

КОРРЕКЦИЯ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ И ЗАТЯЖНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО И КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Е.Р. Мескина, А.И. Показилова, С.С. Афанасьев
МОНИКИ

Современный инфекционный процесс зачастую характеризуется затяжным течением на фоне дефицита иммунной защиты макроорганизма, определяемой, в том числе, неблагоприятными социальными и экологическими факторами, возрастающей полирезистентностью возбудителей, неэффективностью первоначальной антибактериальной терапии. Дисбиотические нарушения различных локусов организма (кишечник, респираторный и урогенитальный тракты) выявляются и вне заболевания, на фоне видимого здоровья [2, 4, 5]. В последние годы зарегистрирован рост заболеваний, передающихся половым путем, в том числе и у детей [2]. Из них одним из наиболее частых и вместе с тем плохо поддающихся лечению является хламидиоз. У больных хламидиозом выявлены изменения параметров иммунитета, в том числе патогномоничные для данной инфекции нарушения интерферонового статуса [3, 7].

Общепринятая антибактериальная терапия инфекционных заболеваний у детей нередко оказывается безуспешной, что вызывает необходимость применения иных средств. Ранее нами доказана клинико-иммунологическая эффективность использования иммунобиологических и интерфероновых препаратов в лечении различных инфекций у детей [1, 6, 8]. Внедрение в практику препаратов, сочетающих действие, направленное на элиминацию возбудителя и повышение факторов иммунной защиты, теоретически оправдано.

Кишечная инфекция установленной (шигеллез, сальмонеллез, эшерихиоз, протеоз, стафилококковый энтероколит) и неустановленной этиологии протекала преимущественно в среднетяжелой форме в сочетании с ОРВИ (63,3% больных) или гнойно-воспалительными заболеваниями (30%). Отягощенный преморбидный фон имели 93,3% больных: внутриутробное инфицирование, пищевая и лекарственная аллергия, перинатальные поражения ЦНС, частые ОРВИ в анамнезе, предшествующие настоящему заболеванию инфекции и госпитализации в другие отделения, оперативные вмешательства.

Кипферон-суппозитории с содержанием 500 тыс. МЕ человеческого рекомбинантного альфа-2-интерферона и 300 мг комплексного иммуноглобулинового препарата был использован в лечении 30 детей преимущественно раннего возраста (83% – 25 больных) с острыми и затяжными кишечными инфекциями различной этиологии, а также 22 девочек от 8 до 14 лет, больных хроническим хламидиозом.

Схема применения кипферона является предметом патентования и в данном сообщении не приводится.

Эффект использования препарата оценивался по клиническим данным (длительность и выраженность общеинфекционного и кишечного синдрома), изучением картины периферической крови, микро-

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

биологическим исследованием на патогенные энтеробактерии и исследованием микроэкологии дистальных отделов кишечника. Группу сравнения, сопоставимую по основным клиническим параметрам с основной, составил 41 ребенок, леченный общепринятой терапией.

Было установлено, что ректальное применение кипферона достоверно ($p < 0,05$) сокращало длительность температурной реакции и болевого синдрома, приводило к более ранней полной нормализации стула и уменьшало продолжительность клинически определяемого нарушения ферментативной активности кишечника.

После пятидневного курса использования кипферона полная нормализация стула произошла более чем у 4/5 больных (86,6%). В целом, клиническая эффективность составила 90%, бактериологическая санация – 81,8%, в том числе достигнута полная элиминация УПЭБ с признаками фаго- и антибиотикорезистентности у ранее безуспешно лечившихся больных.

Ни в одном случае в процессе лечения кипфероном не отмечено наложения новой ОРВИ, рецидивирующего течения сопутствующих гнойно-воспалительных заболеваний.

Достоверных различий в количественных характеристиках основных облигатных аэробных микроорганизмов до и после применения кипферона не отмечено, что может быть объяснено коротким (до пяти дней) курсом лечения. Однако значительно возросло число детей, у которых к окончанию курса в кишечнике выявлялись анаэробы: бифидобактерии до лечения в следовых количествах определялись лишь у одного ребенка, после лечения – у восьми детей с колебаниями от $10^{6,0}$ до $10^{8,0}$ /г, лактобактерии соответственно – у одного ребенка ($10^{5,0}$) и у семи детей с колебаниями от $10^{4,0}$ до $10^{7,0}$ /г. Следует также отметить достоверное снижение в процессе лечения количественных характеристик гемолитической кишечной палочки ($p < 0,05$), уменьшение числа больных (с восьми до пяти детей), у которых отмечались пролиферация энтеробактерий на доминирующем уровне, а также успешную санацию от протей еще трех детей, в том числе двух из закрытого детского коллектива, персистирование протей у которых при разнообразном предшествующем лечении, включающем курсы антибактериальной и фаготерапии, составило к моменту лечения кипфероном более двух месяцев. Назначение препарата не препятствовало колонизации энтерококками, коагулазоположительными и коагулазоотрицательными стафилококками, однако степень колонизации кишечника больных, выявивших стафилококки при первом обследовании, на фоне лечения кипфероном снизилась в 2 раза (*St. aureus*) и в 1,5 раза (KOC).

Кипферон использован также в лечении 22 девочек, страдающих хроническим хламидиозом, имевшем лабораторное подтверждение. Заболевание у них протекало как рецидивирующий вульвовагинит (19), либо инфекция мочевыводящих путей (3). Ранее по поводу данного заболевания дети безуспешно получали повторные курсы антибактериальной терапии. Одновременно выявлены сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит, пищевая аллергия, дисбактериоз кишечника, кандидоз влагалища, генитальный герпес, сопровождав-

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

шиеся лабораторно выявленным снижением показателей фагоцитоза и клеточного звена иммунитета. Кипферон-суппозитории вводили интравагинально либо ректально два раза в день в течение 10 суток. В период клинических проявлений одновременно с кипфероном назначали антибиотики и бифидумбактерин, при стертой форме заболевания суппозитории применяли в качестве монотерапии.

В результате проведенного лечения отмечена ликвидация клинических симптомов: исчезновение гиперемии вульвы и влагалища, прекращение зуда в области наружных половых органов и выделений из влагалища. Побочные реакции отсутствовали.

В течение последующих трех месяцев при ежемесячном осмотре и лабораторном обследовании соскоба со слизистой уретры и влагалища хламидии и мицелий грибов рода Кандида не обнаруживались. Также определена тенденция к улучшению показателей фагоцитоза, клеточного звена иммунитета. В группе сравнения антибактериальное лечение не имело эффекта в 30% случаев, либо отмечались рецидивы заболевания через 1-2 месяца.

Таким образом, терапия вирусно-бактериальных инфекций пополнилась достаточно эффективным, удобным для применения в педиатрической практике препаратом.

Кипферон может быть применен в комплексной терапии острых и склонных к затяжному течению кишечных инфекций, протекающих в сочетании с ОРВИ или гнойными инфекциями у детей, в том числе и раннего возраста, с высокой степенью отягощенности преморбидного состояния, либо как препарат выбора в лечении детей, инфицированных штаммами условно-патогенных микроорганизмов с признаками нозокомиальной инфекции.

Применение кипферона показано при хроническом хламидиозе, протекающем в виде рецидивирующего вульвовагинита как локализованная форма или в сочетании с другими очагами хламидийной инфекции, генитальным герпесом, дисбиозом вагины и кишечника, сниженных иммунологических показателях с целью повышения эффективности антибактериального лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иммуноглобулины человека в лечении вирусно-бактериальных инфекций у детей / Пособие для врачей / Сост. Л.В. Феклисова и др. – М., 1999. – 15 с.
2. Инфекции, передаваемые половым путем у девочек (Пособие для врачей). – М., 2000. – 19 с.
3. Кешишян Е.С., Малиновская В.В., Мешкова Е.В., Касохов Т.Б. // Педиатрия. – 1995. – № 3. – С. 70-73.
4. Лихолед В.Г., Каверин К.Г., Кочурко Л.И. // ЖМЭИ. – 1999. – № 4. – С. 65-66.
5. Макарова З.С. Особенности состояния здоровья детей раннего возраста, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями / Автореф. канд. дисс. – М., 1994. – 21 с.
6. Новокшонова В.А. Лечение кишечных инфекций у детей / Лекция. – М., 1996. – 16 с.
7. Малиновская В.В., Саляева М.В., Оверченко-Филиппова Л.Н. и др. // Вопр. вирусол. – 1993. – № 6. – С. 279-281.
8. Рекомбинантные интерфероны в лечении вирусных и вирусно-бактериальных инфекций у детей / Методические рекомендации. – М., 1996. – 10 с.