

Л.И. Ильенко, Л.Е. Цыпин, В.А. Гребенников, Г.С. Коваль,  
О.А. Соловьева, Е.П. Житова

## АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ФОНЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Кафедра госпитальной педиатрии Московского факультета, кафедра анестезиологии и реаниматологии ФУВ  
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

В статье рассмотрены возможности и перспективы включения комплексных гомеопатических препаратов Траумель С и Лимфомиозот в схему терапии новорожденных с проявлениями дыхательной недостаточности (ДН) легкой и среднетяжелой степени на фоне врожденной бактериальной инфекции. Согласно полученным результатам, применение этих препаратов способствует уменьшению проявлений ДН и снижает риск реализации врожденной инфекции, улучшает адаптацию новорожденных к условиям внеутробного существования, что подтверждается меньшим объемом противогрибковой и иммунокорректирующей терапии, большим числом вакцинированных детей и меньшим количеством переводов детей на 2-й этап выхаживания. Препараты могут быть рекомендованы к использованию для терапии указанной патологии у новорожденных.

*Ключевые слова:* новорожденные, гомеопатические препараты, внутриутробная инфекция, дыхательные расстройства, Траумель С, Лимфомиозот.

---

Authors discuss possibilities and prospects of complex homeopathic preparations Traumeel C and Lymphomyozot including in protocol of treatment in cases of neonatal mild and moderate respiratory failure (RF) due to congenital bacterial infection. Results of study showed that usage of these preparations assisted to reducing of RF signs and decreased risk of congenital infection realization,

**Контактная информация:**

**Ильенко Лидия Ивановна** – д.м.н., проф. зав. каф. госпитальной педиатрии Московского факультета ГОУ ВПО РГМУ

Адрес: 117997 г. Москва, ул. Островитянова, 1

Тел.: (495) 936-14-18, E-mail: koval-555@yandex.ru

Статья поступила 1.11.09, принята к печати 30.09.10.

improved adaptation of neonates to extruterine life conditions. These changes were confirmed by less needs in anti-mycotic and immunocorrecting therapy, greater rate of vaccinated children, less number of patients need in 2<sup>nd</sup> stage of hospital care. These preparations can be recommended for treatment of aforesaid diseases in neonates.

*Key words: neonates, homeopathic preparations, intrauterine infection, respiratory disorders, Traumeel C, Lymphomyozot.*

В структуре заболеваемости новорожденных детей наиболее часто встречаемой неинфекционной патологией органов дыхания являются приступы апноэ у новорожденных, транзиторное тахипноэ и первичные ателектазы легких [1]. Вышеуказанные состояния характеризуются дыхательной недостаточностью (ДН) в основном средней степени тяжести. Длительность дыхательных нарушений в этих группах новорожденных не превышает 5–7 дней, и при отсутствии вторичной инфекции антибактериальная терапия не показана. Эти дети нуждаются в проведении кислородотерапии, симптоматической, инфузионной терапии, мониторингового наблюдения согласно существующим протоколам и стандартам.

Иначе обстоит дело у детей с дыхательными нарушениями на фоне врожденной инфекции при инфицировании плода внутриутробно или интранатально. У детей, родившихся от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом, а также с различными неблагоприятными факторами, такими как дыхательные нарушения, недоношенность, асфиксия при рождении, хроническая фетоплацентарная недостаточность, проведение первичных реанимационных мероприятий и др., иммунная система не всегда обеспечивает адекватный ответ при контакте с материнской микрофлорой и часто это реализуется в так называемый синдром внутриутробного инфицирования без четко очерченных клинических критериев наличия очагов воспаления. У детей, родившихся с синдромом задержки развития плода, риск развития гнойно-септических осложнений составляет 40% [1]. Именно в этих случаях имеются клинические и лабораторные признаки бактериальной инфекции, а ее локализация определяется не всегда, что создает определенные трудности при проведении адекватной терапии.

Все вышеуказанное заставляет искать новые эффективные и относительно безопасные средства лечения и профилактики различных инфекционно-воспалительных осложнений. Последние годы характеризуются успешным внедрением средств исключительно природного происхождения дополнительно к существующим протоколам [2–7, 11]. Целесообразность их использования доказана получением хороших клинических результатов и отсутствием побочных эффектов в силу уникальной технологии их изготовления, проведением доклинических (экспериментальных) исследований на животных.

В литературе имеется много данных об эффективном применении препаратов Траумель С и Лимфомиозот у детей разных возрастных групп, в том числе у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию и асфиксию в родах [3–5], в реабилитации детей с дермореспираторным синдромом [6], коррекции дисбиотических нарушений у детей раннего возраста [7, 8], у детей с перинатальными поражениями ЦНС [9, 10], с целью профилактики гриппа и ОРВИ [11], в терапии ЛОР-патологии [11] и др.

Входящие в состав препарата Траумель С растительные и минеральные компоненты характеризуются противовоспалительным, антиэкссудативным, иммуностимулирующим, регенерирующим, антигеморрагическим и вено-tonизирующим действием [2]. Лимфомиозот состоит из 17 веществ растительного и минерального происхождения. Он оказывает дезинтоксикационное, противоаллергическое, лимфодренажное и противоэкссудативное действие [2]. Все компоненты рецептуры представлены в высоких разведениях и не обладают даже потенциальным токсическим или аллергическим эффектом. Основываясь на лимфодренажном действии препарата Лимфомиозот, возможно предположить улучшение всасывания фетальной жидкости из легких при транзиторном тахипноэ с целью ускорения купирования проявлений ДН.

В связи с этим целью данного исследования явилась оценка эффективности препаратов Траумель С и Лимфомиозот в комплексной терапии детей с дыхательными нарушениями на фоне внутриутробной инфекции (ВУИ) бактериальной этиологии.

Под наблюдением находились 96 детей в возрасте 1–7 суток жизни, массой тела при рождении от 1800 до 5000 г. Состояние всех детей, поступивших в отделение реанимации, было тяжелым за счет проявлений ДН. В зависимости от характера проводимой терапии все новорожденные были разделены на 2 группы, каждая включала в себя 2 подгруппы (а и б – доношенные и недоношенные дети). Достоверных различий между группами по гестационному возрасту (ГВ), массе тела при рождении и др. отмечено не было (табл. 1). Всем новорожденным проводилась стандартная терапия согласно общепринятому протоколу, включающая в себя кислородотерапию, антигеморрагическую, симптоматическую, инфузионную терапию, энтеральное питание.

В дополнение к стандартной терапии доношенные (34 ребенка, ГВ 39,3±0,9 нед – 1а подгруппа)

Таблица 1

## Клиническая характеристика наблюдаемых детей

Параметры	Основная группа		Контрольная группа	
	1а подгруппа	1б подгруппа	2а подгруппа	2б подгруппа
Количество детей	34	27	21	14
Гестационный возраст, нед	39,3±0,9	36,1±0,8	39,4±0,7	36,0±0,6
Мальчики	19 (55,8%)	15 (57,1%)	9 (42,8%)	6 (42,8%)
Девочки	15 (44,2%)	12 (42,9%)	12 (58,2%)	8 (57,1%)
Двойня	0 (0%)	2 (10,5%)	0 (0%)	2 (15,3%)
Масса тела при рождении, г	3220±53,2	2393±42,3	3369±49,8	2381±34,9
Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни, баллы	6,02±0,42	5,5±0,39	5,9±0,33	6,3±0,5
Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте жизни, баллы	7,21±0,14	7,26±0,19	7,05±0,15	7,44±0,18
Обвитие пуповиной	5 (14,7%)	0 (0%)	3 (11,1%)	0 (0%)
Истинный узел пуповины	1 (2,94%)	1 (4,76%)	0 (0%)	0 (0%)
Диагностическая интубация трахеи	7 (20,5%)	3 (14,2%)	12 (44,4%)	0 (0%)
Катетеризация центральной вены	0 (0%)	0 (0%)	4 (14,8%)	0 (0%)

и недоношенные дети (27 детей, ГВ 36,1±0,8 нед – 1б подгруппа) 1-й группы (основная группа) получали антигомотоксическую терапию препаратами Траумель С и Лимфомиозот. Дети основной группы антибактериальную терапию не получали.

В качестве антигомотоксической терапии использовались препараты Траумель С и Лимфомиозот в каплях по следующей схеме:

Траумель С 1,0 мл+10 мл физиологического раствора внутривенно капельно в течении 1 ч – 1 р/день;

Траумель С 1,0 мл+1,0 мл физиологического раствора по 0,5 мл – 4 р/день сублингвально;

Лимфомиозот 1 капля+0,5 мл физиологического раствора – 3 р/день сублингвально.

Во 2-ю контрольную группу были включены доношенные (21 ребенок, ГВ 39,4±0,7 нед – 2а подгруппа) и недоношенные (14 детей, ГВ 36,0±0,6 нед – 2б подгруппа), получавшие антибактериальную терапию в составе стандартной терапии.

Для антибактериальной терапии использовали внутривенно амоксицилин, цефотаксим, нетромицин, амикацин в стандартных дозах, как в виде монотерапии, так и в комбинации двух препаратов. У части детей основной и контрольной групп проводилась иммунокорректирующая терапия – внутривенно капельно человеческий (нормальный) иммуноглобулин 4 мл/кг, а также с антифунгицидной целью дифлюкан внутривенно капельно и per os по соответствующим показаниям со стороны матери и ребенка.

Критериями включения в исследования были следующие диагнозы: транзиторное тахипноэ у новорожденных, первичные ателектазы легких и приступы апноэ на фоне ВУИ.

Основанием для постановки диагноза ВУИ являлось наличие как минимум 3 из следующих признаков:

1) отягощенный соматический и акушерско-гинекологический материнский анамнез;

2) плацентит, гипертермия в родах, инфекционные осложнения у матери в послеродовом периоде;

3) длительный безводный промежуток (более 12 ч);

4) наличие у новорожденного клинических проявлений инфекционного токсикоза: угнетение или возбуждение ЦНС, срыгивания, нарушение микроциркуляции, отечность, серый оттенок кожных покровов, раннее проявление желтухи;

5) наличие в гемограмме лейкоцитоза выше  $21 \cdot 10^9$ /л, сдвига лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопении  $<150 \cdot 10^9$ /л;

6) ухудшение показателей анализов крови на 2–3-е сутки жизни;

7) лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) выше 2,5 на 1-е сутки жизни или его дальнейшее повышение;

8) наличие положительных бактериальных высевок на 1–2-е сутки жизни.

Критериями исключения служили следующие: тяжелая степень ДН с проведением ИВЛ свыше 3 ч, наличие очагов инфекции, врожденных пороков развития, перивентрикулярных кровоизлияний II–III степени, вирусная этиология ВУИ.

Всем детям, включенным в исследование, проводили оценку их состояния после рождения (оценки по шкале Апгар, морфофункциональной зрелости – по шкале Баллард, весо-ростовых показателей), а также до, в процессе и после окончания их лечения по следующим критериям: клинические показатели (оценка и длительность пограничных состояний, наличие геморрагического синдрома, отечного синдрома, неврологическая симптоматика), лабораторные показатели (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, КОС, расчет ЛИИ), оценка результатов бактериологических посевов, мониторинг

контроль (ЧСС, ЧД, АД, SaO<sub>2</sub>), дополнительные исследования по показаниям (НСГ, ЭХОКГ, УЗИ почек, рентгенография органов грудной клетки).

Ретроспективно после проведенной терапии проводили оценку длительности различных видов терапии (инфузионной, антигомтоксической, антибактериальной, противогрибковой), потребности в пассивной иммунизации, возможности проведения вакцинации в соответствии с календарем прививок, длительности пребывания в ОРИТ, необходимости перевода на 2-й этап выхаживания.

Полученные данные статистически обрабатывали с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows, Release 5.5 StatSoft, Inc. с вычислением средней арифметической величины (M), средней ошибки (m), среднеквадратического отклонения (SD) и корреляционно-регрессивного анализа. Все цифровые дан-

ные представлены как  $M \pm m$ . Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента (t) при известном числе наблюдений (n). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

В табл. 2 и 3 представлена динамика клинического состояния доношенных и недоношенных детей. При оценке дыхательных нарушений статистически достоверной разницы у доношенных детей не получено, однако отмечается большая продолжительность дыхательных нарушений у недоношенных детей, получавших только антибактериальную терапию. Это можно объяснить наличием лимфодренажного эффекта компонентов, входящих в состав Лимфомиозота [2].

Потеря веса у детей 1а подгруппы была достоверно большей по сравнению с 2а подгруппой, также предположительно за счет выраженного

Таблица 2

**Клинические показатели эффективности лечения доношенных детей основной и контрольной групп**

Показатели	1а подгруппа (n=34)	2а подгруппа (n=27)
Длительность дыхательных нарушений, дни	2,44±0,36	2,3±0,22
Длительность дополнительной O <sub>2</sub> -терапии, дни	2,47±0,23	2,4±0,29
Максимальная потеря массы тела, %	3,89±0,45	2,4±0,39*
Длительность антибактериальной терапии, дни	–	3,09±0,33
Длительность антигомтоксической терапии, дни	3,29±0,21	–
Количество детей, получавших противогрибковую терапию, %	5,88±0,19	14,8±0,22*
Количество детей, получавших пассивную иммунизацию, %	4,9	25*
ЛИИ на 1-е сутки жизни	3,1±0,49	2,17±0,29
ЛИИ на 3-и сутки жизни	0,56±0,21	1,15±0,31*
ЛИИ на 5-е сутки жизни	0,3±0,59	0,66±0,34
Продолжительность пребывания в ОРИТ, дни	3,32±0,47	3,14±0,65
Продолжительность пребывания в роддоме, дни	6,1±0,19	8,1±0,54*

\* $p < 0,05$ .

Таблица 3

**Клинические показатели эффективности лечения недоношенных детей основной и контрольной групп**

Показатели	1б подгруппа (n=21)	2б подгруппа (n=14)
Длительность дыхательных нарушений, дни	3,3±0,38	4,4±0,55
Длительность дополнительной O <sub>2</sub> -терапии, дни	4,0±0,24	4,5±0,67
Максимальная потеря массы тела, %	5,5±0,52	5,8±0,62
Длительность антибактериальной терапии, дни	–	5,2±0,91
Длительность антигомтоксической терапии, дни	4,2±0,34	–
Количество детей, получавших противогрибковую терапию, %	10,5±0,29	54,1±0,31**
Количество детей, получавших пассивную иммунизацию, %	–	65% **
ЛИИ на 1-е сутки жизни	2,97±0,31	2,55±0,17
ЛИИ на 3-и сутки жизни	0,69±0,21	0,95±0,81
ЛИИ на 5-е сутки жизни	0,40±0,39	0,79±0,37
Продолжительность пребывания в ОРИТ, дни	4,3±0,39	4,4±0,38
Продолжительность пребывания в роддоме, дни	10,8±0,62	7±0,38*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

лимфодренажного и дегидратационного эффекта антигомтоксических препаратов [2].

Наблюдалась достоверно большая частота назначения противогрибковой терапии детям контрольной группы по сравнению с основной группой, так как детям основной группы антибактериальная терапия не проводилась. Также отмечена достоверно большая частота потребности в пассивной иммунизации у детей контрольной группы по сравнению с основной группой, в которой ее получили только 4,9% детей 1а подгруппы и ни одного ребенка 1б подгруппы, что можно объяснить сочетанным противовоспалительным и иммунокорректирующим эффектом антигомтоксической терапии [2].

Достоверно сократилась длительность пребывания детей основной группы в роддоме.

Бактериологические посевы у детей проводили на 1–3-е сутки жизни с кожи, конъюнктивы глаз, слизистой оболочки зева, отделяемого пупочной ранки, ануса. При анализе результатов бактериологического исследования отмечалась более высокая частота выявления *St. epidermidis* у детей основной группы – в 1а подгруппе у 17,6%, в 1б подгруппе – у 23,8% по сравнению с 2а подгруппой (14,8%) и 2б подгруппой (21,4%). Высев *Vac. cereus* у детей 1а подгруппы наблюдался достоверно менее часто, чем во 2а подгруппе (2,94% по сравнению с 7,4%), тогда как в 1б подгруппе – более часто, чем во 2б подгруппе (9,52% по сравнению с 7,14%). Также отмечено несколько случаев

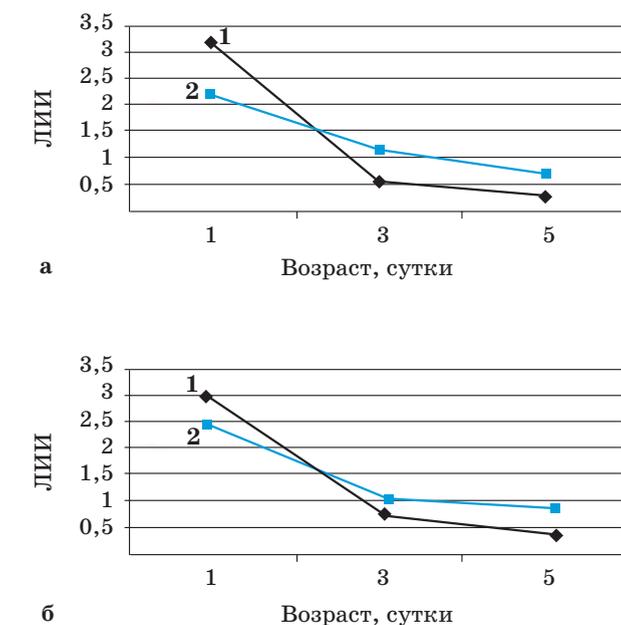


Рисунок. Динамика показателей ЛИИ у доношенных (а) и недоношенных (б) детей на фоне лечения. 1 – основная группа, 2 – контрольная группа.

высевов *Ps. aeruginosa* – в 1а подгруппе (2,9%) и во 2а подгруппе (3,7%).

Нами производилась оценка лейкоцитоза и расчет ЛИИ у новорожденных в 1–2-е сутки жизни с оценкой динамики этих показателей на фоне

Таблица 4

#### Показатели лейкоцитоза у наблюдаемых детей

Показатели	1а подгруппа (n=34)		2а подгруппа (n=27)		1б подгруппа (n=21)		2б подгруппа (n=14)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лейкоцитоз $>21 \cdot 10^9/\text{л}$ на 1-е сутки жизни	22	64,7*	8	29,6	4	19,0	2	14,2
Увеличение лейкоцитоза на 2–4-е сутки жизни	2	5,88	8	29,6	0	0	0	0

\* $p < 0,01$  при сравнении показателей у детей основной и контрольной групп.

Таблица 5

#### Количество детей, вакцинированных БЦЖ и переведенных на 2-й этап выхаживания

Показатели	1а подгруппа (n=34)		2а подгруппа (n=27)		1б подгруппа (n=21)		2б подгруппа (n=14)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вакцинация БЦЖ	33	97,0	22	81,4	11	52,3*	3	21,4
Медицинский отвод от БЦЖ	1	3,0	5	18,6	10	47,6	11	78,5*
Перевод на 2-й этап выхаживания	4	11,7	4	14,8	4	19,0	6	42,8
Перевод в детское отделение с последующей выпиской домой	30	88,2	23	85,1	17	81,0	8	57,1

\* $p < 0,05$  при сравнении показателей у детей основной и контрольной групп.

проводимой антигомотоксической и антибактериальной терапии (табл. 4). В основной группе отмечалась достоверно более высокая частота доношенных детей, имевших лейкоцитоз в 1-е сутки жизни, по отношению к контрольной группе, но гораздо меньший его прирост впоследствии.

Динамика ЛИИ представлена на рисунке. Выявлено более выраженное снижение ЛИИ как у доношенных, так и у недоношенных детей основной группы по сравнению с контрольной группой.

В табл. 5 представлены данные сравнительной оценки количества проведенных вакцинаций БЦЖ и числа переведенных детей на 2-й этап выхаживания. Число детей, получавших средства природного происхождения и вакцинированных БЦЖ, было значимо больше, чем в контрольной группе. Также дети основной группы реже переводились на 2-й этап выхаживания.

### Выводы

1. Гомотоксикологические препараты Траумель С и Лимфомиозот могут быть назначены в качестве дополняющей терапии при проявлении

в них ДН легкой или среднетяжелой степени на фоне внутриутробных бактериальных инфекций при отсутствии очагов и выраженных проявлений инфекционного токсикоза.

2. Сравнительная оценка терапии антибактериальными и комплексными гомеопатическими препаратами указывает на преимущество последних для внутриутробно инфицированных новорожденных с дыхательными нарушениями, так как улучшает адаптацию и прогноз у этих детей, сокращает время их пребывания в стационаре, оказывая дезинтоксикационный, дегидратационный, противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты.

3. Применение препаратов Траумель С и Лимфомиозот в комплексной терапии внутриутробно инфицированных новорожденных с дыхательными нарушениями уменьшает тяжесть проявлений бактериальной инфекции, тем самым снижая потребность в пассивной иммунизации и фармакологической нагрузке, что способствует своевременной вакцинации БЦЖ, а также уменьшению частоты переводов на 2-й этап выхаживания.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007: 127, 258–267.
2. Общая терапия. Каталог препаратов фирмы Биологипе Хайльмиттель Хеель ГмбХ, 2006–2007: 19–24, 220–222, 262–266.
3. Годованец Ю.Д., Кравченко Е.В. Перинатальный гипоксический стресс: возможности антигомотоксической терапии в коррекции метаболических нарушений у новорожденных. БГ. 2004; 3–4: 36–45.
4. Ильенко Л.И., Холодова И.Н., Макарова А.В. Возможности гомеопатического метода лечения в реабилитации детей, перенесших внутриутробную гипоксию. БМ. 2006; 2: 34–39.
5. Макарова А.В. Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи детям первого года жизни, испытавшим перинатальную гипоксию: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003.
6. Блинова О.В. Традиционные и нетрадиционные подходы к лечению и реабилитации детей с дермореспираторным синдромом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.
7. Ильенко Л.И., Холодова И.Н., Сырцева Т.Н. и др. Дисбиотические нарушения кишечника у детей. Современные подходы к профилактике и коррекции. Учебное пособие. М.: РГМУ, 2006: 76–77.
8. Гроздова Т.Ю., Черненко Ю.В., Аникиева Е.Ю. Оценка клинической эффективности антигомотоксических препаратов при заболеваниях кишечника у детей. БМ. 2002; 2: 36–42.
9. Ильенко Л.И., Бомбардинова Е.П., Харитонова Н.А. и др. Роль и место цитохимического метода исследования в подборе и оценке эффективности терапии у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС. Педиатрия. 2005; 1: 37–41.
10. Харитонова Н.А. Коррекция нарушений мозговой ликворогемодинамики гомеопатическими препаратами у новорожденных детей с перинатальной патологией центральной нервной системы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003.
11. Елагина И.Е. Лечение и профилактика компенсированной формы хронического тонзиллита у часто болеющих детей препаратами природного происхождения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004.

