

Е.И. Краснова, А.В. Васюнин

Новосибирский государственный медицинский университет

## Оптимизация терапии острых стрептококковых тонзиллитов у детей

ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ НАХОДИЛОСЬ 56 ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 12 ЛЕТ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ, ВЫЗВАННЫМ БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А (БГСА). ПОСЛЕ КУРСА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 10 ДНЕЙ ВСЕ ДЕТИ БЫЛИ РАЗДЕЛЕНЫ НА 2 ГРУППЫ. ПЕРВУЮ ГРУППУ СОСТАВИЛИ 30 ДЕТЕЙ, КОТОРЫМ БЫЛ НАЗНАЧЕН ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛИЗАТОВ (ИМУДОН, СОЛВЕЙ ФАРМА, ФРАНЦИЯ). ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА ПРЕПАРАТА — 20 ДНЕЙ. ДЕТЯМ ВТОРОЙ ГРУППЫ (26 ЧЕЛОВЕК) ПРОВЕДЕНО ОДНОКРАТНОЕ ВВЕДЕНИЕ БИЦИЛЛИНА. РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ПОКАЗАЛИ, ЧТО ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЛИЗАТА СУЩЕСТВЕННО ПОВЫШАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ И УЛУЧШАЕТ СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ЗЕВА В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА, ВЫЗВАННОГО БГСА.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ, БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СТРЕПТОКОКК ГРУППЫ А, ЛЕЧЕНИЕ.

### Контактная информация:

Краснова Елена Игоревна,  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой детских  
болезней Новосибирского  
государственного университета  
Адрес: 630091, Новосибирск,  
Красный пр., д. 52,  
тел. (383) 290-65-55  
Статья поступила 11.09.2006 г.,  
принята к печати 29.11.2006 г.

62

Повсеместная встречаемость  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А (БГСА), множество его серотипов, строго типоспецифическое формирование постинфекционного иммунитета и легкость передачи обуславливают тотальную распространённость инфекций, вызванных этим респираторным патогеном у детей, особенно в организованных коллективах [1].

Многочисленными исследованиями показано, что БГСА уже более 50 лет остаётся чувствительным к антибактериальным препаратам пенициллинового ряда. Это связано с тем, что в отличие от других возбудителей, БГСА не продуцирует пенициллиназу. Вместе с тем при нерациональной терапии, либо в случаях частого инфицирования новыми серотипами БГСА при генотипически обусловленных особенностях реактивности организма, например, сенсибилизации с развитием иммунопатологических реакций, возможно развитие осложнений — острой ревматической лихорадки, гломерулонефрита и других заболеваний.

В 50-е годы XX-го века в связи с преобладающей циркуляцией «ревматогенных» штаммов БГСА Минздравом СССР был издан приказ об обязательной однократной бициллинопрофилактике всех детей, перенёсших стрептококковый тонзиллит (ангину) или скарлатину после проведения 10-дневного курса лечения антибиотиками. Данный приказ не отменён до настоящего времени, несмотря на то, что случаи острой ревматической лихорадки в последние годы регистрируются достаточно редко. Отечественные препараты, предлагаемые для проведения бициллинопрофилактики (бициллин-3 и бициллин-5) не соответствуют в полной мере фармакокинетическим требованиям, предъявляемым к превентивным лекарственным средствам. По данным Института ревматологии РАМН, их введение приводит к образованию пиковых концентраций бензилпенициллина в сыворотке в крови в первые дни применения с быстрой последующей утратой бактерицидного эффекта [2]. Антибиотической комиссией МЗ РФ и РАМН (1999) рекомендовано применение бициллина в следующих случаях: «Бициллины назначают при невозможности прове-

Ye.I. Krasnova, A.V. Vasiunin

Novosibirsk State Medical University

## Optimization of acute and recurrent streptococcosis therapy among children

THE RESEARCHERS EXAMINED 56 CHILDREN AGED BETWEEN 3 AND 12 YEARS OLD, SUFFERING FROM ACUTE TONSILLITIS CAUSED BY GROUP A  $\beta$ -HEMOLYTIC STREPTOCOCCUS. AFTER THE ANTIBACTERIAL THERAPY OF 10 DAYS LONG ALL THE CHILDREN WERE DIVIDED INTO 2 GROUPS. THE FIRST GROUP COMPRISED 30 CHILDREN, WHO RECEIVED THE MEDICATION OF THE BACTERIAL LYSATE (IMUDON, SOLVAY PHARMA, GERMANY). THE LENGTH OF THE MEDICATION INTAKE WAS 14 DAYS. THE CHILDREN OF THE SECOND GROUP (26 CHILDREN) UNDERWENT ONE-TIME INJECTION OF BYCILLIN. THE RESEARCH FINDINGS SHOWED THAT APPLICATION OF THE BACTERIAL LYSATE DRASTICALLY INCREASED THE EFFICIENCY OF THERAPY AND IMPROVED THE CONTENTS OF PHARYNX MICROFLORA WITHIN THE DECUBATION OF ACUTE TONSILLITIS CAUSED BY GROUP A  $\beta$ -HEMOLYTIC STREPTOCOCCUS.

**KEY WORDS:** ACUTE TONSILLITIS, GROUP A  $\beta$ -HEMOLYTIC STREPTOCOCCUS, TREATMENT.

сти 10-дневный курс лечения, при ревматическом анамнезе, а также при вспышках БГСА-инфекции в коллективах. При остром А-стрептококковом тонзиллите у больных, имеющих факторы риска развития острой ревматической лихорадки (отягощённая наследственность, неблагоприятные социально-бытовые условия и др.), целесообразно применение бензилпенициллина 10 дней с последующей однократной инъекцией бензатилбензилпенициллина. В остальных случаях необходимо проводить только 10-дневный курс антибиотиков (амоксциллина) [3].

Тем не менее регламентирующих указаний об отмене старого приказа не в регионы поступало, в связи с чем во многих поликлиниках и стационарах он выполняется. Многие практикующие врачи не удовлетворены результатами данной схемы лечения. Несмотря на её применение, после перенесенной ангины возникают ранние и поздние рецидивы БГСА-инфекции, формируется группа часто болеющих детей с постоянным или периодическим выделением БГСА из ротоглотки, возникают случаи развития осложнений — узловой эритемы, синовитов и других. В таких нередких ситуациях становится очевидным, что использование одних антибиотиков не решает проблемы стрептококковых инфекций, а только усугубляет процессы дисбактериоза, как в ротоглотке, так и в организме в целом [4].

Существенным достижением в терапии частых респираторных инфекций явилась разработка и внедрение в повседневную практику препаратов из класса бактериальных лизатов. В последние годы появились данные о том, что одной из причин частых респираторных инфекций является несовершенная система иммунитета слизистых оболочек верхних дыхательных путей — снижение продукции секреторного IgA и т.д. Было показано, что включение в комплекс лечения больных частыми респираторными инфекциями препаратов ИРС19, Имудон способствовало сокращению длительности клинических проявлений, числа бактериальных осложнений и рецидивов болезни.

Целью работы явилась оценка эффективности и безопасности препарата Имудон (Солвей Фарма, Франция) при острой и рецидивирующей стрептококковой инфекции ротоглотки у детей.

В исследование были включены 56 детей в возрасте от 3-х до 12 лет с острой БГСА-инфекцией ротоглотки, подтвержденной результатом микробиологического исследования. В исследование не включались дети с хроническим тонзиллитом и анамнезом, отягощённым по ревматическим болезням. Всем детям в среднем на  $3,0 \pm 0,2$  сут от начала заболевания была назначена антибактериальная терапия (пенициллины — 23 ребёнка, аминопенициллины — 16, цефалоспорины — 12, макролиды — 5). Продолжительность лечения составила 10 дней.

После завершения курса антибактериальных препаратов все дети были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Основную группу составили 30 детей: у 8 диагностирован рецидив стрептококкового тонзиллита, у 6 — скарлатина, у 16 пациентов — инфекционный мононуклеоз со стрептококковой ангиной. В группе сравнения было 26 детей, из них у 8 — реинфекция стрептококкового тонзиллита, у 8 — скарлатина и у 10 — инфекционный мононуклеоз с ангиной, вызванной БГСА. На момент включения в исследование у наблюдаемых детей общее число рецидивов тонзиллита составило от 1 до 3 раз.

# имудон®



## Эффективная защита слизистой оболочки глотки и полости рта



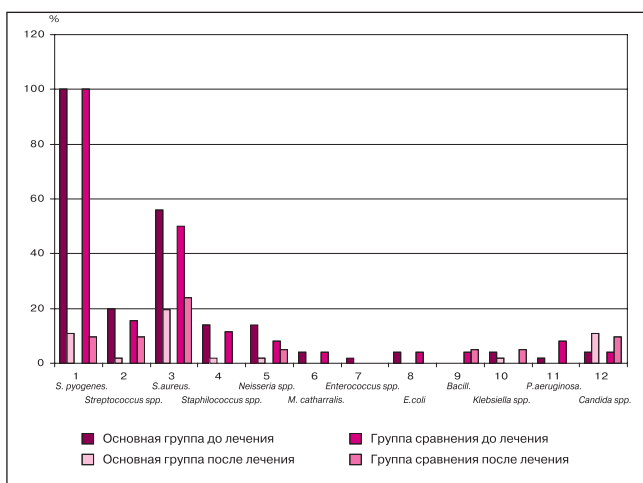
- фарингит
- стоматит
- хронический тонзиллит
- профилактика изъязвлений, вызванных зубными протезами
- пародонтоз
- профилактика и лечение инфекции после удаления зубов
- пародонтит
- 
- гингивит



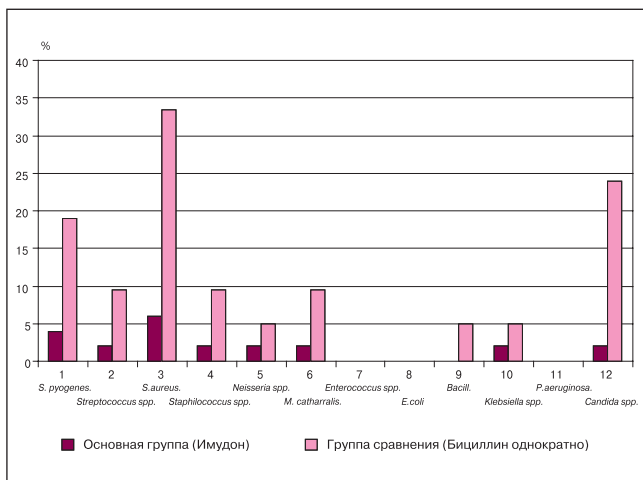
**SOLVAY  
PHARMA**

119334, г. Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5  
Тел.: (495) 411-6911. Факс: (495) 411-6910  
E-mail: [info@solvay-pharma.ru](mailto:info@solvay-pharma.ru)  
<http://www.solvay-pharma.ru>,  
<http://www.dentalite.ru>

**Рис. 1.** Состав микрофлоры ротоглотки у детей опытной и контрольной групп до и после антибактериальной терапии



**Рис. 2.** Состав микрофлоры ротоглотки у детей опытной и контрольной групп через месяц от начала болезни



Детям из основной группы после завершения антибактериальной терапии был назначен препарат Имудон по 6 таблеток в сут в течение 20 дней. Детям группы сравнения — однократно инъекция бициллина. Осмотр детей из основной группы и группы сравнения проводили через 1 мес от начала болезни. Состав микрофлоры зева полуколичественным методом исследовался трёхкратно: при поступлении, через 10 дней по окончании курса антибиотиков и через месяц от начала болезни. Длительность лихорадки составила в среднем 3–4 сут. Ангина характеризовалась яркой гиперемией зева, увеличением миндалин за счёт инфильтрации (при моноинфекции БГСА), отёка и инфильтрации (при сочетании БГСА- и Эпштейна–Барр вирусной инфекции), нали-

чием белых, бело-жёлтых или серых налётов, исходящих из лакун. Продолжительность местных проявлений составила от 5 до 10 сут, причём у больных инфекционным мононуклеозом она была большей. Характерное увеличение лимфатических узлов отмечено у большинства больных.

Как видно из представленных на рис. 1 данных, исходно у всех детей отмечено проявление тонзиллофарингеального дисбиоза с одинаковой частотой высева БГСА, условно-патогенной флоры и дрожжеподобных грибов. При этом чаще всего, обнаруживались стафилококки и значительно реже — другие микроорганизмы. Почти у 50% больных отмечен высев золотистого стафилококка, чаще  $\beta$ -гемолизического. У трёх детей кроме БГСА была выделена *Pseudomonas aeruginosa*.

На 3-и сут лечения у 18 человек вновь проведено бактериологическое исследование мазка из ротоглотки. При этом высев *S. pyogenes* сократился в 3 раза.

По окончании 10-дневного курса антибиотиков обследовано 22 из 30 детей основной группы и 21 из 26 — группы сравнения. У 90% больных *S. pyogenes* не выделялся. Однако у двух детей со скарлатиной и у двух с рецидивирующей ангиной сохранялось реконвалесцентное носительство данного патогена. В 3–4 раза уменьшилось выделение стафилококков, нейсерий, мораксел, энтерококков (рис. 1). В то же время количество больных, выделивших грибки рода *Candida*, возросло до 10%. Полученные данные указывают на то, что 10-дневный курс антибактериальной терапии оказывает выраженный эффект, но к полной санации ротоглотки не приводит, и способствует увеличению выделения грибов рода *Candida*.

Результаты исследования микробиоценоза ротоглотки через месяц от начала болезни представлены на рис. 2. У пациентов основной группы произошло сокращение общего количества выделенных микроорганизмов, БГСА был выделен только у одного ребёнка с рецидивирующим тонзиллофарингитом. В то же время у детей из группы сравнения *S. pyogenes* был выделен у 19% пациентов, *S. aureus* — у 33,5%, грибки рода *Candida* — у 24%. Полученные данные свидетельствуют о том, что введение бициллина после завершения 10-дневного курса антибиотиков не приводит к санации ротоглотки от *S. pyogenes*.

Таким образом, результаты проведённого исследования показывают, что бициллинопрофилактика рецидивов стрептококковой инфекции показана только узкому кругу пациентов, имеющим факторы риска развития ревматизма. Включение Имудона в комплексную терапию стрептококковых тонзиллитов с 10-го дня заболевания существенно повышает эффективность терапии, оказывает выраженный эффект, но к полной санации ротоглотки не приводит, а включение препарата Имудон в стадию реконвалесценции способствует нормализации биоценоза ротоглотки, снижая выделение патогенов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Покровский В.И., Брико Н.И., Ряпис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы. — М.: «Гэотар-Медиа», 2006. — 541 с.
2. Белов Б.С., Черняк А.В., Сидоренко С.В., Макарова Р.А. Сравнительная оценка фармакокинетики различных лекарственных форм бензатин бензилпенициллина // Антибиотики и химиотерапия. — 2000. — № 4. — С. 18–21.

3. Таточенко В.К. Справочник «Педиатру на каждый день». — М.: 1999. — 125 с.
4. Феклисова Л.В. Микробиоценоз слизистых оболочек ротоглотки у детей, больных ангиной // Детские инфекции. — 2006. — Т. 5, № 2. — С. 27–31.