

Рациональный выбор антибиотика для местного применения при лечении фурункула носа у детей

Е.С.Ковалец¹, М.Р.Богомилский¹, Е.Ю.Радциг¹, А.П.Китайгородский², Д.В.Шкляр¹

¹Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра оториноларингологии педиатрического факультета, Москва (зав. кафедрой – чл.-кор. РАМН, проф. М.Р.Богомилский);

²Морозовская детская городская клиническая больница, ЛОР-отделение, Москва (главный врач – В.Л.Фомина)

В статье приведены собственные данные встречаемости фурункула носа у детей г. Москвы. Изучена эффективность антибактериальных препаратов в мазевой форме в лечении фурункула носа у детей. Клинически отмечена высокая эффективность мупироцина в лечении фурункулов носа у детей при местном применении.

Ключевые слова: фурункул носа, дети, *Staphylococcus aureus*, хлорамфеникол, мупироцин

The rational choice of an antibiotic for local application at treatment of nasal furunculosis in children

E.S.Kovalets¹, M.R.Bogomilskiy¹, E.Yu.Radtsig¹, A.P.Kitaygorodskiy², D.V.Shklyar¹

¹N.I.Pirogov Russian State Medical University, Department of Otorhinolaryngology of Pediatric Faculty, Moscow (Head of the Department – Corr. Member of RAMS, Prof. M.R.Bogomilskiy);

²Morozovskaya Children Clinical Hospital, Department of Otorhinolaryngology, Moscow (Chief Doctor – V.L.Fomina)

In this article there are given data on occurrences of a nasal furunculosis in children living in Moscow. We studied an efficiency of ointment forms of antibacterial preparations in the treatment of nasal furunculosis in children. We noted a high clinical efficiency of Mupirocin with local application in the treatment of nasal furunculosis in children.

Key words: nasal furunculosis, children, *Staphylococcus aureus*, Chloramphenicol, Mupirocin

Частота развития фурункула носа у детей не имеет тенденции к снижению, болезнь протекает тяжелее, чем у взрослых, нередко угрожая жизни ребенка [1–3]. По данным отделения оториноларингологии Морозовской ДГКБ, количество детей с данной патологией увеличивается год от года (рис. 1). Опасность заболевания заключается в возможном вовлечении в процесс венозных сосудов лицевой области, а затем и сосудов твердой мозговой оболочки с риском развития тромбоза и сепсиса [4].

Ведущим этиологическим фактором является стафилококк, который, попадая в сальные железы и волосяные мешочки, вызывает воспалительную реакцию. Чрезвычайная острота и важность роли стафилококка обусловлена широким распространением во всех развитых странах его антибиотикоустойчивых штаммов, в особенности ме-

тициллинрезистентных [5]. Метициллинрезистентному золотистому стафилококку (MRSA) посвящено большое количество статей, как в научной, так и в популярной литературе. В Англии частота встречаемости MRSA среди всех штаммов *S.aureus* существенно выросла в период с 1990 по 1998 гг. [6]. Бактерию, вызванную MRSA, относят к «вышедшим из-под контроля» инфекциям. В основном этот штамм выделяется у больных, находившихся на интенсивной терапии или ранее принимавших антибактериальные препараты [6].

Слизистая оболочка полости носа часто является местом первичной колонизации MRSA и формирует основу для дальнейшего распространения бактерий в организме. В оториноларингологии заболевания, вызванные этим штаммом *S. aureus*, встречаются с достаточной частотой, и их последствия могут носить угрожающий характер, как с точки зрения клинических проявлений, так и в отношении финансовых затрат на лечение. Поэтому при лечении стафилококковой инфекции, добиваясь эрадикации возбудителя, следует помнить об опасности формирования резистентных штаммов. С этой целью желательно избегать длительных или повторяющихся курсов приема системных антибактериаль-

Для корреспонденции:

Ковалец Елена Сергеевна, аспирант кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1

Телефон: (495) 959-8894

E-mail: lena_kovalets@list.ru

Статья поступила 11.01.2011 г., принята к печати 01.03.2011 г.

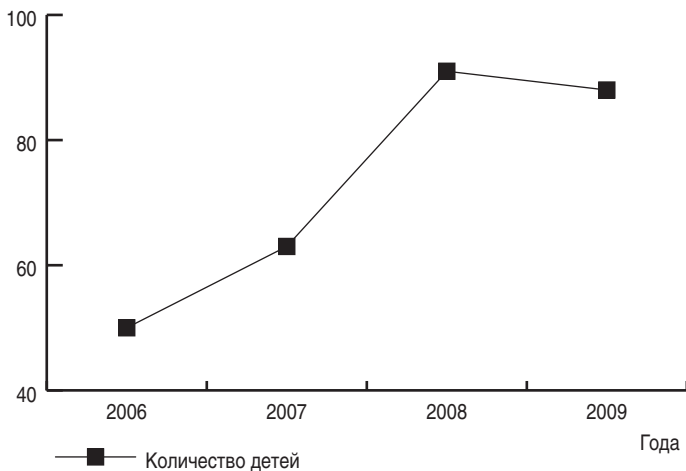


Рис. 1. Количество пролеченных детей в ЛОР-отделении МДГКБ с диагнозом фурункул носа за 2006–2009 гг.

ных препаратов. Перспективным является использование и топических средств.

В лечении фурункула носа основным методом (наряду с системной антибактериальной терапией) является адекватное хирургическое вмешательство (дренирование полости абсцедирующего фурункула) и нанесение на раневую поверхность различных лекарственных средств с целью очищения и заживления раны [7]. Эти же препараты могут обладать и антибактериальной активностью. Рекомендованы для местного применения, например, мупироцин и фузидиевая кислота [8]. Антибиотик мупироцин, по данным литературы, считается одним из наиболее эффективных в отношении стафилококков (в том числе метициллинрезистентных) [9–11]. Антибактериальное действие мупироцина заключается в нарушении синтеза РНК и белков в клетках бактерий, что приводит к торможению синтеза бактериального белка и последующей гибели микроорганизма. Такой механизм практически исключает или существенно замедляет формирование резистентности к нему, особенно при использовании для наружного применения [10, 11].

Целью нашей работы явилось выяснение наиболее часто используемых препаратов на мазевой основе и сравнительная оценка их эффективности в лечении детей с фурункулосом носа.

Материалы и методы

Анализ историй болезней за 2006–2009 гг. детей с фурункулосом носа (всего 292 ребенка), находящихся на лечении в ЛОР-отделении МДГКБ, показал, что наиболее часто при данном заболевании назначалась мазь на основе левомицетина (хлорамфеникола) с метилурацином и сульфадиметоксином. Нами не выявлены случаи использования топических средств на основе фузидиевой кислоты. Поэтому оценку сравнительной эффективности топических антимикробных препаратов мы проводили между препаратами, содержащими левомицетин и мупироцин. Для этого больные с фурункулосом носа различной локализации (на коже преддверия носа – у 32 (53,7%), кончика носа – у 15 (27,5%), крыльев носа – у 13 (18,7%)) были разделены на две группы, сопоставимые по количеству (30 человек в каждой), возрасту

(от 12 до 15 лет) и полу. Дети 1-й группы получали стандартную терапию – системный антибиотик, вскрытие фурункула при абсцедировании и ежедневное дренирование, витаминотерапию, ежедневную местную обработку препаратом с антибактериальным, местно анестезирующим и улучшающим регенерацию тканей действием для наружного применения (левомицетин, хлорамфеникол). Детям 2-й группы после хирургического вмешательства в план лечения в качестве средства местной терапии был подключен препарат на основе мупироцина. Препараты наносились непосредственно на область воспалительного процесса 2–3 раза в день в течение 7–10 дней.

Всем больным перед началом лечения проводился сбор анамнеза, оторинофарингоскопия и клинико-лабораторное обследование, которое, помимо клинических анализов крови и мочи, включало микробиологическое исследование отделяемого из устья фурункула.

Оценка эффективности терапии проводилась с учетом регресса таких клинических симптомов, как боль и наличие симптомов интоксикации. С целью объективизации контроля эффективности лечения выполнялось ежедневное динамическое исследование области воспаления (гиперемия, отек, инфильтрация мягких тканей), количества и характера отделяемого, при котором степень выраженности признака оценивалась по 10-бальной системе: 10 баллов – симптом выражен максимально, 5 баллов – умеренно, 1 балл – незначительно, 0 баллов – симптом отсутствует. Дополнительно оценивались сроки грануляции и эпителизации раны.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов микробиологического исследования гнойного отделяемого из устья фурункула показал, что у всех больных (в 100% случаев) был выявлен *Staphylococcus aureus*, чувствительный к основным антибактериальным препаратам (оксациллин, цефазолин, цефтриаксон, линкомицин, ванкомицин, левомицетин, мупироцин).

У всех больных после проведенного курса лечения достигнуто полное выздоровление. Более быстрая положительная динамика клинических признаков гнойного процесса отмечалась в группе, в которой для лечения был подключен препарат на основе мупироцина для местного применения. На 2–3-и сутки от начала лечения у большинства больных основной группы стойко нормализовалась температура тела, сон, улучшалось самочувствие, дети становились более активными, что указывало на снижение интоксикации. В группе, в которой использовался хлорамфеникол, аналогичное улучшение самочувствия наступало на 4–5-е сутки лечения.

Уменьшение (исчезновение) отека и гиперемии в области воспаления также быстрее происходило у больных группы, применявших мупироцин. Полностью вышеперечисленные симптомы исчезали на 5–6-е сутки лечения (на 2–3-е суток раньше, чем в 1-й группе) (рис. 2). Однако быстрее всего у пациентов основной группы уменьшалось количество отделяемого из устья фурункула на 2–3-и сутки пребывания в стационаре (на 3–4 суток раньше, чем в 1-й группе) (рис. 3). Сроки купирования воспалительного

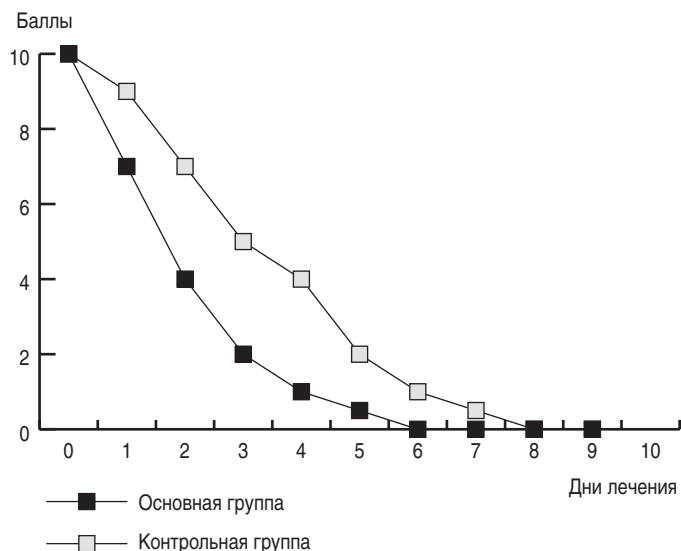


Рис. 2. Динамика регресса отека и гиперемии в области воспаления.

процесса в группе (наличие эпителизации раны), получавшей местную обработку области воспаления препаратом мупироцин, составили 6–7-е суток от начала лечения. В группе детей, где использовался хлорамфеникол, выздоровление наступало на 7–9-е сутки терапии.

Клиническое выздоровление и хорошая переносимость топических антимикробных препаратов отмечено у всех наблюдавшихся детей. Более быстрая выраженная положительная клиническая динамика отмечена в группе детей, получавших мупироцин.

Выводы

Основываясь на анализе наиболее часто назначаемых препаратов, целесообразно расширить знания врачей об антимикробных топических препаратах в лечении фурункула носа у детей. Проведенное нами изучение обоснованности применения препарата на основе мупироцина для местного применения в лечении данной патологии показало его хорошую клиническую эффективность. Можно сделать вывод, что местное применение препарата мупироцин в лечении больных с фурункулом носа позволяет предотвратить развитие осложнений данного заболевания, сократить сроки проведения системной антибактериальной терапии, и, как следствие этого, сократить сроки пребывания больного в хирургическом стационаре. Все это позволяет нам рекомендовать более широкое включение препарата в комплекс лечения больных с данной патологией.

Литература

1. Волков И.И. Совершенствование микробиологической диагностики стафилококковых инфекций и этиологические аспекты их возбудителей: Автореф. дис. ... к.м.н. – СПб, 1999.
2. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 273 с.
3. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. – М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2002.

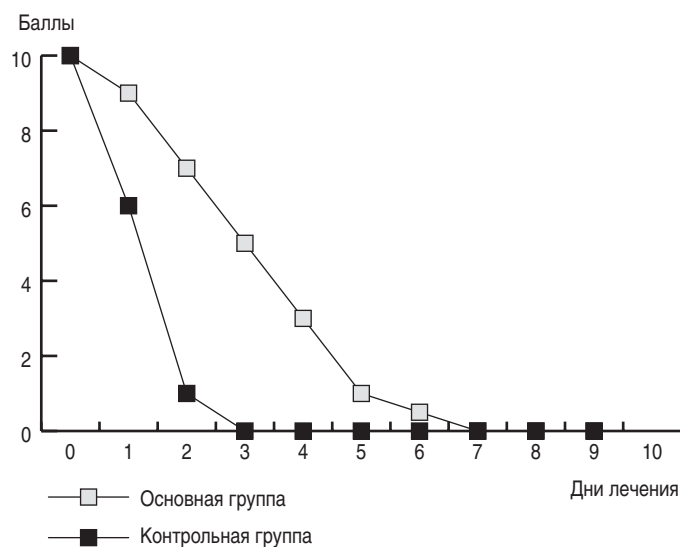


Рис. 3. Динамика регресса количества гнойного отделяемого из устья фурункула.

4. Бобров В.М. Фурункул носа, осложненный тромбозом кавернозного синуса // Российская оториноларингология. – 2005. – № 5. – С.131–133.
5. Gregory J., Moran M.D. et al. Methicillin-Resistant S.aureus Infections among Patients in the Emergency Department. – N. Engl. J. Med. Aug. – 17. – 2006. – V.355. – P.666–674.
6. Megevaud C., Gervais A., Heininger U. et al. Molecular epidemiology of nasal colonization by methicillin-susceptible Staphylococcus aureus in Swiss children // European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. – 2010. – №16. – P.1414–1420.
7. Раны и раневая инфекция / Под ред. М.И.Кузина, Б.М.Костюченка. – М., 1990. – С. 591.
8. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С.Стрелюсского, Ю.Б.Белоусова, С.Н.Козлова. – М., 2007. – С. 32–46.
9. Doebbeling B.N., Breneman D., Neu H.C. et al. Staphylococcus aureus nasal carriage in health care workers // Clin. Infect. Dis. – 1993. – №17. – P.466–474.
10. Thodis E., Bhaskaran S., Pasadakis P. et al. Decrease in Staphylococcus aureus exit-site infections and peritonitis in CAPD patients by local application of mupirocin ointment at the catheter exit site // Perit. Dial. Int. – 1998. – 18(3). – P.261–270.
11. Стрелюсский Л.С., Белькова Ю.А., Дехнич А.В. // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотерапия. – 2005. – Т.7. – №1. – С.32–46.

Информация об авторах:

Богомилский Михаил Рафаилович, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1
Телефон: (495) 959-8758
E-mail: radena@rambler.ru

Радциг Елена Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1
Телефон: (495) 959-8758
E-mail: radena@rambler.ru

Китайгородский Александр Петрович, кандидат медицинских наук, заведующий ЛОР-отделением Морозовской ДГКБ
Адрес: 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1
Телефон: (495) 959-8809
E-mail: mdgkb@mosgorzdrav.ru

Шкляр Дарья Витальевна, клинический ординатор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1
Телефон: (495) 959-8894