

Т.Г. Маланичева, А.М. Закирова, А.Г. Овчинникова
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ и СР РФ

Терапия рецидивирующих бронхитов у детей с частыми респираторными заболеваниями, имеющих нарушения микробиотенноза носоглотки

Маланичева Татьяна Геннадьевна / tgmal@mail.ru

Ключевые слова: рецидивирующие бронхиты, дети, микробиотенноз носоглотки, мирамистин.

T.G. Malanicheva, A.M. Zakirova, A.G. Ovchinnikova
Kazan State Medical University

Therapy of recurrent bronchitis in children with frequent respiratory diseases, with violations of the microbiocenosis of the nasopharynx

Malanicheva Tatyana Gennadievna / tgmal@mail.ru

Keywords: recurrent bronchitis, children, microbiocenosis of the nasopharynx, miramistin.

Рецидивирующие бронхиты относятся к одной из распространенных форм заболеваний органов дыхания в детском возрасте и отражают особенности реагирования организма ребенка на инфекционный фактор и влияние окружающей среды [1-3]. Среди всех случаев острых респираторных заболеваний у детей на долю часто болеющих детей (ЧБД) приходится до 67,7-75% [4, 5]. У ЧБД острые респираторные заболевания нередко сопровождаются развитием осложнений. Данные пациенты многократно в течение года получают системные антибиотики, что оказывает существенное влияние на микробиотенноз носо- и ротоглотки. При обследова-

нии ЧБД обнаруживают интенсивную микробную колонизацию слизистых оболочек грибами рода *Candida*, а также бактериальной флорой (стафилококки, гемофильная палочка типа b, моракселла катаралис и грамотрицательные микроорганизмы) [6]. Исходя из этого, для успешного проведения лечебных мероприятий необходимо применение топических антимикробных препаратов, имеющих высокую эффективность, а также средств, оказывающих иммунокорректирующие свойства.

Особенностью топических средств, применяемых для лечения заболеваний верхних дыхательных путей, является непосредственное воздействие на по-

раженную ткань. При этом такие препараты не должны оказывать местно-раздражающего и токсического действия на слизистые оболочки дыхательных путей. Исходя из этого, перспективным средством для терапии и профилактики воспалительных заболеваний респираторной системы является препарат Мирамистин *бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат*), обладающий широким антимикробным спектром и иммунокорректирующими свойствами [7-10]. Мирамистин — препарат из группы катионных поверхностно-активных веществ (ПАВ). Многочисленными экспериментальными исследованиями

подтверждено, что мирамистин обладает выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибов, вирусов, простейших, аэробной, анаэробной флоры, находящейся в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая и штаммы, полирезистентные к лекарственным препаратам. Мирамистин относится к препаратам с низкой токсичностью, не обладает местно-раздражающим, аллергизирующими, мутагенным, канцерогенным и эмбриотоксическим действием. Выявлено его иммуноадъювантное действие.

Исходя из этого, целью исследования явилось изучение эффективности топического препарата «Мирамистин» в терапии рецидивирующих бронхитов у детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями, имеющих грибковую и бактериальную колонизацию носоглотки.

Под наблюдением находилось 55 часто болеющих детей с рецидивирующими бронхитами в возрасте от 3 до 7 лет. Обострения заболевания отмечались 3 и более раза в год в течение 1-2 лет на фоне частых острых респираторных заболеваний. Все пациенты состояли на диспансерном учете в группе ЧБД.

Наблюдаемым детям проводились углубленное клиническое обследование и параклинические методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования крови, по показаниям — рентгенография органов грудной клетки), а также исследование микробиоценоза носоглотки с помощью культурального микологического и бактериологического методов.

Выявлено, что у обследованных ЧБД с рецидивирующими бронхитами в 54,3% случаев выявлена колонизация слизистой оболочки носоглотки гриба-

ми рода *Candida* и *Staphylococcus aureus*. В группе пациентов с нарушением микробиоценоза носоглотки, имеющих грибковую и бактериальную колонизацию слизистой оболочки, течение рецидивирующего бронхита носило затяжной характер, симптомы заболевания были более мучительными, отмечалась устойчивость к проводимой традиционной терапии. Это требует совершенствования лечения и назначения препаратов с антимикробным действием, которые оказывают влияние на грибковую и бактериальную микрофлору. К таким препаратам относится Мирамистин, оказывающий топическое противогрибковое действие на грибы рода *Candida*, антибактериальный эффект, в том числе и на *Staphylococcus aureus*.

Для изучения эффективности препарата «Мирамистин» в составе комплексной терапии рецидивирующих бронхитов у ЧБД, имеющих колонизацию слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* и *Staphylococcus aureus*, пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 35 детей, получающих в составе комплексной традиционной терапии бронхита топический препарат «Мирамистин». Проводилось закапывание мирамистина (в каждый носовой ход) и аэрозольное орошение миндалин из специального флакона с распылительной насадкой 4 раза в день в течение 7 дней.

Контрольную группу составили 20 ЧБД с рецидивирующими бронхитами имеющие колонизацию слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* и *Staphylococcus aureus*, получающие только традиционную терапию бронхита, которая существенно не различалась между сравниваемыми группами. По полу, возрасту и клинической структуре между сравниваемыми группами

статистически значимых различий не отмечалось.

После завершения курса лечения пациентам проводилось углубленное клиническое обследование в динамике и микробиологическое исследование слизистой оболочки носоглотки. В последующем пациенты находились под наблюдением в течение 12 месяцев для изучения отдаленных результатов терапии.

Клиническую эффективность проводимой топической антимикробной терапии в составе комплексного лечения рецидивирующих бронхитов у детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, оценивали с помощью общего терапевтического эффекта (ОТЭ), а также длительности периода обострения и ремиссии.

Общий терапевтический эффект оценивали по проценту больных, которые показали положительный эффект от проводимого лечения.

Нами выявлено, что в основной группе общий терапевтический эффект от проводимого лечения составил 82,8%, а в контрольной группе — 30%; $p < 0,001$ (см. таб.). Отсутствие эффекта в у больных, не получавших топических антибиотиков, отмечалось в 4 раза чаще, чем у детей, их получавших (соответственно 70 и 17,2%; $p < 0,001$).

На фоне лечения препаратом «Мирамистин» имело место сокращение длительности периода обострения в 1,6 раза. Так, средняя длительность периода обострения в основной группе составила 12 дней, тогда как в контрольной группе 19 дней, $p < 0,05$. Так, исчезновение кашля к 7-му дню от начала терапии имело место у 40% пациентов, тогда как в контрольной группе — только у 10% ($p < 0,05$). Купирование хрипов к 5-му дню от начала лечения в основной группе отмечалось

Таблица.

Оценка клинической эффективности препарата «Мирамистин» при рецидивирующем бронхите у ЧБД, имеющих колонизацию слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* и *Staphylococcus aureus*

Группы	ОТЭ	Продолжительность обострения (дни)	Продолжительность ремиссии (мес.)
Основная	82,8%	12±1,3	9±1,2
Контрольная	30,0%	19±1,5	4,5±1,4

в 51,4% случаев, а в контрольной — только в 15% ($p < 0,05$).

У ЧБД с рецидивирующими бронхитами, получающих препарат «Мирамистин» в составе комплексной терапии, сократилась потребность в системных антибиотиках в 3 раза. Так, детям основной группы системные антибиотики назначались в 11,4% случаев, а в контрольной группе — в 35% ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные данные показали высокую клиническую эффективность применения препарата «Мирамистин» в составе комплексной терапии рецидивирующих бронхитов у ЧБД с колонизацией слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*. Это проявилось в сокращении периода обострения в 1,6 раза, более быстром купировании основных симптомов заболевания (кашля, хрипов в легких) и в сокращении потребности в системных антибиотиках.

Динамическое наблюдение за больными в течение 12 месяцев с целью изучения долгосрочных результатов проводимой терапии показало, что средняя длительность ремиссии в основной группе составила 9 месяцев, а в группе сравнения — 4,5 месяца ($p < 0,05$), то есть увеличилась в 2 раза.

После проведенного лечения в основной группе ЧБД с рецидивирующими бронхитами результаты микробиологического исследования слизистой оболочки носоглотки на наличие грибов рода *Candida* были отрицательные в 80%, на *Staphylococcus aureus* — в 91,4%.

После проведенного лечения в основной группе детей по сравнению с контрольной группой обострения рецидивирующего бронхита характеризовались

более легким течением болезни с менее выраженным по интенсивности и продолжительности кашлем, а также менее обильными и быстрее купирующимися хрипами в легких.

Таким образом, у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями с рецидивирующими бронхитами, в 54,3% случаев имеет место колонизация слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*. Включение в состав комплексной терапии бронхитов топического антимикробного препарата «Мирамистин» приводит к общему терапевтическому эффекту в 82,8%. Это проявляется в сокращении периода обострения в 1,6 раза, продлении сроков ремиссии в 2 раза на фоне отрицательных результатов культурального микологического и бактериологического исследования на грибы рода *Candida* и *Staphylococcus aureus* со слизистой оболочки носоглотки. Данный способ терапии показал высокую клиническую эффективность и может широко применяться в лечении рецидивирующих бронхитов у детей с частыми респираторными заболеваниями, имеющих нарушение микробиоценоза носоглотки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бронхиты у детей. Пособие для врачей / под ред. В.К. Таточенко. — М., 2004. — 95 с.
2. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика». — М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. — 70 с.
3. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогене-

за, диагностики и лечения (пособие для врачей). — М.: РГМУ, 2005. — 48 с.

4. Волков И.К. Часто болеющие дети: дифференциальная диагностика и терапия // Российский аллергологический журнал. Сборник тематических статей по проблеме «Часто болеющие дети». — М.: Фармарус Принт, 2006. — С. 48-63.

5. Современные подходы к лечению и оздоровлению часто болеющих детей. Медицинские технологии / Л.С. Беляева, Г.Л. Белясинская, В.П. Вавилова, Н.А. Геппе и др. — М.: Агентство медицинского маркетинга, 2006. — 46 с.

6. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / под ред. Г.А. Самсыгиной. — М.: Миклош, 2006. — 279 с.

7. Кривошеин Ю.С., Рудько А.П., Свищев В.В. Мирамистин — антисептик с иммуномодулирующими и усиливающими регенерацию свойствами // Тез. докл. VII Рос. нац. конгр. «Человек и лекарство». — М., 2000. — С. 509.

8. Мешков В.В., Богданов Н.Н., Чирков А.В. Электрофорез мирамистина в комплексном лечении, медицинской реабилитации и вторичной профилактике хронических бронхитов и сопутствующей или осложняющей их течение патологии: Методич. рекомендации. — Симферополь, 1997. — 18 с.

9. Гришин М.Н. Применение антисептика мирамистина в комплексной терапии неспецифических нагноительных заболеваний легких // Пробл. туберкулеза. — 1998. — № 1. — С. 40-41.

10. Кузнецова Л.В. Влияние катионного ПАВ мирамистина на иммунный статус больных бронхиальной астмой в динамике лечения // МРЖ МЗ Украины. — 1996. — № 87, 1-й раздел. — С. 28.