

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. Съёмищикова, 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* (*Chlamydia 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%.

При анализе клинических данных оказалось, что 28 (78%) детей на момент осмотра или в анамнезе (первые 3 месяца жизни) имели двусторонний конъюнктивит. При этом только у 8 из 28 (28%) проводилась местная терапия (антибиотик-содержащие мази), а в остальных случаях родители даже не обращались к врачу из-за слабой выраженности проявлений и самопроизвольного купирования процесса. Самым частым проявлением конъюнктивита оказалось склеивание ресниц после сна ребенка, необильное отделяемое, а также мелкая зернистость слизистой.

При изучении особенностей дебюта ХП, мы не нашли достоверных особенностей: в 57% начало было постепенным, а в 43% — острым. У большинства детей интоксикационный синдром был выражен в умеренной степени, лихорадка имела субфебрильный и непродолжительный характер. Данная особенность, вероятно, связана со слабой антигенной и ферментативной активностью хламидий и их облигатно внутриклеточным жизненным циклом.

Ведущим клиническим признаком были кашель и явления дыхательной недостаточности. Наличие кашля отмечалось у всех детей, причём упорный и длительный кашель — доминировал. Дыхательная недостаточность I степени — у 19 (53%), II — у 9 (25%), а в остальных случаях зарегистрирована не была.

Помимо респираторных расстройств в 58% случаев был установлен фарингит, в 41% — катаральный средний отит. По ряду литературных данных средний отит у детей первых месяцев жизни может иметь хламидийную этиологию, но мы не встретили публикаций с точным указанием на лабораторное подтверждение этого факта. В данной же работе выяснение причины отита нами не выполнялось.

Среди лабораторных данных наиболее показательными, но неспецифичными, оказались изменения белой крови — лейкоцитоз без выраженного палочкоядерного сдвига (89% наблюдений) и эозинофилия (в среднем ок. 6%). СОЭ в большинстве случаев не превышала 15 мм/ч.

На рентгенограммах грудной клетки характерным для большинства больных был двусторонний процесс в лёгких с усилением лёгочного рисунка и мелкоочаговыми тенями преимущественно в прикорневых зонах. Эти данные сопоставимы с материалами других авторов, хотя многие, помимо вышеуказанных признаков отмечают ещё и рентгенологические признаки вздутия лёгких. Их мы регистрировали только в 28% случаев.

Основным методом лабораторного подтверж-

дения был ИФА. В тех случаях, когда уровень антител был невысоким, дополнительно использовалась ПЦР соскобов задней стенки глотки. Это связано с тем, что выявляемые специфические антихламидийные антитела могут относиться к еще циркулирующим материнским (особенно в первые два месяца жизни), или их невысокий титр связан с еще только началом выработки. Для уточнения генеза этого требуется метод парных сывороток, что в раннем возрасте затруднительно повторной сдачей крови и временным периодом ожидания. Наиболее точные результаты даст комплексная лабораторная диагностика хламидиоза, однако в современных экономических условиях это не всегда выполнимо.

Для этиотропного лечения ХП мы использовали макролиды последних поколений — азитромицин рокситромицин, или спирамицин, средней длительностью применения 10 дней. В случае назначения азитромицина длительность использования ограничивалась 5 днями. Также мы назначали патогенетическую и симптоматическую терапию (в том числе — бронхолитики). Улучшение клинических показателей наступало, в среднем, на 4 день, полное выздоровление у большинства детей мы фиксировали на 3 неделе от начала терапии. Только в 5 случаях было увеличение длительности болезни из-за присоединившегося ОРВИ на 9-10 день нахождения в стационаре.

Нужно отметить, что при катамнестическом наблюдении (пока удалось провести только у 12 реконвалесцентов), в 3 (25%) случаях был рецидив в виде умеренных катаральных явлений и кашля в первый месяц после выписки из стационара. Вероятную причину этого мы не установили, хотя есть литературные данные, подтверждающие формирование носительства *Chl. trachomatis* в респираторном тракте в течение нескольких месяцев после купирования легочного процесса, а также роли *Chl. trachomatis* (не только *Chl. pneumoniae*) в генезе респираторных аллергозов.

Для подтверждения факта персистенции этого возбудителя, требуется ИФА для определения специфических IgA, что в настоящее время не выполняется ни в одной лаборатории города. Судить о персистенции только по анализу ПЦР не представляется возможным из-за высокой чувствительности метода.

Таким образом, в настоящее время проблема своевременной и точной диагностики ХП у детей раннего возраста остается нерешенной, и требует совершенствования методов первичной и вторичной профилактики на этапах дородового и послеродового наблюдения за ребенком.

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHLAMYDIAL PNEUMONIAS AT THE PRESENT STAGE

J.P. Syomshchikova, M.V. Dudkina, T.A. Bondarenko
(Russia, Irkutsk State Medical University, Ivano-Matreninsky Children's Clinical Hospital)

It is known that acute respiratory viral infection can be both the cause of development of the pneumonic process. Anthers analyzed 36 cases when children were ill with Chlamydia pneumonia. The Chlamydia infection diagnostics was done on the basis of immune-enzyme blood test for antibodies (IgM, IgG) of Chlamydia trachomatis and also on the basis of polymerase chain reaction (PCR-test), a scrape of the rear pharynx wall, epipharyngeal swab and phlegm for these pathogens. Features of displays of Chlamydial pneumonias at this age are established.