

гинита наблюдался в 0,5% случаев на фоне обострения кожных проявлений аллергии, острого воспалительного процесса верхних дыхательных путей, а также при нарушении методики лечения.

Таблица 2

Оперативное лечение синехий

Показатель	Годы наблюдения			
	1997	1998	1999	За 3 года
Число больных	41	16	6	63
% от общего числа больных с синехиями	53,3	24,5	4,8	24,4

Таким образом, наш опыт лечения синехий у девочек свидетельствует о его результативности в случаях применения эфтилина с эстрагенами и лидазой в комплексе с лечением экстрагенитальной патологии.

## ФТОРХИНОЛОНЫ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Пустынныйкова С.В., Кузнецова Г.И.

С 1999 г. в инфекционном отделении пролечено 65 детей, больных сальмонеллезом, и 200-больных шигеллезом. Этиотропное лечение, направленное на возбудителя, является одним из основных в терапии ОКИ и определяет сроки госпитализации больных.

Длительное время наблюдалась эффективность лечения дизентерии хлорамфениколом и гентамицином, но в последнее время отмечается резистентность шигелл к этим группам антибиотиков. В последние годы в терапии дизентерии подключены антибиотики группы фторхинолонов (ципрофлоксацин) и цефалоспорины III поколения (клафотрон, цефобид). Эти препараты обладают высоким бактерицидным действием и имеют парэнтеральный путь введения, что позволяет достичь более быстрого терапевтического эффекта. Учитывая побочные явления фторхинолонов, их назначение рекомендовано детям старше 5 лет в дозировке 5 мг/кг/сут.

В 2000 году пролечено 24 ребенка с шигеллезом, 2/3 из них – это дети старше 5 лет, которым назначен ципрофлоксацин. На 2-3 сутки лечения нормализовалась температура, на 4-5 сутки прекратилась диарея. Бактерицидный эффект был достигнут на 7 сутки, что подтверждалось отрицательными результатами бактериологического исследования кала. Наш опыт применения фторхинолонов у детей, больных шигеллезом, старше 5-ти лет сви-

детельствует о правомочности введения этого метода в педиатрическую и инфектологическую практику.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РИБОМУНИЛОМ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Карцева И.В.**

Рецидивирующие респираторные заболевания у детей раннего возраста относятся к числу тех неблагоприятных факторов, которые во многом определяют показатели здоровья, психо-физического и интеллектуального развития детей в более старшем возрасте.

Рецидивирующие респираторные заболевания имеют отдаленные последствия для ребенка и общества, которые, возможно, будут ощущаться многие годы: у этих детей могут формироваться хронический бронхит (обструктивный и неструктивный), бронхиальная астма, хронический отит со снижением слуха, хронический гайморит. Антибактериальная терапия, назначаемая этим детям гасит активность воспалительного процесса, но не предотвращает рецидивов.

Под наблюдением находилось 89 детей в возрасте от 1 года до 3 лет с рецидивирующими респираторными заболеваниями. На первом году жизни большая часть детей болела респираторными заболеваниями эпизодически и лишь 24,9% переносили респираторные заболевания 4 раза в год и более. С возрастом частота перенесенных респираторных заболеваний существенно увеличивалась, при этом у 53,4% детей респираторные заболевания повторялись 4 раза в год и более, а у 46,6% больных они обнаруживались ежемесячно.

Клиническая структура рецидивов респираторных заболеваний выглядела следующим образом: ринофарингит - 46,7%, ринофарингит, отит - 20% и рецидивирующий бронхит - 33,3%. Длительность рецидива респираторного заболевания была различной: от 5 до 10 дней у 55,4%, 10-15 и более дней у 44,6% больных детей.

Всем детям было проведено иммунологическое обследование, включающее определение в сыворотке крови основных классов иммуноглобулинов по методу Манчини, Т-розеткообразующих лимфоцитов (Е-РОЛ), В-розеткообразующих лимфоцитов (М-РОЛ), комплемента (СН 50) и НСТ теста (фагоцитарная активность лейкоцитов с нитросиним тетразолием). Было установлено, что для обследуемых больных первых 3 лет жизни с рецидивирующими респираторными инфекциями оказалось характерной Т- и В-лимфопения, при этом содержание Т-лимфоцитов (Е-РОЛ) колебалось в пределах  $30,64 \pm 3,63\%$  ( $1,06 \pm 0,14 * 10^9$  /л) при норме  $44,13 \pm 3,09\%$  ( $1,85 \pm 0,08 * 10^9$  /л).