

in healthy Spanish women // Sci. Total Environ. — 1996. — Vol. 186. N 3. — P. 237-242.

10. Thomas A.G., Miller V., Shenkin A. et al. Selenium and glutathione peroxidase status in paediatric health and gastrointestinal disease // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 1994. — Vol. 19. N 2 — P. 213-219.

11. Tyralla E.E., Borschel M.W., Jacobs J.R. Selenate fortification of infant formulas improves the selenium status of preterm infants // Am. J. Clin. Nutr. — 1996. — Vol. 64. N.6. — Vol. 860-865.

12. Yu S.Y., Zhu Y.J., Li W.G. Protective role of selenium against hepatitis B virus and primary liver cancer in Qidong. // Biol. Trace. Elem. Res. — 1997. — Vol. 56. N1. — P. 117-124.

13. Wilke B.C., Vidailhet M., Richard M.J. et al. Trace elements balance in treated phenylketonuria children. Consequences of selenium deficiency on lipid peroxidation // Arch. Latinoam. Nutr. — 1993. — Vol. 43. N2. — P. 119-122.

TO SELENIUM STATUS OF PRETERM INFANTS

L.A. Reshetnik, E.O. Parfenova, N.V. Mordovina

(Russia, Irkutsk State Medical University, Ivano-Matryeninsky Children Hospital)

Results of study has shown than Se contents in full blood of preterm infants is 112.4 ± 5.3 mkg/l. Studing the pregnansi anamnes of mothers of inspected infants it was found that Se content in full blood of infants born from women with bad pregnansi anamnes was 98.3 ± 2.9 mkg/l. As to the children of group I (taked bifidobacteri concentrate) — Se contents in full blood increase from 125.3 ± 13.9 mkg/l to 170.0 ± 20.5 mkg/l ($p < 0.001$). It was observed the trend of more rapid weight increase, espesually during the long-time study. It can be explained by intestinal всасывание improve, and, consequently, improve of nutritive intake of infants. It is possible to correct Se status of infants using the safe biological food addition — liquid bifidobacteri concentrate.

© КУПЕРТ А.Ф., ПОПОВА Н.В., КИБОРТ Р.В., ПЛАТОНОВА Т.А., АКУДОВИЧ Н.В. —

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

А.Ф. Куперт, Н.В. Попова, Р.В. Киборт, Т.А. Платонова, Н.В. Акудович

(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет)

Резюме. Нами обследованы 284 женщины гинекологического отделения Областной клинической больницы и 261 беременные Областного перинатального центра г. Иркутска. Изучена структура возбудителей вульвовагинального кандидоза. Определены особенности диагностики и клиники вульвовагинального кандидоза. Изучена чувствительность различных видов грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам. Предложено лечение вульвовагинального кандидоза тержинаном с протеолитическим ферментом.

Ключевые слова: кандидозный вульвовагинит, структура, чувствительность.

Цель исследования: выявление особенностей клинической картины кандидозных вагинитов (КВ) у беременных и небеременных женщин в зависимости от вида грибов рода *Candida* для проведения патогенетически обоснованной терапии заболевания.

Материалы и методы. Нами проведено клинико-микробиологическое обследование 545 женщин в возрасте 17-65 лет. Из них 284 пациентки, поступили в отделение оперативной гинекологии Областной клинической больницы и 261 беременная в Областной перинатальный центр.

Видовая принадлежность выделенных штаммов грибов рода *Candida* определялась на основании результатов исследования морфологических особенностей дрожжевых клеток, культуральных характеристик на питательных средах и биохимической активности (ферментации) методом «пестрого ряда». Согласно методическим рекомендациям по лабораторной диагностике кандидозов (1994) для определения ферментативной активности грибов использовался реактив Андреде. Для типирования были использованы 2% растворы пяти углеводов (глюкоза, галактоза, мальтоза, лактоза, сахароза). Видовая принадлежность грибов оценивалась по изменению окраски опытного раствора в сравне-

нии с контролем. С целью подтверждения достоверности метода «пестрого ряда» нами использовался полуавтоматический микробиологический анализатор «Bio Merieux» (Франция).

Из обследованных обоими методами пациенток совпадение результатов отмечено у 96,7 %. В одном случае (3,3%) методом «пестрого ряда» не удалось идентифицировать вид возбудителя. На полуавтоматическом анализаторе «Bio Merieux» он был определен как *Candida sake*. Таким образом, представилось возможным дополнить метод «пестрого ряда» в определении еще одного вида грибов рода *Candida* по особенностям ассимиляции углеводов, выявленных анализатором.

Кандидозная инфекция влагалища выявлена у 63 пациенток отделения оперативной гинекологии (22,2%) и у 92 беременных женщин (35,2%). Диагноз во всех случаях подтвержден цитологическим и культуральными методами исследования (приказ МЗ СССР № 535 от 22.04.1985).

При изучении видового состава грибов рода *Candida* установлено уменьшение роли *C. albicans* в развитии кандидозной инфекции влагалища как у женщин отделения оперативной гинекологии (42,8%), так и у беременных (52,0%), и увеличение роли грибов non-albicans за счет ранее редко вы-

являемых форм, что полностью подтверждают имеющиеся тенденции в Европе. Выявлены различия и в частоте встречаемости различных видов грибов рода *Candida* у гинекологических больных и беременных. Так, *Candida glabrata* у беременных выявлена в 13,4% и только у 4,8 % небеременных женщин. *C. kefyr* встречается у 20,6% гинекологических больных и только у 4,0% среди беременных. Особо следует подчеркнуть, что грибы вида *guillirmondii* выявлены у 1% беременных и не выявлены у женщин отделения оперативной гинекологии, а

brumptii выявлены только у 7,9 % пациенток гинекологического отделения.

С целью изучения особенностей клинической картины КВ в зависимости от вида возбудителя рода *Candida* нами предложена 5-балльная шкала оценки выраженности каждого симптома заболевания: 0 — отсутствие симптома, 1 — слабо выраженный симптом, 2 — умеренно выраженный, 3 — выраженный, 4 — ярко выраженный симптом. По консистенции выделения из влагалища оценивались как творожистые, молочные и слизистые.

Таблица 1

Особенности клинической картины КВ

Вид возбудителя	Клинические проявления													
	Субъективные								Объективные					
	зуд		жжение		дизурия		диспареуния		количество выделений		гиперемия		сумма баллов	
	беременные	пациентки гинекологического отделения	беременные	пациентки гинекологического отделения	беременные	пациентки гинекологического отделения	беременные	пациентки гинекологического отделения	беременные	пациентки гинекологического отделения	беременные	пациентки гинекологического отделения	беременные	пациентки гинекологического отделения
<i>Albicans</i>	4	5	0	4	4	4	3	4	4	5	4	5	19т	27 т
<i>Glabrata</i>	0	1	4	5	3	3	1	1	3	3	4	4	15м	15 с
<i>Parapsilosis</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1с	2 м
<i>Tropicalis</i>	3	4	1	1	0	0	0	0	3	3	1	0	8м	8 с
<i>Kefyr</i>	1	1	1	1	4	4	0	0	3	3	1	0	10тм	9 м
<i>Utilis</i>	2	2	2	2	0	1	0	1	2	2	1	0	7тм	8 м
<i>Krusei</i>	2	2	2	2	0	0	0	0	4	4	2	1	10м	9 м
<i>Guillirmondii</i>	4	4	1	1	3	3	0	0	2	2	1	1	11м	11м
<i>Intermedia</i>	1	1	0	0	0	0	0	3	3	2	2	2	6с	6 м

Примечание. Преобладают выделения: т — творожистые, м — молочные, с — слизистые.

Наиболее выраженная клиническая картина по сумме баллов с превалированием творожистых выделений выявлена при инфицировании грибами вида *C. albicans* (19т у беременных и 27т баллов у небеременных). При поражении *C. glabrata* выраженность клинической картины составляет по 15 баллов, но с преобладанием молочных выделений у беременных и мутных серозных выделений у пациенток гинекологического отделения. При поражении же редко встречаемыми видами грибов рода *Candida* клиническая картина у беременных женщин выражена ярче. Так, при вагинитах, вызванных *C. guillirmondii* характерны выраженный зуд и дизурические расстройства, встречаемые только у беременных женщин. Следует особо отметить, что при вагините, вызванном *C. parapsilosis* (8,4%), практически отсутствуют клинические проявления, как у беременных, так и у небеременных женщин. При этом имеется практически единственный симптом — диспареуния (болезненность при половом контакте и введении гинекологических зеркал) (табл. 1).

Также следует отметить различия в клиническом течении кандидозной инфекции у женщин обследованных групп. Так, кандидоносительство выявлено у 23,8% пациенток гинекологического отделения, в отличие от беременных, у которых кандидоносительство встречается в два раза меньше (10,63%). Истинный кандидоз выявлен у 49,2% небеременных женщин и у 51,77 % беременных. КВ в сочетании с

бактериальным вагинозом у небеременных женщин выявлен в 27% и у беременных — в 37,59%.

Несмотря на достаточно широкий спектр антимикотических препаратов эффективность лечения КВ остается недостаточной. Поэтому, оправдан поиск новых методов лечения КВ. С этой целью нами изучена чувствительность грибов рода *Candida* к 3-м основным группам антимикотических препаратов и выявлена высокая чувствительность (91,2%) грибов рода *Candida* только к амфотерицину. Чувствительность к флуконазолу составляет 60,3%, к нистатину 66,2%, к клотримазолу 42,6%. Известно, что нистатин и амфотерицин относятся к полиеновой группе антимикотических препаратов. Однако, амфотерицин не нашел широкого применения в практической медицине в связи с высокой токсичностью, и поэтому из этой группы препаратов используется только нистатин.

При изучении же чувствительности различных видов грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам выявлено, что *C. albicans* наиболее чувствительна к флуконазолу (83,3%) и амфотерицину (100%). Интересно отметить, что *C. intermedia* чувствительна ко всем препаратам в 100% случаях, а *C. Krusei* наоборот, устойчива к ним.

При изучении эффективности лечения КВ различными антимикотическими препаратами (полижинакс, тержинакс, пимафуцин) выявлена наиболее высокая эффективность лечения тержианом (82%). Эффективность лечения полижинакс-

сом составила всего 73%, пимафуцином 74%.

В настоящее время при лечении бактериальных инфекции основное внимание уделяется воздействию на очаг инфекции. Исходя из этого, нами предложено лечение КВ тержинаном в сочетании с отечественными иммобилизованными протеолитическими ферментами (профезим, имозимаза), которые путем протеолиза вскрывают микроабсцессы и микрофлегмоны, расположенные в зоне воспаления и тем самым облегчают доступ лекарственных препаратов к очагу воспаления.

Результатом этого метода лечения явилось увеличение до 93,4% эффективности лечения КВ.

Таким образом, выявленные нами особенности клинической картины КВ у беременных и небеременных женщин в зависимости от вида грибов рода *Candida*, предложенная нами балльная оценка симптомов заболевания и выявленные особенности чувствительности грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам могут быть основой для патогенетически обоснованной терапии заболевания.

PECULIARITY OF DIAGNOSE AND CLINIC OF VAGINAL CANDIDIASIS

A.F. Kupert, N.V. Popova, R.V. Kibort, T.A. Platonova, N.V. Acudovich
(Russia, Irkutsk State Medical University)

284 women were examined in gynecologic department of regional hospital and 261 pregnant were examined in regional perinatal centre of Irkutsk. The structure of pathogens of vaginal candidiasis was studied. Peculiarity of diagnose and clinica of vaginal candidiasis was detected. The sensitivity of various species of fungies *Candida* to fungistatic preparations was studied. Treatment of vaginal candidiasis was suggested by integrated method: tergyan with proteolytic enzyme.

© СЪЁМЩИКОВА Ю.П., ДУДКИНА М.В., БОНДАРЕНКО Т.А. —

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ю.П. Съёмицкова, М.В. Дудкина, Т.А. Бондаренко
(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет,
Ивано-Матренинская городская детская клиническая больница)

Резюме. Представлены результаты обследования и лечения детей раннего возраста с диагностированной хламидийной пневмонией.

Ключевые слова: хламидийная пневмония, дети.

В структуре острых пневмоний у детей частота хламидийных, по данным различных авторов, составляет от 5 до 49%. Распространенность и этиологическая структура в немалой степени зависят от возраста.

Известно, что в первые месяцы жизни детей, из так называемой группы «атипичных» пневмоний, основным возбудителем является *Chlamydia trachomatis* (*Chlamydomydia trachomatis* по новой номенклатуре). Несмотря на широко проводимые меры профилактики и лечения урогенитального хламидиоза у беременных женщин, частота респираторного хламидиоза у детей раннего возраста, по литературным данным, не имеет тенденции к снижению. Причинами этого является склонность хламидийной инфекции к хроническому и персистирующему течению, малосимптомность и торпидность к стандартному антибактериальному лечению. Кроме того, использование лекарственных средств в период беременности ограничено.

Инфицирование детей, в основном, происходит в интранатальный период, основной путь — контактный и аспирационный. Результатом инфицирования *Chl. trachomatis* могут быть как локализованный процесс, так и распространенный — пневмония.

Целью нашего исследования было установление

особенностей клинических проявлений и течения хламидийных пневмоний (ХП) у детей первых месяцев жизни.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 детей в возрасте от 4 недель до 9 месяцев жизни с установленным диагнозом ХП. Лабораторно-инструментальное обследование детей включало стандартные методы, в том числе рентгенограмму грудной клетки.

Хламидийная этиология пневмонии была подтверждена лабораторно: иммуноферментным анализом (ИФА) крови на специфические IgM и IgG, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) соскоба задней стенки глотки на *Chl. trachomatis*. Мокрота и смывы с задней стенки глотки не были взяты ни в одном из случаев из-за возраста пациента. В ряде случаев (всего 23) имелись подтвержденные лабораторно данные за урогенитальный хламидиоз у матери. В остальных случаях подобные анализы отсутствовали, хотя беременность и/или роды не были физиологическими.

Результаты и обсуждение. Следует отметить, что у подавляющего большинства женщин беременность была патологической: угроза прерывания была в 72% случаев, токсикоз в 89%, преждевременные роды — в 42%, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез — в 84%.