

Комплексное лечение ветряной оспы с применением препарата МИРАМИСТИН®

И.В. Сергеева, к.м.н., доцент

ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Ветряная оспа – одна из наиболее широко распространенных высококонтагиозных инфекций, восприимчивость к которой достигает 95–100% [1, 4, 5]. На фоне снижения заболеваемости «управляемыми» инфекциями в структуре инфекционной патологии значимость ветряной оспы повышается. Показатели заболеваемости этой инфекцией в России составляют от 320 до 800 на 100 000 населения, смертность – 1 на 60 000 случаев (1980–2014 гг.). Абсолютное число заболеваний – от 500 тыс. до 1150 тыс. случаев в год. Наибольший «вклад» в формирование заболеваемости вносят дети в возрасте от 3 до 6 лет, показатели заболеваемости которых превышают 7000 на 100000 детей данного возраста. Современный эпидемиологический процесс ветряной оспы характеризуется тенденцией «повзреления» инфекции, особенно среди городского населения [2, 3]. Риск осложнений и летальных исходов ветряной оспы у взрослых в 10–20 раз выше, чем у детей. Увеличивается вероятность заболевания беременных и, следовательно, риск внутриутробного заражения новорожденных.

Вирус Varicella-Zoster обладает эпителиотропностью и нейротропностью, однако возможна и генерализация процесса с поражением внутренних органов: печени, легких, желудочно-кишечного тракта [2, 3, 5]. Наиболее важными факторами риска, ассоциированными со степенью тяжести течения ветряной оспы, генерализацией процесса и смертельным исходом, являются возраст (чем он старше) и нарушение функций иммунной системы [2, 3].

Мирамистин® (бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммоний хлорид моногидрат) – препарат из группы катионных поверхностно-активных веществ. Многочисленными экспериментальными исследованиями подтверждено, что препарат обладает выраженным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибов, сложных вирусов, в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая штаммы обладающие полирезистентностью к лекарственным препаратам. Мирамистин относится к препаратам с низкой токсичностью, не обладает местно-раздражающим и аллергизирующим действием. Установлено его местное иммуноадьювантное действие [6].

Цель исследования: проанализировать особенности клинического течения ветряной оспы у взрослых при применении в комплексном лечении Мирамистина в качестве местной терапии.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением было 76 больных ветряной оспой среднетяжелого течения, в возрасте от 18 до 35 лет, которые находились на стационарном лечении в инфекционных отделениях КМК БСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярск. Отбор больных в группы осуществлялся методом сплошного наблюдения по мере поступления в стационар с исключением вторичного инфицирования другим вирусом.

Критериями включения больных в исследование являлись: лица женского и мужского пола, повышение температуры тела $\geq 37,5^\circ\text{C}$ в сочетании с симптомами интоксикации (слабость, озноб, ломота в теле, головная боль), катаральными симптомами (першение в горле), экзантема (полиморфная сыпь), а также наличие подписанного информированного согласия пациента.

Подавляющее большинство пациентов составляли мужчины – 58 человек (76,3%), женщин среди больных было 18 (23,7%). Возрастной состав обследуемых: 47 больных (61,8%) – в возрасте от 18 до 20 лет, 23 больных (30,3%) – в возрасте от 21 до 30 лет, 6 больных (7,49%) – от 31 до 35 лет.

Препарат Мирамистин® назначался местно, в форме аппликаций. Для аппликаций использовали кусочки ватных дисков, обильно смоченные мирамистином, а при больших площадях высыпания использовали соответствующие по размеру отрезки марли (в 2-4 слоя), пропитанные мирамистином. Продолжительность аппликации – 10 мин.

Распределение больных в группах: 1 группа (37 человек) – ветряная оспа среднетяжелого течения, пациентам на фоне этиотропной терапии (ацикловир) назначались смазывания элементов раствором бриллиантового зеленого; 2 группа (22 человека) – ветряная оспа среднетяжелого течения, больным на фоне этиотропной терапии (ацикловир), местно назначались аппликации Мирамистина на элементы сыпи – 6 аппликаций в день; 3 группа (17 человек) – ветряная оспа среднетяжелого течения, участникам на фоне этиотропной терапии (ацикловир) назначались смазывания элементов раствором бриллиантового зеленого в чередовании через сутки с аппликациями Мирамистина на элементы сыпи – 6 аппликаций в день.

Результаты проведенных исследований обработаны с применением методов статистического анализа, используемых в биологии и медицине.

Обсуждение результатов: Как известно, при различных инфекционных заболеваниях для постановки диагноза большое значение имеет эпидемиологический анамнез, который позволяет выявить источник инфекции и своевременно начать проведение противоэпидемиологических мероприятий как в организованных коллективах и закрытых учреждениях, так и в семейных очагах. Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что 66 больных (86,8%) имели контакт с больными ветряной оспой. В частности, контакт с заболевшими детьми имели 14 человек (18,4%), по месту работы – 12 человек (15,8%), остальные 50 пациентов (65,8%) были госпитализированы не только по клиническим, но и эпидемиологическим показаниям: лица, проживающие в общежитиях и солдаты срочной службы, госпитализированные из казармы, где регистрировалась

высыпания ветряной оспы; в 9 случаях (11,8%) прямого контакта с больными ветряной оспой выявлено не было.

Начало заболевания у 44 (58%) больных было острым, у 32 больных (42%) – подострое начало с продромальным периодом, который продолжался от 1 до 3 дней: в продромальный период больные отмечали слабость, повышение температуры тела до 37–37,5°C, головокружения, першение в горле, снижение аппетита. Впоследствии отмечалось повышение температуры тела у больных до 38–39°C.

Госпитализация больных осуществлялась в период высыпаний на 2–4-й день болезни в 72,4% (55 больных) случаев. Однако отмечена госпитализация и в более поздние сроки болезни – на 5–6-й день в 13,2% (10 больных) случаев. Период высыпаний начинался преимущественно с появления нескольких пятнисто-папулезных элементов сыпи, которые локализовались на волосистой части головы (48,5%), в заушных областях (22,8%) или одновременно на волосистой части головы и в заушных областях (28,5%). В течение последующих 1–4 суток сыпь начинала распространяться на лицо, шею, туловище, верхние и нижние конечности. При этом у 53 больных (69,7%) на нижних конечностях сыпь была скудной. В течение нескольких часов сыпь приобретала характер везикул с прозрачным содержимым. У 38 больных (50%) экзантема сопровождалась появлением энантемы, которая сопровождалась болью в горле, жжением и болезненностью во время глотания. У 5 больных (6,6%) был диагностирован блефароконъюнктивит, сопровождающийся слезотечением, режаниями и болями в глазах.

У всех пациентов заболевание сопровождалось лимфоаденопатией с преимущественным увеличением подчелюстных и заднешейных лимфатических узлов.

В гемограмме у обследуемых пациентов отмечался нормоцитоз с лимфоцитозом (от 50 до 68%).

У больных 1-ой группы, которым проводилось смазывание элементов сыпи раствором бриллиантового зеленого, высыпания характеризовались феноменом подсыпания в течение 8 суток, у больных 3-ей группы (назначались смазывания элементов раствором бриллиантового зеленого в чередовании через сутки с аппликациями Мирамистина на элементы сыпи – 6 аппликаций в день) – подсыпания были в течение 5–6 суток, в то время как во 2-ой группе (назначались аппликации Мирамистина на элементы сыпи – 6 аппликаций в день) период подсыпаний длился 2–3 суток. У больных 2 и 3 групп период высыпаний, в отличие от больных 1-ой группы, не сопровождался кожным зудом.

У всех больных на 3–4-й день от начала появления первых элементов сыпь становилась полиморфной – пятнисто-папулезно-везикулезной, затем постепенно начинала подсыхать с образованием корочек. У больных 1-ой группы корочки полностью отпадали на 9–12 день, у больных 3-ей группы – на 6–7 день, тогда как у больных 2-ой группы корочки стали отпадать уже на 4–5 день.

У 27 больных (35,5%) сыпь была чрезвычайно обильной, почти сплошь покрывала лицо и туловище (в 1-ой группе – 15 больных, во 2-ой группе – 7 больных, в 3-ей группе – 5 больных). Отличительной особенностью сыпи была быстрая и обильная пустулизация. У больных 1-ой

группы пустулизация сопровождалась значительным (39–40 °C) повышением температуры, у 7 больных (9,2%) пиодермия была настолько выражена, что требовала дополнительного назначения антибактериальной терапии. У больных 2 и 3 групп пустулизация сопровождалась меньшим повышением температуры (37,5–38,2 °C), антибактериальная терапия не назначалась.

Лихорадочный период у больных 1-ой группы длился 6,8±2,0 дней, у больных 3-ей группы – до 6,0±1,5 дней, в то же время во 2-ой группе достигнут показатель 4,9±1,8 дней. Обычно температура нормализовалась с окончанием периода подсыпаний.

Выводы: Применение Мирамистина в виде аппликаций на элементы сыпи при ветряной оспе показало положительный клинический эффект.

1. У больных с ветряной оспой 2 группы (назначались аппликации Мирамистина на элементы сыпи – 6 аппликаций в день) и 3 группы (назначались смазывания элементов раствором бриллиантового зеленого в чередовании через сутки с аппликациями Мирамистина на элементы сыпи – 6 аппликаций в день) отмечалось укорочение периода подсыпаний. У больных 3-ей группы подсыпания были в течение 5–6 суток, тогда как во 2-ой группе период подсыпаний длился 2–3 суток, в отличие от больных 1-ой группы, которым Мирамистин не назначался (период подсыпаний был в течение 8 дней).

2. У больных 2 и 3 групп период высыпаний, в отличие от больных 1-ой группы, не сопровождался кожным зудом.

3. На фоне применения Мирамистина быстрее отпадали корочки. У больных 3-ей группы – на 6–7 день, у больных 2-ой группы корочки стали отпадать уже на 4–5 день, а у больных 1-ой группы корочки полностью отпадали только на 9–12 день.

4. У больных 2 и 3 групп пустулизация сопровождалась менее значительным повышением температуры (37,5–38,2 °C), в отличие от больных 1-ой группы, у которых пустулизация сопровождалась существенным (39–40 °C) подъемом температуры, у 7 больных (9,2%) пиодермия была настолько выражена, что требовала дополнительного назначения антибактериальной терапии. Больным 2 и 3 групп антибактериальная терапия не назначалась.

5. На фоне применения Мирамистина лихорадочный период во 2 и в 3 группах был значительно короче (4,9±1,8 дней и 6,0±1,5 дней, соответственно), в сравнении с результатами больных 1-ой группы (6,8±2,0 дней).

Положительный клинический эффект Мирамистина при ветряной оспе был обусловлен его противовирусным, антибактериальным, фунгицидным свойствами, что позволило препарату оказывать воздействие на различные звенья этиопатогенеза ветряной оспы.

Препарат Мирамистин показал себя эффективным при лечении ветряной оспы и профилактике осложнений ветряной оспы (развитии пиодермий) и может использоваться в комплексной терапии ветряной оспы в виде аппликаций на элементы сыпи (до 6 аппликаций в день) вместе с противовирусными препаратами.

Литература

1. Кускова Т.К. Ветряная оспа / Т.К. Кускова, Е.Г. Белова, Т.Э. Мигманов // Лечащий врач. – 2004. – № 1. – С. 30–34.
2. Селькова Е.П. Эпидемиология ветряной оспы / Е.П. Селькова // Вакцинация. 2009. - №1. - 5-7с.
3. Современные особенности эпидемического процесса ветряной оспы / Е.М. Воронин, М.В. Ермоленко, А.М. Чернова и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2010. - №6 (55). - 17-23с.
4. Случай тяжелого течения ветряной оспы у больного ВИЧ-инфекцией / Е.П. Тихонова, Ю.С. Тихонова, Т.Ю. Кузьмина и др. // Инфекционные болезни. – 2012. – Т. 10, № 3. – С. 100–102.
5. Таточенко В.К. Ветряная оспа – клиническая картина / В.К. Таточенко // Бюл. вакцинация. – 2009. – № 1. – С. 3.
6. Изучение «in vitro» антивирусных свойств Мирамистина® в отношении вирусов кори и паротита // А. П. Агафонов, М. О. Скарнович, В. А. Петрищенко и соавт. // Антибиотики и химиотерапия. – 2005. № 5-6. – С. 17–19.