

В арсенале практического врача имеется большой выбор антибактериальных препаратов. Высокий терапевтический эффект, хорошая переносимость способствовали значительному распространению применения макролидов, которые представляют собой антибиотики, получившие своё название из-за наличия макроциклического лактонного ядра. В лечении хламидиоза используется эритромицин, рокситромицин, кларитромицин и др. Антимикробный эффект обусловлен нарушением синтеза белка в рибосомах микробной клетки. Как правило, макролиды оказывают бактериостатическое действие, но в высоких концентрациях способны вызывать и бактерицидный эффект. Кроме антибактериального действия, макролиды обладают умеренной иммуномодулирующей и противовоспалительной активностью тракта. В настоящей работе применяли макролид третьего поколения – джозамицин. Антибиотик назначали по 500 мг 2 раза в день, 14 дней. Лечение все пациенты переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных эффектов отмечено не было. У 181 из 190 больных (95 %) было достигнуто клиническое выздоровление, подтвержденное культурально и методом ПЦР непосредственно после, через 3 недели и через 3 месяца по окончании курса лечения.

Таким образом, мультиплексная ПЦР может использоваться в диагностике ИППП, а также для оценки проведенной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карамова А.Э., Хамаганова И.В., Поляков А.В. // Вест. последипломн. мед. образ. – 2003. – № 1. – С. 54-55.
2. Кисина В.И., Канищева Е.Ю. // Вест. дерматол. и венерол. – 2002. – № 3. – С. 25-30.
3. Кулагин В.И., Скрипкин Ю.К., Фидаров А.В. и др. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2006. – № 1. – С. 50-51.
4. Липова Е.В. // Вест. дерматол. и венерол. – 2002. – № 5. – С. 46-48.
5. Молочков В.А. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2006. – № 1. – С. 58-63.
6. Савицкая К.И., Зур Н.В., Молочков В.А. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2003. – № 1. – С. 65-68.

ВЫЯВЛЕНИЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Е.Е. Целипанова, Л.В. Феклисова, Н.А. Савицкая, Н.Ф. Данина,
Е.А. Воропаева, В.А. Метельская
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Москва*

Поражение респираторного тракта, вызываемое многочисленными инфекционными агентами, до настоящего времени остается одним из наиболее частых и широко распространенных проявлений

инфекционной патологии среди детей [1, 2]. Известно, что респираторные вирусные инфекции нередко сопровождаются наслоением бактериальной флоры с последующим развитием острых бронхитов и пневмоний. В ряде случаев поражение верхних и нижних дыхательных путей вызываются внутриклеточными микробами, часто называемыми атипичными, к числу которых относятся хламидии и микоплазмы [3]. По данным некоторых авторов, носительство *Chlamidopfilla pneumoniae* в организованных коллективах составляет 5% [1]. Недостаточная изученность хламидийной инфекции обусловлена не столько редкостью обнаружения этого возбудителя, сколько ограниченными возможностями их лабораторного выявления [4]. Вместе с тем, этиологическая расшифровка и знание клинических особенностей течения респираторного хламидиоза очень важны для своевременной диагностики и назначения этиотропной терапии, снижения летальности и улучшения исходов заболевания.

В отделении детских инфекций МОНИКИ за период с сентября 2006 г. по январь 2007 г. проведено обследование 30 детей, поступивших в стационар с диагнозами: острое респираторное заболевание (ОРЗ), стенозирующий ларинготрахеит I-II степени, бронхит, пневмония.

Исследовали сыворотки крови для выявления специфических антител Ig A, Ig M и Ig G к *Chlamidopfilla pneumoniae* методом иммуноферментного анализа и методом ПЦР носоглоточных мазков (МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского).

По возрастному составу преобладали дети старше 3 лет – 18 (60%), от одного года до 3 лет и от 6 мес. до одного года наблюдалось 9 (30%) и 3 (10%) детей соответственно.

У всех больных диагностировано ОРЗ, которое у 6 (20%) детей сопровождалось развитием острого стенозирующего ларинготрахеита I-II степени, у 14 (46,7%) – обструктивного бронхита и у 5 (16,7%) – пневмонии.

Заболевание протекало в тяжелой форме у 5 (16,7%) и среднетяжелой – у 25 (83,3%) пациентов.

Отягощенность преморбидного статуса регистрировалась у одной трети наблюдаемых больных (33,3%), патология беременности и родов в анамнезе имела место у 6 детей (20%), на раннем искусственном вскармливании находилось 8 детей (26,7%). Необходимо отметить высокую частоту выявления пищевой, лекарственной или сочетанной аллергии у больных, которая в половине случаев сопровождалась проявлениями экссудативно-катарального диатеза или дерматита (табл. 1).

Обращает на себя внимание, что более половины детей имели в анамнезе частые ОРВИ и бронхиты (более 4 раз в год), то есть относились к категории часто болеющих детей.

Таблица 1

Характеристика больных ОРВИ

Сравниваемые показатели	Число больных (n=30)	
	абс.	%
Возраст: 6 мес. - 1 год	3	10
1 г. 1 мес. - 3 года	9	30
старше 3 лет	18	60
Форма тяжести:		
среднетяжелая	25	83,3
тяжелая	5	16,7
Диагноз:		
ОРВИ ОРВИ, круп I-II степени	5	16,7
ОРВИ, бронхит	6	20
ОРВИ, пневмония	14	46,7
	5	16,7
Сопутствующая ЛОР-патология	11	36,7
Отягощающие факторы:		
патология беременности и родов	6	20
раннее искусственное вскармливание	8	26,7
экссудативно-катаральный диатез, дерматит	6	20
аллергические реакции	13	43,3
частые ОРВИ, бронхиты	18	60

Заболевание у детей начиналось остро – с повышения температуры тела в пределах 37,1–38,8°C у 60% больных, появления симптомов интоксикации и катаральных проявлений со стороны верхних дыхательных путей (100%). День болезни на момент госпитализации в среднем составил $3,17 \pm 0,39$.

Лихорадка достигала максимальных цифр на 1 - 2-й день болезни. Нормальная температура тела на протяжении всей болезни отмечалась у 33,3% пациентов.

Другими проявлениями интоксикации были вялость, снижение аппетита, бледность кожных покровов, головная боль, регистрирующиеся у большинства детей (96,7%).

Местные проявления ОРВИ характеризовались гиперемией слизистой ротоглотки (у 100% детей), ринитом (у 93,3%), кашлем (100%). У 20% больных регистрировался симптомокомплекс острого стенозирующего ларинготрахеита I-II степени: осиплость голоса, сухой непродуктивный кашель, затрудненный шумный вдох с втяжением уступчивых мест грудной клетки. У 46,7% детей на фоне ОРВИ развился синдром бронхообструкции, сопровождающийся экспираторной одышкой, наличием при аускультации сухих (23,3%) или влажных (23,3%) хрипов в легких или их сочетание (20%). У 5 больных (16,7%) диагностирована пневмония, которая характеризовалась экспира-

торной или смешанной одышкой у 4 детей и наличием сухих (6,7%), влажных (6,7%) и смешанных хрипов в легких (10%). Длительность клинических проявлений ОРВИ представлена в табл. 2.

Таблица 2

Динамика клинических симптомов ОРВИ

Признаки заболевания	Продолжительность в днях (М ± m)
Температура	2,22 ± 0,42
Интоксикация	3,26 ± 0,52
Гиперемия зева	4,33 ± 0,30
Ринит	4,21 ± 0,37
Кашель	6,4 ± 0,39
Стеноз гортани	1,4 ± 0,27
Экспираторная одышка	3,0 ± 0,57
Хрипы в легких:	
сухие	3,17 ± 0,40
влажные	2,8 ± 0,49
смешанные	5,58 ± 0,46
Койко-день	9,9 ± 1,13

Этиологическая расшифровка респираторных вирусных инфекций проводилась в трети случаях методом люминесцентной микроскопии слизиистой носа. Преобладание какого-либо возбудителя не установлено, выявлялись вирусы парагриппа, гриппа, аденовирус и РС-вирус. Кроме общепринятых исследований (общий анализ крови и мочи, рентгенография грудной клетки и придаточных пазух носа, ЛОР-осмотр), проводилось выявление специфических антител IgA, IgM и IgG к *Chlamidophilla pneumoniae* методом ИФА и антигена при постановке ПЦР. У 3 (10%) больных (5, 9 и 10 лет) обнаружен IgM в титре 1:50 и IgG - 1:100, что в соответствии с утвержденными диагностическими титрами подтверждает наличие хламидийной инфекции. По данным ПЦР в этот момент антиген не обнаружен.

Заболевание протекало в виде обструктивного бронхита среднетяжелой формы. Начало хламидийной инфекции было постепенным, больные поступали в поздние сроки заболевания – на 5-7-й день – с жалобами на сухой, навязчивый, приступообразный кашель, повышение температуры до 38°C в течение 2-3 дней. Симптомы интоксикации были выражены умеренно и сохранялись непродолжительное время. Катаральные явления в виде неяркой гиперемии зева и задней стенки глотки, ринита отмечались с первых дней болезни и длились 4-5 дней. Сухой кашель в конце 1-й недели становился влажным, продуктивным и сохранялся 2-3 недели. Умеренная одышка экспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры регистрировалась 2-3 дня. При аускультации выслушивались сухие и влажные среднепузырчатые рассеянные хрипы до двух недель. Перкуторно изменений со стороны легких не обнаруживалось. В общем анализе крови у одного больного было выявлено ускоренное СОЭ до 33 мм/час. Общая продолжительность заболевания составляла 12-14 дней.

У всех наблюдававшихся детей комплекс терапевтических средств включал отхаркивающую микстуру, десенсибилизирующие средства, физиолечение и у большинства один из антибиотиков – ампициллин, цефазолин, аугментин. Больным с хламидийной инфекцией была назначена этиотропная (сумамед, клацид), иммуностимулирующая (ви-ферон, кипферон) и симптоматическая терапия. Продолжительность лечения составила 10-14 дней.

Таким образом, при обследовании 30 детей с острой респираторной патологией у 10% больных, имевших продолжительный кашель и синдром обструкции, выявлена хламидийная инфекция. В дальнейшем требуется продолжение исследований для оценки диагностической значимости постановки ПЦР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Практическое руководство. – М., 2002. – 70 с.
2. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста (справочник). – М., 2000. – 268 с.
3. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М., 1998. – 809 с.
4. Феклисова Л.В., Новокшенова В.А., Шебекова В.М., Любимова А.И. // Ж. Педиатрия, 1995. – № 1. – С. 23-27.

АКТУАЛЬНОСТЬ НОВОГО АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

В.В. Чеботарёв, Н.В. Чеботарёва

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

Проведена фармакоэпидемиологическая экспертиза эффективности лечения больных сифилисом за двадцатипятилетний период по используемым ранее нормативным документам и фармакокинетические исследования пенициллинов, предусмотренных в действующем Протоколе ведения больных, «сифилис» [3].

Положительную роль в снижении неудач терапии в сравнении с 1978-1988 гг. сыграл переход в 1988 г. на однокурсовой метод лечения [1]: серорезистентность составила всего 6,1%, серорецидивы лишь 2,7%. Такая стабильность продолжалась до 1995 г.

С 1995 г. [2] в амбулаторную практику был внедрён бензатин-бензилпенициллин, что резко изменило ситуацию. Фармакоэпидемиологический анализ показал увеличение серорезистентности на 32,1% не только в годы эпидемии (1995-1998 гг.), но и при её резком снижении (1999 -2001 гг.). Неудачным чаще всего было лечение у лиц, получивших бензатин-бензилпенициллин.

С целью выяснения причин неэффективной терапии данным препаратом изучена его фармакокинетика. Индивидуальные концентра-