

Клинический случай: эффективность биорегуляционной терапии рецидивирующего обструктивного бронхита.

Санталова Г.В.

ORCID 0000-0002-6078-2361

Абстракт

Болезни органов дыхания занимают лидирующее положение среди детского населения. Важную роль играют острые респираторные инфекции (ОРВИ). Нередко ОРВИ сопровождаются симптоматикой обструктивного бронхита.

Значимым звеном в патогенезе бронхообструкции является нарушение состояния и важных функций слизистой оболочки бронхов: снижение их резистентности к воздействию патогенных микроорганизмов, нарушение метаболизма, противовирусного и регуляторного действия [1]. В представленном клиническом случае рассматривается альтернативный подход к терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у пациента 14 лет. В схему лечения входили препараты, относящиеся к биорегуляционной терапии (Мукоза композитум, Эуфрбиум композитум, Энгистол), которые в значительной степени способствовали улучшению адаптационных механизмов, восстановлению бронхиальной проходимости и легочной вентиляции.

Актуальность проблемы

В мире регистрируется 10 – 15% случаев обструктивного бронхита среди детского населения. В случае 2–3 и более эпизодов бронхообструкции в течение года диагностируется рецидивирующий обструктивный бронхит (РОБ), частота которого при острых респираторных вирусных инфекциях достигает 30–50%. [2,3,4].

Клинический симптомокомплекс при бронхообструктивном синдроме (БОС) обусловлен нарушением бронхиальной проходимости как результат избыточного скопления вязкого секрета в просвете бронхов, отека стенок бронхов, бронхоспазма, мукоцилиарной недостаточности. Данный симптомокомплекс сопровождает инфекционный воспалительный процесс в бронхах, приводя к нарушению вентиляционно-респираторной функции легких. В процессе воспаления формируется выраженная экссудация со слизистыми наложениями на эпителий, которые разрыхляются и отторгаются. Проводимая исследователями разных стран ПЦР диагностика, подтвердила доминирующую роль вирусных инфекций дыхательных путей в развитии бронхообструкций [5,6,7,8,9], среди которых почти в 50% случаев встречаются респираторно-синцитиальный вирус, вирусы парагриппа, гриппа и аденовирусы [10,11, 12]. Рецидивирующий обструктивный бронхит может возникать с первого года жизни и затем в любом возрасте. Развивается чаще в ответ на длительное нахождение в организме цитомегаловируса, вируса Эпштейна — Барр, вируса герпеса 6-го типа и микоплазмы. Реже он может быть связан с обычными респираторными вирусами. Ведущими симптомами БОС у детей являются: экспираторная одышка, сухие свистящие рассеянные хрипы, коробочный оттенок перкуторного звука, эмфизематозное вздутие грудной клетки. Рентгенологическим подтверждением бронхообструкции является повышенная прозрачность легочной ткани легких, горизонтальное положение ребер и низкое расположение диафрагмы [13].

В начале острого обструктивного бронхита наблюдаются: подъем температуры тела, чаще до субфебрильных цифр, катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей, нарушение общего состояния ребенка с разной степенью выраженности. Экспираторная одышка может появиться и в первый день заболевания, и позже - на 3-5 день болезни: дыхание учащается, выдох становится более продолжительным. Гиперсекреция приводит к накоплению секрета в просвете бронхов-причина шумного и свистящего дыхания. На фоне лихорадки и одышки секрет становится вязким, он «подсыхает», что объясняет наличие жужжащих и свистящих сухих хрипов. Показатели периферической крови зависят от характера вирусной инфекции [14]. Такие медиаторы воспаления как ИЛ-4 (основной цитокин, переключающий В-лимфоциты на

синтез IgE) и ИЛ-5, который избирательно активирует эозинофилы, поддерживают воспаление. [15], усиливая ведущие механизмы бронхиальной обструкции. Общепринятые подходы лечения включают применение противовоспалительной и симптоматической терапии, оказывающей бронхолитический эффект, улучшающей дренажную функцию бронхов [16].

Необходим дифференцированный подход к диагностике, лечению обострений и профилактике рецидивов синдрома бронхиальной обструкции у детей различного возраста, что является не простой задачей и требует от врача клинического мышления.

Клинический случай

Мальчик 14 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на подъем температуры до субфебрильных цифр (до 38 °С), заложенность носа, не обильные выделения из носа, покашливание, умеренно выраженную одышку (частота дыхания 30 движений в минуту), которые появились на фоне острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ). Из анамнеза жизни: родился доношенным, на грудном вскармливании находился до 4,5 месяцев; развивался по возрасту, вакцинирован согласно календарю. Аллергический анамнез без особенностей. Сопутствующей патологии нет. С 5 лет страдает бронхитами. С 6 лет бронхиты протекают с синдромом бронхиальной обструкции до 2-3 раз в год во время ОРЗ, на основании чего в 8 лет выставлен диагноз: Рецидивирующий обструктивный бронхит. У ребенка обнаружены АТ класса IgG к вирусу Эпштейна — Барр. Во время прежних обострений заболевания пациент получал противовирусные, иммуностропные антибактериальные препараты, бронхолитики, ингаляционными глюкокортикостероидами, муколитики, вибромассаж и постуральный дренаж, симптоматическую терапию — жаропонижающие препараты. В течение всех предшествующих обострений на фоне проводимой терапии во время обострений наступала ремиссия, но с остаточной активностью воспалительного процесса в бронхах (единичные клиническими проявлениями болезни), наличием признаков интоксикации, иммунными нарушениями (недостаточность фагоцитарного звена, Т- и В-звеньев иммунитета), дисиммуноглобулинемией, снижением функции внешнего дыхания, по обструктивному типу, астенизацией. Объективно: состояние среднетяжелое. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз. Частота дыхательных движений 30 в минуту. Дыхание через нос, выдох удлинён, слышен на расстоянии. Лимфатические узлы увеличены в переднешейной группе до 2,5 см в диаметре, плотные, безболезненные. Зев обычной окраски. Миндалины увеличены до 2-й степени, рыхлые, налетов нет. Аускультативно дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких. Тоны сердца звучны, ритмичны, 98 ударов в минуту. Живот мягкий. Стул и мочеиспускание в норме. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет. Диагноз: Обструктивный бронхит, обострение. Хроническая персистирующая ВЭБ инфекция. С целью уменьшения симптомов эндотоксикоза, иммунореабилитации больному был назначен комплексный АГТП Мукоза композитум в виде 5 внутримышечных инъекций по 2,2 мл 2 раза в неделю. С учетом рецидивов БОС через 6 месяцев был проведен повторный курс препарата Мукоза композитум - 3 инъекции с интервалом в 5 дней; в качестве базисной терапии кашля на фоне ОРВИ – Энгистол по 1 таблетке 3 раза в день рассасывать под языком за полчаса до еды или спустя 1 ч после приема пищи в течение 2–3 нед. Для усиления противовирусной терапии был назначен Эуфорбиум композитум назальный спрей по 1 дозе 2 раза в день в течение месяца.

После проведенного курса лечения наблюдалось улучшение общего состояния, уменьшение респираторных симптомов и симптомов интоксикации. Исчезли кашель, мокрота, катаральные явления; достоверно улучшилась функция внешнего дыхания. Отмечались положительные сдвиги со стороны показателей иммунитета: Т-хелперов, иммунорегуляторного индекса, уровня В-лимфоцитов, процесс фагоцитоза. Последнее

имеет особо важное значение для достижения регресса в течении заболевания, поскольку незавершенность фагоцитоза ведет к персистенции микроорганизмов во вторичных лизосомах и прогрессированию заболевания.

Наблюдение за ребенком в течение года после проведенной терапии выявило стойкий лечебный эффект, характеризующийся клинико-лабораторной ремиссией. Число обострений снизилось в 3 раза; обострения были менее длительными (по результатам общего клинического счета – в 1,8 раза); увеличилась длительность ремиссии в 2 раза.

Обсуждение

Механизм воспаления является общим для всех организмов, независимо от локализации, вида раздражителя и индивидуальных особенностей организма [17]. Важным и необходимым является наличие защитного барьера в отношении повреждающих факторов и условно-патогенных микроорганизмов. Значимую роль играют слизистые оболочки (СО), основной функцией которых и является защита, обеспечивающая эрадикацию патогенных возбудителей в содружестве с лимфоидной тканью - MALT (mucosa associated lymphoid tissue). При дефиците секреторного IgA, происходит снижение защитной реакции СО, приводящее к рецидивированию воспалительных процессов [18,1]. Заболевания СО, относящиеся к эпителиопатиям, часто принимают рецидивирующее течение, торпидное к терапии. Применяемые в таких ситуациях лекарственные средства нередко вызывают побочные эффекты, [19].

Альтернативой может служить использование препаратов, относящихся к биорегуляционной медицине, для восстановления всех функций СО организма человека. В описанном случае представлено течение рецидивирующего обструктивного бронхита у ребенка школьного возраста. Общепринятая терапия в течение 7 лет не приносила стойкого эффекта. Этот факт послужил причиной выбора препаратов, относящихся к биорегуляционной терапии, оказывающей регуляционное воздействие на открытую биологическую систему, связывание и выведение токсинов и иммуномодуляцию [20] – Мукоза композитум, Эуфрбиум композитум, Энгистол. Это комплексные антигомтоксические препараты, в состав которых входят натуральные природные компоненты: экстракты из растений, вытяжки из органов животных, стерилизованные культуры микроорганизмов, минеральные вещества, микроэлементы [21]. Мукоза композитум – препарат, который был выбран для восстановления слизистых оболочек в качестве базисного средства. Благодаря сбалансированному составу данный препарат оказывает органоспецифическое стимулирующее действие на процессы регенерации СО органов дыхания [22], детоксикационный, муколитический, секретомоторный, противовоспалительный и спазмолитический эффекты. Мукоза композитум оказывает и противовоспалительный эффект, необходимый в период обострения заболевания и при затянувшемся течении синдрома обструкции. Благодаря вспомогательной иммунологической реакции и выработке специфических антител данное средство оказывает иммунологические эффекты [23].

Препарат Энгистол назначался в связи с его возможностью оказывать не только противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты, но и противовирусный за счет дополнительной выработки эндогенного интерферона, а также использовать его в качестве альтернативы антибиотикам у детей с хронической инфекцией [24] (у ребенка хроническая ВЭБ инфекция). Аллопатические препараты, применяемые при острых синуситах, сопровождающих БОС, могут вызвать синдром «рикошета» – медикаментозного ринита. Применение спрея Эуфорбиум композитум безопасно, способствует облегчению обструкции и улучшению сопутствующих симптомов. Кроме того, что Эуфорбиум композитум рассматривается как локальный деконгестант, за счет многих компонентов это средство обладает иммуностимулирующим свойством. Применение Эуфорбиум композитум способствовало уменьшению обструкции дыхательных путей и ощущения внутреннего давления и боли, что согласуется с данными Рязанцева С.В. и Марьяновского А.А. [20].

Проведенное лечение хорошо переносилось пациентом. Полученный результат позволяет рекомендовать применение использованной схемы терапии для лечения детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом.

Литература

1. Реккеверг Х.-Х. Синергизм как патогенетический, гомотоксикологический и фармакологический принцип. Биологическая медицина. 2007;2:4–14.
2. Германова, О. Н. Бронхообструктивный синдром у детей с инфекциями респираторного тракта / О. Н. Германова, М. В. Голубева, Л. Ю. Барычева. – Текст : непосредственный // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 4. – С. 42–48.
3. Иванова, Н. А. Рецидивирующая обструкция бронхов и бронхиальная астма у детей первых пяти лет жизни / Н. А. Иванова. – Текст : непосредственный // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – № 5. – С. 64–69.
4. Клинико-экономическая оценка результатов терапии острого и рецидивирующего обструктивного бронхита / О. В. Жукова, В. Б. Федосеев, Т. М. Конышкина, С. В. Кононова. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 23 (4). – С. 40–43.
5. Царев, С. В. Вирусиндуцированная бронхиальная астма: особенности течения и лечебная тактика / С. В. Царев. – Текст : непосредственный // Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. – 2015. – № 1 (20). – С. 34–37.
6. Царькова, С. А. Метапневмовирус и бокавирус – «новые» вирусы в этиологической структуре инфекций респираторного тракта у детей / С. А. Царькова, О. Н. Трусова. – Текст : непосредственный // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 6 (111). – С. 20–25.
7. Characteristics of Atopic Children with Pandemic H1N1 Influenza Viral Infection: Pandemic H1N1 Influenza Reveals ‘Occult’ Asthma of Childhood / S. Hasegawa, R. Hirano, K. Hashimoto [et al.]. – Текст : непосредственный // Pediatric Allergy and Immunology. – 2011. – 22 (1 Pt 2). – e119–e123.
8. Prevalence of Viral Respiratory Tract Infections in Children with Asthma / N. Khetsuriani, N. N. Kazerouni, D. D. Erdman [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2007. – Vol. 119, № 2. — P. 314–321.
9. The Effect of Respiratory Syncytial Virus on Subsequent Recurrent Wheezing in Atopic and Nonatopic Children / E. A. Simoes, X. Carbonell-Estrany, C. H. Rieger [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2010. – Vol. 126, № 2. — P. 256–262.
10. Elevated Risk of Asthma after Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection in Infancy / S. M. Szabo, A. R. Levy, K. L. Gooch [et al.]. – Текст : непосредственный // Paediatric Respiratory Reviews. – 2013. – № 13 (Suppl 2). – S9–S15.
11. In Very Young Infants Severity of Acute Bronchiolitis Depends on Carried Viruses / C. Marguet, M. Lubrano, M. Gueudin [et al.]. – Текст : непосредственный // PLoS One. – 2009. – Vol. 4, № 2. – e4596.
12. Mikalsen, I. B. The Outcome after Severe Bronchiolitis is Related to Gender and Virus / I.B. Mikalsen, T. Halvorsen, K. Oymar. – Текст : непосредственный // Pediatric Allergy and Immunology. – 2012. – Vol. 23, № 4. – P. 391–398.
13. Бронхообструктивный синдром у детей: новое решение старой проблемы / О. И. Симонова, Ю. В. Горинова, А. А. Алексеева [и др.]. – Текст : непосредственный // ВСП. – 2015. – № 4 (2). – С. 276–280 Верткин А.Л., Каратеев А.Е., Кукушкин М.Л., Парфенов В. А., Яхно Н.Н. Консенсус по ведению пациентов с болью в спине для терапевтов и врачей общей практики поликлиник. Москва. 2017; 16 с. Режим доступа: <https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2017pdf>

14. Гапархоева, З. М. Сравнительная характеристика триггерных механизмов формирования бронхообструктивного синдрома у детей с бронхиальной астмой и рецидивирующим обструктивным бронхитом / З. М. Гапархоева, О. А. Башкина, Е. Н. Селиверстова. – Текст : непосредственный // Казанский медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 66–69. Парфенов В.А., Головачева В.А. Диагностика и лечение острой неспецифической пояснично-крестцовой боли. Терапевтический архив. 2019; 91 (8): 155–159. doi: 10.26442/00403660.2019.08.000315
15. Мизерницкий Ю.Л. Диагностика и принципы терапии острой бронхиальной обструкции у детей // Consilium medicum. Педиатрия. – 2008. – № 1; Дифференциальная диагностика синдрома бронхиальной обструкции у детей / Ш. Т. Наурызалиева, М. М. Байжанова, А. Г. Заитова, Н. Т. Жанузакова. – Текст : непосредственный // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 4. – С. 446–448.
16. Мизерницкий, Ю. Л. Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия острой бронхиальной обструкции при ОРВИ у детей раннего возраста / Ю. Л. Мизерницкий. – Текст : непосредственный // Практическая медицина. – 2014. – № 9 (85). – С. 82–88.
17. Иммунологические и патофизиологические механизмы системного воспаления / Черешнев В.А., Гусев Е.Ю. - // Медицинская иммунология. - 2012. - Т. 14. - № 1-2. - С. 9-20.
18. Зайцева Н.Е., Савинчук Н.О. Профилактика и лечение заболеваний полости рта у детей, страдающих желудочно-кишечными нарушениями. Биологическая терапия. 2006; 1: 38–42;
19. Зайцева Н.Е., Савинчук Н.О. Профилактика и лечение заболеваний полости рта у детей, страдающих желудочно-кишечными нарушениями. Биологическая терапия. 2006; 1: 38–42;
20. Рязанцев С.В., Марьяновский. А.А. Антигомотоксическая терапия в дополнительных протоколах лечения заболеваний ЛОР-органов. Методические рекомендации. М., 2007. / Riazantsev S.V., Mar'ianovskii. A.A. Antigomotoksicheskaia terapiia v dopolnitel'nykh protokolakh lecheniia zabolevanii LOR-organov. Mtodicheskie rekomendatsii. M., 2007. [in Russian];
21. Смит А. Введение в биорегуляторную медицину: теоретические и практические аспекты. Биол. медицина. 2015; 21 (2): 18–30. / Smit A. Vvedenie v bioregulatornuiu meditsinu: teoreticheskie i prakticheskie aspekty. Biol. meditsina. 2015; 21 (2): 18–30. [in Russian];
22. Дудка П.Ф., Ильницький Р.І., Бичкова Н.Г., та ін. Клініко-патофізіологічні аспекти ефективності антигомотоксичної терапії при хронічних обструктивних захворюваннях легень. Можливості корекції функціонально-структурних порушень слизових оболонок організму з використанням антигомотоксичних препаратів Лімфоміозот та Мукоза композитум: тези доп. міжнар. симп., 26 березня 2005 р. К., 2005. С. 34–36;
23. Синева Т.Д., Коноплева Е.В., Катющенко Е.Д. Готовые гомеопатические лекарственные препараты: возможности применения в педиатрической практике. Вopr. практической педиатрии. 2015; 10 (6): 75–9. / Sineva T.D., Konopleva E.V., Katiushchenko E.D. Gotovye gomeopaticheskie lekarstvennye preparaty: vozmozhnosti primeneniia v pediatricheskoi praktike. Vopr. prakticheskoi pediatrii. 2015; 10 (6): 75–9. [in Russian]
24. Konopleva E.V. Features complex bioregulatory drugs use in pulmonology. Consilium Medicum. Respiratory Organs Diseases (Suppl.). 2016; p. 52–56

