

УДК 616.89-008.481-053

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА

© 2006 г. *Л.В. Кравченко*

Manifestation of an intrauterine infection newborn depends on kind of an infections agent. The structure of the diseases of newborns with intrauterine infection in early neonatality months are analyzed.

Проблема внутриутробного инфицирования плода и новорожденного является одной из актуальных в современной перинатологии.

За последнее время изменилась структура инфекционной заболеваемости беременных рожениц и родильниц, а также плода и новорожденного. Золотистый стафилококк утратил свои прежние позиции в качестве основного возбудителя инфекционных заболеваний в перинатологии. При этом резко возросла роль условно-патогенных микроорганизмов. Особенностью возбудителей внутриутробных инфекций в современных условиях является их частые ассоциации – смешанные аэробно-анаэробная и вирусно-микробная флоры [1, 2].

Дети с внутриутробным инфицированием сложнее адаптируются к условиям внеутробной жизни. Длительный повреждающий фактор в периоде антенатального развития ведет к срыву адаптации новорожденного. Возникают расстройства систем гомеостаза и иммунологической реактивности, реализующиеся в первые месяцы жизни разнообразной инфекционной патологией [3, 4].

Целью настоящей работы явилось изучение частоты реализации инфекции и причин возникновения инфекционного процесса у новорожденных, родившихся у матерей с различными воспалительными гинекологическими заболеваниями.

Обследовано 82 новорожденных, родившихся у матерей с воспалительными гинекологическими заболеваниями.

У всех новорожденных определялся качественный микробиологический пейзаж и его количественное содержание на слизистой ротоглотки с учетом существующих норм, рассчитанных в КОЕ/мл по стандартной методике в первые сутки жизни. Было проведено определение в моче в первые сутки жизни ДНК цитомегаловируса методом амплификации (ПЦР). В работе использовался комплект реагентов для амплификации фирмы «Амплисенс» ФГУН ЦНИИЭ Ростпотребнадзора. Амплификация специфического фрагмента ДНК-вирусов осуществлялась на амплификаторе «Терцик» (ДНК-технологии).

В связи с тем, что в ранней постнатальной адаптации велика роль иммунной системы (10), нами были исследованы уровни субпопуляций лим-

фоцитов пуповинной крови с рецепторами СД-69 и СД-71 как ранних маркеров активации (11).

Наблюдение за детьми проводилось в течение первых трех месяцев жизни, что позволило выделить две группы детей:

– 1-я (42 ребенка) – новорожденные без проявлений инфекции в первые три месяца жизни;

– 2-я (40 детей) – новорожденные с различными формами гнойно-воспалительных заболеваний в первые три месяца жизни.

В 92 % случаев у новорожденных обеих групп отмечалось перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС.

У всех женщин в обеих группах имели место хронические воспалительные гинекологические заболевания (кольпит, аднексит и другие), причем чаще встречались эндоцервицит (45 в первой группе и 40 % – во второй) и аднексит (25 % в обеих группах) (табл. 1). Следует отметить, что у 26,5 % имело место сочетание заболеваний. Осложнения во время беременности отмечались с одинаковой частотой как в 1-й, так и во 2-й группах, что видно из табл. 2, причем ведущее место в патологии беременности занимали фетоплацентарная недостаточность (40,4 в I группе и 37,5 % – во II соответственно) и поздний гестоз (составил 25 % как в I, так и во II группе).

Таблица 1

Генитальные заболевания у матерей обследованных детей

Название патологии	I группа (n = 42)		II группа (n = 40)	
	абс.	отн., %	абс.	отн., %
Эрозия шейки матки	7	16,6	4	10
Эндоцервицит	18	45	16	40
Метроэндометрит	4	10	2	5
Уреаплазмоз	9	22,5	12	28,3
Микоплазмоз	1	2,5	6	15
Хламидиоз	8	19	8	19
Аднексит	10	25,2	10	25
Кольпит	4	10	6	15
Бактериальный вагиноз	3	7,5	2	5
Герпес	4	10	2	5
ЦМВИ	1	2,5	3	7,5

В микрофлоре мочи отделяемого из влагалища цервикального канала у женщин в III триместре беременности патологических изменений выявлено не было, так как все женщины получали противовоспалительную терапию в I и II триместрах беременности. Все новорожденные родились в срок. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составила 9–10 баллов у 48 % детей I группы и у 55 II группы, в то время как на 5-й минуте жизни все новорож-

денные в обеих группах имели оценку по шкале Апгар 8–10 баллов. Масса при рождении составила 3001–3500 г в 47,6 у новорожденных I группы и 59,2 % – у новорожденных II, в то время как масса 3500–4000 г отмечалась у 52,4 и 40,8 % новорожденных соответственно. Заживление пупочной ранки почти у всех новорожденных протекало без особенностей, однако следует отметить высокий процент встречаемости физиологической желтухи у детей как I, так и II групп (40 и 31 % соответственно).

Таблица 2

Осложнения во время беременности

Название патологии	I группа (n = 42)		II группа (n = 40)	
	абс.	отн., %	абс.	отн., %
Поздний гестоз	10	25	10	25
Ранний гестоз	9	22,5	6	15
Нарушение маточно-плацентарного кровообращения	1	2,5	2	5
Цервицит			1	2,5
Многоводие	5	12,5	2	5
Анемия	5	12,5	1	2,5
ФПН	17	40,4	15	37,5

У детей II группы отмечались различные проявления воспалительных заболеваний, среди которых с наибольшей частотой встречались острые респираторно-вирусные инфекции (22,5 %), дисбиоз кишечника (50), гнойный конъюнктивит (15), лимфаденит (7,5), инфекция мочевыводящих путей (7,5), а также их сочетание (29,6 %) (табл. 3).

Таблица 3

Клиническая характеристика больных II группы (n=40)

Название патологии	Абс.	%
Часто болеющие дети	9	22,5
Лимфаденит	3	7,5
Гнойный конъюнктивит	6	15
Везикуллопустуллез	2	5
Инфекция мочевыводящих путей	3	7,5
Дисбактериоз кишечника	20	50
Лимфатико-гипопластическая аномалия конституции	2	5
Гнойный отит	1	2,5
Пневмония	1	2,5
Бронхит	1	2,5
Поликлональная полиглобулинемия	1	2,5
ЦНВИ	10	25

Обращает на себя внимание тот факт, что в 25 % случаев отмечалось сочетание бактериальной и цитомегаловирусной инфекции, что подтверждается данными литературы о нарастающей частоте инфицирования и заболевания ЦМВИ у детей первых месяцев жизни [5–8].

У новорожденных микробиологическая диагностика была положительной в 55,8 % случаев у детей I группы и в 19,5 во II. Следует отметить, что этиологический спектр бактериальной микрофлоры у детей, имевших инфекционные заболевания на первом году жизни, был представлен следующим образом (табл. 4): доминирующее значение в возникновении вышеуказанных заболеваний составили стрептококки (50 %) в количестве $5,7 \pm 0,22$ Lg КОЕ/мл и клебсиеллы (20 %) в количестве $4,6 \pm 0,18$ Lg КОЕ/мл и их сочетания, в то время как в группе незболевших детей отмечено преобладание стафилококков (28,3 %) и в концентрации менее диагностически значимой ($3,0 \pm 0,23$ Lg КОЕ/мл) (табл. 5).

Таблица 4

Частота выделения микроорганизмов у новорожденных, родившихся у матерей с хроническими воспалительными заболеваниями и получавших лечение в рамках акушерского мониторинга

Микроорганизм	Клиническая группа			
	I группа (n = 42)		II группа (n = 40)	
	абс.	отн., %	абс.	отн., %
Стафилококки Spp	12	28,3	12	30
Стрептококки Spp	3	7,5	20	50
Клебсиеллы	–	–	8	20
Кишечная палочка	2	5	2	5
Энтерококки	3	7,5	2	5
Cornebacterium Spp	3	7,5	2	5
Всего		55,8		115

Таблица 5

Количество микроорганизмов, выделенных у обследованных новорожденных

Микроорганизм	Показатель колонизации ротоглотки (абс. знач., КОЕ/мл)		Достоверность
	I группа (n = 42)	II группа (n = 40)	
Стафилококки Spp	$3,0 \pm 0,23$	$3,8 \pm 0,15$	$p > 0,1$
Стрептококки Spp	$3,3 \pm 0,12$	$5,7 \pm 0,22$	$p < 0,001$
Клебсиеллы	–	$4,6 \pm 0,18$	$p < 0,001$
Кишечная палочка	$3,0 \pm 0,11$	$4,0 \pm 0,11$	$p > 0,1$
Энтерококки	$2,6 \pm 0,10$	$3,5 \pm 0,16$	$p > 0,1$
Cornebacterium Spp	$3,3 \pm 0,13$	$4,5 \pm 0,21$	$p > 0,1$

Обращает на себя внимание тот факт, что не во всех случаях вирусных и вирусно-бактериальных инфекций у женщин во время беременности у новорожденных имеются клинические проявления инфекционно-воспалительных заболеваний. По-видимому, это объясняется состоянием иммунной системы в ранней постнатальной адаптации новорожденных [9]. В связи с этим нами были исследованы уровни субпопуляций лимфоцитов пуповинной крови с рецепторами СД-69 и СД-71 как ранних маркеров активации (табл. 6).

Таблица 6

**Уровень субпопуляций лимфоцитов пуповинной крови
с рецепторами СД-69 и СД-71, %**

Микроорганизм	Клиническая группа		Достоверность
	I группа (n = 42)	II группа (n = 40)	
СД-69	4,5 ± 0,9	8,5 ± 1,4	p < 0,05
СД-71	7,3 ± 1,1	13,0 ± 1,6	p < 0,01

При сопоставлении уровней Т-лимфоцитов с рецепторами СД-69, СД-71 в пуповинной крови новорожденных детей, родившихся от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом по инфекционным заболеваниям, было выявлено, что для детей II группы характерно возрастание пролиферации субпопуляций лимфоцитов пуповинной крови с рецепторами СД-69 ($p > 0,05$) и СД-71 ($p < 0,01$) по сравнению с детьми I группы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что повышение СД-69 и СД-71 субпопуляций лимфоцитов характерно для манифестации инфекционно-воспалительных заболеваний у инфицированных новорожденных и связано с началом пролиферации лимфоцитов.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что:

1. У новорожденных, родившихся у матерей с различными воспалительными гинекологическими заболеваниями, реализация инфекционного процесса отмечалась в 52 % случаев. В структуре заболеваемости преобладали ОРВИ, гнойный конъюнктивит, лимфаденит, дисбиоз кишечника.

2. У детей, имевших в первые 3 месяца жизни различную инфекционную патологию, определялся высокий удельный вес стрептококков и клебсиелл в умеренной и высокой степени обсемененности, в то время как в группе незболевших детей отмечено преобладание стафилококков и энтерококков в низкой концентрации.

3. Этиологическим агентом при реализации инфекции, наряду с грамположительной и грамотрицательной микрофлорой, в 25 % случаев имеет место ассоциация ее с цитомегаловирусом.

4. Повышение содержания доли лимфоцитов СД-69 и СД-71 у новорожденных в пуповинной крови, матери которых имели различные воспалительные гинекологические заболевания, является неблагоприятным про-

гностическим маркером манифестации инфекционно-воспалительных заболеваний.

Литература

1. Бондаренко В.М. // Журн. микробиол. 1997. № 4. С. 20–26.
2. Цхай В.Б., Прахин Е.И., Даценко А.В., Ульянова И.О. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2002. № 4. С. 14–17.
3. Вельтищев Ю.Е., Юрьева Э.А. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. М., 2000. № 5. С. 6–14.
4. Антипова И.И., Аксенов А.Н., Кузьменко М.В. // Материалы науч.-практ. конф. «Современные методы диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии». Саратов, 1999. С. 29–31.
5. Русланов Н.Н., Кочергина С.А., Теплов С.Н. // Педиатрия. М., 2000. № 1. С. 26–29.
6. Тютюнник В.Л. // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. М., 2001. № 1. С. 20–25.
7. Casteels A. et al. // J. Perinat. Med. 1999. Vol. 27. № 2. P. 116–121.
8. Долгих Т.И. и др. // Микробиология, эпидемиология и иммунобиология. 2004. № 5. С. 25–30.
9. Володин Н.Н. и др. // International J. on. Immunoreahbil. 2000. Vol. 2. № 1. P. 175–184.
10. Ярилин А.А. // Основы иммунологии. 2000.

*Ростовский научно-исследовательский институт
акушерства и педиатрии Росздрава*

30 ноября 2005 г.

УДК 616.617:616–053.36

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

© 2006 г. Б.М. Лолаева

We studied the results of examination of 79 children of the first year, in which the signs of pathology of urinary system were found. According to the results of complete urologic examination various forms of megaureter were diagnosed. It was noted, that obligatory use of echography of urinary system during prenatal and postnatal period and more wide application of complete urologic examination of infants will promote early diagnosis of megaureter.

Differential diagnosis between functional disorders and organic pathology of uropoietic system provides an opportunity to choose right therapeutic tactic and avoid surgical intervention.

Ранняя диагностика мегауретера остается одной из наиболее сложных проблем в педиатрии и представляет определенные трудности, вызванные скудностью клинической картины и физиологическими особенностями мочевой системы у новорожденных и грудных детей. В связи с этим заболевание часто выявляется в поздние сроки, когда развивается поражение мочевой системы тяжелой степени.

Целью исследования явилась разработка методов ранней диагностики мегауретера у новорожденных и детей грудного возраста.