

# ГОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 10–11  
2002

## НАУКА И ПРАКТИКА

200 лет со дня  
основания 1-й  
Городской  
клинической  
больницы имени  
Н. И. Пирогова

*Кафедра ЛОР-  
болезней РГМУ*

СТР. 3–11

## КЛИНИКА

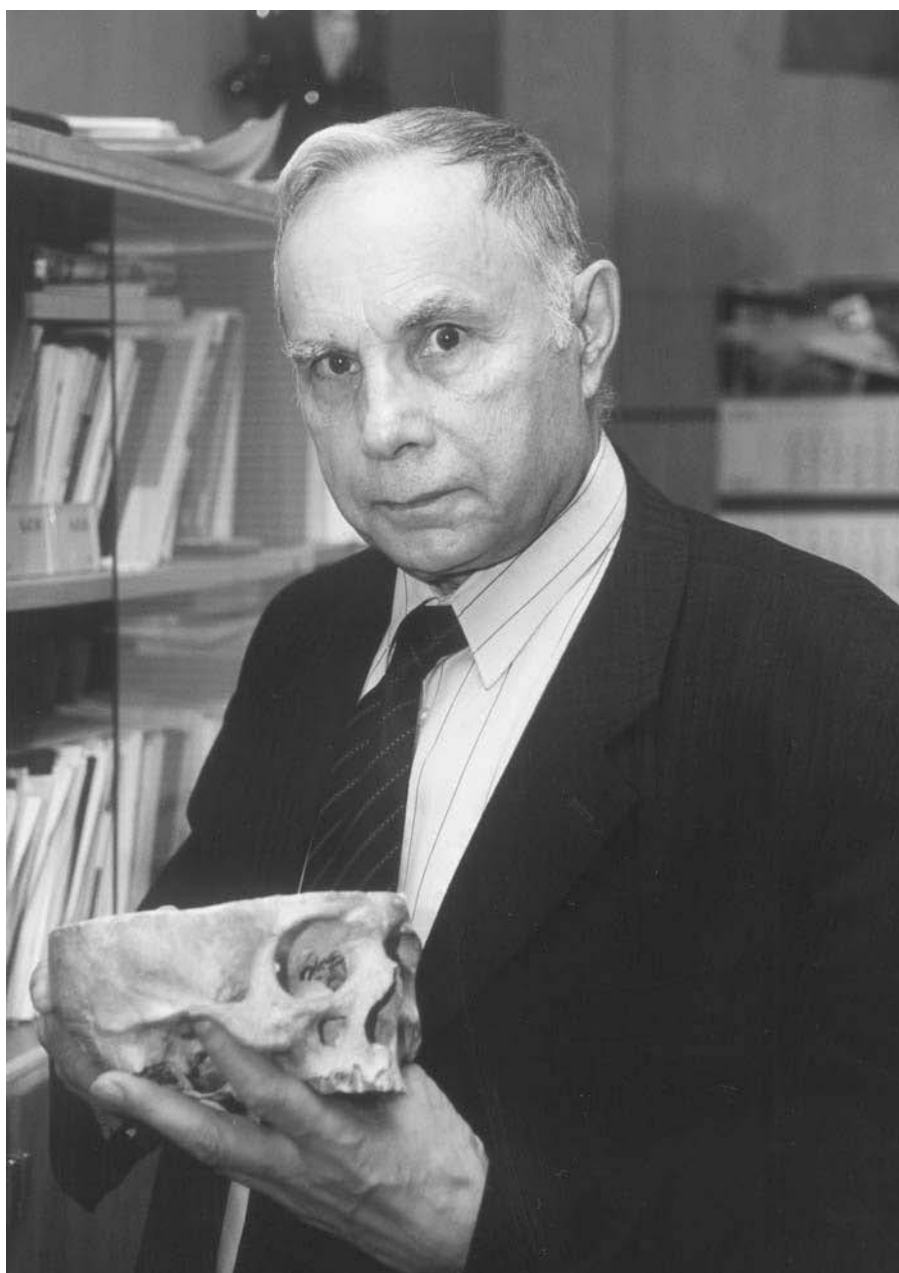
фармакотерапия  
в практике  
оториноларинголога

СТР. 11–18

М. Зощенко

*Операция*  
Литературный  
юбилей

СТР. 19



*Заслуженный деятель науки Владимир Тимофеевич Пальчун: «Если подвести итог нашей лечебной работы, то можно сказать – весь спектр заболеваний нами охвачен».*

## ПСИХИАТРИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ



В Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского прошла научная конференция «Психиатрия чрезвычайных ситуаций». В ней приняли участие заместитель министра здравоохранения РФ В. Корбут, главный психиатр Минздрава Б. Казаковцев, директор Научного центра психического здоровья РАМН А. Тиганов, директор Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» С. Гончаров и другие специалисты данного профиля из ведущих научных и медицинских центров столицы.

На конференции был рассмотрен широкий круг проблем, ставших сегодня особенно актуальными. В том числе – опыт организации работ по ликвидации последствий террористического акта и оказании медико-психологической помощи пострадавшим, социально-психологические вопросы терроризма, особенности оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС, нейрорхимические и иммунохимические аспекты последствий воздействия ЧС.

С большим интересом собравшиеся прослушали доклад директора института им. В. П. Сербского Т. Б. Дмитриевой «Угроза терроризма и меры по снижению санитарных потерь (медико-психологические и психиатрические аспекты)».

Участники конференции отметили высокий научный уровень этой конференции, актуальность ее тематики и высочайшую практическую целесообразность.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

«Новые возможности профилактики и лечения сахарного диабета 2 типа» – тема пресс-конференции, в которой приняли участие директор Института клинической эндокринологии Эндокринологического научного центра РАМН профессор Г. А. Мельниченко и главный научный сотрудник Института диабета Эндокринологического научного центра РАМН профессор М. В. Шестакова.

На пресс-конференции компания «Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд» объявила результаты исследования XENDOS, подтвердившего эффективность препарата Ксеникал в плане предотвращения или замедления развития сахарного диабета 2 типа.

Проблема взаимосвязи избыточной массы тела и сахарного диабета 2 типа медикам хорошо известна – 80–90% этих пациентов имеют избыток веса и ожирение, что существенным образом влияет на возможности терапии. Средства, направленные на снижение сахара в крови, в том числе и инсулин, оказываются мало эффективными, из-за чего процесс развития болезни становится неуправляемым, появляются сосудистые осложнения, а в конечном итоге может привести и к гибели человека.

Четыре года в 22 медицинских центрах Швеции шло исследование, в котором приняли участие в общей сложности 3304 пациента с нормальной или нарушенной толерантностью к глюкозе. Они были рандомизированы в группы на двойную слепую терапию Ксеникалом либо плацебо три раза в сутки в сочетании с изменением образа

жизни. Результаты исследования показали, что уменьшение массы тела у больных сахарным диабетом 2 типа и ожирением с применением препарата Ксеникал позволяют добиться статистически значимого улучшения компенсации углеводного обмена, уменьшению потребности в сахароснижающих средствах, уменьшению уровня артериальной гипертензии, а также значительно улучшению липидного профиля крови. Включение Ксеникала в схемы терапии сказывается благотворно не только на течение самого заболевания, но и существенным образом влияет на профиль факторов риска его тяжелых осложнений, определяющих в конечном счете качество жизни пациентов. Эти данные послужили основанием для решения фармакологического комитета Минздрава РФ о регистрации нового показания для применения Ксеникала – сахарный диабет 2 типа.

К настоящему времени Ксеникал является препаратом для снижения массы тела, эффективность и безопасность которого доказана беспрецедентными по объему данными клинических исследований. В них принимали участие более 30 000 пациентов, а общее число пациентов в мире, лечившихся с его помощью, достигло 13 миллионов. Механизм действия препарата уникален. Являясь ингибитором липазы, он подавляет активность желудочно-кишечной липазы (фермента, необходимого для расщепления и последующего всасывания жиров) в кишечнике, предотвращая всасывание примерно 30% жиров пищи.



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
КОМИТЕТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Москвы

15–16 декабря 2002 года состоится Первая московская ассамблея «Здоровье столицы» (ул. Новый Арбат, дом 36/9, конференц-зал Правительства Москвы). Ассамблея проводится в соответствии с распоряжением первого заместителя Мэра Москвы в Правительстве Москвы Л. И. Швецовой, которая возглавляет Организационный комитет.

Цель проведения Ассамблеи – повышение престижа московского здравоохранения, расширение рамок внедрения новейших технологий в практику его работы, укрепление контактов между ведущими специалистами российских регионов. Программой предусмотрены конференции, семинары, «школы» по актуальным проблемам медицины и фармации, реализации программ в области охраны народного здоровья и лекарственного обеспечения, законодательной базы, новых стандартов и технологий.

Главные специалисты комитета возглавят мероприятия по основным направлениям: гастроэнтерология, хирургия, инфекционные болезни, кардиология и другие.

В рамках Ассамблеи планируется проведение выставки «Новое качество медицинских услуг и лекарственного обеспечения населения Москвы».

**Более подробную информацию о возможности участия в работе Ассамблеи и выставки можно получить по телефону: (095) 109 1330.**



## СТАРЕЙШАЯ ЛОР-КАФЕДРА РОССИИ

**Первая Градская в этом году отмечает свой 200-летний юбилей. Юбилею посвящена и Всероссийская научно-практическая конференция, которую проводит одна из старейших кафедр, расположенных на ее базе – кафедра оториноларингологии РГМУ.**

онкологии. Придя на кафедру хирургом, Владимир Тимофеевич поднял хирургическую активность на небывалую высоту. Провозгласив три принципа: первый – ранняя санация очагов инфекции, до возникновения осложнений. Второй – щадящее оперирование. Третий принцип продолжает традиции Л. И. Свержевского и Б. С. Преображенского. Он заключается в ориентировке клиники на оказание urgentной помощи. Три поколения оториноларингологических школ 1-й Градской больницы связывает эта скорпомощная нить.

В конце 19-го – начале 20-го веков, когда организовались Высшие медицинские женские курсы в Москве, молодые талантливые ученые, работавшие там, стали преподавать клинические дисциплины на базе трех больниц: Голицинской, 1-й и 2-й Градских. Так началась их профилизация. В 1919 году организовалось ЛОР-отделение Голицинской больницы. Людвиг Иосифович Свержевский, первый профессор Высших медицинских женских курсов, создал отделение, затем – кафедру, которой руководил до своей смерти в 1941 году. Затем кафедру возглавил его ученик, выдающийся ученый – Борис Сергеевич Преображенский. Начиная с 1973 года, и по настоящее время клиникой руководит профессор Владимир Тимофеевич Пальчун.

Приоритеты научных исследований кафедры со временем менялись: Преображенский много занимался хроническим тонзиллитом и аллергическими заболеваниями, выпустил в свет ряд капитальных научных трудов, Пальчун вовлек в научные интересы кафедры проблемы внутреннего и среднего уха, а также

Сегодня кафедра по широте научной проблематики и глубине научных разработок преобладает целый НИИ. Она по праву гордится многочисленными научными работами, среди которых – монографии, научные статьи в отечественных и зарубежных журналах, практические рекомендации и пособия, десятки авторских свидетельств и патентов, учебники для вузов и медучилищ в том числе на английском и французском языках. Кафедра имеет три медали за научные достижения и изобретения. Заведующий кафедрой является главным редактором журнала «Вестник оториноларингологии», руководит Московским научным обществом оториноларингологии. Все это вместе взятое и есть та самая наука, которая идет рядом с практикой, ведь сюда круглосуточно везут со всей Москвы острые больные с заболеваниями и травмами лор-органов и всем им оказывается первоклассная хирургическая и терапевтическая помощь. А мотором всех этих дел является член-корреспондент РАМН Заслуженный деятель науки РФ Владимир Тимофеевич Пальчун. Беседа

с главой кафедры открывает наш материал об этом замечательном коллективе.

**– Владимир Тимофеевич, оториноларингология – достаточно широкая специальность. А какое направление является приоритетным для вашего коллектива?**

– Конечно, невозможно объять необъятное, да мы к этому не стремимся. Я руковожу кафедрой с 1973 года, и с самого начала избрал объектом своих усилий – ухо, которое включает в себя орган равновесия и орган слуха. По этой проблеме у нас защищаются кандидатские и докторские диссертации. У нас есть лаборатории по исследованию слуха и органа равновесия: аудиологическая и вестибулярная. Мы контактируем по этой проблеме и с космическим институтом, и со специалистами из других стран, в частности, из США. Это основная наша тема, но не единственная. Вот, например, сравнительно новая проблема – гомотоксикология, наука, которая лежит в основе изучения значительного числа заболеваний. Она исследует влияние очагов инфекции на весь организм. Недавно профессор Т. С. Полякова защитила докторскую диссертацию по этой теме и получила самую высокую оценку. Мы занимаемся и ринологией, и проблемами горла, в частности, хроническим тонзиллитом, у нас есть и докторские и кандидатские диссертации по этим темам. Но все-таки главное направление у нас – проблемы органов слуха и равновесия.

**– К вам круглосуточно попадают больные, нуждающиеся в скорой помощи. Какая патология требует немедленных сложных вмешательств?**

– Это, прежде всего, больные с отогенным менингитом. Такого больного нужно обследовать в течение часа и к концу обследования он должен лежать на операционном столе. В этом гарантия его спасения. Если упустить час-другой, то шансы больного на выздоровление уменьшаются. Или, скажем, сепсис. Он тоже связан с очагами инфекции в таких орга-



нах, как нос, околоносовые пазухи, миндалины, ухо. Очень много травм самого разного происхождения – бытовые, криминальные. Это тяжелые травмы, особенно в области горла. Вот сегодня привезли такого больного, и мы его спасли немедленно сделав трахеотомию.

У нас есть такие операции, которые в нашей стране, к сожалению, делаем только мы. Например, болезнь Меньера – это когда у больного возникают приступы головокружения и ухудшается слух. Этим болезнью заниматься не просто, она очень трудна для лечения. Сейчас диагностика ее не вызывает особых затруднений – с помощью нашей лаборатории мы уверенно ставим диагноз. Внутри внутреннего уха повышается давление. Еще в конце XIX века была предложена операция на отростке внутреннего уха, эндолимфатическом мешке, который находится в черепе в мозговой оболочке. По каким-то причинам эта операция не нашла распространения. Вначале я отработал ее в прозекторской, а потом начал делать в клинике. Затем ко мне из Англии приехал хирург королевского госпиталя Эндрю Морриссон (он там делал эту операцию) и прооперировал нашего больного, я ему ассистировал, а потом он ассистировал мне. С тех пор более 20 лет эти операции делают только в нашей клинике. Как я не пытаюсь ее пропагандировать, публикую статьи в журнале, выступаю на обществе – никто не берется. Правда, мои ученики ею овладели. Один аспирант по моему заданию собрал катанезу у 150 прооперированных больных. Удалось пригласить около 100 пациентов и привлечь к диалогу и приезду к нам. У всех у них ушло головокружение! У всех! Это редкий случай в медицине. Мы усовершенствовали операцию, и она однозначно лишает больного приступов головокружения. Вот это наш приоритет. Буду продолжать пропагандировать эту операцию, в частности, на предстоящей конференции. Надо зацепить самолюбие специалистов!

Если подвести итог нашей лечебной работы, можно сказать, что весь спектр заболеваний нами охвачен. У нас на кафедре семь

профессоров. Почему так много? Потому что у каждого из них в своей области профессионализм высочайший!

Что нас волнует в плане лечебных дел? Многие методы лечения, к которым мы привыкли, начинают устаревать, особенно в части лечебной тактики, в части объема и характера хирургического вмешательства. Вот, например, возьмем нашу основную патологию – воспалительные болезни уха. В основном это заболевания, которые тянутся десятилетиями. Там подгнивает кость, как в зубах. Но если там она зубом и ограничивается, то здесь воспаление переходит на оболочки мозга, дает гнойники. Коварство болезни состоит в том, что она не дает боли и человек спокойно носит ее в себе, привыкает к ней. Но привыкают и врачи! Врач подлечит обострение и отпускает больного – консервативные методы преобладают в терапии таких заболеваний. Это сходит с рук месяц, два, год. А потом, как бы вдруг, – осложнение. Вот у нас сейчас лежит без сознания больной с отогенным менингитом. Ему уже сделали все необходимое, мы надеемся, что он выживет, но пока состояние очень тяжелое. Вот, что значит промедлить с операцией!

Далее, мы боремся против радикальной методики. Не надо делать по старинке – убрал вместе с кариозной костью все слуховые косточки, перепонку – ухо выздоровеет, но слуха не будет. Мы ввели понятие слухосохраняющей операции. И ее внедрение было не простым. Даже от наших крупных специалистов мы выслушали много возражений: трудно делать, трудно вести больного после нее. Надо под микроскопом сохранять слуховые косточки и т. д. Но потом привыкли, поняли. Но, конечно, далеко не все.

Сейчас мы приходим к тому, что надо не только санировать ухо, но и улучшать его функцию. У нас сейчас А. А. Миронов заканчивает докторскую диссертацию по тимпанопластике, о том, что во время любой оздоравливающей операции надо восстанавливать звукопроводящие элементы, поскольку они частично у всех таких больных утрачиваются. И он предложил несколько хирургических методик, ряд схем,

с помощью которых можно наладить звукопроводение и человек начинает лучше слышать. Это же предотвратит и отогенные менингиты, и абсцессы мозга, сепсис – их в наше время быть не должно.

То же самое относится и к заболеваниям верхне-челюстных пазух. К сожалению, наука не дошла еще до такого уровня, чтобы очаг инфекции в пазухе или в миндалине вылечить консервативно. Подлечить можно – проколы и промывания при хроническом гайморите улучшают, но не прекращают, совершенно не прекращают процесс! Лечение хронического тонзиллита – улучшает состояние, но не вылечивает. Хронический очаг не болит, вроде бы не мешает, но в кровь все время всасывается яд из этих очагов! Это и продукция жизнедеятельности микробов и их тела. Они поражают паренхиматозные органы, сосуды. Постепенно человек теряет чувство здоровья, он слабеет, но незаметно для себя! Ему лечат сердце, сосуды, печень – а коварная причина остается, ее даже не связывают с заболеваниями лор-органов! И вот мы сейчас очень много говорим о том, что очаг инфекции должен быть элиминирован, его надо убирать.

Что касается хронического тонзиллита, то врачи бьются над этой проблемой более ста лет. Наука уже разобралась, что эти очаги консервативно неистребимы. Их нельзя вылечить. Самой природой заложено так, чтобы там была инфекция – таким образом формируется иммунитет. Предполагается, что в период полового созревания миндалины должны рассосаться. Но это происходит далеко не всегда и первоначально приспособительный механизм перерождается в механизм патологический: миндалины становятся опасным очагом инфекции. Об этом сигнализирует уже сам диагноз хронического тонзиллита. Если он поставлен – очаг нужно убрать.

Итак, мы коснулись хронических воспалений уха, околоносовых пазух, небных миндалин – хронических очагов инфекции, требующих своевременного хирургического вмешательства. Такая же активная хирургическая тактика проводится нами и при хронических нарушениях носового дыхания.



## РАССТРОЙСТВА РАВНОВЕСИЯ

**Лев Александрович Лучихин, доктор мед. наук, профессор**

— Одно из важных направлений научных исследований в клинике — изучение патогенеза, совершенствование методов ранней диагностики и лечение расстройств равновесия, связанных с нарушением функции вестибулярного анализатора. В повседневную практику внедрена стабиллографическая методика, позволяющая объективно регистрировать состояние этой функции. Стабиллография, к сожалению, пока ещё не нашла достаточно широкого распространения в лечебных учреждениях нашей страны, однако мы считаем, что этот метод является весьма перспективным. Мы разработали универсальный интегральный показатель, отражающий функциональное состояние системы равновесия, учитывающий не только статическое, но и динамическое равновесие (во время движения человеку гораздо труднее сохранять равновесие). Исследование на платформе стабиллографа проводится с использованием различных функциональных проб: оптокинетическая стимуляция, выключение зрения, исследование в позе Ромберга. Для ранней диагностики расстройств равновесия при таком распространенном заболевании, как вертебрально-базиллярная недостаточность, разработана вертеброгенная проба, позволяющая верифицировать заболевание ещё до развития вестибулярных нарушений.

В клинике уделяется внимание не только диагностике вестибулярных расстройств, но и совершенствованию методов их лечения. Больные с лабиринтитом, болезнью Меньера, с вестибулярными расстройствами сосудистого, инфекционного, травматического, интоксикационного происхождения получают лечение в сурдологическом отделении клиники. Используется целый набор лекарственных средств, среди которых важнейшее значение имеют препараты, улучшающие кровоснабжение внутреннего уха и центральных отделов вестибулярного анализатора (трентал, кавинтон, винпоцетин, циннаризин), различные метаболиты (ноотропил, цереб-

ролизин, актовегин). В последние годы в клинике проведено испытание синтетического аналога гистамина — препарата Бетасерк (фирма Солвей-Фарма), улучшающего микроциркуляцию в сосудах внутреннего уха, нормализующего давление эндолимфы в лабиринте, оказывающего ингибирующее действие на вестибулярные ядра в стволе мозга. Применение Бетасерка позволило эффективно снизить частоту и интенсивность головокружений у больных с вестибулярными расстройствами, при поражении кохлеарного анализатора у ряда больных уменьшился шум в ушах, улучшился слух.

И все-таки чисто медикаментозное лечение нас не вполне удовлетворяет. В настоящее время в клинике разрабатываются принципы так называемой вестибуло-адаптационной терапии. Доказано, что физические упражнения улучшают функцию равновесия и помогают быстрее купировать вестибулярные расстройства. С появлением компьютерных реабилитационных программ вестибуло-адаптационная терапия на платформе стабиллографа получила новое развитие. Используется принцип биологической обратной связи: человек смотрит на экран монитора, видит, как центр массы его тела смещается и может сам корректировать его положение. Различные упражнения на платформе стабиллографа можно усложнять, скажем, сочетая звуковое и зрительное воздействие, помещая больного на поролоновый коврик.

Система равновесия — это сложная функциональная система. Для нормальной деятельности её необходимо постоянное поступление информации о положении тела в пространстве — от вестибулярных рецепторов, от сетчатки глаза, от многочисленных соматорецепторов, среди которых важную роль играют рецепторы шеи. Поступающая информация перерабатывается, модулируется, сверяется в центральных отделах анализатора, при этом важнейшая



роль принадлежит вестибулярным ядрам в стволе головного мозга. Здесь вырабатываются эффекторные импульсы, которые по вестибуло-спинальному тракту поступают к мышцам конечностей и туловища. При поражении любого из отделов вестибулярного анализатора развивается комплекс патологических реакций: головокружение, расстройство равновесия, нежелательные вегетативные проявления (тошнота, рвота и т. п.).

Стремясь добиться компенсации утраченной вестибулярной функции, мы стараемся по возможности полно включить компенсаторные механизмы. Взамен частично утраченной информации от вестибулярных рецепторов более активно используется зрительная, соматосенсорная информация, важную роль в формировании компенсаторных реакций играют центральные отделы анализатора. Исследования показали, что традиционная медикаментозная терапия в основном позволяет купировать вегетативные расстройства и избавить человека от головокружения, но она почти не влияет на равновесие, особенно если человек ведет малоподвижный образ жизни. При раннем подключении комплекса специальных физических упражнений результаты



совсем другие. Оказалось, что у человека, которому до начала лечения было трудно голову поднять от подушки, после систематических занятий с использованием специальных вестибулярных упражнений и особенно – занятий на платформе стабилографа с использованием принципа биологической обратной связи – удается значительно повысить эффективность системы равновесия.

**– Лев Александрович, чуть подробнее расскажите о современных подходах к лечению воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.**

– В Москве заболеваемость простудными заболеваниями выше, чем в среднем по России, в 1,3 раза для взрослых и в 1,4 раза для детей. А у детей этот показатель в 2,4 раза выше, чем у взрослых. Существуют различные подходы к лечению воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей: применение этиотропных средств, использование средств, модулирующих воспалительную реакцию, наконец, повышение естественной резистентности организма, местной и общей.

Этиотропная терапия предполагает использование средств, направленных против возбудителя инфекции. Статистические исследования показали, что до 70% больных с острыми респираторными инфекциями получают лечение системными антибиотиками или сульфаниламидами. В результате человек как правило поправляется, цель достигнута. Однако хотелось бы напомнить врачам, что такая терапия имеет ряд известных недостатков. Прежде всего – мощная иммуносупрессия, связанная с тем, что при разрушении микробных тел освобождаются эндогенные токсины, значительно угнетающие естественный иммунитет. Важно учитывать также, что при проведении системной антибактериальной терапии происходит подавление биохимической активности бактериальной флоры желудочно-кишечного тракта пациента. После курса антибиотикотерапии флора кишечника восстанавливается в лучшем случае через четыре-пять месяцев. Нельзя не учитывать также резорбтивное действие антибактериальных препаратов, возможность аллергических реакций.

Поэтому в последнее десятилетие разрабатывается альтернатива системной антимикробной терапии при заболеваниях верхних

дыхательных путей. Это препараты, которые действуют непосредственно в месте проникновения инфекции. Этиотропная терапия может быть местной и существуют препараты для её проведения.

Одним из наиболее известных препаратов для местного воздействия на слизистую оболочку верхних дыхательных путей при респираторных инфекциях является препарат Биопарокс (фирма Сервье, Франция), активный компонент которого – местный антибиотик фузафунжин. Для него характерен широкий спектр антибактериального действия и одновременно отмечается противовоспалительный эффект.

Среди других препаратов для местного воздействия на воспаленную слизистую оболочку верхних дыхательных путей следует отметить Полидекс с фенилэфрином – спрей для носа (Лаборатория д-ра Бушара, Франция). Это комбинированный препарат, содержащий два антибиотика – полимиксин и неомидин, плюс гормон дексаметазон и симпатомиметик фенилэфрин, обладающий мягким пролонгированным действием. Проведенные в клинике испытания этого препарата показали его высокую эффективность. Если биопарокс предпочтительно применять в самом начале заболевания, то полидекса с фенилэфрином эффективен и в период манифестации патологических проявлений. Эта же фирма выпускает препарат Изофра, обладающий выраженным антибактериальным действием. Все это варианты местной этиотропной терапии.

В ряде случаев возникает необходимость корректировать воспалительный процесс, развившийся в ответ на развитие инфекции. Это бывает особенно важно для предупреждения перехода острого процесса в хронический. Нами проводилось испытание препарата Эреспал (Сервье), в качестве активного компонента содержащего гидрохлорид фенспирида. Препарат блокирует образование медиаторов воспаления – простагландинов и лейкотриенов, ингибирует синтез фактора некроза опухоли. Он лишен нежелательных побочных эффектов глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов, в то же время превосходя последние по противовос-

палительной активности. С целью повышения эффективности специфической и неспецифической местной иммунной защиты на уровне слизистой оболочки верхних дыхательных путей используются различные иммуномодуляторы. Среди них в последнее десятилетие получили распространение бактериальные лизаты, лишенные патогенных свойств и сохраняющие антигенные свойства. Одним из таких вакцинных препаратов является ИРС-19 (фирма Солвей Фарма, Франция), содержащий антигены девятнадцати наиболее частых возбудителей респираторной инфекции. Установлена хорошая переносимость препарата – его возможно применять у детей начиная с 3-месячного возраста. Проведенное исследование показало эффективность препарата в профилактике и лечении респираторных инфекций. Так, в группе лиц, часто и длительно болеющих воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, после проведенной 2-недельной иммунизации препаратом ИРС-19 заболеваемость снизилась в 2,4 раза. Клинические наблюдения показали, что ИРС-19 целесообразно комбинировать с противогриппозной сывороткой Инфлювак (Солвей Фарма) – эффективным средством профилактики гриппа.

Еще один препарат из группы бактериальных лизатов – Имудон (Солвей Фарма), в состав которого входят антигены возбудителей инфекции полости рта и глотки. Препарат широко и с успехом используется в стоматологии для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта – стоматита, гингивита, периодонтита. Мы успешно использовали имудон для лечения больных с острым и хроническим фарингитом. В процессе лечения у больных быстрее, чем при традиционной терапии, купировались клинические признаки заболевания, а концентрация основных штаммов возбудителей в мазках со слизистой оболочки глотки прогрессивно снижалась.

В заключение следует отметить, что при неосложненных респираторных инфекциях предпочтение должно отдаваться средствам местного воздействия на слизистую оболочку верхних дыхательных путей.



## ВСЕ НАЧИНАЕТСЯ С ДЕТСТВА

Татьяна Семеновна Полякова, доктор мед. наук, профессор

– Я исхожу из принципа, что к пациентам с нашими заболеваниями нельзя относиться «узко» только с позиции оториноларингологии. Их проблемы должны быть осмыслены с позиций общего состояния организма. К сожалению, у нас эта позиция часто недооценивается и самим пациентом и доктором. Лор-органы не случайно объединены в одну специальность. Если мы смотрим больного с отитом, то у него часто оказывается и ринит, и фарингит. Бывает так: человек жалуется на что-то одно, допустим, на большое горло, и первичный диагноз ставится на основании именно этой жалобы. А все остальное отходит на второй план.

Второй важный момент состоит в том, что взрослый пациент несет на себе багаж болезней с детства. Когда начинаешь собирать анамнез и спрашивать, что было в детстве, больной отвечает: «Как у всех». А ведь след от заболевания у каждого свой.

Очень важный фактор – локализация лор-органов. Это основание черепа, базис черепа, благодаря гемато-лимфатическому взаимодействию – это экстра и интракраниальное анастомозирование. А это значит, что всякий гнойно-воспалительный процесс в этих органах является уже системным заболеванием. Лор-органы находятся в постоянном контакте с внешней средой, обеспечивая защитную функцию и это в первую очередь благодаря лимфо-эпителиальным образованиям. И если они с годами утрачивают свою значимость, то это происходит потому, что костный мозг начинает работать, как главный иммунный орган. А у ребенка этим органом является вилочковая железа и лимфоэпителиальные образования. Поэтому очень важно все, что происходило в этих органах в детстве, от этого зависит то, как сформируется его статус во взрослом состоянии.

Другими словами можно сказать: все гнойно-воспалительные процессы, начиная с детского периода, это по сути дела источники го-

мотоксикоза. Экзотоксикоз – это начальные проявления, а эндотоксикоз – все то, что складывается в результате патоморфологических изменений, которые диктуются этим хроническим воспалительным процессом. И если не вести учет любого воспаления, даже банального ринита или тонзиллита, то можно получить серьезные последствия. Человек может сказать: «А у кого сегодня нет тонзиллита, покажите мне его!» И ему невдомек, что его гипертония, или гипотония, ожирение или гипотрофия связаны с заболеваниями Лор-органов, ведь они локализованы в непосредственной близости к гипоталамо-диэнцефальной системе.

Есть мнение, что в современных условиях ребенок уже рождается с эндотоксикозом и задача педиатра, учитывая это, предотвратить усугубление патологического состояния. Откуда у ребенка эндотоксикоз? Прежде всего, от больной матери. У мамы – дизбактериоз, недостаточность печени, хронический тонзиллит. Она отдает ребенку не только антитела, которые его защищают, она ему несет питание, а у нее самой имеется уже комплекс нарушенного метаболизма. А дальше – нерациональное вскармливание, прививки, превентивная дача антибиотиков и т. д. лишь усугубляют этот процесс.

Чем же лечить? Прежде всего – натуропатия, предусматривающая здоровый образ жизни, питания, физическую активность. В помощь врачу у нас сейчас появились антигемотоксические препараты. Чем они хороши для практического врача, не имеющего специального гомеопатического и натуропатического образования? Они сочетаются с аллопатическими препаратами. Эти препараты сертифицированы, прошли и доказательную медицину, и рандомизированные клинические испытания, они разрешены Минздравом РФ к применению. Это комплексы гомеопатических, аллопатических, в низких и средних разведениях, препаратов, а так же сугес-органные препараты и нозоды.



Эти препараты, в отличие от аллопатических средств, убирающих симптом, активизируют защитную систему организма.

Вот яркий пример. Диатез, atopический дерматит. Если очистить кожу ребенка с помощью гормональной мази, он дает клинику аллергического ринита, бронхита с астматическим компонентом. Потому что мы «перекинули» симптом с кожи на висцеральные рецепторы или на слизистые желудочно-кишечного тракта, носа. А если активировать сам организм и заставить работать его защитную систему, то он постепенно самостоятельно справится с болезнью. Надо помнить, что высокие дозы препарата могут угнетать, а низкие – активизировать эту систему, помогают очистить организм.

Мы лечим больного комплексно, постепенно. Есть такой закон в гомеопатии: заболевание развивается сверху вниз, снаружи внутрь, послонно, постепенно достигаем исчезновения симптомов. И так по целому ряду заболеваний. Убрали миндалины, продолжаем лечить больного – убираем «хвост», который оставил после себя этот очаг хронической инфекции.



## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОЛОГИЯ

**Магомед Маллаевич Магомедов, доктор мед. наук, профессор**

– Я специализируюсь на операциях в области внутриносовых структур, хотя с удовольствием оперирую и на ухе, и на гортани, глотке. Но основным все же для меня является эндоскопическая ринология. Наша специальность в этом направлении продвинулась достаточно далеко благодаря внедрению новых оптических систем, операционных микроскопов и микрохирургического инструментария. Конечно, будущее медицины не за хирургией, а за генетическими методами, которые предупредят необходимость хирургического вмешательства, но до этого еще надо дожить. Ближайшее же будущее – это эндоскопия, малоинвазивные микрохирургические органосохраняющие вмешательства. Эти приборы, инструменты, оптические приспособления позволяют ограниченно, максимально сохраняя орган, оперировать в полости носа, уха, гортани и т. д. Но здесь важно не переборщить. Мой учитель Владимир Тимофеевич Пальчун, который ставил мне руки и учил, как скальпель держать, говорит об этом постоянно. Нужно очень точно ставить показания к применению эндоскопической техники, иначе метод может быть дискредитирован.

С другой стороны, ринология имеет такое новшество, как безпункционные неинвазивные методы дренирования гнойных процессов. У нас есть так называемые синус-катетеры, которые позволяют вылечить больного

без пункций. Сейчас это актуально, когда медики ищут способ отказаться от любых инвазивных методов в связи с опасностью передачи СПИДа и гепатита. Этот катетер позволяет хорошо отсосать гной из пазухи без ее прокола. Он называется «ЯМИК» от фамилий его создателей – Ярослав Марков и Козлов. Это наши друзья, с которыми мы часто встречаемся на конференциях. При помощи этого катетера можно ввести лекарство, контрастное вещество в любую пазуху – лобную, клиновидную, верхнечелюстную.

Кроме того, я хотел бы обратить внимание докторов на то, что в нашей специальности – ринологии появились пластические эстетические операции. Это интересно, потому что до сих пор это была закрытая зона для отоларинголога. Это было прерогативой косметолога. Как приходилось поступать? Вот приходит пациент с разбитым, расплюснутым носом. Лор-врач его смотрит и говорит: вам надо перегородку восстановить, от этого зависит функция дыхания, и мы вам это сделаем. А косметику идите делать в Институт красоты. Между тем во всем мире это делается одновременно! За границей нет лор-врача, есть хирург, оперирующий голову и шею. Он делает все – начиная от щитовидной железы и кончая косметикой. И там один человек делает и перегородку, и наружный нос. Правильно ли это? Совершенно правильно. Больному не надо ходить по разным врачам, переносить вместо одной несколько операций под наркозом. Я считаю, что это святое дело отоларинголога. Почему? Не только потому, что мы пользуемся рефлекторами, главное – мы знаем, что творится в полости носа, и насколько важна не только эстетика, но и функция носа.



**– Какого рода операции вы сейчас делаете при помощи эндоскопа?**

– Эндоскопически можно оперировать все, начиная от пластики основания черепа до удаления опухоли гипофиза. Но нас сдерживает отсутствие соответствующего оборудования: не на все хватает средств. Что касается повседневного труда, мы делаем ряд интересных операций. Одна из них – по поводу непроходимости слезно-носового канала. Раньше ее делали окулисты открытым способом, делали разрез, долбили кость. Был косметический дефект, возникали рецидивы. А сейчас появилась возможность делать эту операцию через нос, под местной анестезией, с прекрасным эффектом. И сейчас офтальмологические клиники направляют таких больных к нам. Мы делаем операции по поводу кист верхнечелюстных пазух, не вскрывая, через точечный прокол. Мы делаем операцию по вскрытию клеток решетчатого лабиринта. Мы оперируем лобную и клиновидную пазухи. Клиновидная пазуха особенно актуальна, – доступ к ней затруднен, она расположена глубоко в основании черепа, а эндоскопом туда попасть достаточно просто.





## НАМ ПОМОГАЕТ ЛАЗЕР

**Александр Сергеевич Лапченко, академик Лазерной академии наук (ЛАН), профессор**

– Наша основная работа – лазерная отоларингология, то есть терапия и хирургия. Мы стремимся к экономному, щадящему оперированию. Многие хирургические лазеры обладают, прежде всего, гемостатическим действием, поэтому кровотечений не возникает. Что мы конкретно делаем?

Удаляем различные новообразования кожи лица, головы, шеи, полости носа, глотки, уха с последующим исследованием, чтобы не пропустить злокачественных опухолей. Идет быстрое заживление с небольшим нежным рубцеванием. Большинство наших операций проводится амбулаторно, так как они часто вообще не нарушают трудоспособности человека.

Один из лучших методов лечения гранулезного гиперпластического фарингита – это лазерное испарение гранул. Точечно, не повреждая всей слизистой оболочки глотки, мы убираем ту плюс-ткань, которая вызывает жалобы. Самочувствие человека при этом вообще не страдает.

Такая операция, как лазерная конхотомия – уменьшение объема носовых раковин для улучшения носового дыхания – проводится тоже амбулаторно, хотя здесь заживление идет дольше и людям приходится несколько раз к нам приходить для контроля за процессом заживления.

Удаление аденоидов. Мы не удаляем их механически, как это везде принято, а просто делаем прижигание в нужных местах. Сочетание лазерной техники и эндоскопии позволяет нам к каждому больному подходить индивидуально.

В последнее время появилось много приборов для проведения лазерной терапии. Она применяется во всех отраслях медицины, а в отоларингологии тем более. Практически все острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и уха прекрасно лечатся с помощью лазера, хотя лазер здесь не панацея, но в комплексе он очень хорош. Мы вообще ратуем за комплексный подход. Скажем,

лазерная хирургия и лазерная терапия. Или общая хирургия и лазерная терапия. Лазер может помочь организму справиться с хирургическим вмешательством, как со стрессом. Мы можем подготовить больного к операции, скажем, к тонзиллэктомии, в какой-то мере уменьшив объем предстоящего вмешательства, уменьшить кровотечение во время операции, ускорить послеоперационное заживление, уменьшить отечность, болезненность послеоперационной раны.

Что касается терапии, то у нас разработаны методики экстрарадиационного облучения крови при различных патологических состояниях. Эта терапия проводится чаще всего в комплексе с другими лечебными мерами. Конечно, эффективность метода не абсолютная. При острой нейро-сенсорной тугоухости, когда идут сосудистые расстройства, мы можем снять отек, расширить сосуды, лазер может увеличить объем и форму эритроцита, улучшить доставку кислорода в ткани. Но когда идет тромбоз, или умирание слухового нерва при тяжелой инфекции, интоксикации – мы ничего сделать не сможем. Здесь шансы на успех минимальны.

Должна быть четкая информация для врачей и пациентов. «Вот, мы слышали, у вас в клинике лечат глухоту!» Ерунда это. Никто никогда еще глухоты не вылечил. Пока этого делать не умеют.

Очень хорошо помогает лазер при тяжелых септических поражениях. А у нас они встречаются при гнойных процессах в ухе и околоносовых пазухах: отогенный менингит, риногенный менингит, абсцессы мозга, менингоэнцефалит, синус-тромбоз. Лазерное облучение в этом случае является кардинальным моментом в лечении, особенно при начальном развитии этих процессов, а не в терминальной фазе.

Область применения лазера расширяется. Вот мы сейчас начали лечить лицевые боли, вызванные заболеванием тройничного нерва. Это патология, изматывающая пациента, – ни-



чего не помогает, даже наркотики. Люди страдают годами, десятилетиями. А у нас эти чувствительные и двигательные расстройства в области лица, головы, шеи идут очень хорошо.

Что еще нового? Сейчас на Западе стали лечить специфические и воспалительные инфильтраты во всех органах. Появились методики глубокого интерстициального прогрева тканей. То есть, непосредственно в опухоль подводится световод лазера и с определенной длиной волны, с определенной температурой производится прогрев этого образования – инфильтрата или метастаза, или другого специфического образования. Мы применяем этот метод и при склероме. Это заболевание толком лечить не умеют, до сих пор пользуют больных стрептомицином. А у нас уже есть случаи, когда инфильтраты уходят, не превращаясь в рубцы. Ведь при исходе склеромы что самое страшное? Рубцовые изменения в гортани, трахее и бронхах. Эти больные становятся глубокими инвалидами. Лазер здесь тоже начал помогать.





– **Наталья Леонидовна, у меня сложилось впечатление о вашей кафедре, как о небольшом НИИ. Так ли это?**

– Да, пожалуй. В доперестроечный период у нас защищалось много диссертаций и это понятно. Но даже когда началась перестройка, когда интерес к науке упал, и количество аспирантов на всех кафедрах резко уменьшилось – все ринулись зарабатывать деньги, нашей кафедры это почти не коснулось. У нас каждый год на протяжении последних десяти лет обязательно защищается одна докторская диссертация и очень много кандидатских. Так, за 2002 год защищено 5 кандидатских диссертаций и одна докторская. У нас сейчас 11 аспирантов. Для не очень большой кафедры это очень много. В свое время Владимир Тимофеевич организовал научную лабораторию «патологии ушного лабиринта». Тогда во всем мире отоларингологи разрабатывали проблему заболевания внутреннего уха. В чем отличие нас от Запада? Там проблемой исследования внутреннего уха занимаются физиологи, а у нас – врачи-клиницисты отологи. Мы занимаемся интерпретацией полученных

## ВОПРОСЫ СУРДОЛОГИИ

**Кунельская Наталья Леонидовна, доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь кафедры**

данных с точки зрения клиники, что позволило нам продвинуться вперед в лечении соответствующей патологии. Потом начался век лазерной и эндоскопической хирургии. И сразу были созданы и лазерная и эндоскопическая лаборатории. На кафедре – семь профессоров, каждый занимается своей тематикой, никому не тесно, все имеют возможность для плодотворной работы. Резерв для научных кадров мы черпаем из ординатуры. У нас очень много ординаторов – одновременно около 50 человек. Мы к молодежи присматриваемся. Из интернов отбираем ординаторов, из ординаторов – аспирантов. Аспирантов сейчас не надо трудоустраивать, но если он очень нам приглянулся, мы изыскиваем возможность оставить его у себя.

– **Наталья Леонидовна, еще немного о вашей любимой сурдологии.**

– Это проблема не так доминирует, как двадцать лет назад, когда все ею занимались, но она остается. Существует очень много больных со слуховыми и вестибулярными нарушениями. Обычно эти нарушения идут параллельно, причем, более проявляют себя слуховые нарушения. Слуховой анализатор исходно более уязвимым для любых внешних и внутренних факторов, потому что он сформировался позже, чем вестибулярный, а, значит и изменения в нем возникают рано и являются более стойкими.

Слуховая патология проявляется более ярко, но вестибулярные нарушения гораздо сильнее беспокоят больного. Приступы головокружения, вегетативные нарушения, тошнота, рвота выходят на первый план, выбивают пациента из привычной жизни. Таких больных очень много, достаточно сказать, что в пожилом возрасте у всех людей снижается слух, и приблизительно 40% населения хотя бы один раз обращались к врачу с жалобами на головокружение.

Очень часто слуховые и вестибулярные нарушения являются вторичными и являются следствием изменений сосудов головного

мозга. Но даже если страдают центральные отделы вестибулярного слухового анализатора, мы здесь понимаем больше, чем невропатологи, и такие больные лежат у нас. В последние годы усилился поток больных с острыми формами заболеваний, т. н. острой и внезапной нейросенсорной тугоухостью. Раньше их было гораздо меньше, работая над кандидатской диссертацией около 20 лет назад, я с трудом набрала за три года сто больных. Сейчас они занимают больше половины наших сурдологических коек. Мы сами в этом отчасти повинны, потому что пропагандируем раннее поступление этих больных, экстренно по скорой помощи. Это помогает больным полнее восстановить слух.

У нас принято ругать бесплатную медицину. Но я приведу вам пример. У нас больные все лечатся бесплатно. Посмотрите, какой объем помощи они получают. Исследование сосудов головного мозга: реоэнцефалография и доплерография, вестибулометрия и аудиометрия в полном объеме со всеми тестами; все больные консультируются терапевтом, окулистом, невропатологом; всем больным проводится рентген шейного отдела позвоночника, по необходимости рентгенограмма височных костей, ядерно-магнитно-резонансную томографию головного мозга, не считая рутинных методов исследования. Это не все платные клиники могут себе позволить, а у нас это бесплатно. Да, условия пребывания для больных у нас не ахти, но ведь каждое отделение – это база какой-нибудь кафедры, с соответствующей квалификацией врачей. На основании полученных данных мы назначаем лечение, проводим его, а затем больные один или два раза в год повторно госпитализируются, повторяются какие-то исследования, проводим плановую терапию, что позволяет им сохранить трудоспособность на долгие годы. И больные к нам стремятся, потому что понимают – нигде в другом месте они такой помощи не получат.



## ХРАПЕТЬ ОПАСНО ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

**Вера Ивановна Гринчук, доктор мед. наук, профессор**

– **Вера Ивановна, я знаю главное направление вашей научной и практической деятельности – храп. И результаты у вас прекрасные.**

– Да, у нас хорошие результаты. Дело все в том, что храп – отнюдь не безобидная вещь. Это фактор кислородного голодания ночью, фактор риска развития ночных инфарктов, внезапной смерти в апное. Храп начинается с безобидного похрапывания, типа кошачьего мурлыканья, сначала на спине, потом на боку. Потом он усиливается по громкости – больной храпит, как реактивный самолет. И, наконец, появляются апное – остановки дыхания. В это время больной испытывает острый недостаток кислорода, артериальное давление зашкаливает за 200 мм. рт. ст. и может наступить внезапная смерть.

– **И что, действительно много людей умирает от храпа?**

– Американцы опубликовали статистику, согласно которой у них в год гибнет от этого свыше 38 000 человек! В России такой статистики пока не ведется. В 1962 году японский ученый впервые сделал операцию по лечению храпа, которую мы взяли на вооружение. Почему ее не делают широко? Нет того инструментария и оборудования, с помощью которого в наркозе можно делать пластику гортани. Нам это оборудование помог сделать Космический Центр, завод «Звезда», они создали специальный роторасширитель и инструменты. Результаты у нас блестящие. Операция делается под ингаляционным наркозом. Объем операции очень большой, ведь часто это состояние сочетается с патологией носа, поэтому мы сначала делаем рото-трахеальный наркоз и оперируем нос, восстанавливаем его физиологию. Потом мы пере-

ходим на назо-трахеальный наркоз и делаем все в глотке. На первый же день больные встречают хирурга криком: «Не храпел!»

Мы удаляем все то, что вибрирует. Самое основное – убрать валик на задней стенке мягкого неба, который снаружи и не виден. За счет него суживается пространство дыхательного тракта. Это сужение меняет аэродинамику движения воздуха. Здесь скорость потока увеличивается, под местом сужения создается отрицательное давление, и все мягкие ткани туда западают, втягиваются, и за счет усиления работы дыхательных мышц, происходит вибрация. Это и есть храп.

– **Храпят в той или иной мере все. Кого же надо оперировать?**

– Операция показана в том случае, если просвет дыхательной трубки на уровне нижних отделах носоглотки уменьшился в два-три раза. В этом случае надо удалять ту часть мягкого неба и небные миндалины, которые вызывают это сужение, но не просто удалить, а, убрав часть задних дужек мягкого неба и нахлестнуть заднюю дужку на переднюю, чтобы просвет был широкий, без рубцов. Делать эту операцию нужно, все время держа в голове мысль: надо расширить дыхательный путь, потому что именно сужение его и вибрация – суть страдания. Таких больных у нас больше сотни – результаты блестящие. Пропадает сонливость, головная боль, улучшается насыщение крови кислородом, улучшается реология крови, уменьшается гипертония, ибо в апное давление резко повышается и потом закрепляется.

**Материалы этого номера подготовил Михаил Кукулевич. Фоторепортаж Владимира Бахарева**



19–20 ноября в Москве проходила Всероссийская научно-практическая конференция «Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха», посвященная 200-летию 1-й Городской клинической больницы им. Н. И. Пирогова. В ней приняли участие более тысячи специалистов-отоларингологов из России, Белоруссии, Украины.

Научную программу конференции по ее насыщенности и многоплановости можно сравнить со съездом. В этом большая заслуга сотрудников ЛОР-кафедры РГМУ и ее заведующего В. Т. Пальчуна.



## ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ГЕПОН В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Т. С. Полякова, Г. П. Бондарева, М. Е. Артемьев, О. А. Романова, РГМУ

Препарат **Гепон** относится к группе иммуномодуляторов, повышающих эффективность иммунной защиты от инфекций, лечения и профилактики оппортунистических инфекций, вызванных бактериями, вирусами или грибами. Активным компонентом Гепона является синтетический тетрадекапептид.

Гепон обладает интерферон-индуцирующей активностью, в широком диапазоне доз индуцирует синтез а и b-интерферонов. Воздействие Гепона на лимфоциты не вызывает поликлональной активации делений, активации CD 69 и поликлонального синтеза цитокинов. Влияние препарата на лимфоидные клетки состоит в индукции рецепторов к цитокинам (в частности к IL 2), выраженном усилении ответа на другие активационные сигналы. Гепон индуцирует выработку Т-клетками МИФ – цитокинов и L-селективных, усиливающих активность гранулоцитов и вызывающих селективный хемотаксис макрофагов. Введение препарата внутрь вызывает нормализацию содержания CD4+, CD8 +- лимфоцитов, а также NK-клеток, повышает содержание активированных Т-лимфоцитов и нейтрофильных гранулоцитов, усиливают продукцию Ig-антител к инфекционным агентам, актуальным для данных пациентов.

Клинические исследования местного применения препарата Гепон при урогенитальной патологии, дерматологии, педиатрии показали его высокую эффективность.

Целью настоящей работы было изучить клиническую эффективность местного применения препарата Гепон, для лечения больных с хроническими заболеваниями глотки (в периоды обострения и ремиссии) и аллергическими риносинусопатиями, включая полипоз носа.

Лечению было подвергнуто 48 больных, длительное время (от 5 до 25 лет) страдающих хроническим фарингитом и хроническим тонзиллитом. Возраст больных – от 15 до 75 лет, среди них 20 мужчин и 28 женщин.

По состоянию слизистой оболочки глотки субатрофический фарингит диагностирован у 16 больных, атрофический – у 5 больных и гипертрофический – у 7 больных. Субатрофический и атрофический фарингит преобладал среди женщин (16 больных), хронический тонзиллит простая форма – 12 и ТАФ П – 8 больных. Подавляющее большинство больных предъявляла следующие жалобы: боль в горле, першение, щекотание, сухость во рту и ощущение инородного тела и вязкой слизи на задней стенке,

запах изо рта, периодически выделение пробок.

Методика применения препарата заключалась в орошениях всех отделов глотки 0,04% водным раствором Гепона с помощью аппарата ультразвукового орошения и кавитации «РОСА». Перед применением препарата слизистая оболочка полости рта, носа и глотки орошалась физиологическим раствором. Небные миндалины промывались с использованием вакуумно-ирригационной системы «Тонзилор». Процедуры выполнялись 1 раз в сутки с интервалом в 1 день, на курс 3 процедуры.

**Результаты наблюдений.** При обследовании больных после лечения отмечался выраженный эффект препарата на клиническое состояние больных. Исчезновение признаков воспаления, наблюдаемое уже после первых процедур, удалось добиться практически у всех больных. Лишь у двух больных, у которых до лечения наблюдались очень сильные воспалительные явления, после лечения сохранялась гиперемия слизистой задней стенки, а так же у больных с хроническим тонзиллитом курс удлинен до № 5. При этом необходимо отметить, что у этих пациентов на момент лечения имело место обострение гастрита и язвенной болезни желудка. Столь выраженный клинический противовоспалительный эффект сопровождался положительной динамикой микроскопических исследований, что констатировали повторным определением биоценоза глотки. Если до начала лечения поражение глотки, вызванное грибами рода *Candida* в ассоциации с микробной флорой определено в 32 случаях и в 16 случаях только кокковой флорой с высокими титрами, то по окончании курса лечения титры кокковой флоры у 45 больных (93%) снижены до незначительного уровня, грибы рода *Candida* не обнаружены ни в одном случае.

Полученные положительные изменения оказались достаточно стойкими – при обследовании больных через один месяц после лечения рецидив заболевания выявили только у двух пациентов. Этим больным был проведён повторный курс лечения, после которого был получен стойкий положительный результат. Таким образом, окончательный показатель клинико-этиологической эффективности составил 93 %. Из всех исследуемых больных побочных эффектов выявлено не было.

Кроме того, проводилось лечение Гепоном больных с аллергическими заболеваниями носа и околоносовых пазух.

Под наблюдением находилось 10 больных с рецидивирующим полипозным риносинуситом в сочетании с круглогодичным аллергическим ринитом. Больным проводилось общеклиническое, оториноларингологические и аллергологическое обследование, риноманометрия, микробиологическое исследование назальных мазков (посев на рост бактерий, грибов, вирусологическое исследование методом ПЦР и ИФА). Для оценки местного иммунитета больным производился анализ назальных смывов на содержание иммуноглобулинов А, As, G, M, E, D методом иммуноферментативного анализа до и после лечения. За две недели до начала лечения у больных исключали из назначений топические кортикостероиды, антигистаминные и сосудосуживающие препараты. Гепон применяли в дозе 0,002г, разведенных ex tempore в 5 мл физиологического раствора, в виде ультразвукового орошения и кавитации аппаратом «Роса» в полости носа и глотки. Орошение выполнялось после предварительного туалета полости носа и глотки, удаления слизи с применением физиологического раствора через день № 3.

**Результаты.** У всех пациентов наблюдалось улучшение клинической картины – улучшалось дыхание через нос, уменьшался зуд и выделения из носа, полипы сокращались, слизистая оболочка приобретала розовую окраску. При исследовании биоценоза полости носа и глотки, (особенно у больных с грибковым обсеменением) выявлено значительное снижение титра обсеменения бактериями и вирусами до этиологически незначимых у 6 больных и до нуля у 4 больных. В картине местного иммунитета наблюдалось повышение уровня антител при исходно сниженных показателях (6 больных). В случаях изначально увеличенного количества антител наблюдалась тенденция их нормализации (4 больных). Побочных эффектов при применении Гепона нами не наблюдалось. Длительность наблюдения 7 месяцев, ухудшение носового дыхания отметил лишь один больной через 4 месяца, после перенесенного ОРВИ.

**Выводы.** Иммуномодулятор Гепон при местном применении в виде орошения слизистой оболочки глотки, полости носа с помощью аппарата «Роса» обладает выраженным местным и общим иммуномодулирующим и противовоспалительным эффектом, позволяет добиться клинико-этиологического излечения у 93 % больных и стойкой ремиссии.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДЕРИНАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

В. Т. Пальчун, Т. С. Полякова, И. В. Розум, РГМУ

Патогенезу, диагностике и лечению гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов посвящены ряд монографий, диссертаций, журнальных статей. Несмотря на это вопросы инфекций ЛОР-органов остаются наиболее актуальными для клиники как в теоретическом, так и в практическом отношении.

В последнее время произошло увеличение удельного веса и абсолютного количества гнойно-воспалительных заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами. Их потенциальная способность вызывать гнойно-воспалительные процессы в большинстве случаев реализуется в условиях пассивного проникновения высокой инфицирующей дозы во внутреннюю среду макроорганизма с ослабленным иммунитетом и сниженной способностью к иммунному ответу на антиген возбудителя.

Самую первую линию защиты от патогенных бактерий создает барьер, образуемый наружными покровами тела. Также комменсалы способны препятствовать инвазии патогенных бактерий, продуцируя антибактериальные белки, названные колицинами.

Действие второй линии обороны связано с распознаванием общих для разных бактерий клеточных компонентов. Проникшие в ткань клетки бактерии вначале могут быть атакованы действующими во внутренней среде организма механизмами врожденного иммунитета.

1. Активация комплемента, реакция нейтрализации.
2. Фагоцитоз (может закончиться уничтожением микробов, либо презентацией антигена Т-клеткам).

Реакции приобретенного иммунитета заключаются в образовании АТ и сенсибилизации Т-клеток.

Таким образом, иммунный ответ на внедрение возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов включает в себя как реакции врожденного иммунитета (барьер, образованный наружными покровами тела; фагоцитоз), так и реакции приобретенного иммунитета (продукция антител), причем вторые контролируют интенсивность первых (опсонизация антителами – доставка антигенов, связанных с антителами, к фагоцитам и активации тем самым фагоцитоза). Кроме того, патогенные микроорганизмы обладают разнообразными свойствами для обхода защитного действия комплемента и фагоцитов или для направления Т-зависимой активации фагоцитоза.

Таким образом, в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов становится обоснованным применение иммуномодуляторов.

В клинике кафедры отоларингологии РГМУ в период с 1999 по 2001 гг. проведено комплексное обследование и лечение 95 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов (54 мужчины и 41 женщина) в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст 38,7 лет). В их числе: 17 пациентов с острым синуситом, 21 – с обострением хронического синусита, 18 – с острым средним отитом, 15 – с обострением хронического среднего гнойного отита, 24 – с фурункулом носа. Наряду с традиционным общеклиническим обследованием проведено микробиологическое и иммунологическое исследования. При изучении иммунного статуса у всех пациентов выявлены признаки вторичной иммуносупрессии: снижение показателей внутриклеточной бактерицидности нейтрофилов до 79% от нормы, снижение уровня IgA, M, G до 60% от нормы, снижение количества Т-лимфоцитов (СД3+, СД4+) до 80% от нормы, В-лимфоцитов (СД19+) до 85% от нормы. Таким образом, у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов выявлено нарушение в нейтрофильно-фагоцитарном, гуморальном и Т-клеточном звеньях иммунитета.

С целью коррекции признаков вторичной иммуносупрессии при лечении больных применялся препарат **Деринат**.

С учетом принципа рандомизации были сформированы 2 группы больных: основная (n=55) и контрольная (n=40) и проведено лечение в соответствии с принципами гнойной хирургии: антибактериальная, противовоспалительная, антигистаминная терапия, местные процедуры. Больные основной группы помимо традиционной терапии получали иммуномодулирующую терапию препаратом Деринат.

Клиническая динамика прослеживалась ежедневно до полного стихания воспалительных явлений и выписки больных из стационара.

В основной группе субъективное улучшение состояния пациентов в виде уменьшения боли в области воспаления и снижения интенсивности головной боли в 1-е сутки лечения отмечено у 15 пациентов, на 2-е сутки – у 26 пациентов, на 3-и сутки – у 47 пациентов. Субъективные ощущения не изменились у 5 пациентов. Положительная динамика

воспалительного процесса у 82 пациентов основной группы позволила отменить антибактериальную терапию на 8,2 сутки. При иммунологическом обследовании после проведенного лечения выявлено:

- увеличение внутриклеточной бактерицидности нейтрофилов на 32% от нормы;
- увеличение субпопуляции Т-лимфоцитов с маркерами СД3+, СД4+ на 41% от нормы;
- увеличение субпопуляции В-лимфоцитов с маркером СД19+ на 27% от нормы;
- увеличение макрофагов и моноцитов с маркером СД16+ на 17% от нормы;
- нарастание IgA на 36% от нормы.

В контрольной группе длительность лечения составила 12,8 суток. При иммунологическом обследовании не наблюдалось статистически достоверных изменений параметров иммунологического статуса.

Таким образом, исследование подтвердило достаточно выраженное иммуномодулирующее действие препарата Деринат, применение которого способствовало сокращению сроков и повышению эффективности лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов.

При острых гнойно-воспалительных заболеваниях ЛОР-органов рекомендуется применение Дерината одновременно с антибактериальной терапией, либо сразу после окончания курса антибактериальной терапии по следующей схеме:

3 инъекции 1,5% раствора Дерината по 5 мл, разведенных 2 мл 1% новокаина с интервалом 48 часов между инъекциями.

При хронических гнойно-воспалительных заболеваниях – 5 инъекций того же препарата с интервалом 48 часов.

Для поддержания иммунологического статуса целесообразно проводить повторные курсы иммунокорректирующей терапии – 3 инъекции того же препарата с интервалом 2 недели между инъекциями – 2 курса в год под контролем иммунологического обследования.

Капельная форма применяется для поддержания местного иммунитета в период ремиссии заболевания:

- при хроническом синусите – эндоназально по 5 капель в каждую половину носа один раз в день в течение 10 дней 2 раза в год;
- при хроническом гнойном среднем отите – трансмаестально по 10 капель один раз в день в течение 14 дней 2 раза в год.

## ПРЕПАРАТ ИРС19 В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Л. А. Лучихин, В. В. Владимирова, З. Н. Тетцоева, С. А. Богданец,  
кафедра оториноларингологии лечебного факультета РГМУ

В последние десятилетия отмечен неуклонный рост частоты острого и рецидивирующего синусита и перехода заболеваний околоносовых пазух в хроническую форму. Одна из причин неблагоприятного течения воспалительного процесса в области верхних дыхательных путей – несостоятельность местных и общих механизмов иммунной защиты.

Одно из направлений в профилактике и лечении рецидивирующих инфекций респираторного тракта связано с применением препаратов, содержащих лизаты бактерий – наиболее частых возбудителей инфекционных процессов. Среди них широкое распространение получил препарат ИРС19 в форме аэрозоля для местного применения.

ИРС19 представляет собой лизат инактивированных 19 наиболее распространенных возбудителей инфекции верхних дыхательных путей. Действие препарата ИРС19 осуществляется через систему местного иммунитета верхних дыхательных путей и выражается в повышении активности макрофагов, увеличении выработки лизоцима, числа иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке, индукции специфического секреторного IgA и фиксации его в виде защитной пленки на поверхности слизистой оболочки.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения ИРС19 при лечении пациентов с данными заболеваниями.

Проведен анализ результатов лечения 77 больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, в том числе 41 мужчина и 36 женщин в возрасте от 15 до 65 лет (средний возраст  $44,2 \pm 2,61$  года). Среди больных было 58 человек с острыми заболеваниями околоносовых пазух и 19 – с обострением хронических.

С соблюдением принципа рандомизации были сформированы две группы – основная (45 больных) и контрольная (32 человека). Все больные получали традиционное лечение по поводу синусита: антибиотикотерапия, сосудосуживающие капли в нос, эвакуация патологического секрета при пункции (трепанопункции) пазух или аспирационным методом, муколитики, при необходимости гипосенсибилизирующая терапия.

Больные основной группы наряду с традиционной терапией получали по одной ингаляции ИРС19 в обе половины носа 5 раз в день в течение 7 дней, затем с профилак-

тической целью ещё в течение двух недель по 2 раза в день.

Проведена сравнительная оценка результатов лечения в основной и контрольной группах. С использованием сенсорно-аналоговой шкалы учитывалась динамика таких показателей, как головная боль, затруднение носового дыхания, отек слизистой оболочки носа, ее гиперемия и инфильтрация.

Выраженность отдельных признаков заболевания регистрировалась перед началом лечения, на 5-й и 10-й день проведения терапии. Сравнивались также количество пункций, потребовавшихся для санации пазух, и длительность пребывания в стационаре больных основной и контрольной групп.

Положительные результаты получены у пациентов обеих групп. Следует отметить, что в целом эффективность лечения больных с острым синуситом в обеих группах была выше, чем при хроническом заболевании пазух, а при остром синусите – тем выше, чем раньше от момента начала заболевания лечение было начато. Так, у ряда пациентов основной группы полный регресс некоторых признаков заболевания отмечался уже на 4–5-й день, в контрольной группе – на 7–8-й день.

Представляем динамику отдельных признаков заболевания у больных синуситом при проведении им традиционной терапии, дополненной ингаляциями ИРС19 (основная группа), или той же терапии без применения иммунокорректора (контрольная группа).

Головная боль у пациентов основной группы до начала лечения составила при остром воспалении  $3,4 \pm 1,3$ , при хроническом –  $2,4 \pm 0,48$  балла, больные контрольной группы выраженность головной боли оценили при остром воспалении в  $3,3 \pm 0,38$  балла, при хроническом –  $2,5 \pm 0,54$  ( $p > 0,05$ ). Через 5 дней от начала лечения у большей части больных основной и контрольной групп головная боль исчезла, у остальных выраженность этого симптома стала минимальной.

Выраженность затруднения носового дыхания по оценке самих пациентов у больных основной и контрольной группы перед началом лечения мало отличалась, и равнялась при остром воспалении  $8,2 \pm 0,89$  балла, при хроническом –  $7,3 \pm 1,4$  ( $p > 0,05$ ). Через 5 дней после начала лечения носовое дыхание пациентов значительно улучшилось. В последующие дни носовое дыхание у больных продолжало улучшаться и через 10 дней после начала проведения комплексной терапии

величина этого показателя у больных основной группы при остром воспалении составила  $0,9 \pm 0,13$  балла, при хроническом –  $1,4 \pm 0,4$ ; у больных контрольной группы соответственно  $1,3 \pm 0,3$  и  $2,1 \pm 0,51$  балла ( $p < 0,05$ ).

Гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки полости носа у больных основной группы первоначально составили в баллах при остром воспалении  $7,8 \pm 1,32$ , при обострении хронического –  $5,7 \pm 0,48$ ; у больных контрольной группы при остром воспалении  $8,1 \pm 1,35$ , при хроническом –  $5,9 \pm 0,75$  ( $p > 0,05$ ). Через 10 дней у больных основной группы при остром воспалении риноскопическая картина соответствовала норме, при хроническом гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки были минимальны и оценены в  $1,2 \pm 0,27$  балла; у больных контрольной группы при остром воспалении  $1,3 \pm 0,70$ , при хроническом –  $1,9 \pm 0,83$  балла.

Ринорея у больных основной группы исходно составила в баллах: при остром воспалении  $6,4 \pm 0,92$ , при хроническом –  $5,7 \pm 0,75$ ; у больных контрольной группы при остром воспалении –  $6,2 \pm 1,3$ , при хроническом –  $5,9 \pm 1,44$  ( $p > 0,05$ ). Через 10 дней показатели составили: у больных основной группы при остром воспалении –  $1,4 \pm 0,53$ , при хроническом –  $2,4 \pm 0,75$ ; у больных контрольной группы при остром воспалении –  $3,4 \pm 1,38$ , при хроническом –  $3,8 \pm 0,98$  ( $p < 0,05$ ).

Больные, как правило, хорошо переносили лечение, признаков резорбтивного действия препарата не наблюдалось.

По окончании лечения больные находились под наблюдением от 5 до 10 месяцев. Частота рецидивирования в основной группе оказалась в 2,3 раза меньше. Следует отметить, что рецидив синусита у больных основной группы протекал легче и разрешился быстрее. Обращалось внимание также на частоту острых респираторных заболеваний в период наблюдения. За это время среди больных основной группы отмечено 5 эпизодов простудных заболеваний, у больных контрольной группы в 2,5 раза чаще.

Проведенное исследование свидетельствует, что основные проявления острого и обострения хронического синусита быстрее и в большей степени претерпевают регресс при включении в комплекс лечебных мероприятий препарата ИРС19. Полученные при этом результаты являются более стойкими, а вероятность рецидива заболевания снижается.

## НОВАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА КСИЛОМЕТАЗОЛИНА ГИДРОХЛОРИДА

В. Т. Пальчун, Т. С. Полякова, Л. А. Лучихин  
Российский Государственный медицинский университет

**Ксилометазолин гидрохлорид**, который выпускается под разными торговыми названиями широко известен в практике оториноларинголога. Его фармакологическое действие обусловлено возбуждением альфа-адренорецепторов. При нанесении на слизистую оболочку полости носа он вызывает сужение сосудов, уменьшая местную гиперемию и отек. Эффект сохраняется в течение нескольких часов и сопровождается восстановлением носового дыхания. При местном применении ксилометазолина гидрохлорид практически не абсорбируется и концентрация в крови столь мала, что аналитически не определяется.

Препарат назначается больным, страдающим острыми и хроническими заболеваниями носа и околоносовых пазух, сопровождающимися затруднением носового дыхания, а также при заболеваниях среднего уха с целью восстановления функции слуховой трубы.

Сосудосуживающие препараты, имея единое действующее вещество, неоднозначно оцениваются больными. Среди побочных эффектов, отмечаемых больными при применении некоторых средств, содержащих ксилометазолин гидрохлорид, иногда возникает парестезия различной степени выраженности (ощущение жжения, покалывание, боль), чихание, сухость и, нередко, гиперсекреция. Наиболее часто побочные действия отмечаются при применении Галазолина, Фармазолина, Бризолина.

В последнее время предпочтение врачей формируется на стороне спреев. Данная лекарственная форма с одной стороны – экономична, а с другой весьма удобна, нежели введение препарата в виде капель в нос. В настоящее время в арсенале оториноларингологов имеется раствор ксилометазолина в виде дозированного спрея с помпой (спрей Ксимелин, Никомед, Дания), обеспечивающей распыление лекарственного вещества в виде мелкого «тумана» и, при однократной инстиляции, поступление 140 мкг ксилометазолина гидрохлорида. Механизм помпы позволяет точно дозировать препарат.

Нами была поставлена цель – провести сравнительную оценку клинической эффективности действия различных форм ксилометазолина:

– Ксимелин – дозированный спрей с помпой – спрей в пластиковом флаконе без помпы – капли в нос

с объективизацией восстановления респираторной функции носа.

Наблюдалось 30 больных (18 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 17 до 65 лет, страдающих заболеваниями носа и околоносовых пазух с нарушением функции дыхания. Острый риносинусит на фоне ОРВИ наблюдался у 10 больных, острый ринит, осложненный острым средним отитом – у 9; вазомоторно-аллергический ринит нейровегетативная форма у 6; обострение хронического гайморозтмоидита у 5 больных.

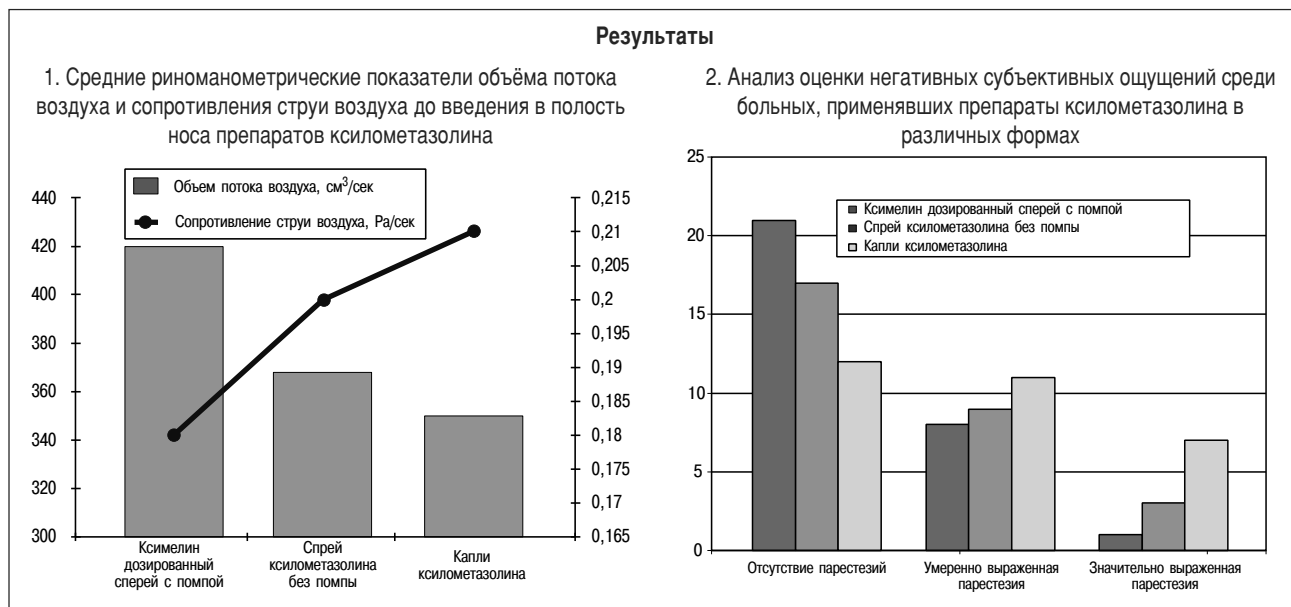
Среди больных выделены две группы по 15 человек. Больные одной группы получали препарат дозированный помповый спрей «Ксимелин», другой – спрей в пластиковом флаконе без помпового распылителя в форме спрея 3 раза в день.

Контрольную группу составили 10 больных такой же возрастной группы с аналогичными заболеваниями носа и околоносовых пазух, которые для восстановления дыхания использовали раствор ксилометазолина в виде капель в нос.

Субъективные ощущения при введении препарата в полость носа больные оценивали в баллах по сенсорно – аналоговой трехбалльной шкале: 0 – отсутствие парестезии, 1 – умеренно выраженные единичные симптомы парестезии, 2 – выраженная парестезия, включая болевой синдром.

Для объективизации восстановления носового дыхания (сосудосуживающего эффекта) использована риноманометрия, которая выполнялась на аппарате «Rinomanometr 200» (Германия) до и после введения лекарственного вещества. При этом регистрировались данные объема потока воздуха через обе половины носа (у здоровых лиц среднее значение составило 595 см<sup>3</sup>/сек при установочном сопротивлении 75 Па.).

Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах использования дозированного помпового спрея «Ксимелин» перед другими формами ксилометазолина.



## КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛЭФРИНОМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Л. А. Лучихин, ЛОР-клиника лечебного факультета РГМУ

Одной из актуальных задач оториноларингологии является повышение эффективности лечения больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух. Тенденция к увеличению числа таких больных сохраняется, а результаты применяемого консервативного и даже хирургического лечения не всегда удовлетворяют.

Одним из перспективных направлений является внедрение в практику новых лекарственных препаратов, сочетающих антимикробное, противовоспалительное и местное гипосенсибилизирующее действие, а также обладающих сосудосуживающим действием. Таким требованиям удовлетворяет комбинированный препарат фирмы F.I.K. Medical (Франция) «Полидекса с фенилэфрином» – спрей для интраназального применения. Наряду с обладающими мощным противомикробным действием неомицином и полимиксином В, препарат содержит также дексаметазон и фенилэфрин. Неомицин обладает бактерицидным действием по отношению к широкому спектру возбудителей, аэробов и анаэробов, и хорошо сочетается с особенностями действия полимиксина В, в частности его эффективностью в отношении синегнойной палочки. Дексаметазон характеризуется местным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим действием, а вазоконстриктор фенилэфрин гидрохлорид проявляет мягкий пролонгированный сосудосуживающий эффект.

Целью настоящего исследования явилось изучение толерантности и терапевтической эффективности препарата «Полидекса с фенилэфрином» в группе больных с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. Под нашим наблюдением находились 55 больных (мужчин – 31, женщин – 24) в возрасте от 17 до 63 лет, получавших лечение по поводу различных заболеваний носа и околоносовых пазух.

Из больных были сформированы 2 группы, в которых примерно одинаково были представлены различные нозологические формы: основная (35 человек), в которой лечение проводилось с применением полидекса с фенилэфрином местно в виде монотерапии (24 человека), либо в сочетании с другими методами (11 человек), и контрольная (20 больных), где больные получали традиционную терапию (сосудосуживающие капли в нос, антибактериальная терапия внутрь и местно, физиолечение).

Проводилось обычное клиническое обследование больных, дополненное рядом исследований, позволяющих оценить сравнительную эффективность терапии в группах.

Одновременно проводился врачебный осмотр и специалист, пользуясь визуально-аналоговой шкалой, по 5-балльной системе оценивал выраженность (также перед началом лечения, на 3-й и на 7-й дни) основных объективных признаков заболевания: набухлость слизистой оболочки полости носа, сужение просвета носовых ходов, наличие в них патологического секрета. У ряда больных с помощью сахаринного теста выполнено исследование в динамике мукоцилиарной функции. Кроме того, проводилась риноанометрия – у больных регистрировалось изменение таких показателей, как объем воздушного потока и носовое сопротивление.

Препарат Полидекса – спрей у всех больных был использован местно – по одной ингаляции в каждую половину носа 3–4 раза в сутки в течение 6–9 дней (в среднем курс лечения – 8 дней). Местное лечение лиц с острым процессом или обострением хронического воспаления околоносовых пазух дополнялось пункциями пазух с последующим промыванием их и введением раствора антибиотика, кортикостероидов, протеолитических ферментов.

Больные, как правило, хорошо переносили лечение, признаков резорбтивного действия препарата не наблюдалось. У подавляющего большинства пациентов не отмечено также неблагоприятного воздействия Полидексы на слизистую оболочку верхних дыхательных путей. Лишь у одного больного с хроническим полипозным риносинуситом наблюдалось раздражение слизистой оболочки носа.

Положительный эффект получен у большинства больных. Заслуживают внимания результаты оценки пациентами динамики субъективных признаков заболевания, полученные при анализе заполненной ими 10-балльной сенсорно-аналоговой шкалы. Так, на 3-й день от начала лечения отмечено улучшение носового дыхания в контрольной группе на 36,8%, в основной (получавшей Полидексу) на 39,2% ( $p > 0,05$ ); на 7-й день отличие оказалось более выраженным – соответственно на 67,3% и на 81,4% ( $p < 0,05$ ).

При риноанометрии отмечено увеличение объема воздушного потока и снижение носового сопротивления в обеих группах уже

к 3 дню, причем динамика показателей указывала на более быстрое восстановление функции носового дыхания при лечении Полидексой.

На основе рассмотренных критериев проведена окончательная оценка эффективности лечения в основной и контрольной группах. Среди больных, леченных с применением Полидексы, положительные результаты (по оценке пациента и врача) достигнуты у 34 (97,2%) человек, при проведении традиционной терапии – у 18 (90%). Отличные и хорошие результаты к 7 дню наблюдения достигнуты в основной группе у 24 и 10 пациентов, в контрольной – у 11 и 7 соответственно.

Наиболее эффективным лечение с использованием Полидексы оказалось у больных с острым инфекционным ринитом и ринофарингитом – практически у всех к 7 дню удалось добиться исчезновения либо значительного регресса основных клинических проявлений заболевания. Также перспективным оказалось использование этого препарата при подготовке больных к операциям в полости носа и в послеоперационный период. При проведении монотерапии Полидексой патологическая секреция и реактивный отек слизистой оболочки полости носа полностью исчезали к 5–7 дню после операции.

При остром катаральном и гнойном гайморэтомидите и обострении хронического процесса в околоносовых пазухах применение Полидексы целесообразно наряду с проведением системной антибиотикотерапии. У 3 больных применение Полидексы позволило добиться быстрого субъективного улучшения на фоне проводимой комплексной терапии, у остальных количество лечебных пункций верхнечелюстной пазухи было на 1–2 меньше, чем в контрольной группе.

В целом результаты выполненного исследования свидетельствуют о целесообразности использования комбинированного препарата «Полидекса с фенилэфрином» спрей при лечении больных с воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух, а также для профилактики и лечения послеоперационных осложнений у больных, перенесших операции в полости носа. Препарат хорошо переносится больными при местном применении, не дает системных эффектов и может быть рекомендован для широкого применения в амбулаторной и клинической практике врача-оториноларинголога.



## КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ КОЛДАКТ ФЛЮ ПЛЮС В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР - ОРГАНОВ

*Г. Н. Никифорова, В. М. Свистушкин, А. Ю. Овчинников,  
кафедра болезней уха, горла и носа ММА имени И. М. Сеченова*

Острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей занимают первое место среди всех болезней по своим социальным и экономическим последствиям. В основе заболевания, как правило, лежит снижение местного иммунитета на фоне воздействия различных неблагоприятных факторов и последующая инвазия микробной флоры. Способствует развитию болезни и склонность к различным аллергическим проявлениям. Боль или першение в горле, заложенность носа и выделения из него, довольно продолжительны и очень неприятны для больных.

Современный ритм жизни обуславливает потребность пациентов в лекарственных средствах, способных избавить от мучительных проявлений заболевания и сохранить ра-

ботоспособность. О этом случае целесообразно использование комплексного препарата **Колдакт Флю Плюс** (Ranbaxy), воздействующего на различные звенья этиопатогенеза воспалительных заболеваний ЛОР-органов. В его состав входят фенилэфрин, парацетамол и хлорфенирамин, оказывающие жаропонижающее, противовоспалительное, анальгезирующее, противоаллергическое и сосудосуживающее действие. Колдакт Флю Плюс выпускается в виде капсул, содержащих гранулы, что позволяет составным частям препарата дозированно поступать в кровь.

В клинике Колдакт Флю Плюс использовался в лечении 30 пациентов с острыми воспалительными заболеваниями верхних

дыхательных путей и аллергическим риносинуситом.

Отмечено, что у пациентов, принимавших Колдакт Флю Плюс по сравнению с контрольной группой, использовавшей традиционное лечение, наблюдалось более выраженное уменьшение патологических симптомов, подтвержденное результатами эндоскопического исследования, риноманометрии и анализов крови.

Значительная лечебная эффективность препарата, широкий спектр противопродного действия, практически отсутствие неблагоприятных побочных явлений при его использовании позволяют рекомендовать Колдакт Флю Плюс для широкого применения.

## ФЕКСАДИН В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

*Г. И. Дрынов, О. К. Иванюшина, Ф. Н. Дьякова, А. М. Пискун, ММА им. И. М. Сеченова*

По данным Аллергологического центра и клиники ЛОР-болезней Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова распространенность аллергического ринита в Москве и Московской области составляет 176 на 1000 человек. Исследования в популяции дают более точную информацию: в Москве среди взрослого населения распространенность аллергического ринита составила 19,3%, в Московской области 16,4%.

Проблема лечения ринита в разработке программы аллергических заболеваний остается одной из самых актуальных. Для лечения были отобраны 120 пациентов с аллергическим ринитом, которым проводилось лечение **Фексадином** (Ranbaxy) 180 мг в сутки в течение 5 недель. Началу лечения предшествовал недельный вводный период, во время которого пациент не принимал никакие противоаллергические препараты. Диагноз аллергических ринитов основывался на определенных симптомах и аллергологическом обследовании. Большинство больных – 76% – имели сенсibilизацию только к бытовым аллергенам.

Продолжительность симптомов аллергического ринита составляла от 5 до 16 лет (в среднем 9 лет). Степень симптомов ринита

определялась по стандартной шкале определения степени.

Лечение Фексадином было начато сразу после вводного периода. Данные эндоскопии каждого пациента до и после лечения были сравнены и проанализированы авторами по окончании лечения. Для анализа были отобраны карты 76 больных. Эффективность терапии оценивалась по 4-х балльной шкале. Результат лечения оценивался как «высокоэффективный» в случае полного купирования симптомов на фоне терапии, как «эффективный» при сохранении у больного слабых и редких проявлениях ринита, как «умеренно эффективный» – в случае некоторого уменьшения симптомов заболевания, как «неэффективный» при отсутствии динамики симптомов.

В результате исследования было выявлено, что у всех пациентов на фоне терапии был достигнут положительный клинический результат. При этом у 58% больных результат лечения был охарактеризован как высокоэффективный. Также был проведен анализ эффективности лечения в зависимости от тяжести течения ринита. В группе с легким течением ринита эффект был несколько выше и улучшение состояния наступало быстрее. При средней тяжести ринита терапия Фексадином была

менее эффективна, что вполне объяснимо. Средний суммарный эффект терапии составил 2,56 и 2,37 соответственно. В первой группе пациентов количество больных с эффективным и высокоэффективным результатом было выше. Помимо этого в данной группе снижение симптомов ринита наступало быстрее. Анализируя полученные данные можно отметить, что в обеих группах был получен положительный результат как клинически, так и эндоскопически.

Таким образом, исследование показывает эффективность терапии препаратом Фексадин у больных аллергическим ринитом. Причем, изменения, произошедшие в группе с легким течением ринита, были более выражены, чем в группе со среднетяжелым течением. Это отмечено как в виде уменьшения отека, воспаления и отделяемого из носа эндоскопически, так и уменьшении клинических проявлений аллергического ринита, таких как симптомы носового зуда, ринорея, чихание, заложенность носа.

Следовательно, использование антигистаминного препарата последнего поколения Фексадина позволяет добиться значительного клинического результата, а также служить монотерапией аллергического ринита легкого течения.

## ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Г. И. Дрынов, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Хронический тонзиллит – одно из самых распространенных заболеваний, встречающихся в повседневной педиатрической практике. И, тем не менее, до сих пор среди специалистов нет единого мнения в проблемах его диагностики и лечения. По мнению некоторых врачей, рецидивирующие тонзиллиты, протекающие с повышенной температурой, нужно относить к хроническим. В таких случаях при осмотре обнаруживаются грубые изменения в миндалинах: они увеличены в размерах, а при надавливании шпателью появляется жидкий гнойный экссудат. Подчелюстные лимфатические узлы также гипертрофированы. Несмотря на столь яркие проявления болезни, диагноз часто является весьма «относительным» и устанавливается с уверенностью довольно редко.

В осложненных случаях и при нарушениях трудоспособности, как правило, показано оперативное вмешательство. Однако существует ряд пациентов, которые должны или могут избежать его. К ним относятся, прежде всего, дети с лимфатическим диатезом. Кроме того, существуют объективные противопоказания к проведению операции или субъективное отрицательное отношение к ней самого пациента. В таких случаях показано медикаментозное лечение.

По данным литературы, тонзиллэктомия слишком часто назначается при недостаточных показателях, что не дает возможности до конца провести терапевтические мероприятия и дать им оценку. Помимо этого авторы сходятся во мнении о негативных последствиях применения антибиотиков, которые нарушают флору ротовой полости и кишечника.

Антибактериальная терапия у больных хроническим тонзиллитом носит, как правило, эмпирический характер в силу необходимости принятия быстрого решения о выборе антибиотика и из-за длительности процесса идентификации возбудителя. В настоящее время выбор антибактериального препарата для лечения тонзиллита затрудняется не только возрастающим уровнем резистентности, но и значительной склонностью пациентов к аллергическим реакциям на антибиотики. К наиболее аллергизирующим препаратам можно отнести пенициллины, цефалоспорины, препараты группы тетрациклина и сульфаниламиды.

Таким образом, имеется значительный круг пациентов, у которых могут быть применены консервативные методы лечения. При решении данной проблемы неоценимую помощь врачу, использующему методы консервативного лечения тонзиллита, могут оказать иммуностимулирующие препараты последнего поколения. Одним из широко применяемых в настоящее время является препарат **Тонзилгон Н** (Бионорика АГ, Германия). Это препарат растительного происхождения, известный с 1933 г., интерес к которому значительно возрос в 80–90-х годах. В его состав входят корень алтея, цветы ромашки, хвощ, тысячелистник, одуванчик, листья ореха и кора дуба.

Препарат выпускается в форме капель для приема внутрь и драже.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности препарата Тонзилгон Н при лечении детей с хроническим тонзиллитом.

Под наблюдением находились 32 ребенка (18 мальчиков и 14 девочек) с хроническим тонзиллитом. Возраст больных варьировал от 3 до 15 лет. Диагноз у всех пациентов основывался на данных анамнеза, клинических проявлениях заболевания, результатах отоларингологического и общеклинического обследования. Тяжелое течение заболевания имело место у 15 больных, средняя степень тяжести – у 14. До включения в настоящее исследование дети в среднем получали в год по 3–4 курса комплексной терапии по поводу обострений хронического тонзиллита. Продолжительность заболевания составила от 3 до 5 лет. Общеклиническая программа обследования включала общий и биохимический анализы крови, бактериологическое исследование мокроты и мазка с поверхности небных дужек и задней стенки глотки, анализ мокроты, рентгенологическое исследование, оценку функции внешнего дыхания и иммунного статуса.

Лечение препаратом Тонзилгон Н проводилось в течение 6 месяцев. Пациенты получали препарат по 15–25 капель (в зависимости от возраста) 3 раза в день. Результаты терапии оценивались по окончании лечения и через год. Эффективность терапии оценивалась по четырехбалльной шкале. Результат лечения оценивался как «высоко эффективный» (3 балла) в случае полного купирования симптомов, связанных с инфекцией, на фоне применения

Тонзилгона: как «эффективный» (2 балла) при сохранении у больного слабых и редких проявлений тонзиллита; как «умеренно эффективный» (1 балл) – в случае уменьшения симптомов заболевания; как «неэффективный» (0 баллов) – при отсутствии динамики симптомов.

Прежде всего, следует отметить, что во всех случаях оценки врача и пациента полностью совпадали. В течение года после начала лечения препаратом Тонзилгон Н у 20 из 32 пациентов отмечалась высокая эффективность лечения, у 9 – лечение было эффективным, и всего у трех больных эффект терапии был умеренным. В среднем по всей группе пациентов оценка эффективности оказалась равно  $2.53 \pm 0.17$  балла. Нами не было отмечено случаев, в которых характер течения заболевания не изменился или ухудшился.

Кроме того, нами проанализированы показатели иммунитета пациентов в зависимости от достигнутого результата лечения. При этом было обнаружено, что изменение некоторых иммунологических параметров коррелирует с эффективностью лечения Тонзилгоном Н. Так была выявлена следующая закономерность: чем более эффективной была проведенная терапия, тем интенсивнее нарастал уровень IgG в сыворотке крови. Только при хорошем и отличном результатах лечения достоверно повышались абсолютные и относительные значения Т-лимфоцитов (супрессоров и хелперов).

Необходимо отметить, что изменения в иммунном статусе после проведенного лечения были стойкими и коррелировали с изменениями в течение заболевания и через год после прекращения приема Тонзилгона Н.

Действие препарата на гуморальное звено иммунитета – IgG, а также на субпопуляции Т-лимфоцитов указывает на то, что Тонзилгон обладает выраженным иммуностимулирующим действием.

В случаях, когда лечение было оценено как высокоэффективное, обострения хронического тонзиллита отсутствовали, а при оценке лечения как эффективного снижалась их частота и тяжесть. Полученные результаты свидетельствуют о том, что препарат Тонзилгон Н эффективен при лечении хронического тонзиллита, в ряде случаев он может использоваться как альтернатива тонзиллэктомии.

Михаил Зощенко

# Операция

*Прошло 75 лет с тех пор, как был опубликован один из лучших рассказов Михаила Зощенко «Операция». Солидный юбилей, а докторша, «утомленная высшим образованием», не потеряла своей свежести до сих пор.*

Эта маленькая грустная история произошла с товарищем Петюшкой Ящиковым. Хотя, как сказать — маленькая! Человека чуть не зарезали. На операции.

Оно, конечно, до этого далеко было. Прямо очень даже далеко. Да и не такой этот Петька, чтобы мог допустить себя свободно резать. Прямо скажем: не такой это человек. Но история все-таки произошла с ним грустная.

Хотя, говоря по совести, ничего такого грустного не произошло. Просто не рассчитал человек. Не сообразил. Опять же на операцию в первый раз явился. Без привычки.

А началась у Петюшки пшенная болезнь. Верхнее веко у него на правом глазу начало раздувать. И за три года раздуло прямо в чернильницу.

Смотался Петя Ящиков в клинику. Докторша ему попала молодая, интересная особа.

Докторша эта ему говорила:

— Как хотите. Хотите — можно резать. Хотите — найдитесь так. Эта болезнь не смертельная. И некоторые мужчины, не считаясь с общепринятой наружностью, вполне привыкают видеть перед собой эту опухоль.

Однако, красоты ради, Петюшка решился на операцию.

Тогда велела ему докторша прийти завтра.

Назавтра Петюшка Ящиков хотел было заскочить на операцию после работы. Но после думает:

«Дело это хотя глазное и наружное, и операция, так сказать, не внутренняя, но пес их знает — как бы не приказали костюм раздеть. Медицина — дело темное. Не заскочить ли, в самом деле, домой — переснять нижнюю рубашку?»



Художник М. Ф. Петров



Побежал Петюшка домой.

Главное, что докторша молодая. Охота была Петюшке пыль в глаза ей пустить, — дескать, хотя снаружи и не особо роскошный костюм, но зато будьте любезны, рубашечка — чистый мадаполам.

Одним словом, не хотел Петя врасплох попасть.

Заскочил домой. Надел чистую рубашку. Шею бензином вытер. Ручки под краном сполоснул. Усики кверху растопырил. И покатился.

Докторша говорит:

— Вот это операционный стол. Вот это ланцет. Вот это ваша пшенная болячка. Сейчас я вам все это сделаю. Снимите сапоги и ложитесь на этот операционный стол.

Петюшка слегка даже растерялся.

«То есть, — думает, — прямо не предполагал, что сапоги снимать. Это же форменное происшествие. Ой — ей, — думает, — носочки — то у меня неинтересные, если не сказать хуже».

Начал Петюшка Ящиков все — таки свою китель сдирать, чтоб, так сказать, уравновесить другие нижние недостатки.

Докторша говорит:

— Китель оставьте трогать. Не в гостинице. Снимите только сапоги.

Начал Петюшка хвататься за сапоги, за свои джимми. После говорит:

— Прямо, — говорит, — товарищ докторша, не знал, что с ногами ложиться. Болезнь глазная, верхняя — не предполагал. Прямо, — говорит, — товарищ докторша, рубашку переменял, а другое, извиняюсь, не трогал. Вы, — говорит, — на них не обращайтесь внимания во время операции.

Докторша, утомленная высшим образованием, говорит:

— Ну, валяй скорей. Время дорого.

А сама сквозь зубы хохочет.

Так и резала ему глаз. Режет и хохочет. На ногу поглядит и от смеха задыхается. Аж рука дрожит.

А могла бы резать со своей дрожащей ручкой! Разве можно так человеческую жизнь подвергать опасности? Но, между прочим, операция закончилась прекрасно. И глаз у Петюшки теперь не имеет опухоли.

Да и носочки, наверно, он носит теперь более аккуратные. С чем и поздравляем его, ежели это так.

## СОТРУДНИЧЕСТВО ФАРМАЦЕВТОВ И ВРАЧЕЙ

В рамках Девятой специализированной выставки «АПТЕКА-2002» состоялась пресс-конференция «Лечение ишемической болезни сердца: сотрудничество фармацевтов и врачей», на которой генеральный директор российского представительства «Солвей Фарма» Игорь Балабушкин представил один из препаратов компании для лечения ИБС – Оликард.

Получение в 1970-х годах изосорбида-5-мононитрата – препарата со 100% биодоступностью – стало значительным событием в кардиологии. Изосорбид-5-мононитрат, выпускаемый рядом крупных зарубежных фармацевтических компаний под различными торговыми названиями, уже давно признан ведущими мировыми специалистами.

Компанией «Солвей Фарма» разработана специальная форма изосорбид-5-мононитрата с пролонгированным действием – Оликард 40 ретард. Благодаря оригинальной форме выпуска – капсулам, содержащим микросферы с длительным высвобождением активного вещества, Оликард 40 ретард обеспечивает надежную защиту от болевых приступов в течение суток при однократном приеме. Применение Оликарда 40 ретард позволяет значительно снизить количество и длительность болевых эпизодов. Кроме того, характерное при приеме нитратов привыкание, которое требует назначения все новых препаратов, у Оликарда отсутствует.

Оликард является единственным производимым в России мононитратом, что ставит российское производство на одну ступень с мировым. Его выпускает ОАО «Акрихин», высокое качество продукции которого подтверждено сертификатами качества и экологичности GMP и ISO 14001.



**21-24**  
января

Центральный Дом художника  
на Крымском валу

**5-я Международная медицинская  
специализированная выставка  
КАРДИОЛОГИЯ 2003**

**Российский научный форум:**  
Клинические рекомендации по диагностике,  
лечению и профилактике заболеваний  
сердца и сосудов

Российская академия медицинских наук  
"МОРАГ Экспо"  
(095) 938 2917, -2918, -9211, -9212  
E-mail: cardiology@morag.ru <http://www.morag.ru>





Под патронатом Государственной Думы РФ,  
Министерства здравоохранения РФ, МЧС РФ

**13 декабря 2002 года**

г. Москва,  
Отель «Ренессанс»  
(Олимпийский  
проспект, д. 18/1)  
Зал «ОДЕССА»

**БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ  
НОВОГОДНИЙ  
БАЛ  
РАБОТНИКОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Средства,  
полученные от  
благотворительной  
акции, направляются  
в детские дома  
и больницы

**В программе:**

1. Проведение благотворительной акции
2. Презентация фирм
3. Поздравление работников здравоохранения  
(врачей, провизоров и фармацевтов)
4. Праздничный ужин
5. Концерт
6. Бал

**Организаторы:**





Бизнес-Консалтинг ПРОФЕССИОНАЛ ЦЕНТР ИнфоМедФарм

**Тел./факс оргкомитета:**  
741-02-51, 741-02-52, 741-02-53, 741-02-56,  
741-02-59, 741-02-54, 741-02-46;  
многоканальные: 363-20-52, 785-11-04  
E-mail: bk@elixir.ru, bk1@elixir.ru, info@webmed.ru  
<http://www.webmed.ru>

## ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ

4-6 декабря 2002 года

Москва, Краснопресненская набережная, д. 12,  
Центр международной торговли  
Почетный председатель Научного Совета Н. И. Нисевич,  
академик РАМН

Научные направления Конгресса: грипп и ОРЗ; вирусные гепатиты А, В, Д, С, G, ТТV; острые кишечные инфекции; внутриутробные инфекции; ВИЧ-инфекция; инфекционные заболевания, сопровождающиеся лимфоаденопатиями; поражения ЦНС (менингиты и вирусные энцефалиты); геморрагические лихорадки; хламидозы и микоплазмозы; гемофильная инфекция; туберкулез. Значение пробиотиков в терапии и профилактике. Иммунокоррекция и иммунореабилитация. Вакцинопрофилактика. Система подготовки педиатров-инфекционистов в России.

Параллельно с Конгрессом пройдет специализированная медицинская выставка.

По всем вопросам участия обращайтесь: 117049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1, кафедра детских инфекций РГМУ, тел.: 236 2551, 236 7494, e-mail: uchaikin@mtu-net.ru

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся с 1993 года  
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Галина Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

[www.medicus.ru](http://www.medicus.ru); E-mail: [hospital47@mtu-net.ru](mailto:hospital47@mtu-net.ru)

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ