

токсикоза и наличия признаков нарушения микроциркуляции. Скорость введения жидкости внутривенно не превышала 6-8 капель в минуту. При проведении внутривенных инфузий учитывались ежедневная прибавка массы и диурез. Регулярно контролировалось содержание общего белка в сыворотке крови и гематокритный показатель.

В результате проведенной терапии уже на 3-4-й день состояние больных значительно улучшалось: снижалась температура, уменьшались признаки токсикоза и нарушений микроциркуляции, нормализовались лабораторные показатели, улучшился эмоциональный тонус. Постинфузионных реакций и осложнений не отмечалось.

Все больные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра.

**Микологическое и иммунологическое
обследование детей с хронической легочной
патологией**

Бабенкова Л.И., Медведев Ю.А., Эткина Э.И.,
Николаева М. И.

*Башкирский государственный медицинский
университет, Республиканская детская
клиническая больница, Уфа*

Заболевания, вызываемые микроскопическими грибами (микозы, микотоксикозы, микогенная аллергия), представляют собой одну из серьезнейших проблем современной медицины ввиду сложностей их диагностики и своеобразия подходов к терапии и профилактике.

Сенсибилизация человека антигенами грибов - явление широко распространенное и далеко не всегда являющееся следствием микотической инфекции. Ввиду этого верификация результатов серологической диагностики микозов становится серьезной проблемой.

Одним из наиболее распространенных видов висцеральных микозов являются поражения легких, вызываемые условно-патогенными плесневыми грибами. При этом большое число возможных возбудителей затрудняет их диагностику. Нами проведено комплексное иммунологическое и микологическое обследование 94 детей в возрасте от 3 до 14 лет с диагнозом "хронический неспецифический заболевания легких" (ХНЗЛ). Для иммунологической диагностики использованы реакции иммунодиффузии в геле (РИ) и реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) с комплексным плесневым антигеном, представляющим собой смесь цитоплазмы клеток клинических штаммов плесеней - ведущих возбудителей микозов легких. Содержание антител класса IgG к грибам рода *Aspergillus* и основного антигена - галактотрипана этих грибов в крови определяли с помощью наборов для иммуноферментного анализа (ИФА). Параллельно у больных проводилось микологическое исследование лаважной жидкости легких путем микроскопии и посева на среду Сабуро с последующей идентификацией выделенных грибов по культуральным и морфологическим свойствам.

При постановке РИ и РПГА противоплесневые антитела были выявлены в крови 30 больных (в РИ выявлялись от 1 до 4 дуг преципитатов, титры РПГА 1/2 - 1/16). В процессе микологического обследования плесневые грибы в лаважной жидкости были выявлены у 22 пациентов (73,33% больных с позитивными РИ и РПГА). Среди выделенных из лаважной жидкости легких возбудителей микозов преобладали грибы рода *Aspergillus* (у 14 больных), в основном - *Aspergillus fumigatus* (11 больных). Значительно реже (у 8 больных) встречались представители родов *Penicillium*, *Mucor*, *Absidia* и *Alternaria* (соответственно 3, 2, 2 и 1 пациентов). При постановке ИФА аспергиллезные антигены и антитела против них определялись у всех больных легочным аспергиллезом и отсутствовали у пациентов с другими микозами легких. Существенных клинических различий в проявлениях и течении микозов, вызываемых аспергиллами и другими видами условно-патогенных плесеней не обнаружилось.

Положительные результаты РИ и РПГА на плесневые антигены, не подтвержденные выделением грибов, были получены у 8 больных и отмечались у детей при ХНЗЛ с выраженным аллергическим компонентом, что позволяет полагать связь накопления соответствующих антител с микогенной сенсибилизацией, возникающей вне формирования микотической инфекции.

**Результаты микологического и иммунологического
обследования детей с хронической легочной
патологией**

Бабенкова Л.И., Эткина Э.И., Медведев Ю.И.,
Николаева М.И.

*Башкирский государственный медицинский
университет, Республиканская детская
клиническая больница, Уфа*

Микозы, микотоксикозы и микогенная аллергия - патология, заболеваемость которыми в последние десятилетия сохраняет устойчивые тенденции к увеличению, представляют собой одну из серьезнейших проблем современной медицины ввиду сложностей их диагностики и своеобразия подходов к терапии и профилактике.

Сенсибилизация человека антигенами грибов - явление широко распространенное и далеко не всегда являющееся следствием микотической инфекции. Клетки и отдельные антигенные комплексы как болезнетворных, так и сапрофитических грибов, обладают выраженными сенсибилизирующими свойствами. Ввиду этого верификация результатов серологической диагностики микозов становится серьезной проблемой.

Одним из наиболее распространенных видов висцеральных микозов являются поражения легких, вызываемые условно-патогенными плесневыми грибами. При этом большое число возможных возбудителей затрудняет их диагностику. Нами проведено комплексное иммунологическое и микологическое обследование 94 детей в возрасте от 3 до 14 лет с диагнозом "хронический неспецифический заболевания

легких" (ХНЗЛ). Для иммунологической диагностики использованы реакции иммунодиффузии в геле (РИ) и реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) с комплексным плесневым антигеном, представляющим собой смесь цитоплазмы клеток клинических штаммов плесеней – ведущих возбудителей микозов легких. Содержание антител класса IgG к грибам рода *Aspergillus* и основного антигена – галактоманнана этих грибов в крови определяли с помощью наборов для иммуноферментного анализа (ИФА). Параллельно у больных проводилось микологическое исследование лаважной жидкости легких путем микроскопии и высева на среду Сабуро с последующей идентификацией выделенных грибов по культуральным и морфологическим свойствам.

При постановке РИ и РПГА противоплесневые антитела были выявлены в крови 30 больных (в РИ выявлялись от 1 до 4 дуг преципитатов, титры РПГА 1/2 - 1/16). В процессе микологического обследования плесневые грибы в лаважной жидкости были выявлены у 22 пациентов (73,33% больных с позитивными РИ и РПГА). Среди выделенных из лаважной жидкости легких возбудителей микозов преобладали грибы рода *Aspergillus* (у 14 больных), в основном - *Aspergillus fumigatus* (11 больных). Значительно реже (у 8 больных) встречались представители родов *Penicillium*, *Mucor*, *Absidia* и *Alternaria* (соответственно 3, 2, 2 и 1 пациентов). При постановке ИФА аспергиллезные антигены и антитела против них определялись у всех больных легочным аспергиллезом и отсутствовали у пациентов с другими микозами легких. Существенных клинических различий в проявлениях и течении микозов, вызываемых аспергиллами и другими видами условно-патогенных плесеней не обнаруживалось.

Положительные результаты РИ и РПГА на плесневые антигены, не подтвержденные выделением грибов, были получены у 8 больных и отмечались у детей при ХНЗЛ с выраженным аллергическим компонентом, что позволяет полагать связь накопления соответствующих антител с микогенной сенсибилизацией, возникающей вне формирования микотической инфекции.

Проблемы профилактики внутрибольничных кишечных инфекций в акушерском стационаре

Баринова Е.В., Хромова Н.Л.

Городская клиническая больница им.

М.А. Подгорбунского, Кемерово

Внутрибольничные инфекции представляли и представляют собой одну из важнейших проблем в современном акушерстве и неонатологии.

Целью настоящей работы явилось изучение уровня заболеваемости внутрибольничными кишечными инфекциями за период 2000-2002гг., и влияние на заболеваемость фактора искусственного вскармливания. Исследование проведено на базе акушерского стационара ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского.

Показатель заболеваемости внутрибольничными кишечными инфекциями в 2000 году составил 7.35 на 1000 новорожденных, в 2001 году – 2.90 на 1000 ново-

рожденных и в 2002 году 3.58 на 1000 новорожденных. С целью выяснения путей и факторов передачи, был проведен бактериологический мониторинг, включающий в себя исследование объектов внешней среды и материала на стерильность на молочной кухне, качество молочной смеси и растворов для питья новорожденных. Кроме того, проводилось исследование кала новорожденных на патогенную микрофлору (ПМ) и условно-патогенную микрофлору (УПМ) при переводе из акушерского стационара в другие лечебные учреждения, а также по клиническим и эпидемиологическим показаниям. В 2000 году частота обнаружения не стерильных проб при исследовании материала на стерильность составила 22 %. Для исследования молочной смеси отобрано 23 пробы, во всех пробах обнаружена споровая палочка. Частота обнаружения ПМ с объектов внешней среды при исследовании смывов на общую микробную обсемененность составила 20 %, частота обнаружения УПМ составила 43 %. В 2001 году частота обнаружения не стерильных проб при исследовании материала на стерильность составила 23 %. При исследовании молочной смеси из 36 анализов в 33 случаях найдена споровая микрофлора. Частота обнаружения ПМ с объектов внешней среды при исследовании смывов на общую микробную обсемененность составила 10 %, частота обнаружения УПМ составила 18 %. В 2002 году весь исследуемый материал был стерильным. При исследовании молочной смеси по-прежнему обнаруживается споровая флора (в 39 пробах из 41 исследованных). На объектах внешней среды частота обнаружения ПМ составила 2 %, УПМ – 30 % соответственно. Растворы для питья новорожденных в течение трех лет стерильны. Не стерильные пробы были со следующих предметов – соски, ватные тампоны, бутылочки, емкость для молочной смеси. Наибольшая частота обнаружения УПМ и ПМ была с рук медицинского персонала. За исследуемый период из кишечника новорожденных чаще всего выделялись *Staphylococcus spp.* и *Enterobacter cloacae*.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что молочная смесь и растворы для питья новорожденных не были факторами передачи внутрибольничных кишечных инфекций. Бактериологический анализ молочной смеси различных фирм-производителей («Малютка», «Нистожен», «Альпрем»), выявил обсемененность их споровой флорой. Этот факт может способствовать заселению кишечника новорожденных споровой флорой, что приводит к формированию дисбиоза, а в дальнейшем влияет на возникновение кишечных инфекций. В связи с обнаружением не стерильных проб и высокой бактериальной обсемененностью объектов внешней среды, а также отсутствие вспышечной заболеваемости можно предположить контактный путь передачи. Факторами передачи явились руки медицинского персонала, соски для искусственного вскармливания, ватные тампоны для бутылочек с молочной смесью, бутылочки для кормления новорожденных, емкость для молочной смеси.