

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

Низамова Саодат Абдукадировна, Таджиев Ботир Мирхошимович, Курбанова Гулноза Шукуровна
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БОЛАЛАРДА СКАРЛАТИНАНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Низомова Саодат Абдукадировна, Тажиев Ботир Мирхошимович, Курбанова Гулноза Шукуровна
Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юкумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиет маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

IMPROVEMENT OF METHODS OF TREATMENT OF SCARLET FEVER IN CHILDREN

Nizamova Saodat Abdukadirovna, Tajiev Botir Mirkhoshimovich, Kurbanova Gulnoza Shukurovna
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info.niiemiz@ssv.uz

Резюме. *Сўнги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, келгуси ўн йилликларда антибиотикларни самарадорлиги оз кучини ёқотиши мумкин. Ушбу вазиятдан чиқиш йўли фаг терапияси - табиий жараёнга имкон қадар яқинроқ бўлган даволаш усули ҳисобланади.*

Калит сўзлар: *Скарлатина, клиник шакллари, "секстафаг" препарати.*

Abstract. *Recent studies show that in the coming decades there may be a situation where there will not be a single effective antibiotic left. The way out of this situation is phage therapy - a method of treatment as close as possible to the natural process.*

Key words: *scarlet fever, clinical manifestations, bacteriophage "Sekstaphage".*

Инфекции верхних отделов дыхательных путей (ИВОДП) являются широко распространенной группой заболеваний, встречающихся как у детей, так и у взрослых. В свою очередь, среди ИВОДП одним из наиболее распространенных заболеваний является острый тонзиллофарингит (ОТФ) (Брико Н.И., 2003). Среди ИВОДП одной из наиболее значимых проблем инфекционной патологии повсеместно является стрептококковая инфекция (И.М. Бедулина, Г.Н. Чистенко, 2006). По данным ВОЗ в мире ежегодно 100 млн. людей переносят первичную острую стрептококковую инфекцию. При этом первостепенное значение в патологии человека имеют β -гемолитические стрептококки серологической группы А, которые вызывают около 50 клинических форм инфекции. В структуре первичной стрептококковой инфекции доминирующее положение занимает скарлатина. Характерным для стрептококковой инфекции является смена циркулирующих штаммов возбудителя с преобладанием высоковирулентных вариантов. Отмечается тенденция к утяжелению клиники и увеличению частоты осложнений после перенесенного заболевания (Н.И. Брико, Н.А. Малышев, В.И. Покровский, 2007). До настоящего времени спорным остается вопрос об эффективности антибактериальных препаратов, применяемых для лечения стрептококковых заболеваний, в полной мере не изучено формирование приобретенной резистентности стрептококков группы А к пенициллинам и цефалоспорином. Ученые полагают, что в течение ближайших десятилетий может сложиться ситуация, когда не останется ни одного эффективного антибиотика. Выходом из такой ситуации является фаготерапия

– метод лечения максимально приближенный к естественному природному процессу (фаголизис – разрушение бактерий фагами – происходит в пораженном бактериями органе при естественном выздоровлении). Поскольку бактериофаги постоянно эволюционируют, бактерии не вырабатывают к ним устойчивость. Поэтому фаги способны уничтожать микробы, перед которыми антибиотики уже бессильны. Кроме того, в отличие от антибиотиков, они действуют строго избирательно. Определенный вид фага уничтожает только соответствующий вид болезнетворных бактерий. Это позволяет сохранить нормальный биоценоз организма и не допустить побочных эффектов. Учитывая все вышесказанное целью данного исследования явилось изучение эффективности применения бактериофага «Секстафаг в лечении скарлатины у детей». Для оценки эффективности применения бактериофага Секстафаг нами проведено исследование его влияния на динамику клинических симптомов и лабораторных данных у больных тяжелой формой скарлатины, находившихся на стационарном лечении.

Материал и методы. Исследование было проведено на 2 группах больных детей, которые находились в реанимационном отделении Городской клинической инфекционной больницы №1 г. Ташкента с мая по июль 2022 г. с диагнозом Скарлатина, крайне тяжелое течение. Исследование проведено на 2 группах больных, 1 группу – основную (n=38) составили лица, которым наряду с общепринятым курсом лечения был включен препарат Секстафаг и 2-ю – группу сравнения составили 12 больных с тем же диагнозом, которым было проведено общепринятое лечение. (У

больных было получено письменное информированное согласие для участия в исследовании). Препарат Секстафаг является поливалентным пробиотиком, обладает способностью специфически лизировать бактерии стафилококков, стрептококков (в том числе энтерококков), протей, клебсиелл пневмонии, синегнойной и кишечной палочек. Показаниями к применению данного бактериофага являются лечение и профилактика заболеваний уха, горла, носа, дыхательных путей и легких; хирургические инфекции; урогенитальные инфекции; энтеральные инфекции; генерализованные септические заболевания и другие заболевания, вызванные бактериями стафилококков, стрептококков (в том числе энтерококков), протей, клебсиелл пневмонии, синегнойной и кишечной палочек. При тяжелых проявлениях инфекций, вызванных стафилококками, стрептококками, протеей, клебсиеллой пневмонии, синегнойной и кишечной палочками, препарат назначается в составе комплексной терапии.

Результаты полученных исследований.

Всего в исследовании участвовало 50 больных с диагнозом Скарлатина, крайне тяжелое течение, из которых 38 (основная группа) получали дополнительно к общепринятому лечению бактериофаг

«Секстафаг» и 12 больных (группа сравнения) только стандартное общепринятое лечение. Средний возраст пациентов основной группы (1-ая группа) составил $5,39 \pm 0,37$ лет (Рис.1) с преобладанием детей от 3- до 6 лет (27; 71,05%). В группе сравнения (2 группа) средний возраст – $5,75 \pm 0,80$, преобладали также дети в возрасте 3-6 лет (9; 75,0%). При этом, в обеих группах преобладали мальчики (в 1 группе – 23; 60,5% и во 2 – 8; 66,7%). Сравнительный анализ организованности детей по группам показал, что детские дошкольные учреждения в 1 группе посещали 22 (57,89%), во 2 группе – 5 (41,67%), школу – 5 (13,16%) и 3 (25%), соответственно, долю неорганизованных детей составили, соответственно, 11 (28,95%) и 4 (33,3%) больных.

Сравнительный анализ доли городского и сельского населения среди больных показало, что основную часть больных составляли дети г.Ташкента и только 1 (2,63%) ребенок в основной группе был из Сурхандарьинской области. Диагноз и клинические формы скарлатины устанавливались в соответствии с клиническими критериями классификации по приказу Минздрава № 273 от 30 ноября 2021 г.

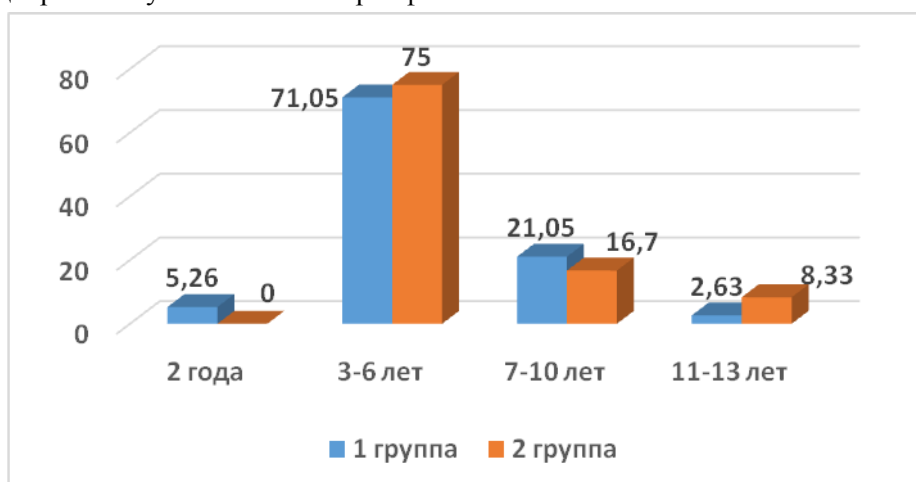


Рис. 1. Распределение обследованных больных по возрасту (%)

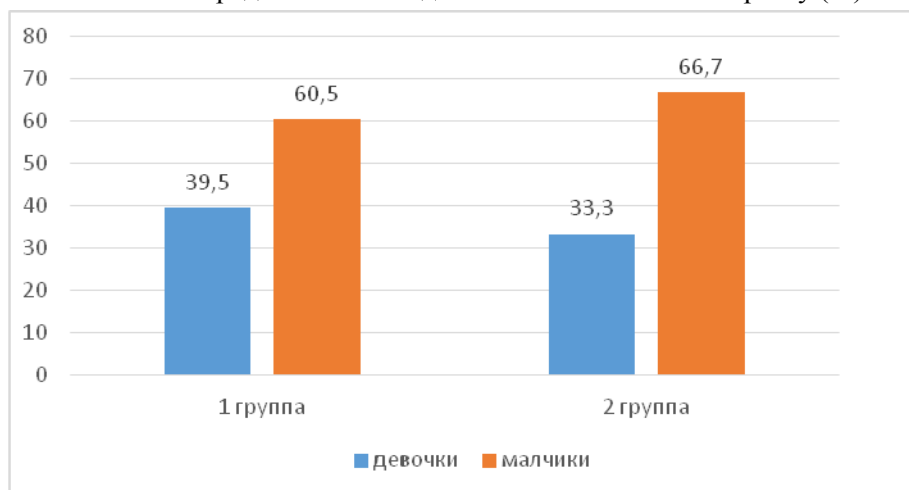


Рис. 2. Распределение обследованных больных по полу

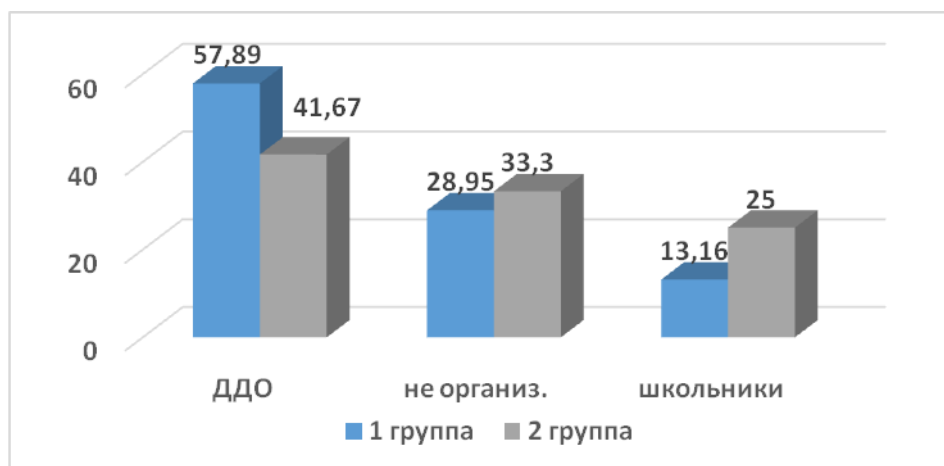


Рис. 3. Уровень организованности детей

Таблица 1. Основные жалобы обследованных больных при поступлении

Признаки	Всего больных		Основная группа n=38		Группа сравнения n=12	
	абс	%	абс	%	абс	%
Острое начало болезни	45	90,0±1,34	34	89,47±1,53	11	98,68±1,13
Общая слабость	32	64,0±1,13	25	65,79±1,31	7	58,33±2,40
Сыпь на теле	44	88,0±1,32	34	89,47±1,53	10	83,33±2,62
головокружение	13	26,0±0,72	10	26,32±0,83	3	25,0±1,44
Головная боль	16	32,0±0,80	12	31,58±0,91	4	33,33±1,66
Повышение температуры	45	90,0±1,34	34	89,47±1,53	11	98,68±1,13
t≥37,0	31	62,0±1,11	23	60,53±1,26	8	66,67±2,35
t≥38,0	13	26,0±0,72	10	26,32±0,83	3	25,0±1,44
t≥39,0	1	2,0±0,20	1	2,63±0,26	0	
Боль в горле	25	50,0±1,0	19	50,0±1,14	6	50,0±2,04
Ухудшение аппетита	16	32,0±0,80	12	31,58±0,91	4	33,33±1,66
Тошнота	7	14,0±0,53	5	13,16±0,54	2	16,67±1,18
Рвота	5	10,0±0,45	4	10,53±0,53	1	8,33±0,83
Недомогание	12	24,0±0,69	9	23,68±0,79	3	25,0±1,44
Ухудшение сна	8	16,0±0,57	6	15,79±0,64	2	16,67±1,18
Кашель	20	40,0±0,89	15	39,47±1,02	5	41,67±1,86
Запор	3	6,0±0,35	2	5,26±0,37	1	8,33±0,83

Таблица 2. Объективные клинические признаки в момент поступления в стационар

Клинические признаки	Всего больных		Основная группа n=38		Группа сравнения n=12	
	абс	%	абс	%	абс	%
Общая слабость	50	100,0±1,61	38	89,47±1,53	12	98,68±1,13
Сознание ясное	50	100,0±1,61	38	60,53±1,26	12	66,67±2,35
вялость	13	26,0±0,72	10	26,32±0,83	3	25,0±1,44
Сыпь на теле	47	94,0±1,36	36	94,74±1,57	11	91,67±2,75*
Боли в горле	25	50,0±1,0	19	50,0±1,14	6	50,0±2,04*
Лихорадка	25	50,0±1,0	19	50,0±1,14	6	50,0±2,04
t≥37,0	16	32,0±0,80	12	31,58±0,91	4	33,33±1,66
t≥38,0	7	14,0±0,53	5	13,16±0,54	2	16,67±1,18
Кожа сухая	5	10,0±0,45	4	10,53±0,53	1	8,33±0,83
Увеличение лимфатических узлов	45	90,0±1,34	34	89,47±1,53	11	91,67±2,75
Гиперемированное горло	27	54,0±1,04	20	52,63±1,17	7	58,33±2,40
Увеличение небных миндалин	32	64,0±1,13	22	57,89±1,23	10	83,33±2,62
Сухие губы	8	16,0±0,57	6	15,79±0,64	2	16,67±1,18
«Малиновый язык»	45	90,0±1,34	15	39,47±1,02	5	41,67±1,86
Увеличение печени	14	28,00±0,75	11	31,58±0,91	4	33,33±1,66
кашель	3	6,0±0,35	2	5,26±0,37	1	8,33±0,83

Таблица 3. Объективные клинические признаки в результате Проведенного лечения

Клинические признаки	Основная группа n=38		Продолжительность	Группа сравнения n=12		Продолжительность
	Абс	%		абс	%	
Общая слабость	38	89,47±1,53	3,92±0,14	12	98,68±1,13*	5,08±0,16
Вялость	10	26,32±0,83	2,63±0,11	3	25,0±1,44*	4,0±0,14
Сыпь на теле	36	94,74±1,57	3,89±0,12	11	91,67±2,75*	4,65±0,10
Боли в горле	19	50,0±1,14	3,84±0,12	6	50,0±2,04*	4,5±0,11
Лихорадка	19	50,0±1,14	3,74±0,12	6	50,0±2,04*	4,33±0,11
Увеличение лимфатических узлов	34	89,47±1,53	2,71±0,11	11	91,67±2,75*	3,67±0,11
Гиперемированное горло	20	52,63±1,17	3,03±0,12	7	58,33±2,40*	3,92±0,13
Увеличение небных миндалин	22	57,89±1,23	4,03±0,12	10	83,33±2,62*	4,58±0,08
«Малиновый язык»	15	39,47±1,02	3,39±0,12	5	41,67±1,86*	4,33±0,13

Заболевание у 90% детей начиналось остро, с повышения температуры в основном до 37° у 31 (62,0±1,11%), до 38° у 13 (26,0±0,72%) и у 1 больного до 39° (2,0±0,20%). Почти всех детей при поступлении беспокоили общая слабость (64,0±1,13%), наличие мелкоочечной сыпи (88,0±1,32%) на лице, руках и туловище, боли в горле (50,0±1,0%), кашель (40,0±0,89%), головокружение (26,0±0,72%), головная боль и ухудшение сна (32,0±0,80%).

При поступлении у всех больных было установлено тяжелое течение заболевания. Все больные были госпитализированы в реанимационное отделение. Объективно у всех больных отмечалась общая слабость (100,0±1,61%), у всех было ясное сознание (100,0±1,61%). У 94,0% больных отмечалась мелкоочечная сыпь, расположенная на лице, кроме носогубного треугольника, на туловище и сгибательных поверхностях конечностей, со сгущением в области складок на фоне гиперемированной кожи. Сыпь чаще отмечалась на лице. У 90,0% пациентов выявлено при объективном осмотре увеличение подчелюстных лимфатических узлов размером от 0,5 до 1,5 см, при пальпации безболезненные. Отмечается небольшое увеличение печени, которая в среднем у 28,0% больных детей выступает из под реберной дуги до 0,5-1,5 см. Увеличение селезенки ни у кого не наблюдалось. У 45 (90,0%) больных выявлено гиперемированное горло и у 32 (64,0±1,13%) пациентов увеличение небных миндалин. Ангина в основном имела катаральный характер, реже фолликулярный. У 45 (90,0%) отмечался «малиновый язык». Всем больным проведена этиотропная терапия - назначены инъекции бензилпенициллина натриевую соль внутримышечно из расчета 50000–100 000 ЕД./кг/сутки и более. Режим введения 3-4 раза в сутки в течение от 7 до 10–14 дней, в некоторых случаях азитромицин 10 мг/кг 1 раз в сутки per os в течение 5 дней; патогенетическая терапия - дезинтоксикационную

терапию с использованием глюкозо-солевых растворов внутривенно капельно из расчета: дети в возрасте до 2 лет — 50 мл/кг/сутки, 2–7 лет — 40–20 мл/кг/сутки и дети старше 7 лет — 20–10 мл/кг/сутки; симптоматическая терапия - использовали жаропонижающие средства: парацетамол (в разовой дозе 10–15 мг/кг не более 4 раз в сутки с интервалом не менее 4 ч) или ибупрофен (в разовой дозе 5–10 мг/кг). Детям с аллергической сыпью, аллергодерматитами назначались десенсибилизирующие средства. Для укрепления сосудистой стенки детям назначалась аскорбиновая кислота или аскорутин в возрастных дозировках. Вышеперечисленная терапия назначалась всем детям (n=50). Одной группе детей (n=38) в комплексе с общепринятой терапией был включен бактериофаг «Секстафаг» по 5(10) мл х2 раза в день per os. Для оценки эффективности препарата «Секстафаг» нами проведено изучение сравнительного анализа длительности жалоб и основных клинических проявлений заболевания у больных в двух группах: группа из 38 больных (основная группа), которые получали дополнительно к общепринятому лечению бактериофаг «Секстафаг» и 12 больных (группа сравнения) только стандартное общепринятое лечение.

Проведенный сравнительный анализ продолжительности стационарного лечения показал, что пациенты основной группы находились в клинике в среднем 5,16±0,06 дней (минимально 4, максимально - 6 дней), в группе сравнения – 8,25±0,57 дней (минимально 7, максимально - 14 дней). Продолжительность общей слабости пациентов, которая отмечалась у всех больных как основной, так и пациентов группы сравнения, в основной группе составляла 3,92±0,14 дней, достоверно отличаясь от средней значений продолжительности данного симптома в группе сравнения (5,08±0,10) (P<0,05) (табл. 3).

Вялость, которая в основной и в группе сравнения встречались практически одинаково ($26,32 \pm 0,83$ и $25,0 \pm 1,44$, соответственно) имели различную продолжительность в этих исследуемых группах ($2,63 \pm 0,11$ и $4,0 \pm 0,14$ дней, соответственно), достоверно дольше беспокоили больных группы сравнения.

Сыпь на теле в основной группе наблюдалась в $94,74 \pm 1,57$ и $91,67 \pm 2,75\%$ случаев, при этом продолжительность выявления сыпи в основной и группе сравнения, соответственно составляла $3,89 \pm 0,12$ и $4,75 \pm 0,10$, значимо отличается друг от друга ($P < 0,05$).

Такая же характерная картина имела место в продолжительности таких симптомов, как боли в горле ($3,84 \pm 0,12$ и $4,50 \pm 0,11$ дней, соответственно), гиперемия горла ($3,03 \pm 0,12$ и $3,92 \pm 0,13$ дней, соответственно). Продолжительность лихорадочного периода у больных в основной группе составляла $3,74 \pm 0,12$ дней, в группе сравнения это проявление заболевания достоверно было более длительным ($4,33 \pm 0,11$ дней). Более длительно в группе сравнения наблюдалось увеличение лимфатических узлов ($3,67 \pm 0,11$ дней) и небных миндалин ($4,58 \pm 0,12$ дней), при продолжительности их в основной группе $2,71 \pm 0,11$ и $4,03 \pm 0,12$ дней, соответственно, ($P < 0,05$).

Результаты проведенного сравнительного анализа эффективности бактериофага «Секстафага» на основании изучения продолжительности основных клинических симптомов в группе больных с включением к традиционному лечению бактериофага (основной группы) и группы больных с традиционным методом лечения (группы сравнения), показало сокращение койко-дней в стационаре за счет достоверного сокращения продолжительности таких проявлений заболевания, как общая слабость, вялость, боли в горле, гиперемия горла, увеличение лимфатических узлов и небных миндалин и других у больных основной группы.

Таким образом, проведенное исследование и полученные результаты позволяют рекомендовать использование бактериофага «Секстафага» в комплексной терапии тяжелых форм стрептококковой инфекции.

Литература:

1. Сваровская Кузьменкова, В. В., Семенченко Е. В. Клиническая картина скарлатины на современном этапе // Молодой ученый. — 2020. — № 14 (304). — С. 111-113.
2. Жолдошбекова Ж. Ж., Шайымбетов А. Т. Скарлатина у детей на современном этапе //

Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева-2017.- № 1.- С.161–164.

3. Астапов А. А., Манкевич Р. Н Учебно-методическое пособие БГМУ // Т.40, № 3.-2014 год.-С.10.

4. Илунина Л. М., Кокорева С. П., Стахурлова С. Е., Клемятина Е. Ю Клиническая характеристика современной скарлатины у детей, госпитализированных в стационар// Научно-практический журнал, Т. 20, № 3. 2017 год.- С.128–132.

5. Лазарева Е.Б., Спиридонова Т. Г., Киселевская-Бабина И.В. и др. Эффективность бактериофагов при лечении внутрибольничных инфекций у больных с ожогами // Стерилизация и госпитальные инфекции. 2007. № 2. С. 48–50.

6. Майская Л. М., Дарбева О.С., Парфенюк Р.Л. и др. Методика определения фагочувствительности штаммов, выделенных от больных, к препаратам бактериофагов. // Научно-практический журнал «БИО препараты». 2003. № 2. С. 22–23.

7. Ожерельева Н.Г. Краткая медицинская энциклопедия. М.: Изд-во «Советская Энциклопедия», 1989, изд. 2-е.

8. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А. Целесообразность и эффективность антибактериальной терапии в ЛОР-практике // Вестник оториноларингологии. 2006. № 3. С. 27–30.

9. Решедько Г.К., Козлов Р.С. Состояние резистентности к антиинфекционным химиопрепаратам в России. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Смоленск, 2007. С. 32–46.

10. Султанов Н.М. Антибактериальная активность и клиническая эффективность препарата пиобактериофага поливалентного очищенного при лечении хронического гнойного риносинусита: Дисс. канд. биол. наук, 2007. С94.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

Низамова С.А., Таджиев Б.М., Курбанова Г.Ш.

Резюме. Исследования последних лет показывают, что в течение ближайших десятилетий может сложиться ситуация, когда не останется ни одного эффективного антибиотика. Выходом из такой ситуации является фаготерапия – метод лечения максимально приближенный к естественному природному процессу

Ключевые слова: дети, скарлатина, клинические проявления, бактериофаг «Секстафаг», антибактериальная терапия.