влагалища при проведении комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки

Уткин Е. В.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово

До настоящего времени одно из основных мест в структуре гинекологической патологии занимают воспалительные процессы придатков матки, причем частота их за последние 10 лет даже возросла [Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., 2001]. Безусловно, что наибольшие трудности для лечения представляют тяжело протекающие гнойно-воспалительные заболевания, особенно с вовлечением в патологический процесс брюшины мало-

го таза или формированием тубоовариальных гнойных образований, которые могут привести к развитию таких грозных осложнений как разлитой перитонит, сепсис и септический шок. Осложняет данную проблему и то, что, как правило, для подобных заболеваний характерна полимикробная этиология. Все это требует проведения массивной антибактериальной терапии, с применением комбинации 2-3 антибиотиков широкого спектра действия. При этом схемы лечения должны эмпирически обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных патогенных микроорганизмов, включая хламидии, гонококки, трихомонады, грамотрицательные факультативные бактерии, анаэробы и стрептококки. Однако подобная терапия будет оказывать отрицательное воздействие и на нормальную влагалищную микрофлору, способствовать развитию дисбиоза влагалища. Профилактика и лечение подобных осложнений основывается на принципах создания оптимальной физиологической среды влагалища и восстановления его нормального биоценоза. Самостоятельное восстановление нормальной микрофлоры влагалища, после массивной антибактериальной терапии, на фоне изменения гормонального гомеостаза и иммунных нарушений, маловероятно. Чаще всего в настоящее время для этой цели используются биотерапевтические препараты (ацилакт, лактобактерин, бифидобактерин и др.), недостатком которых является то, что они содержат штаммы бифидобактерий или лактобактерий, выделенных у людей из кишечника, поэтому при попадании в нехарактерную для их обитания среду эти микроорганизмы, обладающие слабой адгезивной активностью по отношению к влагалищному эпителию, не в состоянии прижиться там на достаточно продолжительное время.

С учетом этих особенностей, в настоящей работе, с целью коррекции биоценоза влагалища после проведенной антибактериальной терапии, использовался препарат "Жлемик", который представляет собой лиофилизированные живые лактобактерии (*Lactobacillus acidophilus* А-4 и *L. acidophilus* В-2), выделенные из влагалища у здоровых женщин и обладающие повышенной приживляемостью, высокой кислотообразующей активностью, антагонистической активностью по отношению к ряду условно патогенных микроорганизмов, способностью восстанавливать уровень эндогенных лактобактерий. Данные штаммы лактобактерий обладают усиленной лизоцимной, гликогенолитической активностью и отличаются устойчивостью к ряду антибиотиков [Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. и др., 1999].

Комплексное противовоспалительное лечение, включающее в себя антибактериальную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, противовоспалительную и общеукрепляющую терапию, было проведено 42 женщинам репродуктивного возраста. У 29 из них был диагностирован острый гнойный сальпингит, у 8 – обострение хронического сальпингоофорита и у 5 – пельвиоперитонит. У всех 42 пациенток до начала лечения состояние биоценоза влагалища соответствовало вагиниту по классификации Е.Ф. Кира (1995). Или картина микроскопического исследования мазков из влагалища в большинстве случаев (61,9%) соответствовала III степени чистоты, у 7 (16,7%) больных микрофлора отсутствовала и у 9 (21,4%) – определялась IV степень чистоты влагалищного содержимого. Всем этим больным в период проведения антибактериальной терапии дополнительно применялись влагалищные свечи "Гексикон" (по 1 свече 3-4 раза в сутки в течение 7 дней), содержащие в своем составе хлоргекседина биглюконат. В последующем, с целью коррекции влагалищного микробиоценоза, пациенткам проводилось введение "Жлемика" 1 раз в день в течение 14-15 дней в виде вагинальных свечей или на тампонах. При этом разовая доза составляла 5,0 x 10^8 микробных тел на прием.

Эффективность лечения оценивалась по субъективным ощущениям женщин, динамике клинической картины заболевания, видовому и количественному составу микрофлоры влагалища. В процесс терапии у всех женщин исчезали патологические выделения, чувство дискомфорта в органах мочеполовой системы, жжение и неприятные ощущения во влагалище. В мазках констатировалось уменьшение палочковой и кокковой микрофлоры, увеличение количества лактобацилл. Непосредственный положительный эффект от проведенного лечения был отмечен в 97,6% случаев. При этом, к моменту клинического выздоровления у большинства 39 (92,9%) состояние биоценоза было расценено как нормоценоз, у 2 (4,8%) – как промежуточный тип и только у одной больной после проведенной терапии определялись признаки дисбиоза влагалища.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности комплексной проти-

вовоспалительной терапии с последующим использованием с целью коррекции биоценоза влагалища препарата "Жлемик". Он может быть рекомендован к применению при лечении гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

Изменение антропометрических параметров у девушек с гормональным дисбалансом, обусловленным аномалией половых хромосом

Фефелова В.В., Соколова Т.А., Фефелова Ю.А., Нагирная Л.А., Шашило Е.В.
Государственное учреждение НИИ медицинских проблем Севера Сибирское отделение РАМН, Красноярск.

Среди аномалий гоносом существенное клиническое значение имеет моносомия X, или синдром Шерешевского-Тернера (СШТ). Нами обследовано 90 девушек с СШТ, имевших жалобы на задержку полового развития и изменения в кариотипе типа 45,X с различным процентным содержанием этого клона. Из них 6 человек (5,62+2,41%) вошли в группу с моносомным вариантом кариотипа 45,X и 84 человека (94,38+2,41%) с мозаичным вариантом разной степени выраженности, в том числе 11 человек (10,11+3,29%) с различными структурными изменениями X-хромосомы типа делеции одного плеча, инверсий, радиарной X-хромосомы.

У девушек с СШТ выявлено изменение концентрации гонадотропных гормонов: значительное статистически достоверное повышение фолликулости-мулирующего гормона (ФСГ) и повышение (недостоверное) лютеинизирующего гормона (ЛГ). Нами выявлена прямая корреляционная зависимость между увеличением процентного содержания патологического клона клеток 45X и повышением концентрации гормонов ЛГ и ФСГ. Известно, что скорость созревания скелета обратно пропорциональна уровню гипофизарных гонадотропных гормонов.

Рост и масса тела у девушек с СШТ были достоверно ниже среднего роста и массы тела здоровых девушек соответствующего возраста. Основная доля лиц с СШТ представлена девушками с нанизмом. Среди пациентов с СШТ отсутствовали девушки с повышенной массой тела, напротив, наблюдалось большое количество лиц с гипотрофией (48,35%). При анализе корреляционных связей прослеживается обратная зависимость между параметрами массы тела больных СШТ и процентным содержанием патологического клона клеток 45X. Уменьшение роста и массы тела у девушек с СШТ, как правило, сочеталось с наличием характерных стигмальных отклонений в фенотипе: шейный птеригиум, щитовидная грудная клетка, низкий уровень роста волос, низкопосаженные ушные раковины.

У девушек с СШТ нами выявлено достоверное уменьшение всех поперечных размеров таза при увеличении прямого наружного размера таза. Учитывая существующие классификации (Савельева Г.М., 1997) данная форма таза у больных СШТ может быть охарактеризована как поперечносуженный таз, который по особенностям строения близок к антропоидному с удлиненным переднезадним размером.

Одним из характерных признаков СШТ считается широкая грудная клетка. В группе обследованных нами девушек с СШТ этот признак был выявлен у лиц с моносомным вариантом СШТ. В целом же по группе выявляется тенденция к сужению грудной клетки и уменьшению окружности груди по сравнению с описанием классического морфотипа у больных с СШТ.

У больных с моносомным вариантом СШТ выявлено отклонение морфограммы в сторону предрасположенности к интерсексуальному типу телосложения, в то время как девушки с малым 45X-клоном имели тип телосложения либо характерный для гипофункции яичников, либо изосексуальный.

Таким образом, нарушение гомеостаза, обусловленное аномалией половых хромосом в значительной мере сказывается на антропометрических характеристиках. Причем выявляется зависимость выраженности изменений антропометрических показателей от степени мозаичности моносомии X.

Динамика показателей когнитивных расстройств в процессе психофармакотерапии больных шизофренией

Филиппова Н.В, Омороков Б.М., Раснюк В.А.
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Изучение характера когнитивного дефицита у больных шизофренией с различными психопатологическими синдромами, его динамики в процессе психофармакотерапии, а также взаимосвязи между уровнем когнитивных способностей боль-