

Коррекция синдрома постназального затека в контексте биорегуляционной медицины

Л.Ю.Долинина✉

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России. 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

✉liuba2612@mail.ru

В статье представлены два клинических случая коррекции синдрома постназального затека различной этиологии с помощью биорегуляционных лекарственных средств. Применение биорегуляционных препаратов позволило быстро и эффективно повлиять на причины синдрома постназального затека и тем самым нивелировать его симптомы.

Ключевые слова: синдром постназального затека, аденоиды, аллергический ринит, биорегуляционные средства.

Для цитирования: Долинина Л.Ю. Коррекция синдрома постназального затека в контексте биорегуляционной медицины. Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 77–79. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.77-79

Case reports

Correction of postnasal drip in the context of bioregulatory medicine

L.Yu.Dolinina✉

I.I.Mechnikov North-West State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 191015, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Kirochnaia, d. 41

✉liuba2612@mail.ru

Abstract

The article presents two case reports of correction of postnasal drip of various etiologies using bioregulatory medicine. Application bioregulatory drugs quickly and efficiently to influence the causes of postnasal drip and thereby neutralize its symptoms.

Key words: postnasal drip, adenoids, allergic rhinitis, bioregulatory drugs.

For citation: Dolinina L.Yu. Correction of postnasal drip in the context of bioregulatory medicine. Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 77–79. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.77-79

Термин «синдром постназального затека», или postnasal drip syndrom обозначает клинические ситуации, характеризующиеся воспалительным процессом верхних дыхательных путей (носоглотки, полости носа, околоносовых пазух), при которых отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево, где происходит механическая стимуляция афферентной части дуги кашлевого рефлекса, что и вызывает появление кашля [1].

Актуальность проблемы дифференциальной диагностики и лечения синдрома постназального затека подчеркивает тот факт, что данное состояние определяет не самостоятельную нозологическую форму, а является проявлением или итогом основного заболевания ЛОР-органов.

К причинам синдрома постназального затека относят вазомоторный, аллергический и постинфекционный ринит, гипертрофию аденоидов и хронический аденоидит, хронический гайморит, полипозный риносинусит.

При воспалительном процессе верхних дыхательных путей отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в гортаноглотку, попадает в вестибулярный отдел гортани, где происходит механическая стимуляция афферентной части дуги кашлевого рефлекса, что и вызывает появление кашля. Стеkanie назального секрета в глотку и гортань в разное время суток проявляется по-разному. Ночью, во время сна, в горизонтальном положении тела эта слизь стекает в гортаноглотку, раздражает рефлексогенные зоны и вызывает кашель. Днем в вертикальном положении тела слизь также стекает в гортаноглотку, но она проглатывается рефлекторно, почти не попадает на надгортанник и голосовые складки и не вызывает кашель [2].

Пациенты предъявляют следующие жалобы: ощущение присутствия секрета в глотке и необходимость прочищать горло перхаживающими движениями; покашливание или постоянный, навязчивый, непродуктивный кашель, особен-

но ночью и утром; могут беспокоить заложенность носа, выделения из носа, чиханье.

При осмотре, как правило, в горле отсутствуют признаки воспаления. Можно увидеть слизистые тяжи, тянущиеся из носоглотки, густой секрет, застойные скопления слизи в задних отделах полости носа (эндоскопически позитивный синдром постназального затека). Возможны гиперемия, атрофия слизистой носа, скопление секрета в носовых ходах, слизистая носоглотки по типу «бульжной мостовой». Могут присутствовать явления фарингита, которые связаны со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Фарингит, развивающийся при затрудненном носовом дыхании, также может быть вызван не только переходом на дыхание через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями [3]. На рентгенограмме придаточных пазух носа нередко регистрируется пристеночный отек или другие признаки синусита. При аускультации легких патологических изменений не выявляется.

С учетом неспецифичности клинической симптоматики лечение данной категории больных представляет значительные трудности, обусловленные необходимостью выявления основного заболевания, а во многих случаях и нескольких нозологий, и требует индивидуального подхода к каждому пациенту и проведения комбинированной терапии.

Концепция биорегуляционной системной медицины подразумевает комплексный подход к лечению острых и хронических заболеваний, основанный на ауторегуляции организма как единой биологической системы.

В основе биорегуляционной системной медицины лежит метод гомотоксикологии, разработанный немецким доктором Г.-Х.Реккевегом в середине XX в., и применение многокомпонентных биорегуляционных препаратов, обладающих комплексным или системным воздействием

на организм. Схемы применения биорегуляционных препаратов сформированы так, что при лечении любого патологического процесса происходит поддержка основных метаболических органов, иммунной системы, коррекция обмена веществ, что способствует восстановлению здоровья организма за счет собственных ресурсов и механизмов.

Ниже представлены два клинических случая биорегуляционной коррекции синдрома постназального затека, возникших в результате хронического аденоидита и персистирующего аллергического ринита.

Случай 1

На консультацию привели ребенка (6 лет) с жалобами на затыжной насморк, который появился на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) и сохранялся в течение 4 нед. Насморк сопровождался затруднением носового дыхания, желтоватыми тягучими выделениями из носа, похрапыванием по ночам, кашлем с небольшим количеством мокроты желто-зеленоватого цвета по утрам. Регионарные (околоушные, подчелюстные, задние шейные) лимфоузлы увеличены, эластичные, подвижные, не спаяны с окружающими тканями.

При эндоскопическом исследовании выявлены гипертрофия аденоидных вегетаций 2-й степени, хронический аденоидит. В клиническом анализе крови отклонений не выявлено.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от 1-й беременности, 1-х срочных родов. Беременность протекала без особенностей. При рождении: масса – 3300 г, рост – 51 см, закричал сразу; по шкале Апгар – 8/9 баллов. Мальчик находился на естественном вскармливании до 9 мес. Развивался согласно возрастным нормам. Вакцинация проводилась в соответствии с прививочным календарем. Аллергологический и наследственный анамнез без особенностей. Ясли/сад стал посещать с 3 лет. С этого же времени начал часто болеть. По словам родителей и согласно амбулаторной карте с 3 до 5 лет ежегодно наблюдалось более 5 эпизодов ОРВИ.

Клинический диагноз – синдром постназального затека. Гипертрофия аденоидов 2-й степени. Хронический аденоидит.

Были рекомендованы следующие биорегуляционные препараты: Лимфомиозот (капли для приема внутрь) по 5 капель в небольшом количестве воды 3 раза в день за 30 мин до приема пищи, Ангин-Хель (таблетки сублингвальные) по 1 таблетке (рассасывать под языком) 3 раза в день чрез 30 мин после еды и Эуфорбиум композитум (спрей назальный) по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 3 раза в день.

При повторной консультации через 10 дней родители отмечали значительное улучшение самочувствия – почти свободное носовое дыхание, отсутствие выделений из носа и кашля по утрам.

Решено было продолжить лечение биорегуляционными препаратами по поводу гипертрофии аденоидных вегетаций 2-й степени и хронического аденоидита. Были рекомендованы: Лимфомиозот (капли для приема внутрь) по 5 капель в небольшом количестве воды 2 раза в день за 30 мин до приема пищи, Энгистол (таблетки сублингвальные) по 1 таблетке (рассасывать под языком) 2 раза в день через 30 мин после еды. Эуфорбиум композитум (спрей назальный) по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2 раза в день. Курс 1 мес.

Через 1 мес родители отмечали безусловный положительный эффект. Носовое дыхание свободное. Похрапывание по ночам прекратилось. Регионарные (околоушные, подчелюстные, задние шейные) лимфоузлы уменьшились, эластичные, подвижные, не спаяны с окружающими тканями. Ребенок не болел, при этом посещал детский сад.

При эндоскопическом осмотре отсутствовали признаки хронического аденоидита, выявлена гипертрофия аденоидных вегетаций 1–2-й степени.

Биорегуляционная терапия была продолжена по следующей схеме: Лимфомиозот по 5 капель в небольшом количестве воды 2 раза в день за 30 мин до приема пищи, Эуфорбиум композитум по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2 раза в день, конституциональный гомеопатический монопрепарат Калькарея карбоника 6 по 5 горошин 3 раза в день.

Контрольное эндоскопическое исследование, проведенное через 2 мес, выявило гипертрофию аденоидных вегетаций 1-й степени, без признаков воспалительного процесса. За время наблюдения и лечения ребенок не болел, посещал детское дошкольное учреждение. Побочных эффектов и нежелательных явлений на фоне применяемых биорегуляционных препаратов зафиксировано не было.

Случай 2

На консультацию обратилась пациентка (18 лет) с жалобами на постоянную заложенность носа, чиханье по утрам, стекание слизи по задней стенке глотки и как следствие навязчивое желание прочищать горло. В течение 2 мес девушка использовала деконгестанты не менее 2 раз в день.

При риноскопии слизистая оболочка носа бледная, отечная, секрет желтоватого цвета, вязкий, определяются слизистые тяжи, тянущиеся из носоглотки.

Из анамнеза известно о наличииотяощенной наследственности по аллергическим заболеваниям (у мамы – атопический дерматит, у родной сестры – бронхиальная астма) и сенсибилизации к компонентам бытовой пыли (дерматофагоид птерониссимус), пыльце деревьев (береза, лещина) и сорных трав. Предоставлено заключение аллергологического обследования, в том числе и результат анализа крови на общий иммуноглобулин E – 1230 МЕ/мл. На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется пристеночный отек гайморовых пазух.

Диагноз – синдром постназального затека. Аллергический ринит, персистирующий, средней степени тяжести.

Была назначена следующая схема лечения с применением биорегуляционных препаратов:

1. Лимфомиозот (капли для приема внутрь) 30 капель, Нукс вомика-Гомаккорд (капли для приема внутрь) 30 капель, Берберис-Гомаккорд (капли для приема внутрь) 30 капель в одну бутылку питьевой воды объемом 0,7 л. Полученную смесь пить в течение дня небольшими глотками, в промежутках между приемами пищи. Ежедневно.
2. Мукоза композитум (раствор для инъекций) №10 по 1 инъекции внутримышечно 3 раза в неделю.
3. Эуфорбиум композитум (спрей назальный) по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 3 раза в день.

При повторной консультации через 21 день пациентка отмечала улучшение самочувствия – заложенность носа перестала быть постоянной, стала появляться периодически, стекание слизи по задней стенке и желание прочищать горло исчезли. Прекратила использовать деконгестанты.

При риноскопии слизистая оболочка сохраняла бледный цвет, отек уменьшился, был виден слизистый секрет в небольшом количестве, слизистые тяжи отсутствовали.

Решено было продолжить лечение биорегуляционными препаратами:

1. Лимфомиозот (капли для приема внутрь) по 10 капель в небольшом количестве воды 2 раза в день за 30 мин до приема пищи.
2. Энгистол (таблетки сублингвальные) по 1 таблетке рассасывать 2 раза в день через 30 мин после еды.
3. Люффель (спрей назальный) по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2 раза в день. Курс 1 мес.

При последующей консультации пациентка не предъявляла активных жалоб. Отмечала свободное носовое дыхание, отсутствие чиханья по утрам. Было принято решение о проведении аллергенспецифической иммунотерапии с использованием современных гомеопатических препаратов.

Необходимо отметить, что побочных эффектов и нежелательных реакций при проводимом лечении зафиксировано не было.

Заключение

При синдроме постназального затека биорегуляционные средства могут занимать ведущее место в коррекции симптомов как самого синдрома, так и основного заболевания. Компоненты комплексных биорегуляционных препаратов обладают синергетическим действием, усиливая эффект друг друга и других биорегуляционных средств, за счет чего достигается системность воздействия и высокая эффективность лечения.

Средства биорегуляционной системной медицины могут применяться в качестве основного лечения или в составе комбинированного, сопроводительного лечения основного заболевания и синдрома постназального затека.

Наличие широкого диапазона взглядов на применение биорегуляционных препаратов для профилактики и лечения хронических заболеваний ЛОР-органов позволяет вы-

брать терапевтическую тактику, наиболее уместную в каждом конкретном случае.

Литература/References

1. Авербух В.М., Лопатин А.С. Постназальный синдром. *Consilium Medicum*. 2008; 10 (10): 101–8. / Averbukh V.M., Lopatin A.S. Postnasal drip. *Consilium Medicum*. 2008; 10 (10): 101–8. [in Russian]
2. [www://vmede.org](http://vmede.org)
3. Черных А.А. Антигемотоксические препараты в лечении внутренних болезней. СПб: Центр гомеопатии, 2013. / Chernykh A.A. Antigomotoksicheskie preparaty v lechenii vnutrennikh boleznei. SPb.: Tsentr gomeopatii, 2013. [in Russian]
4. Авербух В.М., Лопатин А.С. Медикаментозная терапия при постназальном синдроме на фоне аллергического и вазомоторного ринита. *Рос. аллергологический журн.* 2010; 3: 19–23. / Averbukh V.M., Lopatin A.S. Medikamentoznaya terapiya pri postnazal'nom sindrome na fone allergicheskogo i vazomotornogo rinita. *Ros. allergologicheskii zhurn.* 2010; 3: 19–23. [in Russian]
5. Долинина Л.Ю., Песонина С.П. Гомеопатическая терапия аллергического ринита. Учебно-методическое пособие для врачей. СПб.: СПбГМА им. И.И.Мечникова, 2011. / Dolinina L.Yu., Pesonina S.P. Gomeopaticheskaya terapiya allergicheskogo rinita. *Uchebno-metodicheskoe posobie dlia vrachei*. SPb.: SPbGMA im. I.I.Mechnikova, 2011. [in Russian]
6. Ильенко Л.И. и др. Дермореспираторный синдром. Учебное пособие. М.: Арнебия, 2007. / Ilenko L.I. i dr. Dermorespiratornyi sindrom. *Uchebnoe posobie*. M.: Arnebiya, 2007. [in Russian]
7. Хайне Х. Учебник биологической медицины. М.: Арнебия, 2008. / Khaine Kh. *Uchebnik biologicheskoi meditsiny*. M.: Arnebiya, 2008. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Долинина Любовь Юрьевна – канд. мед. наук, доц. каф. физиотерапии и медицинской реабилитации ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова». E-mail: liuba2612@mail.ru