

Л.П. Шелудько, А.М. Рыжих, Т.Д. Фомина

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)
МУЗ ГПЦР (Чита)
1027 ЦГСЭН СибВО(Чита)**

Под наблюдением находилось 125 больных бронхиальной астмой среднетяжелого течения, из них 25 % мужчин и 75 % женщин в возрасте от 18 до 70 лет. 51,2 % пациентов имели рентгенологически подтвержденный риносинусит.

Всем пациентам было проведено обследование микрофлоры носа. У 85 % больных выявлена условно-патогенная микрофлора в диагностическом титре. Проведена санация с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам с последующим бактериологическим контролем.

Пациентам первой группы была назначена базисная терапия топическими глюкокортикостероидами на фоне базисной терапии астмы, соответствующей третьей ступени. Больные контрольной группы получали только базисную терапию.

В группе больных, получающих базисное лечение топическими глюкокортикостероидами (беклометазон 50 мкг 4 раза в день в каждый носовой ход или флутиказон 50 мкг 2 раза в день) в течение года, отмечено улучшение течения бронхиальной астмы у 90 % больных. Случаев ухудшения состояния выявлено не было.

В контрольной группе у 60 % пациентов отмечено ухудшение течения астмы, у 40 % состояние не изменилось. В контрольной группе течение хронического риносинусита осложнилось в 40 % случаев образованием кист верхнечелюстных пазух.

Полученные нами данные указывают на целесообразность проведения ежегодного рентгенологического обследования придаточных пазух носа для своевременного выявления хронического риносинусита у больных бронхиальной астмой.

Пациентам, страдающим бронхиальной астмой с ринитом, показано проведение базисной терапии назальными топическими глюкокортикостероидами: на 3 — 4 месяца для профилактики хронического риносинусита и на год всем больным хроническим риносинуситом для профилактики его осложнений и предупреждения ухудшения течения астмы.

Всем больным хроническими риносинуситами обязательно исследовать микробный пейзаж полости носа один раз в год и проводить своевременную санацию условно-патогенной микрофлоры для профилактики осложнений.

Н.В. Шкодина, А.М. Бедин, Л.А. Балеевских, Е.А. Лапшина, Ю.Ю. Смирнова**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗОФЕНОПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА БАЗЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ****НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)**

Результат лечения пациентов с острым инфарктом миокарда значительно улучшился после внедрения в клиническую практику таких препаратов, как тромболитики, b-блокаторы, ацетилсалициловая кислота. В частности, ранняя активация RAAS и ее вовлечение в патогенез сердечной недостаточности свидетельствуют в пользу применения ингибиторов АПФ при инфаркте миокарда. Сейчас имеются веские доказательства, что использование ИАПФ связано со значительными преимуществами. Мета-анализ четырех исследований, в которых оценивались эффективность и безопасность раннего назначения ИАПФ больным с острым инфарктом миокарда (CONSENSUS II, GISSI-3, ISIS-4, CCS-1), включивший данные по 98 496 пациентам с инфарктом миокарда, позволил выделить группу больных, у которых отмечено наиболее благоприятное влияние препаратов на течение и исход заболевания: возраст — 65 — 74 года, инфаркт миокарда передней стенки, уровень систолического артериального давления — более 150 мм рт. ст., ЧСС — более 100 уд. в мин., сахарный диабет, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда в анамнезе и очень высокий риск неблагоприятного исхода. При этом наибольший эффект наблюдается в первую неделю заболевания. Сообщалось, что среди различных ИАПФ зофеноприл являлся высокоэффективным в моделях экспериментальной ишемии с использованием животных, а также у пациентов с инфарктом миокарда и ИБС. Было показано, что зофеноприл, помимо своих собственных всему классу ИАПФ эффектов, в большей степени подавляет АПФ в миокарде, улучшает ко-