

Проба с синактеном выявила значительное повышение уровня 17ОНП. Больные этой группы наблюдаются и лечатся детским эндокринологом и гинекологом детей и подростков.

У больных четвертой группы выявлено появление полового оволосения, без признаков ускорения физического развития и костного возраста. Базальные и стимулированные уровни гонадотропинов и андрогенов соответствовали допубертатным значениям. Пациентки данной группы нуждаются только в наблюдении.

ВЫВОДЫ

Появление признаков полового созревания у девочек до 8 лет, является маркером неблагоприятной системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники-яичники.

Пациенты требуют комплексного обследования, определения базальных и стимулированных уровней гонадотропинов и андрогенов.

Больные с полной истинной формой ППР нуждаются в лечении агонистами ЛГ-РГ.

Больные с изолированными формами ППР в лечении агонистами не нуждаются.

Все пациенты с признаками ППР нуждаются в диспансерном наблюдении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Медицина, - 1997. – С. 214 – 236.
2. Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Медицина, - 1988. – С. 196 – 210.
3. Эндокринология. Под ред. Н. Левина. Пер. с англ. – М.: Практика, - 1999. – С. 296 – 312.
4. Петеркова В.А., Семичева Т.В., Горелышев С.К., Лозовая Ю.В. ППР. Клиника, диагностика, лечение.

УДК 616.5-002-053

Е.А. Шипулина

КЛАРИДОЛ - ПРИМЕНЕНИЕ В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

ГУЗ Областной консультативно-диагностический центр для детей (Чита)

Антигистаминные препараты всегда включаются в комплексное лечение atopического дерматита. Обязательным условием выбора тактики лечения остается индивидуальный подход к каждому больному, учитывающий клинические особенности формы и тяжести патологии, а также социальные, поведенческие и психологические аспекты, существенные для данного пациента. Применение Кларидола в качестве противозудного средства при atopическом дерматите является патогенетически оправданным, эффективным и обоснованным.

Ключевые слова: дерматит, дети, кларидол

CLARIDOL - APPLICATION IN THERAPY OF ATOPIC DERMATITIS AT CHILDREN

Н.А. Shipulina

Regional consultative and diagnostic center for children (Chita)

The antihistamine drugs always actuated in complex treatment of atopic dermatitis. By compulsory condition of tactics selection of treatment there is a personal approach to each ill taking into account a clinical feature of the form and gravity of a pathology and also social, behavioral and psychologic aspects essential for the given patient. The application of Claridol as an antipruritic means at atopic dermatitis is justified, effective and reasonable.

Key words: a dermatitis, children, claridol

Антигистаминные препараты занимают одно из основных мест в терапии атопического дерматита, поскольку гистамин является важнейшим посредником аллергического процесса. Обязательным условием выбора тактики остается индивидуальный подход к каждому больному, учитывающий клинические особенности формы и тяжести патологии, а также социальные, поведенческие и психологические аспекты, существенные для данного пациента. Традиционно, в качестве средств, уменьшающих такой симптом атопического дерматита как кожный зуд, используют антигистаминные препараты, применение которых клинически оправдано.

Сегодня говорят о существовании 3 групп: H₁-блокаторы I поколения, характеризующиеся низкой селективностью и продолжительностью действия 4-12 часов; H₁-блокаторы II поколения, обладающие высокой селективностью, продолжительностью действия 18-24 часа; H₁-блокаторы III поколения, являющиеся конечными метаболитами, обладающими высокой селективностью и продолжительностью действия. (Таблица 1.)

Кларидол («Шрея Лайф Саенсиз Пвт. Лтд.», Индия) принадлежит к H₁-гистаминоблокаторам II поколения, неседативным или оказывающим незначительное седативное действие. Преимуществами H₁-гистаминоблокаторов II поколения является очень высокая специфичность и сродство к H₁-рецепторам; быстрое начало и достаточная продолжительность основного эффекта. Они не оказывают блокады других типов рецепторов, в терапевтических дозах эти препараты обладают хорошим профилем безопасности, в терапевтических дозах непроницаемы через гематоэнцефалический барьер.

Кларидол не обладает центральным и антихолинергическим действием. Он хорошо всасывается из ЖКТ, абсорбция не зависит от приема пищи. Активным веществом в данном препарате является лоратадин. Кларидол метаболизируется

в печени с образованием активного метаболита – дезкарбэтоксилоратадина. Действие препарата начинается через 30 минут после приема внутрь и продолжается 24 часа, максимальная концентрация достигается через 1,3 - 2,5 часа. Он не вызывает сонливости и не влияет на психомоторные функции, внимание, работоспособность, умственные способности. Показаниями к применению для взрослых и детей старше 2 лет являются аллергический ринит, поллиноз, аллергический конъюнктивит, крапивница, отек Квинке, зудящие дерматозы, псевдоаллергические реакции, аллергические реакции на укусы насекомых. Противопоказания ограничиваются гиперчувствительностью к препарату, а также рекомендуется воздержаться от его применения при беременности и кормлении грудью. Больным с нарушениями функции печени Кларидол необходимо начинать с половины суточной дозы в связи с возможным нарушением клиренса лоратадина. К побочным действиям можно отнести: со стороны нервной системы и органов чувств – головную боль, головокружение, повышенную утомляемость, возбудимость; со стороны сердечно-сосудистой системы – тахикардию; со стороны органов желудочно-кишечного тракта – сухость во рту, тошноту, рвоту, гастрит, нарушение функции печени.

Кларидол может взаимодействовать с другими препаратами. Эритромицин, циметидин и кетоконазол увеличивают концентрацию лоратадина в плазме крови. Они тормозят оксигеназную активность CYP3A4 системы цитохрома P₄₅₀.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения Кларидола, как компонента системной терапии атопического дерматита у детей. Суточная доза препарата составила 10 мг, средняя продолжительность курса – 10 дней.

Таблица 1

Блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов

1-го поколения	2-го поколения	3-го поколения
Diphenhydramin	Terfenadine	Fexofenadine
Clemastine	Astemizole	Desloratadine
Chloropyramine	Cetirizine	
Promethazine	Acrivastine	
Cyproheptadine	Ebastine	
Hydroxyzine	Mizolastine	
Quifenadine	Loratadine	
Mebhydroline		

Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов (21 мальчик и 17 девочек), страдающих atopическим дерматитом, в возрасте от 7 до 11 лет. Степень тяжести течения заболевания оценивалась по шкале SCORAD. По тяжести течения atopического дерматита все пациенты были разделены на 3 группы. 1-ая – легкое течение заболевания – индекс SCORAD составил не более 25 баллов – 12 человек. 2-ая – среднетяжелое течение – от 25 до 40 баллов – 19 человек. В третью группу вошли 7 детей, значение индекса у которых было больше 40 баллов.

В первой группе заболевания зуд купировался на 2-3 сутки после начала лечения, во второй на 4-5 день терапии регресс отмечался у 95% пациентов, а в третьей группе на 5-7 день у 89%.

На основании полученных нами данных представляется возможным сделать вывод, что применение Кларидола в качестве противозудного средства при atopическом дерматите является патогенетически оправданным, эффективным и обоснованным. Наличие удобной детской формы в виде сиропа, разрешенного к применению с 2-летнего возраста, позволяет назначать его детям различных возрастных категорий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Atopический дерматит / Суворова К.Н., Антоньев А.А., Довжанский С.И. и др. - Изд-во Саратовского ун-та, 1989. - 168с.
2. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Atopический дерматит у детей. - М., Медицина, 1999. - 238с.

3. Зими́на И.В., Лопухин Ю.М., Арион В.Я. Кожа как иммунный орган. Клеточные элементы и цитокины // Иммунология. - 1994. - №1. - С. 8-13.

4. Клиническая иммунология и аллергология: в 3 томах. Пер. с нем. под ред. Л. Йегера. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1990, - 560с.

5. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М.М. Atopический дерматит. Типы течения, принципы терапии. - Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2000. - 272с.: ил.

6. Самсонов В.А., Знаменская Л.Ф., Резайкина С.Ю. и др. Патогенетические подходы к лечению atopического дерматита. - material Medica. - 2000. - 1 (25):50 - 9.

7. Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей. - М., 1998. - 299с.

8. Kim H.J., Honig P.J. Atopic dermatitis // Curr. Opin. Pediatr. - 1998. - Vol. 10, №4. - P. 387-392.

9. Laude TA. Atopic dermatitis in childhood // Dermatol. Nurs. - 1998. - Vol. 10, №1. - P. 30-33.

10. Phillips R.L. Jr., Koenig C.J. Antihistamines for atopический дерматит // J. Fam. Pract. - 2000. - Vol. 49, №3. - P. 267.

11. Sidbury R., Hanifin J.M. Old, new and emerging therapies for atopический дерматит // Dermatol. Clin. - 2000. - Vol. 18, №1. - P. 1-11.

12. Yamamoto K. Atopic Dermatitis in Japan Epidemiology and Therapeutic Principles // 6th International Symposium on Atopic Dermatitis and 7th European Immunodermatology Society Meeting, June 7-9, 1996, Aarhus. Denmark. - P. 77.

УДК 616.831.4-053.7

Л.Ф. Шолохов, В.П. Ильин, Л.И. Колесникова, Л.В. Сутурина, И.Н. Данусевич

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА

ГУ Научный центр медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

С целью оценки функционального состояния гипофизарно-тиреоидной системы у больных гипоталамическим синдромом пубертатного возраста в зависимости от содержания пролактина исследованы изменения концентраций гормонов гипофизарно-тиреоидной системы. Установлены особенности функционального состояния гипофизарно-тиреоидной системы у больных ГСПП в зависимости от уровня пролактина, что необходимо для направленной коррекции указанных сдвигов в гипофизарно-тиреоидной системе.

Ключевые слова: гипоталамический синдром, гипофизарно-тиреоидная система