

## К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Т. А. Пискун, Н.И. Якимович, О.А. Бабака, Д.А. Бабака  
Белорусский государственный медицинский университет

Стрептококковый тонзиллофарингит является основной причиной развития острой ревматической лихорадки (ОРЛ). ОРЛ как проблема большой социальной значимости определяется приобретенными пороками сердца. Частота формирования пороков сердца после первой атаки ОРЛ у детей составляет 20 – 25%. В связи с этим большую значимость приобретает первичная профилактика ОРЛ, включающая два этапа: меры общего плана (укрепление здоровья детей и подростков) и борьбу со стрептококковой инфекцией (ранняя диагностика, правильное лечение инфекций верхних дыхательных путей, вызванных стрептококком группы А). На современном этапе развития ревматологии рациональная антибиотикотерапия стрептококковых носоглоточных инфекций занимает одно из важных мест как в комплексном лечении ОРЛ, так и в профилактике ее развития.

Нами были проанализированы 89 историй болезней детей с тонзиллитами различной этиологии, находившихся на стационарном лечении в детской инфекционной клинической больнице г. Минска с января по март 2008 г.

Цель исследования:

- проанализировать длительность и спектр проводимой антибактериальной терапии;
- уточнить критерии диагностики стрептококковой инфекции (клинические, серологические и микробиологические).

Все дети были разделены на две группы в зависимости от этиологии заболевания. Основная группа – дети с тонзиллитами стрептококковой этиологии (*Str. pyogenes*), группа сравнения – дети с тонзиллитами другой этиологии. Пациенты обеих групп имели клинику острого тонзиллита (лихорадка, налеты на миндалинах, воспалительные изменения в ОАК). В основной группе было 54 ребенка, в контрольной – 35; группы были сопоставимы по полу и возрасту (в первой группе средний возраст составил  $9,59 \pm 1,1$  года, в контрольной группе –  $10,29 \pm 0,5$  лет). В основной группе было 50% мальчиков, 50% девочек, в контрольной группе мальчики составили 48,57%, девочки – 51,43%.

Результаты исследования.

Детям обеих групп с целью установления этиологии заболевания был взят мазок из зева. У детей основной группы в 80% случаев обнаружен *Str. pyogenes*, у 3% – *St. aureus*, а у 17% выявлена нормальная флора зева. В контрольной группе у 92% пациентов выявлена нормальная флора зева, а у 8% обнаружен *St. aureus*.

У детей основной группы титр *Str. pyogenes* составил:  $10^2$  – 5,56%,  $10^3$  – 42,59%,  $10^4$  – 22,22%,  $10^5$  – 5,56%,  $10^6$  – 3,7%, у 20,37% детей *Str. pyogenes* не был выделен.

Титр АСЛО в основной группе не определяли в 9,26% случаев, титр АСЛО < 200 выявлен у 5,56% пациентов, 200–300 – 68,52%, 300–400 – 9,26%, 400–500 – 3,70%, 500–600 – 3,70%. Таким образом, в основной группе у 85,2% детей при поступлении в стационар титр АСЛО был повышен. У всех детей контрольной группы титр АСЛО не был повышен.

Детям обеих групп была назначена антибактериальная терапия. В основной группе защищенные пенициллины получали 11,11% детей, цефалоспорины III поколения – 25,93%, амоксициллин – 20,37%, пенициллин – 37,04%, зинекс + амоксилав – 1,85%, кларитромицин – 1,85%, линкомицин – 1,85%. В контрольной группе спектр антибактериальной терапии выглядел следующим образом: защищенные пенициллины получили 8,57% пациентов, цефалоспорины III поколения – 25,71%, амоксициллин – 22,86%, пенициллин – 34,29%, кларитромицин – 2,86%, линкомицин – 2,86%, цефалоспорины I поколения – 2,86%.

Большинство детей обеих групп получали антибиотики пенициллинового ряда (пенициллин, амоксициллин, защищенные аминопенициллины) или цефалоспорины III поколения.

Длительность антибиотикотерапии в основной группе составила 10 дней в 43% случаев, 7–9 дней – 43%, менее 7 дней – 14%. В контрольной группе получали антибиотики в течение 10 дней – 23% детей, 7–9 дней – 63%,

менее 7 дней – 14%. Длительность антибиотикотерапии варьировала от 2 до 10 дней в обеих группах. Дети со стрептококковым тонзиллитом в абсолютном большинстве (86%) получали антибиотики в течение 7-10 дней. Более короткие курсы антибиотикотерапии были связаны с преждевременной выпиской детей по желанию родителей, этим детям было рекомендовано продолжение антибиотикотерапии амбулаторно. Длительность антибактериальной терапии в основной группе была достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем в контрольной.

В основной группе бициллинопрофилактика была проведена всем детям (в стационаре – 59%, рекомендована для проведения амбулаторно – 41%).

Выводы:

1. Диагноз острой стрептококковой инфекции ставился на основании клинической картины (повышение температуры, боль в горле, налеты на миндалинах) в сочетании с высевом *Str. pyogenes* и/или высоким титром АСЛО.
2. Спектр антибактериальной терапии в обеих группах не отличался и соответствовал схемам, рекомендованным в литературе.
3. Продолжительность антибактериальной терапии в основной группе была достоверно больше ( $p < 0,05$ ) и в абсолютном большинстве случаев составила 7-10 дней (оптимальная длительность для элиминации стрептококковой инфекции).
4. Всем детям основной группы была рекомендована бициллинопрофилактика.