

Клинический случай

Е.В. Дружина, Врач-педиатр Киевской городской детской клинической больницы № 2

➔ В инфекционно-боксованное отделение Киевской городской детской клинической больницы № 2 поступила девочка К. в возрасте 6 лет 5 мес с жалобами на повышение температуры до 37,8 °С, частый малопродуктивный влажный кашель, затрудненное дыхание, насморк.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок часто и длительно болеет респираторными инфекциями. Ранее отмечалась аллергическая реакция на различные сиропы от кашля, проявляющаяся в виде сыпи на коже, отечности век. Аллергологический семейный анамнез неотягощен. Девочка посещает 1-й класс школы. Профилактические прививки проводились по возрасту, реакций на вакцинацию не отмечалось.

В настоящее время болеет 5-й день; беспокоят лихорадка, которая в динамике уменьшилась (в 1-й день заболевания – 39,2 °С), насморк. На амбулаторном этапе больная получала парацетамол, ибупрофен; проводился туалет полости носа.

Объективно. При поступлении состояние ребенка расценено как средней тяжести за счет респираторного, бронхообструктивного синдромов. Температура тела – 37,8 °С; кожа обычного цвета, высыпаний нет. Отмечается гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, незначительное слизистое отделяемое из полости носа. Лимфатические узлы без особенностей. Перкуторный тон над областью легких с коробочным оттенком. При аускультации легких – жесткое дыхание с несколько удлиненным выдохом, обилие сухих хрипов, в том числе

немногочисленные свистящие хрипы над всей поверхностью грудной клетки. Частота дыхания – 32/мин. При осмотре: частый малопродуктивный влажный кашель; со стороны сердца – тоны ритмичные, несколько напряженные, ЧСС 118 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Учитывая длительность лихорадки и клинику респираторного синдрома, девочке была проведена рентгенография органов грудной клетки: отмечено двустороннее усиление бронхосудистого рисунка без очаговых изменений, расширение корней легких, низкое стояние уплощенных куполов диафрагмы, повышение прозрачности легочных полей, горизонтальное расположение ребер. Результаты общеклинического анализа крови: гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $5,9 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч; в лейкоцитарной формуле относительный лимфоцитоз. ЭКГ: возрастная норма. Оториноларинголог подтвердил явления острого ринофарингита и исключил острый средний отит и острый синусит.

С учетом анамнеза заболевания, жалоб, симптоматики и данных лабораторно-инструментального исследования был установлен **клинический диагноз** острого обструктивного бронхита. Тактика лечения бронхообструктивного синдрома в этом случае, принимая во внимание аллергологический анамнез, требовала минимизации фармакологического влияния на организм ребенка одновременно снижения эффективности применяемой

терапии. Этиология заболевания расценена нами как вирусная без бактериальных осложнений.

Пациентке назначили следующую схему лечения: ингаляции сальбутамола 4 р/сут через небулайзер и Бронхипрет® капли по 30 капель 3 р/сут внутрь на фоне обильного питьевого режима и туалета полости носа. Антибиотики и другие лекарственные средства не применялись.

Состояние ребенка улучшилось уже на 2-е сутки лечения за счет уменьшения клинических проявлений бронхоспазма; одышка и тахипноэ не отмечались. На 3-и сутки кашель стал более продуктивным, сухие свистящие хрипы сменились влажными среднепузырчатыми при аускультации, что позволило включить в схему лечения дренажный массаж грудной клетки с 3-го дня и отменить на 4-й день ингаляции сальбутамола.

На 6-е сутки ребенок выписан домой под наблюдение участкового врача для дальнейшего амбулаторного лечения. Рекомендовано продолжать общий массаж грудной клетки 5 дней по утрам, применять Бронхипрет® по 30 капель 3 р/сут в течение 5 дней на фоне обильного питья и туалета полости носа. С родителями была проведена беседа о профилактике острых респираторно-вирусных инфекций, важности поддержания физиологических параметров температуры и влажности в помещении, где находится ребенок, создания гипоаллергенной среды.

На протяжении всего периода лечения не было отмечено побочных эффектов проводимой фармакотерапии. ■

Комментарий специалиста



Представленный клинический случай комментирует **профессор кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук Сергей Петрович Кривоустов.**

— Следует согласиться, что диагноз пациентке установлен правильно; кроме того, он был рентгенологически верифицирован. Приведенная в данном клиническом случае картина заболевания соответствует респираторной инфекции небактериальной этиологии, что не требует назначения противомикробных средств. Важно подчеркнуть, что наиболее частая причина острого бронхита у детей — вирус парагриппа 1-3 серотипов, РС-вирус, аденовирусы, вирус гриппа А, В и другие респираторные вирусы. Нерациональная противомикробная терапия распространенных респираторных инфекций у детей способствует развитию устойчивости возбудителей к антибиотикам. Не случайно во Всемирный день здоровья в 2011 г. ВОЗ планирует инициировать кампанию по защите антибиотиков для будущих поколений.

В вышеизложенном клиническом случае ведущим симптомом является бронхиальная обструкция, поэтому основное лечение должно быть направлено на улучшение проходимости дыхательных путей. Известно, что в патогенезе бронхиальной обструкции лежат такие механизмы, как бронхоспазм, воспалительная инфильтрация, отек, гиперсекреция вязкой слизи, угнетение мукоцилиарной активности. Препаратами выбора для купирования бронхоспазма считаются β_2 -агонисты короткого действия. В частности, в представленном клиническом случае врач назначил салбутамол с оптимальной доставкой препарата в организм при помощи небулайзера, что можно считать вполне оправданной тактикой.

С учетом наличия у ребенка частого малопродуктивного влажного кашля недопустимо было назначение противокашлевых препаратов как центрального, так и периферического действия. В таком случае, безусловно, показано средство муколитического действия (влияющее на молекулярную структуру слизи), обладающее также эффектом экспекторанта (улучшающее выведение мокроты). Предпочтение было отдано терапии растительными препаратами. Известно,

что высоким качеством обладают фитотерапевтические средства, изготовленные по концепции фитониринга, причем речь идет не только об их безопасности. В когортном клиническом исследовании (Х. Измаил и соавт., 2004) была показана более высокая клиническая эффективность Бронхипрета по сравнению с амброксолом и ацетилцистеином.

На протяжении многих лет в лечении острого бронхита у детей применяется фитопрепарат Бронхипрет® («Бионорика»), содержащий специальный экстракт тимьяна BNO 1018 и листьев плюща (капли и сироп) или экстракт тимьяна и первоцвета (таблетки). Препарат обладает секретолитическим, бронхолитическим, противовоспалительным, антибактериальным и противовирусным действием. Кроме того, он оказывает положительное влияние на показатели мукоцилиарного клиренса, что показано во многих работах, выполненных с позиций доказательной медицины.

Все экстракты растений, содержащихся в Бронхипрете, оказывают выраженное секретолитическое действие. Так, отхаркивающий эффект тимьяна основан на повышении секреции серозной внутриклеточной жидкости. Увеличивается транспорт слизи в бронхах, облегчается вывод стустков слизи при кашле. В основе антибактериального и противовирусного действия экстракта тимьяна лежат, в частности, свойства тимола.

Наличие нескольких лекарственных форм Бронхипрета позволяет применять его у детей разного возраста. В данном случае выбор лекарственной формы препарата (капли), учитывая анамнез заболевания и возраст ребенка, был оправданным. Так, содержащийся в каплях экстракт плюща оказывает положительное влияние при бронхообструкции. За спазмолитическое действие экстракта плюща отвечают сапонины, флавоноиды и фенолкарбоновые кислоты, показано также его влияние на высвобождение гистамина. Кроме того, комбинация в каплях/сиропах экстрактов плюща и тимьяна обладает синергическим действием: плющ увеличивает количество имеющихся на поверхности клеток β_2 -рецепторов, а тимьян активизирует эти рецепторы. Таким образом, Бронхипрет® устраняет спазм гладкой мускулатуры бронхов и разжижает мокроту.

Особо хочется подчеркнуть, что муколитическая терапия, которая в данном случае успешно и безопасно была осуществлена с помощью Бронхипрета, должна сопровождаться активной кинезитерапией, прежде всего дренажным массажем, обеспечивающим эффективную эвакуацию секрета из трахеобронхиального

Комментарий специалиста

дерева. Позиционный дренаж и вибрационный массаж грудной клетки – основные и высокоэффективные методы физиотерапии. Несмотря на популярность других физиотерапевтических процедур при лечении острого бронхита у детей, эффективность таковых diskutabelна.

Определенный интерес для практических врачей могут представлять данные рандомизированного контролируемого исследования по изучению эффективности физиотерапии (С. Paludo et al., 2008). Так, применение этого метода терапии у детей с острой пневмонией, по мнению авторов, не только

не сокращает сроки госпитализации и выздоровления, но и ассоциируется с более длительным сохранением кашля и хрипов в легких.

Таким образом, вышеприведенный клинический случай продемонстрировал высокую эффективность и хороший профиль безопасности препарата Бронхипрет® для лечения острых заболеваний бронхолегочной системы в современной педиатрии. Вдумчивый подход клинициста к ведению ребенка с острым обструктивным бронхитом привел к быстрому достижению клинического эффекта и, что особенно важно, позволил избежать полипрагмазии. ■

Новое об известном

Цимицифуга нивелирует климактерические жалобы у женщин, прошедших курс лечения тамоксифеном по поводу рака молочной железы

В проспективном наблюдательном исследовании участвовали 50 пациенток, принимавших тамоксифен. Все больные перенесли оперативное лечение, 87% прошли лучевую терапию, 50% – химиотерапию. Пациенткам назначали изопропиловый экстракт цимицифуги (1-4 таблетки по 2,5 мг). Регистрировали жалобы при помощи шкалы оценки менопаузы (MRS II) до начала терапии и после 1, 3 и 6 мес лечения. В конце курса было зафиксировано уменьшение показателей MRS II с 17,6 до 13,6 ($p < 0,05$). На фоне терапии была снижена выраженность приливов, потливости, бессонницы, беспокойства; интенсивность урогенитальных и мышечно-скелетных жалоб осталась без изменений. 90% больных отметили переносимость цимицифуги как очень хорошую или хорошую.

Таким образом, для купирования психовегетативных менопаузальных жалоб у женщин, принимающих тамоксифен, может быть использован экстракт цимицифуги.

Источник: M. Rostock. Black cohosh (Cimicifuga racemosa) in tamoxifen-treated breast cancer patients with climacteric complaints – a prospective observational study / Gynecol Endocrinol. 2011

Лечение предменструального синдрома при помощи прутняка обыкновенного

В ходе исследования изучали эффективность прутняка обыкновенного в лечении умеренного и тяжелого предменструального синдрома (ПМС). Симптомы ПМС (депрессия, отеки, усиление аппетита, боль) регистрировали и оценивали при помощи специализированной шкалы.

В исследовании приняли участие 67 пациенток, которым рекомендовали прием 1 таблетки фитопрепарата либо плацебо 1 раз в сутки. Выраженность ПМС к третьему циклу в группе фитотерапии снизилась с $29,38 \pm 7,63$ до $4,28 \pm 5,76$ балла; в группе плацебо – с $28,76 \pm 8,23$ до $11,79 \pm 11,78$ балла. Выраженность всех четырех симптомов ПМС значительно уменьшилась к третьему циклу терапии прутняком. Итоговая сумма баллов ПМС на фоне терапии снизилась на 60%, что свидетельствует об эффективности лечения прутняком обыкновенным ПМС средней и тяжелой степени.

Источник: L. Ma. Treatment of moderate to severe premenstrual syndrome with Vitex agnus castus (BNO 1095) in Chinese women / Gynecol Endocrinol. 2010