

Холкина Ю.В., Мартынова М.А., Карташова И.С.

**Микозы новорожденных***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Бочкова Л.Г.***Резюме**

Микозы – грибковое заболевание, относящееся к распространенной группе инфекционных болезней, вызываемых паразитическими и условно–патогенными грибами, способными вызвать заболевания человека. За последние десятилетия отмечено увеличение частоты микозов у новорожденных. Поэтому неонатальные грибковые инфекции в России весьма актуальны, несмотря на значительное количество литературных данных о современных препаратах и методах лечения. Особый интерес представляют микозы новорожденных. Целью нашего исследования явилось изучение частоты грибковой инфекции и способов передачи инфекции при выявлении взаимосвязи инфекционного процесса у матери и ребенка.

**Ключевые слова:** микозы, грибковое носительство**Актуальность**

Микозы – грибковое заболевание, относящееся к распространенной группе инфекционных болезней, вызываемых паразитическими и условно–патогенными грибами, способными вызвать заболевания человека. К ним относятся кандиды, дерматофиты, актиномицеты, аспергиллы, бластомицеты, пневмоцисты[2].

За последние десятилетия отмечено увеличение частоты микозов у новорожденных. Поэтому неонатальные грибковые инфекции в России весьма актуальны, несмотря на значительное количество литературных данных о современных препаратах и методах лечения.

Особый интерес представляют микозы новорожденных. В настоящее время для новорождённых основным путем инфицирования считается нозокомиальный. Характерен также восходящий путь передачи при наличии урогенитального кандидоза и кольпита грибковой этиологии у женщин.

**Целью** нашего исследования явилось изучение частоты грибковой инфекции и способов передачи инфекции при выявлении взаимосвязи инфекционного процесса у матери и ребенка.

**Материал и методы**

Наше исследование проводилось на базе МУЗ ГКБ № 8 г. Саратова за период с 1.12.2012 г. по 1.04.2013 г. Были обследованы 1279 детей, из которых 139 недоношенные (11%) и 1140 доношенные дети (89 %), среди них 44 (3,5%) ребенка, у которых лабораторно была выявлена грибковая флора различной этиологии. Материалом для исследования явились кровь, моча, меконий, со стороны матери учитывались микробиологические показатели влагалища, эндометрия, плаценты. Забор материала проводился на 1 – 2 сутки жизни у детей, входящих в группу риска, а именно рожденных от матерей, имеющих инфекционный анамнез. В ходе обработки материала, детей разделили на 2 группы: дети, родившиеся путем операции кесарева сечения 19 человек (43%) и путем физиологических родов 25 человек (57%). Из анамнеза беременности женщин было известно, что у 8 (18%) отмечался урогенитальный кандидоз и у 11 (25%) – дисбиоз влагалища. Учитывался метод вскармливания детей из группы риска.

Индикация грибов проводилась при помощи микологического микроскопического исследования. Посевы выделенных от больных субстратов для выявления грибов производили на обогащенную среду Сабуро.

В ходе комплексного микробиологического исследования обнаружены следующие возбудители грибковой инфекции: *Aspergillus fumigates*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger*, *Candida albicans*, *Saccharomycetes*. Возбудители были обнаружены в моче у 20 детей(45%), в крови – у 23 детей (52%), в меконии – у 2 детей (4,5%). У всех обследуемых новорожденных выявлено только носительство грибковой инфекции, так как при клиническом обследовании не было выявлено признаков микозов.

**Обсуждение**

Несомненным является тот факт, что время индикации микробиологических маркеров позволяет решить вопрос о сроках и путях инфицирования новорожденных[3]. Учитывая, что забор материала проводился в первые сутки жизни новорожденных, то можно предположить, что основным путем передачи возбудителя от матери к плоду явился контактный путь, но не исключается и нозокомиальный путь инфицирования, так как маркеры грибковой инфекции в исследуемых материнских материалах были найдены только в 8 (18 %) случаев. В 10 (22%) случаев возможен восходящий путь инфицирования, поскольку это дети, родившиеся путем физиологических родов у матерей с урогенитальным кандидозом и дисбиозом влагалища.

Наличие возбудителя у новорожденных в крови можно объяснить низкой опсонизирующей и фагоцитарной активностью клеток крови, функциональной недостаточностью Т- и В- клеточного звеньев иммунитета, более низким уровнем белков острой фазы воспаления и неспецифических микотических ингибиторов и других медиаторов воспаления[4].

Особенность секреторной и иммунной функции ЖКТ у новорожденных, физиологический дисбиоз кишечника объясняют наличие грибов в меконии[4]. Выделение грибов с мочой можно также связать с иммунной и функциональной незрелостью мочевыделительной системы у новорожденных детей.

Нозокомиальное происхождение грибкового носительства объясняется дефектом грудного вскармливания. В 43 % случаев, эти дети, рожденные путем операции «кесарево сечение» были приложены к груди только на 4-е сутки жизни в связи с приемом их матерей антибактериальных препаратов.

#### **Выводы**

1. В ходе исследования выявлено только грибковое инфицирование (носительство) новорожденных без проявления клинических симптомов заболевания.
2. Наличие грибов в содержимом биотопов не является признаком грибкового заболевания.
3. Контактный и нозокомиальный пути передачи наиболее вероятные пути передачи грибковой инфекции от матери к ребенку.
4. Нозокомиальный путь инфицирования возникает в результате дефекта ухода и связан с недостаточной организацией совместного пребывания матери и ребенка.
5. На основании данных о частоте выявления возбудителя для диагностики грибкового инфицирования можно считать диагностически значимыми биотопами кровь и мочу.

#### **Литература**

1. Буслаева Г.Н. Кандидоз новорожденных и детей первых месяцев жизни. – Дис. ...док. мед. наук. – М., 2000.
2. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М., 2007.
3. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. Издание 2 – е, переработанное и дополненное. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.
4. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н. Кандидоз новорожденных и детей первых месяцев жизни. М., 2008.
5. Шабалов Н.П. Неонатология. Т. II. – М.:МЕДпресс-информ, 2006.