

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ  
БРОНХИТОМ И ИХ КОМПЛЕКСНАЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ  
КОРРЕКЦИЯ**

Методические рекомендации

Ташкент - 2010

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

«СОГЛАСОВАНО»

Начальник отдела по координации  
Научно-исследовательской деятель-  
ности МЗ РУз

\_\_\_\_\_ Даминов Б.А.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010 г.

« УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного Управления  
науки и учебных заведений МЗ РУз

\_\_\_\_\_ Атаханов Ш.Э.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010 г.

**ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ  
БРОНХИТОМ И ИХ КОМПЛЕКСНАЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ  
КОРРЕКЦИЯ**

Методические рекомендации

Ташкент - 2010

***Составители:***

Юсупова Г.А.

Ассистент кафедры ВОП педиатрии ТМА

Каримжанов И.А.

Заведующий кафедрой ВОП педиатрии,  
ТМА, д.м.н., профессор

***Рецензенты:***

Юлдашев И.Р.

Зав. кафедрой Госпитальной педиатрии №1  
ТашПМИ, д.м.н., профессор

Умаров Р.Х.

д.м.н., профессор кафедры ВОП педиатрии  
ТМА

Методическая рекомендация утверждена на заседании Проблемной комиссии, пр. № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2010 г. Председатель комиссии д.м.н., профессор Аюпова Ф.М.

Методическая рекомендация рассмотрена на заседании Ученого Совета ТМА, приказ № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2010 г. Секретарь Ученого Совета д.м.н., профессор Рахимбаева Г.С.

Методическая рекомендация предназначена для практической работы педиатров, врачей ВОП и резидентов магистратуры.

## **Современное состояние проблемы рецидивирующего бронхита и дисбактериоза кишечника.**

Последние десятилетия характеризуются увеличением числа детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания. Эти явления наблюдаются на фоне общего повышения уровня аллергизации детского населения и количества медикаментозных осложнений. Следует считать характерной особенностью современного течения патологии органов дыхания у больных детского возраста, торпидность и длительность течения патологического процесса с формированием атрофических и субатрофических изменений слизистой оболочки дыхательных путей. Все чаще регистрируется трансформация рецидивирующих респираторных заболеваний в хронические и тяжелые по характеру течения формы. Поэтому необходима дальнейшая разработка индивидуализированных подходов к диагностике, лечению и реабилитации больных детей, с целью раннего выявления патологии и своевременного проведения адекватных лечебных мероприятий. Особо актуальной в настоящее время стала проблема терапии рецидивирующих и аллергических заболеваний органов дыхания у детей на фоне неблагоприятной современной экологической ситуации и развития гипоиммунных состояний.

Рецидивирующие бронхиты представляют собой одну из самых распространенных форм патологии органов дыхания в детском возрасте. Ими страдают 50-100 из 1000 детей в возрасте до 6 лет, а в экологически неблагоприятных зонах заболеваемость достигает до 250 на 1000 детей. Учитывая, что большая часть территории Узбекистана относится к зоне «экологического бедствия» можно представить, насколько актуальна данная проблема для нашего региона.

Нарушение кишечного микробиоценоза является не менее актуальной проблемой современной педиатрии и детских инфекционных болезней. Дисбактериоз кишечника в современной дефиниции Отраслевого стандарта (2003) представлен как клинико-лабораторный синдром, возникающий при

целом ряде заболеваний и клинических ситуаций, который характеризуется изменением качественного и /или количественного состава нормофлоры, метаболическими и иммунологическими нарушениями [Н.И. Урсова, 2007]. С другой стороны, поиск причин ухудшения здоровья детей и изучение механизмов развития болезней выявил ряд факторов, которые повышают риск развития многих патологических состояний. Среди факторов риска изменения в составе кишечной микробиоты занимают одно из первых мест (Е.А.Корниенко с соавт, 2009), т.е. дисбактериоз является не только следствием различных заболеваний, но и способствует развитию патологического процесса в организме и в дальнейшем становится одним из факторов, обуславливающих тяжесть и длительность их течения.

Изучение кишечной микрофлоры дошкольников, живущих в экологически неблагоприятных регионах позволило установить наличие у абсолютного большинства детей дисбактериоза кишечника и подверженности бронхолегочной патологии (Леванова Л.А. 2002). При анализе распространенности иммунопатологических синдромов у детей с дисбактериозами толстой кишки было установлено, что в структуре названных синдромов ведущее место занимает инфекционный (57,1%), далее-аллергический (47,8%) и в 37% случаев - смешанный. Инфекционный синдром проявлялся рецидивирующим характером течения острых и хронических инфекционно-воспалительных заболеваний различной этиологии и локализации. Не менее важным в этом плане являются причины, связанные с изменением иммунного реагирования организма (В.Ф. Учайкин,2009).

Очевидно, нарушение нормофлоры, состояние иммунного статуса и проявление болезни следует рассматривать в единстве, причем, роль пускового механизма в каждом конкретном случае может принадлежать любому из этих компонентов триады: дисбактериозу, иммунному статусу и патологическому процессу. В одних случаях дисбактериоз даёт толчок развитию патологического процесса непосредственно, в других случаях –

через развитие иммунодефицита, в третьих – вызывает эти взаимосвязанные процессы (А.В. Горелов, Д.В. Усенко, 2008).

В последние годы появились многочисленные данные, свидетельствующие о том, что в физиологических условиях микрофлора кишечника играет регуляторную роль, обеспечивает созревание иммунной системы и ее сбалансированное функционирование в дальнейшей жизни. В ситуации же нестабильности биоценоза желудочно-кишечного тракта создаются предпосылки для напряженности процессов иммунного реагирования, преодоления порога толерантности, формирования иммунной дисфункции.

В ответ на изменения кишечного микробиоценоза у детей первых лет жизни, формируется неблагоприятный преморбидный фон, который при воздействии различных провоцирующих факторов может трансформироваться в патологический процесс. Любые заболевания, протекающие с дисбактериозом кишечника, начинаясь в раннем детском возрасте, могут принимать затяжное, хроническое, рецидивирующее течение, избирательно поражая дыхательную, пищеварительную, мочевыделительную и другие системы, нередко приводя к тяжёлым последствиям.

### **Новые подходы к лечению рецидивирующего бронхита.**

Традиционно препаратами выбора для базисной терапии рецидивирующего бронхита являются антибактериальные и противовоспалительные средства. Однако, в последние годы во всем мире отмечается явный рост устойчивости возбудителей внебольничных и назокомиальных инфекций к антибактериальным препаратам. По мнению специалистов, одной из причин этого является необоснованное назначение антибиотиков, которые наряду с подавлением микробов возбудителей способны вызвать негативные побочные эффекты в виде дисбактериоза, сенсibilизации.

Кроме того, действие большинства антибиотиков на иммунную систему может обусловить снижение интенсивности специфического иммунного ответа и фагоцитоза, а иногда вызвать парадоксальный эффект - затяжное

воспаление, его рецидив или хроническое течение. Повышение эффективности лечения детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями - одна из актуальных проблем в педиатрии. В настоящее время разрабатываются новые подходы к решению данной проблемы, основными направлениями которых являются:

#### 1. Рациональное использование антибактериальной терапии:

- наличие четких показаний для назначения антибактериальных препаратов;
- идентификация микроорганизмов с определением чувствительности микробов к препаратам;
- выбор оптимальных схем лечения;
- использование разнообразных комбинаций антибактериальных препаратов;
- определение адекватной дозы и оптимальных способов введения препаратов, продолжительности курсов антибактериальной терапии.

2. Предпочтительное использование противомикробных средств местного действия (биопарокс, мирамистин, октисепт, гексализ, себидин, фарингосепт, септолете, неоангин, антиангин, стрепсилс, поливалентные и специфические бактериофаги, желатиновые пленки с антибиотиками, антисептиками, фитоэкстрактами).

3. Широкое использование в клинической практике гомеопатических лекарственных средств (гомеопатические комплексоны с противовоспалительным, десенсибилизирующим и иммуностропным эффектами).

4. Включение в схему лечения инфекционных заболеваний дыхательных путей патогенетических средств, ускоряющих купирование процесса воспаления (энзимотерапия, сосудистые препараты, мукорегуляторы, мембраностабилизаторы и др.)

5. Использование физических методов воздействия на очаг воспаления (электролечение, ультразвуковая терапия, озонотерапия, магнитотерапия,

различные варианты лазеролечения, рефлексотерапия).

б.Применение в комплексном лечении воспалительных заболеваний дыхательных путей иммуностропных препаратов.

- препараты микробного происхождения;
- препараты тимуса и их синтетические аналоги;
- препараты костного мозга;
- "химически чистые" препараты.

Особенности детского организма и изменение этиологической структуры заболеваний в современных экологических условиях обязывают искать новые подходы к наиболее адекватному выбору терапии. Большое значение приобретает включение в комплекс лечения препаратов растительного происхождения и гомеопатических средств. С помощью этих лекарственных средств, возможно обеспечить безопасное и эффективное лечение и профилактику заболеваний респираторного тракта у детей. Конечный результат лечения зависит от правильного выбора препаратов. Необходимо помнить, что монотерапия далеко не всегда может обеспечить достаточный клинический эффект, тогда как применение комплексного лечения приводит к большему успеху.

Возможность использования наряду с аллопатическими лекарственными средствами безопасной комплексной гомеопатии, позволяющей получить быстрый лечебный эффект, значительно расширило ее применение в детской практике. Терапия всех респираторных заболеваний направлена, прежде всего, на активацию неспецифического иммунитета и получение дезинтоксикационного эффекта. Это действие отчетливо выражено у таких препаратов, как галиум-хель, энгистол, эхинацея. Дезинтоксикационным и противомикробным действием обладают также вибуркол, афлубин. Жаропонижающий эффект оказывают вибуркол, инфлюцид, агри-детский.

Противокашлевое и отхаркивающее действие проявляют бронхалис-хель, густель, инфлюцид, тартефедрель, умкалор, Эдас-103, 104. Спазмолитическое действие оказывают вибуркол, спаскупрель, густель,

мукоза, тартефедрель. Вибуркол и спаскупрель обладают также седативным и противосудорожным действием. Болеутоляющий эффект оказывают вибуркол, фарингомед. Экссудативный компонент воспаления уменьшают траумель С, лимфомиозот, циннабсин, бронхалис. У таких препаратов, как лимфомиозот, эуфорбиум и тартефедрель, выражено и противоаллергическое действие. Регенеративные процессы дыхательных путей усиливают эуфорбиум, мукоза, инфлюцид, масло Эдас-801.

Выбор гомеопатических препаратов для лечения определенных форм респираторной патологии зависит не только от фармакологического действия, но и от локализации и особенностей течения патологического процесса.

С целью профилактики острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей, “простудных” заболеваний широкое применение нашли ректальные свечи вибуркол, таблетки грипп-хель, капли афлубин, таблетки и капли инфлюцид, гранулы агри-детского.

Для лечения острых респираторных заболеваний, включая вирусные инфекции, сопровождающихся интоксикацией, лихорадочным состоянием или осложнениями, используют вибуркол, грипп-хель, инфлюцид, афлубин, агри-детский (антигриппин гомеопатический для детей). Они устраняют симптомы лихорадочных “простудных” заболеваний, предотвращают развитие осложнений. При выраженном экссудативном компоненте воспаления, отеке подключают таблетки или капли траумель С.

Тяжелое течение респираторных инфекций, хронические и вялотекущие заболевания дыхательной системы и других внутренних органов являются основанием для назначения капель галиум-хель, таблеток энгистол, парентеральных растворов эхинацея, которые оказывают иммуностимулирующее и дезинтоксикационное действие.

При острых и хронических воспалительных заболеваниях дыхательных путей, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом, бронхитах, бронхиальной астме показано назначение таблеток бронхалис-хель,

растворов мукоза композитум для парентерального введения, обладающих противовоспалительным, спазмолитическим, противокашлевым и отхаркивающим, а также регенерирующим воздействием. При прогрессировании болезни следует изменить тактику лечения. Важно не пропустить ту фазу заболевания, которая поддается терапии. При тяжелых формах или осложненном течении как острых, так и хронических заболеваний препараты растительного и гомеопатического ряда могут быть использованы как компоненты адекватной комплексной терапии.

Методика применения гомеопатических препаратов.

При ударной (инициирующей) терапии показаны частые приемы соответствующих препаратов в различных лекарственных формах в возрастных дозировках, например: по 1 таблетке сублингвально через каждые 15 мин. в течение 2 часов, далее интервал между приемами постепенно увеличивается, а количество приемов уменьшается; или по 10 капель через каждые 15 минут, в течение 2 часов; или по 1 свече каждые 30 минут до улучшения состояния при острых состояниях, затем по 1 свече 3-4 раза в день; растворы для инъекций в начале лечения применяют ежедневно или через день, по 1 ампуле; назальный спрей используют по 2 впрыскивания в каждую ноздрю 5-6 раз в день, затем 3 раза в день.

При долгосрочной терапии для продолжения лечения острого заболевания (после курса ударной терапии) рекомендуются следующие дозировки различных лекарственных форм препаратов: перорально (таблетки - сублингвально/капли - на 50-100 мл воды) - по 1 таблетке/по 10 капель 1-3 раза в день; ректально (свечи) - по 1 свече 1-3 раза в день; парентерально (инъекции) - по 1 ампуле 1-2 раза в неделю; назальный спрей - по 2 впрыскивания в каждую ноздрю 2-3 раза в день.

**Состояние микробиоценоза кишечника у детей с рецидивирующим бронхитом.**

Несмотря на большое число исследований в области этиологии, эпидемиологии, диагностики дисбактериоза кишечника, недостаточно

освещенными остаются его многие патогенетические аспекты. Взаимная обусловленность иммунной и микробиологической систем детского организма определяет научно - практический интерес изучения состояния иммунной системы у детей больных рецидивирующим бронхитом на фоне дисбактериоза кишечника. Актуальным является поиск путей комплексной коррекции дисбиотических нарушений и частых рецидивов основного заболевания.

Авторами методических рекомендаций изучено состояние микробиоценоза кишечника у детей с рецидивирующим бронхитом, разработана и оценена эффективность отечественных гомеопатических препаратов в комплексе лечения. Под наблюдением находились 93 ребенка в возрасте от 1 года до 7 лет, больных рецидивирующим бронхитом в стадии обострения (I группа), из них 62 мальчика, 31 девочка и 30 больных аналогичным заболеванием в стадии ремиссии (II группа), из них 17 мальчиков и 13 девочек. Контрольную группу составили 20 детей, эпизодически болеющих ОРВИ. Исследования проводились у больных в первые дни при поступлении в стационар и после проведенного курса лечения, больные II группы обследовались в стадии полной клинико-лабораторной ремиссии основного заболевания. Критерием выборки детей в группу обследования был установленный диагноз рецидивирующего бронхита (бронхит, эпизоды которого повторялись три и более раз в течение 1-2 лет и характеризовались длительностью клинических проявлений).

В процессе работы проведено изучение анамнеза жизни, болезни, анализ истории болезни, оценка настоящего соматического статуса; изучены показатели общего анализа крови, кала, оценка выраженности дисбиотических сдвигов по показателям микрофлоры кала. Бактериологическое исследование кала для установления вида и степени дисбактериоза методом по Н.М.Грачевой с соавт. (1986) и В.А.Знаменской с соавт. (1986). Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника устанавливалась путем сравнения полученных данных с нормальными

показателями состава микрофлоры толстого кишечника у детей. Классификация дисбиотических нарушений проводилась по «Рабочей классификации нарушений микробиоценоза кишечника у детей» предложенной Н.М.Грачевой и Г.И.Гончаровой (1986). Анализ количественных характеристик иммунной системы обследуемых детей проводился на основании изучения концентрации иммуноглобулинов- IgG, IgA, IgM, относительного содержания Т- лимфоцитов, их регуляторных субпопуляций Т-хелперов, Т- супрессоров, В- лимфоцитов, CD4, CD8, CD16 и ИИ.

Анализ анамнестических данных обследуемых детей показал, что отмечается большая распространенность факторов риска развития дисбактериоза в группе больных рецидивирующим бронхитом. Наиболее значимыми оказались патология ante- и интранатального периодов у 82,8% детей, антибактериальная терапия-91,3%, проявления дисбактериоза на первом году жизни- 62,4%, наличие часто болеющих членов семьи-54,8%. Частые простудные заболевания на первом году жизни перенесли 58,1% детей, различная патология желудочно-кишечного тракта отмечалась у 39,7%. В формировании дисбиоза кишечника большое значение имеет характер питания ребенка. Среди обследованных нами детей на естественном вскармливании на первом году жизни находились 24,7%, смешанном- 43,1% и искусственном-32,2%. На момент обследования питание соответственно возрасту получали 40,8%. Не менее значимым является социальный статус: хорошие жилищные условия и достаточную материальную обеспеченность имели только 19,4% обследованных больных, высшее образование у 22,6% отцов и 10,8% матерей.

Бактериологический диагноз кишечного дисбактериоза был подтвержден в 100% случаев у больных в стадии обострения и у 56,7% в стадии ремиссии. Несмотря на случайность выборки больных рецидивирующим бронхитом, абсолютно у всех в стадии обострения заболевания отмечались признаки дисбиоза кишечника. Это, по видимому, связано с вышеизложенной большой

распространенностью факторов риска развития дисбактериоза у наблюдаемых нами больных, не всегда обоснованной антибиотикотерапией и экологическими условиями нашего региона. Исследованиями Т.О. Даминова (2001) установлено, что 90% населения нашего региона страдают дисбактериозом кишечника. Из анамнеза обследованных нами больных установлено, что только 10,7% детей получали в период обострения заболевания и далее в периоде ремиссии препараты, корригирующие дисбиоз кишечника.

В стадии обострения рецидивирующего бронхита отмечались дисбиотические нарушения II-III степени тяжести, а у детей, больных рецидивирующим бронхитом в стадии ремиссии выявлен дисбактериоз I-II степени тяжести. Клиническими проявлениями дисбактериоза кишечника у обследованных нами больных были общее беспокойство, повышенная возбудимость у 81,7%, рвота, срыгивания - 64,5%, запоры - 52,7%, отставание в физическом развитии - 54,8%, наличие патологических примесей в стуле - 100%, признаки полигиповитаминоза - 57%.

Показатели кишечной микрофлоры у детей, больных рецидивирующим бронхитом представлены в таблице № 1.

При анализе количественного и качественного состава микрофлоры кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, обнаружено выраженное снижение содержания бифидобактерий -  $7,3 \pm 0,35$  lg КОЕ/г ( $P < 0,001$ ) и лактобактерий  $5,6 \pm 0,33$  lg КОЕ/г ( $P < 0,001$ ).

Выявленный дефицит анаэробов отразился и на аэробной части микробиоценоза кишечника. Наиболее характерно уменьшение количества лактозопозитивных кишечных палочек до  $5,5 \pm 0,11$  lg КОЕ/г на фоне увеличения содержания энтеробактерий, стафилококков, грибов рода Кандида. Дисбиотические сдвиги в большинстве случаев сопровождались выделением бактерий условно-патогенной группы.

**Показатели кишечной микрофлоры у детей, больных рецидивирующим  
бронхитом**

Микроорганизмы	Норма	Больные рецидивирующим бронхитом		Р
		стадия обострения	стадия ремиссии	
Бифидобактерии	9,7±0,14	7,3± 0,35	8,1±0,27	< 0,001
Лактобактерии	9,3±0,54	5,6±0,33	7,4±0,36	< 0,001
Общее кол-во аэробов	7,8±0,09	4,2± 0,19	5,8±0,21	< 0,001
Кишечная палочка Л(+)	8,5±0,38	5,5±0,11	6,7±0,22	< 0,001
Кишечная палочка Л(-)	2,21±0,33	0	1,01±0,19	< 0,001
Энтерококки	4,0±0,12	5,7±0,17	4,6±0,20	< 0,001
Стафилококки золотистые	0	2,7±0,43	1,1±0,27	< 0,001
Дрожжи рода Кандида	2,0±0,001	4,7±0,9	3,2±0,4	< 0,01

У наблюдаемых нами больных в период обострения рецидивирующего бронхита при бактериологическим исследование кала у 98% детей выявлялась условно патогенная микрофлора в титрах  $10^{-4}$  и выше, причем наиболее часто встречаются два вида: золотистый стафилококк и грибы рода Кандида. Выявлены статистически достоверные различия клинико-иммунологических показателей у больных рецидивирующим бронхитом с высевом разных видов условно-патогенной микрофлоры, что дает основание думать, что прогноз для здоровья при кандидозном дисбактериозе наименее благоприятен, так как степень выраженности кишечных расстройств и иммунной недостаточности при нем достоверно выше.

## **Состояние иммунитета у детей, больных рецидивирующим бронхитом.**

Основной целью изучения иммунного статуса является идентификация причинных изменений, т.е. тех изменений, которые ведут к развитию иммунодефицитного состояния. Однако, анализ следственных изменений, также представляет определенный интерес, так как с его помощью можно оценить эффективность проводимого лечения и прогнозировать течение заболевания.

Результаты изучения иммунного статуса у детей с рецидивирующим бронхитом, осложненным дисбактериозом кишечника представлены в таблице 2.

Таблица 2.

### **Показатели иммунного статуса у больных рецидивирующим бронхитом, осложненным дисбактериозом кишечника.**

Иммунологические параметры	Рецидивирующий бронхит		Эпизод. болеющие дети	Р
	Стадия обостр.	Стадия ремисс.		
	М ± т(%)	М ± т(%)		
Лейкоциты, мкл	8250±291	6970±207	6430±193	<0,001
Лимфоциты, %	50,7±2,37	41,2 ±2,5	37,5 ±1,3	<0,001
Т-лимфоциты, %	55,5±2,85	52,7 ±1,8	63,1 ±1,5	<0,05
В-лимфоциты, мкл	851,7±61,2	648±37,1	537±29,0	<0,001
СД4	28,0±1,88	33,1 ±1,4	38,2±1,52	<0,001
СД8	27,1±0,88	24,3±1,33	19,4±0,78	<0,001
СД16	20,3±0,91	11,3 ±0,9	8,3± 1,3	<0,001
IgG, мг%	1161±59	1129 ±35,2	1170±39	>0,05
IgA, мг%	113,2±6,36	127±9,8	142,0±7,0	<0,01
IgM, мг	99,7±5,49	104,8±7,4	119,5±7,41	<0,05
ИИ (СД4/СД8)	1,01±0,07	1,36	1,55±0,07	<0,001

Полученные данные указывают на имеющийся дефицит по клеточным и гуморальным звеньям деятельности иммунитета у детей больных рецидивирующим бронхитом, осложненным дисбактериозом кишечника.

Иммунорегуляторный индекс оказался сниженным до 1,01 в стадии обострения заболевания, нормализации его не происходит в период ремиссии

болезни. Обнаруженные изменения иммунного статуса, являясь интегральным показателем, отражающим неблагоприятное суммарное влияние ряда факторов на организм ребенка, позволили понять учащение числа случаев рецидива заболевания.

Рецидивирующий бронхит и дисбактериоз кишечника в практическом плане есть причина и следствие развития иммунодефицитного состояния организма, с другой стороны иммунодефицитное состояние поддерживает и усиливает воспалительный процесс в бронхах и дисбиотические нарушения кишечника вследствие развития аутоиммунных процессов.

Рецидивирующий бронхит приводит к истощению всего резервного защитного потенциала организма в целом с образованием порочного круга патологических изменений, когда следствие и причина периодически меняются местами. В клиническом плане эти процессы проявляются как рецидивы заболевания с присоединением осложнений, развитием новых очагов хронических воспалений, наличием полигиповитаминозов и анемии. Все вышеизложенное требует комплексного подхода к лечению данного контингента детей.

### **Комплексная гомеотерапия рецидивирующего бронхита и дисбактериоза кишечника.**

На сегодняшний день различные методы терапии рецидивирующего бронхита и дисбактериоза кишечника обладают определенным пределом своих возможностей. Поэтому успех лечения зависит от разумного их сочетания. В последние годы все большее признание получают гомеопатические препараты. Возможность использования гомеопатических веществ расширилась за счет комплексной гомеопатии, позволяющей получить быстрый терапевтический эффект при отсутствии побочных действий. С этой целью в зависимости от особенностей лечебного воздействия использовались следующие методики.

I (n=30) - традиционная терапия рецидивирующего бронхита (антибиотики,

муколитики, витаминотерапия, эубиотики, физиотерапия, фитотерапия, ЛФК).

II (n=63) - традиционная терапия рецидивирующего бронхита плюс гомеопатическая коррекция дисбактериоза кишечника и частых простудных заболеваний.

С целью профилактики и лечения рецидивов бронхита применяли АРБИО-1. Гомеопатическое средство АРБИО -1 производимый НПО «ГОМЕОФАРМ» содержит в составе Арника С6, Бриония С6, Эхинацея С6, Эуфразия С6, Мента пиперита С6. Применение данного препарата приводит к купированию воспалительного процесса, укрепляет защитные силы организма, улучшает восстановительные и обменные процессы. Препарат назначался с первых дней заболевания.

Для коррекции дисбиотических нарушений нами использован в комплексе традиционной терапии дисбактериоза отечественный гомеопатический препарат АРБИО-2. Гомеопатическое средство АРБИО-2, производимый НПО «ГОМЕОФАРМ» содержит в составе Арнику С6, Брионию С6, Хелидониум С6, Ликоподиум С6, Алоэ С6. Применение данного препарата приводит к нормализации функции желудочно-кишечного тракта, способствует выведению шлаков и токсинов, обладает желчегонным и противовоспалительным действием, укрепляет защитные силы организма. Препарат был назначен после купирования симптомов интоксикации с последующим приемом в период реконвалесценции. Нами подтверждено положение об эффективности использования в комплексе совместимых и дополняющих друг друга гомеопатических препаратов.

Преимущества использования комплексных гомеопатических средств:

- патогенетическое действие на различные фазы воспалительных реакций, что позволяет использовать их как в качестве монотерапии при неосложненном течении респираторных заболеваний, так и в комплексном лечении в сочетании с другими лекарственными средствами;

- возможность использования в любом возрасте, начиная с периода новорожденности;
- отсутствие побочных эффектов;
- возможность частого использования без опасения формирования привыкания и резистентности;
- отсутствие аллергизации организма;
- низкая стоимость препаратов

Результатами научных исследований, проведенных в НИИ иммунологии АН РУз установлен также иммунокорректирующий эффект вышеуказанных препаратов. Препараты назначались по 2-5 капель в зависимости от возраста 3 раза в день в течение 1 месяца.

Для оценки эффективности лечения нами использованы следующие критерии:

#### 1. Удовлетворительный эффект.

- количество рецидивов инфекций дыхательных путей прежнее, что и до лечения, но более легкая форма течения заболевания (катаральный ринит, ринофарингит);
- сокращение продолжительности заболевания (на 30% и более);
- отсутствие осложнений, требующих назначения местной или системной антибактериальной терапии;
- отсутствие ухудшения течения фонового заболевания;
- отсутствие обострений хронических инфекционно-воспалительных очагов.

#### 2. Хороший эффект:

- инфекции верхних дыхательных путей регистрировались реже (в 1,5 раза и более);
- сокращение продолжительности заболевания на 50% и более;
- отсутствие ухудшения течения фоновых заболеваний и обострений очагов хронических инфекций.

3. Очень хороший эффект:

- За период наблюдения (6-12 месяцев) не было зарегистрировано инфекций дыхательных путей.

4. Неудовлетворительный эффект:

- динамики анализируемых показателей до и после лечения нет.

Клиническая картина эффективности гомеопатических препаратов оценивалась по улучшению общего состояния, по срокам нормализации стула, по показателям копрологического исследования и по степени выраженности дисбактериоза (табл. 3).

Таблица 3

**Эффективность применения гомеопатических препаратов  
АРБИО-1 и АРБИО-2**

Показатели	Сроки нормализации (в неделях)		P
	Основная группа n=63	Контрольная группа n=30	
Общее состояние больных	2,6±0,43	4,2±0,6	∠0,001
Характер стула	3,7±0,4	5,6±0,9	∠0,001
Копрологические данные	3,8±0,3	6,6±0,7	∠0,001
Иммунологические данные	4,7±0,4	7,4±0,5	∠0,001

Представленные в таблице данные свидетельствуют о том, что отечественный препарат «АРБИО-2» оказывает благоприятное действие, снижая и выраженность диарейного синдрома, и нормализуя копрологические показатели. Нормализация микрофлоры кишечника у детей, получавших «АРБИО-2» наблюдалась в 77,7% случаев, а в контрольной группе – в 50%.

Основное действие гомеопатических лекарств направлено на стимуляцию защитно-приспособительных функций организма, восстановление

механизмов адаптации путем наименьшего раздражения определенных рецепторов, усиление выведения адсорбированных в организме токсинов через естественные пути выделения. Эффект реализуется через психическую, нервно-вегетативную, эндокринную, метаболическую и иммунную системы. Таким образом, регулируются ослабленные функции органов, ускоряется лечение острых заболеваний, улучшается состояние при хронических и рецидивирующих заболеваниях. Назначение комплексной гомеопатии, получившей широкое распространение за последние годы, позволяет основываться на обычном клиническом, а не гомеопатическом диагнозе.

Катамнестические наблюдения (первые 6 мес. жизни) убедительно свидетельствовали о длительности эффекта от проводимой терапии с помощью гомеопатических препаратов, и после лечения. Катамнестическое наблюдение позволило зафиксировать снижение частоты заболеваемости, наиболее выраженное в первые 3 месяца после приёма препарата. Нормализованные или существенно улучшенные бактериологические и иммунологические показатели сохранялись в течение 3 месяцев с начала приёма препарата, что говорит о необходимости проведения повторных курсовых назначений препаратов АРБИО-1 и АРБИО-2 для закрепления общего результата лечения. Одновременное применение препаратов АРБИО-2 и Лакто-Джи улучшало приживляемость последнего. Побочных эффектов при применении препаратов АРБИО -1 и АРБИО -2 мы не наблюдали.

В течение года последующего наблюдения была достигнута более продолжительная и стойкая ремиссия, более редкие случаи ОРВИ, эпизоды которых купировались быстрее и не влекли за собой обострений основного заболевания. Длительный прием препарата на амбулаторном этапе приводил к удлинению ремиссии основного заболевания, санации носоглотки, повышению толерантности к респираторным инфекциям. Частота рецидивов бронхита в течение 6-9 месяцев наблюдения у 60 % больных снизилась в 2 раза.

Таким образом, включение в комплекс лечения больных рецидивирующим

бронхитом гомеопатических препаратов АРБИО -1 и АРБИО -2, можно считать оправданным и необходимым в силу их высокой эффективности и отсутствия побочных эффектов.

### **Выводы.**

1. Установлена взаимосвязь и взаимообусловленность нарушений микробиоценоза кишечника, иммунного статуса и обострения бронхита, что диктует необходимость комплексного подхода к лечению данной категории больных.
2. Включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий больным рецидивирующим бронхитом гомеопатических препаратов АРБИО-1 и АРБИО-2 повышает эффективность лечения и снижает риск хронизации процесса. Своевременное применение данных лекарственных препаратов позволяет, корректно вмешиваясь в неправильное течение простудного заболевания, добиваться формирования адекватных защитных иммунологических реакций без срыва адаптационных механизмов ребенка.
3. Комплексное антигемотоксическое лечение, включающее биологический препарат и энтеросорбцию является эффективным противорецидивным средством, способствующим повышению эффективности профилактики формирования тяжелых форм респираторных аллергозов, пневмоний и развития гнойных осложнений.

Список использованной литературы.

1. Баранов А.А., Шиляев Р.Р., Коганов Б.С. Избранные лекции по педиатрии. Москва 2005г, стр.87.
2. Зилов В.Г., Юсупов Г.А.. Взаимная совместимость гомеопатических препаратов. Вестник новых медицинских технологий 2004-Т.ХІ, №4-стр 91-92.
3. Самсонова Е.И., Смирнова Т.Н., Полякова В.Е. Успешный опыт комплексного гомеопатического лечения в амбулаторных условиях ребенка с аллергическим ринитом, страдавшего нейтропенией. Вестник отоларингологии 2006, 2, стр.57-59.
4. Урсова Н.Ш., Римарчук Г.В., Савицкая К.И. Особенности коррекции нарушений микрофлоры толстой кишки у детей. Росс. Педиатр. журнал 2007, №1 стр.35-37.
5. Фазылова А.А , Эткина Э.И., Каюмов Ф.А. Клинико-иммунологическая характеристика детей раннего возраста с дисбактериозом кишечника. Росс. Педиатр. журнал. 2005,№5 стр. 45-47.
6. Костоломова Г.А. Клинико-иммунологический анализ дисбиотических состояний у детей: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тюмень, 2001.
7. Самсыгина Г.А., Богомильский М.Р., Казюкова Т.В. Профилактика и терапия респираторных заболеваний с использованием гомеопатических средств. Педиатрия, 2008; 87 (6): 92-96.
8. Учайкин В.Ф. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей: применение иммуномодуляторов для лечения и профилактики. Педиатрия 2009, Т.87 №1 стр.127-132
9. Е.А.Корниенко, О.К.Нетребенко, С.В.Украинцев. Роль кишечной микрофлоры и пробиотиков в развитии иммунитета у грудных детей. Педиатрия 2009, Т87 №1 стр.77-83
10. Горелов А.В., Усенко Д.В. Роль микрофлоры желудочно-кишечного тракта и принципы коррекции нарушений ее состава. Мать и дитя. Педиатрия. Специальный номер.13 августа 2008, Т16, №18.
11. Леванова Л.А., Алёшкин В.А., Воробьев А.А. Нормальная кишечная микрофлора дошкольников живущих в экологически неблагоприятных условиях. Журн. Микробиология, эпидемиология, иммунология, 2002, №1. стр 64-67.