

Материалы и методы. Обследовано 457 беременных женщин с жалобами на выделения и дискомфорт в области НПО, на наличие урогенитальной инфекции. Всем женщинам проводили комплексное лабораторное обследование, включавшее идентификацию наиболее распространенных урогенитальных инфекций (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis* дрожжеподобных грибов рода *Candida* анаэробных и аэробных микроорганизмов). Для выявления генитальных микоплазм (*U. urealyticum*, *M. hominis* и *M. genitalium*) использовали метод ПЦР-анализ с тест системами «Литех» (Москва), а для количественной оценки *U. urealyticum* и *M. hominis* использовали культуральный метод с помощью тест-системы DUO («Sanofi», Франция). Материалом для исследования являлись отделяемое и соскоб влагалища, цервикального канала, уретры и центрифугат утренней свежесобранной мочи.

Результаты и обсуждение. Возраст женщин составил от 18 до 26 лет — 80, от 27 до 35 — 51 женщина, от 36 до 42 — 9. У 140 женщин выявлена уреамикоплазменная инфекция. *U. urealyticum* у 91 женщины (у 67 титр высокий, у 24 — низкий), *M. hominis* у 15 (у 10 — высокий, у 5 — низкий), сочетание *U. urealyticum* и *M. hominis* у 34 (*U. urea-*

lyticum в высоком титре у 34 женщин, *M. hominis* у 28 наблюдался высокий титр, а у 6 женщин низкий титр).

Все женщины получали этиотропное лечение с учетом антибиотикограммы, по результатам которой высокая чувствительность наблюдалась к джозамицину, а именно у 119 женщин (85%), к ровамицину высокая чувствительность была у 10 женщин (7,1%) и умеренная чувствительность у 11 (7,9%). Лечение проводили после 16 недель беременности. Контрольное обследование было через 1–1,5 месяца методом ПЦР и культуральным методом.

Из 119 женщин, которые получали лечение джозамицином (вильпрафеном) у 101 (85%) наблюдалась полная элиминация возбудителя, а у 18 (15%) — снижение титра. У 21 женщины проводилось лечение ровамицином: полное выздоровление достигнуто у 5 (24%), снижение титра — у 11 (52%), а у 5 (24%) женщин титр оставался высоким. Во время лечения отмечалась хорошая переносимость препаратов.

Таким образом, джозамицин является, безусловно, эффективным и безопасным антибиотиком для лечения уреамикоплазменной инфекции у беременных женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров Н.Н., Третьякова А. Н., Владимирова Е.Л. // Вестник послепломного мед. образования. — 2002. — № 4. — С. 21-22.
2. Кисина В.И., Забиров К.И., Мешков В.В., Загребина О.С. // Антибиотики и химиотерапия. — 2000. — Т. 45. № 6. — С. 29-32.
3. Тареева Т.Т., Федорова Н.В. и др. // Вестн. РoC.

ассоциации акушеров-гинекологов. — 1994. — № 1. — С. 85-91.

4. Фомичева Е.Н., Зарубина Е.Н. и др. // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 3. — С. 55-57.

5. Хадсон М.М.Т., Талбот М.Д. // ЗППП. — 1998. — № 1. — С. 10-13.

EFFICACY OF ETHIOTROPIC TREATMENT IN UREAMYCOPLASMIC INFECTION DURING PREGNANCY

A.Yu. Maryanyan, N.V. Protopopova, E.B. Druzhinina
(Russia, Irkutsk State Medical University)

Experience of use Josamycin (Wilprafen) during pregnancy with ureamycoplasmic infection are describe. High efficacy of Josamycin in monotherapy are shown.

© ДУДКИНА М.В., СЪЁМЩИКОВА Ю.П., ДУДКИН С.В. —

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ДЕЗЛОРАТАДИНА (ЭРИУСА®) ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

М.В.Дудкина, Ю.П. Съёмщикова, С.В. Дудкин
(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет)

Резюме. Представлен опыт применения дезлоратадина (эриуса) в комплексной терапии аллергических заболеваний у детей.

Ключевые слова: дезлоратадин, аллергические заболевания, дети.

Как известно, существенное значение в терапии аллергических состояний у детей занимают антигистаминные препараты. Они являются стандартной терапией ряда заболеваний и используются во многих протоколах. Вопрос о целесообразности назначения антигистаминных препаратов и про-

должительности применения до настоящего времени остаётся дискуссионным. Так, бесконтрольное и частое применение антигистаминных средств, в виде монотерапии приводит лишь к временному улучшению состояния пациентов, что нередко является причиной отсроченного обследования.

Антигистаминные препараты I поколения до настоящего времени достаточно широко применяются в педиатрической практике. В то же время побочные действия указанных средств, в виде седативного эффекта, либо возбуждения, констатируемого у ряда пациентов раннего возраста, а также постепенное снижение терапевтической активности, ограничивает их применение. Новые перспективы терапии аллергических заболеваний открылись в связи с появлением антигистаминов II и III поколений. Основными преимуществами данных препаратов являются: 1) наличие не только H_1 блокирующего эффекта, но и противовоспалительного и противоаллергического действия; 2) отсутствие седативного и других побочных эффектов; 3) пролонгированный эффект и возможность длительного использования; 4) эффективность и безопасность применения [3]. Особое место среди препаратов III поколения занимает дезлоратадин.

Материалы и методы. Нами проведен анализ 38 наблюдений за детьми в возрасте от 3 до 9 лет, получавших дезлоратадин (эриус) в составе комплексной терапии аллергических заболеваний (табл. 1). Удобство использования препарата в виде сиропа, действие в течение суток после однократного приёма, отсутствие зависимости от характера пищи и сопутствующей медикаментозной терапии, позволяют его достаточно широко использовать в педиатрической практике.

Таблица 1

Распределение детей с аллергическими заболеваниями по группам (n=38)

Группа	Нозологические формы	n
Группа I — острые аллергические реакции (n = 6)	— острая крапивница — острая крапивница в сочетании с ангионевротическими отеками — рецидивирующая крапивница	3 2 1
Группа II —аллергодерматозы (n =13)	— атопический дерматит — контактный дерматит в сочетании с конъюнктивитом	12 1
Группа III —респираторные аллергии (n = 19)	— аллергический ринит — аллергический ринит в сочетании с конъюнктивитом — аллергический ринит, бронхиальная астма	7 3 9

Результаты и обсуждение. Первую группу составили 6 пациентов с крапивницей, из них 3 страдали острой и 1 — рецидивирующей формой, у 2 — крапивница сочеталась с ангионевротическими отеками. Дети данной группы принимали эриус в дозе от 0,0125 до 0,025 мг ежедневно 1 раз в сутки в течение 2 недель. На фоне приема дезлоратадина в течение 2-3 дней прекратились свежие высыпания, уменьшился и к 5-6 суткам купировался зуд.

Во вторую группу наблюдения были включены 12 детей с атопическим дерматитом и 1 ребенок

с контактным дерматитом и конъюнктивитом, вследствие эпидермальной аллергии. Данная группа, несомненно, заслуживает наиболее пристального внимания в плане выбора терапевтических средств. У всех пациентов II группы воспалительный процесс протекал в хронической форме, в предшествующие эпизоды обострений в комплексную терапию дерматита включались преимущественно препараты I группы и только 3 детей из 12 ранее получали антигистамины II группы (кларетин, зиртек).

У большинства детей (11 из 13) II группы обострения в виде интенсивного зуда и повышенной кожной реактивности сочетались с жалобами на расстройство пищеварения (неустойчивый стул, боли в животе, неприятный запах изо рта, снижение аппетита). Проведенное комплексное обследование позволило выявить у 4 пациентов нарушение микробиоциноза кишечника, явление дискинезии желчевыводящих путей и лямблиоз кишечника был констатирован соответственно в 6 и 2 наблюдениях. В этих случаях назначались ферментные и желчегонные препараты, зубиотики; лечение лямблиоза проводилось препаратом макмирор.

Эриус в составе комплексной терапии атопического дерматита назначался в острый (7дней) период и далее, как основной базисный препарат еще на 1-2 недели. Необходимо отметить, что включение эриуса в более короткие сроки, чем в предшествующие эпизоды обострений, позволяло купировать и ограничить острый процесс, сократить зудорасчесный цикл, продлить положительный эффект комплексного лечения и позволило, вероятно уменьшить риск развития респираторной аллергии [2]. Кроме того, применение эриуса даже на фоне диспептических нарушений и прием одновременно с другими средствами, не повлек за собой осложнений.

Отчетливый клинический эффект и отсутствие побочных реакций при назначении высокоселективного антигистаминного препарата эриуса прослеживался и в III группе наблюдения. Применение дезлоратадина в возрастной дозе в течение 1-2 недель способствовало уменьшению заложенности носа и прекращению ринореи к окончанию курса лечения препаратом. Учитывая общую патогенетическую основу астмы и ринита, сопутствующих друг другу, с целью усиления бронходилатирующего эффекта (2), мы посчитали целесообразным включить эриус в комплекс терапии при сочетании данных заболеваний. Катамнестическое наблюдение за пациентами III группы в течение 3-6 месяцев выявило не только скорейшее становление, но и пролонгирование периода ремиссии у большинства (16 из 19) детей.

Таким образом, наши исследования подтверждают достаточно высокую эффективность дезлоратадина (эриуса), что позволяет рекомендовать его для широкого использования при аллергических заболеваниях у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика: Научно-практическая программа. — М., 2004.
2. Зайцева О.В. Антигистаминные препараты в прак-

- тике педиатра. // Педиатрия. — 2003. — № 2. — С. 56-60.
3. Кондюрина Е.Г., Зеленская Е.Г., Елкина Т.Н. и др. Роль терапии атопического дерматита в профилактике атопического марша. // Вопр. современной педиатрии. — 2005. — Т.4, № 1. — С.26-30.

CONCERNING THE PROBLEM OF CHOOSING DESLORATADIN (ERIUS®) FOR CURING CHILDREN'S ALLERGIC DISEASES

M. V. Dudkina, J. P. Syomshikova, S. V. Dudkin
(Russia, Irkutsk State Medical University)

Antigestamine medicines are considered standard therapy for the majority of allergic diseases. We analysed 38 cases of children between 3-9 who were given desloratadin (erius) in tandem with eliminative and symptomatic therapy. We used erius within acute period and also as maintaining therapy. The results of our research work have proved medicine effectiveness in treating common children's allergic diseases. For example in cases of allergic nettle-rash and atopic dermatite the period of itch stop was shorter, and there was not new rash. During the period of taking erius children with allergic rhinit ther was observed the considerable relief in cases of clogged nose and and rynoreya. In the case of combination of bronh astma and allergic rhinit —prescription of erius favoured quick achievement of positive effect in treatment and astma prolonged remission. All the patients examined did not have any symptoms of medicine disagreeing with patients' nature and that proves the effectiveness of the medicine and allows us recommend its using in pediatrics' practice.

© КАЛЯГИН А.Н. —

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИРКУТСКА

А.Н. Калягин

(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет, Городской ревматологический центр)

Резюме. Представлен анализ ежегодной отчётности по заболеваемости ревматизмом среди детей и подростков Иркутска.

Ключевые слова: острая ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца, заболеваемость, дети, подростки.

Ревматизм по-прежнему является актуальной проблемой современной ревматологии, что связано с сохраняющимся высоким уровнем носоглоточных стрептококковых инфекций особенно в среде детей и подростков, снижением уровня жизни населения в России. Последний тезис подтверждает тот факт, что в 1994 г. (разгар войны в Чеченской республике) показатель заболеваемости ревматизмом на Северном Кавказе был почти в 3 раза выше, чем в среднем по России [3].

Именно в этот период шли наиболее активные миграционные процессы, люди жили во временных жилищах, а иногда и под открытым небом, часто малодоступной оказывалась и медицинская помощь. Вполне возможно, что подобного рода ситуации будут повторяться и в дальнейшем, требуя компетентности и настороженности внимания врачей первого контакта.

Ревматические пороки сердца приводят к развитию хронической сердечной недостаточности, резко снижают тем самым качество жизни больных и требуют проведения дорогостоящего лечения [2].

По данным Международного исследования Euro Heart Survey Study (2001), в котором участвовала и Россия, в этиологии ХСН клапанные пороки сердца (прежде всего ревматические) стоят на 2 месте после ИБС, в то время как ранее они занимали 3-4 место.

Объективным свидетельством динамики ревматологической заболеваемости являются ежегодные статистические отчёты, которые позволяют судить об основных направлениях изменения состояния здоровья населения.

Цель работы изучить заболеваемость ревматизмом в г. Иркутске среди детей и подростков.

Материалы и методы. Проанализированы статистические отчёты по ревматологической службе Департамента здравоохранения Администрации г. Иркутска и за 2001–2004 гг. В статистических отчётах оценивались общая и первичная заболеваемость ОРЛ и ХРБС среди детей и подростков.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость ревматизмом в последние годы существенно сократилась, эта тенденция прослеживается во всех регионах России, в том числе и в Иркутске [1].

В начале XXI века показатели общей заболеваемости ОРЛ среди подростков колебались на уровне 3,3–6,8 на 100 тыс., а детей 2,1–6,9 на 100 тыс. населения соответствующей возрастной категории. Стоит подчеркнуть, что среди подростков показатели отличались стабильностью, а среди детей — имела тенденция к снижению заболеваемости.

Менее обнадеживающей выглядит ситуация по ХРБС. Среди подростков в анализируемые годы общая заболеваемость составляла 37,7–61,3 на 100 тыс., а среди детей — 20,0–29,6 на 100 тыс. населения. Причём у подростков наблюдается отчётливая тенденция к росту заболеваемости (в 2004 г. по сравнению с 2002 — в 1,8 раза). Происходит это за счёт высокой частоты диагностики ревматических пороков сердца в подростковом возрасте, отмеченной в 2004 г.

Отчасти причина негативных тенденций в распространённости ХРБС может быть связана с организационными проблемами. Низкой частотой