



3. Метаболическое обеспечение годового цикла адаптивных реакций сердечно-сосудистой и дыхательной систем у военнослужащих в условиях Севера /под. ред. Е. Р. Бойко /коллектив авторов. – Сыктывкар, 2007. – 264 с.
4. Пальчун В. Т., Сагалович Б. М. Острая и внезапная нейросенсорная тугоухость // Вестн. оторинолар. 1994. №5–6. С. 5–12.
5. Пальчун В. Т., Петухова Н. А. Коррекция нарушений метаболизма печени при СНТ методом квантовой гемотерапии // Там же. 2001. №4. С. 4–9.
6. Пальчун В. Т., Кунельская Н. Л., Полякова Т. С. Лечение острой нейросенсорной тугоухости // Там же. 2006. №3. С. 45–48.
7. Состояние элементов антиоксидантной системы организма у пациентов с сенсоневральной тугоухостью / С. Г. Бойко [и др.] // Рос. оторинолар. 2009. Т. 40. №5. С. 16–20.
8. Таварткиладзе Г. А. Современные возможности и перспективы электроакустической коррекции слуха // Рос. медиц. журн. 1999. №1. С. 22–25.

Бойко Евгений Рафаилович – докт. мед. наук, профессор, зав. отделом экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; тел/факс: 8-8212-44-78-90; erbojko@physiol.komisc.ru; **Канева** Анастасия Михайловна – канд. биол. наук, ст. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: 8-8212-44-78-90; amkaneva@mail.ru; **Потолицына** Наталья Николаевна – канд. биол. наук, ст. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: (8212) 44-78-90; potol_nata@list.ru; **Вахнина** Надежда Алексеевна – канд. биол. наук, ст. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: (8212) 44-78-90 erbojko@physiol.komisc.ru; **Шадрина** Вера Дмитриевна – мл. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: (8212) 44-78-90 erbojko@physiol.komisc.ru; **Паршукова** Ольга Ивановна – канд. биол. наук, мл. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: (8212) 44-78-90 erbojko@physiol.komisc.ru; **Панюков** Антон Алексеевич – студент 5 курса лечебного факультета Коми филиала ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» в г. Сыктывкаре 167000, г. Сыктывкар, ул. Бабушкина, 11; **Рябинина** Ольга Васильевна – студентка 5 курса лечебного факультета Коми филиала ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» в г. Сыктывкаре 167000, г. Сыктывкар, ул. Бабушкина, 11; **Янов** Юрий Константинович – профессор, директор СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. тел. 8-812-316-22-56, э/п: lorobchestvo@bk.ru

УДК: 616. 921. 5–022. 6–08–039. 73

МОНОТЕРАПИЯ АЭРОЗОЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА 2 β (ИНТЕРАЛЬ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

З. С. Гуломов, А. С. Симбирцев, Ю. К. Янов

MONOTHERAPY AEROZOL FORM OF INTERFERON ALPHA 2 β (INTERAL) THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

Z. S. Gulomov, A. S. Simbirtsev, J. K. Yanov

*ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования»*

(Зав. каф. оториноларингологии Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

ГНИ «Санкт-Петербургский НИИ особо чистых биопрепаратов»

(Директор проф. А. С. Симбирцев)

В результатах работы представлена клиническая эффективность применения аэрозольной формы препарата интерферона альфа 2бета. Оценивая динамику картины острых респираторных вирусных инфекций при лечении данным препаратом, отмечено достоверное купирование общих и местных проявлений интоксикации, синдрома системного воспаления.



Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, интерферона альфа 2бета, интераль, лечение.

Библиография: 10 источников.

In the results of the presented clinical efficacy of the aerosol form of the drug interferon alpha 2beta. Estimating the dynamics of the picture of acute respiratory viral infections in the treatment of the drug, demonstrated significant relief of general and local manifestations of intoxication, a syndrome of systemic inflammation.

Key words: acute respiratory viral infections, interferon alpha 2beta, interal, treatment.

Bibliography: 10 source.

По данным Всемирной организации здравоохранения, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самым распространенным заболеванием, составляя до 8090% в общей структуре инфекционной заболеваемости [2, 4]. ОРВИ относятся к повсеместно распространенным болезням, ведущая роль среди них принадлежит, бесспорно, гриппу различных серотипов. Вирусы гриппа вызывают эпидемии и пандемии, поражая людей всех возрастов. [1, 5].

Ежегодно в России ОРВИ переносят порядка 50 млн. человек. Столь высокий уровень заболеваемости определяет значительный экономический ущерб — на долю данной патологии приходится до 40% от общей временной нетрудоспособности населения. Только в Москве ежегодные расходы на лечение ОРВИ составляют до 20 млн. рублей [5].

Заболеть можно и в случае когда организм не располагает достаточными силами сопротивляться инфекции, т. е. при недостаточном иммунном ответе. Дело в том, что здоровый человек хорошо защищен от вирусных инфекций своей иммунной системой, и, прежде всего, системой интерферона [1, 9]. Своевременная терапия ОРВИ способствует более быстрому выздоровлению и предупреждает развитие осложнений. Безусловно, лечение ОРВИ должно быть комплексным и строиться индивидуально в каждом конкретном случае [2, 5, 6, 10]. Один из путей повышения эффективности комплексной терапии ОРВИ предусматривает использование иммуномодулирующих препаратов, в частности, препаратов интерферона [4, 5, 8].

Интерфероны — это вырабатываемые организмом вещества белковой природы для защиты от различных инфекций. Снижение их синтеза, например при переохлаждении, приводит к развитию инфекционных заболеваний. Интерфероны были впервые обнаружены как защитные факторы, синтезируемые в клетках, инфицированных вирусами. Их главным свойством является нарушение репликации вирусов. За это они получили свое название от английского *Interfere with* мешать (вирусам осуществлять синтез своей РНК и белков) [1, 3, 5].

Рекомбинантный ИНФ-а 2β (интераль) производится в ГНЦ «ГосНИИ Особо Чистых Биопрепаратов» ФМБА России. Препарат производится под постоянным контролем и с непосредственным участием специалистов, обладающих значительным научно-практическим опытом в области биотехнологий и создания высокоэффективных сорбентов для выделения и очистки рекомбинантных белков. Производство осуществляется и организовано по международным стандартам, продукция полностью соответствует требованиям Британской фармакопеи. Рекомбинантный ИНФ-а 2β (интераль) сравним по эффективности и безопасности с лучшими мировыми аналогами и значительно превосходит их по фармакоэкономическим показателям [3, 7, 8].

В нашей клинике в течение последних двух лет изучена клиническая эффективность монотерапии аэрозольной формой ИНФ-а2β (интераль) при ОРВИ.

Цель исследования, Изучить клинический эффект монотерапии аэрозольной формой ИНФ-а 2β (интераль) при ОРВИ.

Пациенты и методы. Проведено исследование, включавшее клинический анализ данных о 150 больных основной группы с ОРВИ в возрасте от 20 до 70 лет, из которых большинство их них составляет мужчины (61%). Всем пациентам, назначалась аэрозольная форма ИНФ-а 2β.

Контрольную группу составили 90 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет с теми же клиническими проявлениями, но лечившиеся гриппфероном.



Критерии включения пациенты с ОРВИ, острым или обострением хронического риносинусита и не позднее 3-го дня от начала проявления клинических симптомов.

Критерии исключения:

- пациенты с ОРВИ до 20 и старше 70 лет;
- пациенты, получавшие в течение предшествующих 10 суток антибиотики или стероидные препараты;
- пациенты с тяжелой соматической патологией;
- больные с острым или обострением хронического воспалительного процесса любой локализации;
- пациенты с индивидуальной аллергологической непереносимостью;
- несоблюдающие режим назначения препарата.

Способ применения и дозы: интерваль применяли путем ингаляции в каждый носовой ход через каждые 2 часа, не менее 8 раз в сутки в течение 57 дней (100000 МЕ в 10 мл).

Обследование пациентов включало сбор анамнеза, жалоб, общий осмотр ЛОР-врачом.

Для контроля эффективности лечения анализировали динамику субъективных и объективных проявлений заболевания, используя для этого разработанную нами анкету. С помощью анкет, заполняемых пациентом и врачом, проводили в динамике оценку выраженности клинических проявлений, а также изменения риноскопической картины (наличие выраженного отека слизистой оболочки, отделяемого в носовых ходах, нормальное анатомическое соотношение внутриносовых структур). Кроме того, при отборе лиц контрольной группы нами учитывалось отсутствие у них вредных привычек (курение, алкогольная и наркотическая зависимости), аллергических, инфекционных и соматических заболеваний.

Результаты исследований. Распределение больных ОРВИ основной и контрольной группы, лечившихся с применением аэрозольной формы ИНФ-а 2β (интерваль) в режиме монотерапии, или получавших традиционную терапию, с учетом по полу и возрасту приводим в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Распределение пациентов основной группы по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет											
	20–30		31–40		41–50		51–60		61–70		Итоги	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужской	23	25,6	28	31,1	14	15,5	16	17,8	9	10	90	100
Женский	15	25	18	30	9	15	11	18,3	7	11,7	60	100

Установлено, что по полу и возрасту больные основной и контрольной группы распределились следующим образом: 90 (60%) мужчин и 60 (40%) женщин и 50 (55,6%) мужчин и 40 (44,4%) женщин соответственно. Возраст в обеих группах от 20 до 70 лет.

Таблица 2

Распределение пациентов контрольной группы по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет											
	20–30		31–40		41–50		51–60		61–70		Итоги	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужской	12	24	16	32	9	18	7	14	6	12	50	100
Женский	8	20	12	30	7	17,5	5	12,5	8	20	40	100



Как было указано, обследование пациентов включало общий осмотр, сбор анамнеза жизни, анамнеза заболевания, риноскопическое исследование. При обращении больные предъявляли жалобы на ухудшение общего состояния, повышение температуры тела от 37 С до 39,1 С, слабость, головную боль, выделения из носа, нарушение носового дыхания (табл. 3).

Таблица 3

Структура клинических симптомов у больных ОРВИ основной и контрольной групп

	Симптомы	Количество наблюдений в %	
		основная	контрольная
общие	Повышение температуры тела	146 (97,3%)	90 (100%)
	Головная боль	120 (80%)	70 (77,8%)
	Слабость	90 (60%)	58 (64,4%)
местные	Выделения из носа	150 (100%)	90 (100%)
	Нарушение носового дыхания	70 (46,7%)	35 (38,9%)
	Отек слизистой носа	135 (90%)	75 (83,3%)
	Гиперемия слизистой носа	150 (100%)	90 (100%)
	Всего	150 (100%)	90 (100%)

Риноскопическое исследование при первичном обращении показало наличие выраженных признаков воспаления, заложенность носа с наличием слизистых выделений в среднем и нижнем носовых ходах, значительное сужение носовых ходов, нарушение проходимости между средним носовым ходом и гайморовой пазухой, гиперемию слизистой оболочки носа.

Полученные данные позволяют заключить, что при проведении консервативного лечения состояние больных улучшилось в обеих группах. Однако в основной группе к 3-му дню затрудненность носового дыхания снизилась на 32,7%, к 7-му на 96%, в контрольной группе лишь на 24% и 87,8%; выделения из носа уменьшились в основной группе соответственно на 37,4% и 93,4%, в контрольной на 33,4% и 91% ($p < 0,05$); отек слизистой оболочки носа купирован на 30% и 94,7% в основной группе и на 25,6% и 90% в контрольной; гиперемия слизистой оболочки полости носа у больных основной группы уменьшилась на 34,7%, и 96,7%, в контрольной лишь на 26,7% и 93,6%. Уже на 3 сутки на фоне применения препарата интераль в моно режиме, клинические проявления: затрудненность носового дыхания на 8,7%, выделения из носа на 4%, отек на 4,4% и гиперемия слизистой носа на 8% уменьшились в основной группе в сравнении с контрольной. ($p < 0,05$). Наилучший клинический эффект наблюдался у лиц наиболее трудоспособного возраста, от 20 до 40 лет. В этой группе на 7 сутки терапии аэрозольной формой интерферона альфа 2β отмечены единичные случаи (у 3 человек) сохранения у больных субъективных ощущений.

В результате лечения аэрозольной формой ИНФ-а 2β (интераль) у всех больных наблюдалась положительная динамика клинической картины: улучшение общего состояния, прекращение выделений из носа, затрудненности носового дыхания, уменьшение отека, гиперемии, выраженности симптомов интоксикации. Таким образом, интраназальное применение аэрозольной формы ИНФ-а 2β (интераль) в монорежиме является перспективным способом лечения ОРВИ.

Выводы:

1. Комплексный противовирусный и противовоспалительный эффект аэрозольной формы интерферона альфа 2β (интераль) уменьшает проявление как общих, так и местных признаков острой респираторной вирусной инфекцией, а также ускоряет клиническое выздоровление пациентов.
2. Наиболее выраженный клинический эффект препарата интераль при острой респираторной вирусной инфекции отмечается у лиц трудоспособного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ершов С. И. Система интерферона в норме и патологии. М.: Медицина. 1996.
2. Карпухин Г. И., Карпухина О. Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. СПб.: Гиппократ, 2000. – 180 с.



3. Кетлинский С. А., Симбирцев А. С., Воробьев А. А. Эндогенные иммуномодуляторы. СПб.: Гиппократ, 1992. 256 с.
4. Крюков А. И., Туровский А. Б. Симптоматическая терапия при острых респираторных заболеваниях. Справочник поликлинического врача. 2005. № 4. Т. 4.
5. Лечение острых респираторных инфекций у военнослужащих / А. А. Зайцев [и др.] // Военно-медиц. журн. 2007. – № 11. – Т. 328. – С. 1519.
6. Морозова С. В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей // Рус. медиц. журн. 2005. – № 26. – Т. 13. – С. 1748–1751.
7. Симбирцев А. С. Биология семейства интерлейкина-1 человека // Иммунология. – 1998. – № 3. – С. 9–17.
8. Симбирцев А. С. Справочник по иммунотерапии. СПб.: Диалог, 2002. – 478. с.
9. Эпидемиологические особенности гриппа последних лет / Д. К. Львов. [др.] // Вопр. вирусологии. 1998. №2 С. 59–62.
10. Gwaltney J. M. Jr., Druce H. M. Efficacy of brompheniramine maleate treatment for rhinovirus colds // Clin. Inf. Dis. 1997; 25: 1188–1194.

Гуломов Зафарходжа Саидбекович докторант Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования РФ. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кировная, 41. Тел: +7-952-368-23-81 Э/п: gulomov_zafar@mail. ru.
Симбирцев Андрей Семёнович профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ особо чистых биопрепаратов. Санкт-Петербург, ул. Пудожская, 7. тел. 8-812-235-12-25. **Янов** Юрий Константинович докт. мед. наук, профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. тел. 8-812-316-29-32, э/п: log_obchestvo@bk. ru

УДК: 616. 22-007. 271-089. 844

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ

С. С. Решульский, А. Л. Клочихин, В. В. Виноградов, Т. А. Галкина

CLINICAL ASPECTS OF APPLICATION AUTOGRAFT FROM THE HYPOGLOSSAL BONE OF TREATMENT OF BILATERAL PARALYSES OF THE THROAT

S. S. Reshylsky, A. L. Klochihin, V. V. Vinogradov, T. A. Galkina

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Проблема лечения больных с паралитическими стенозами гортани остается актуальной на данный момент. Число данной патологии растет. Мы хотим предложить методику лечения паралитических стенозов гортани с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости. Отличием данного метода от остальных является то, что не нарушается целостность внутренних мышц и слизистой оболочки гортани. В работе представлены результаты лечения тридцати двух больных. Семи из них выполнена операция с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости, двадцати пяти эндоларингеальные операции: восемнадцать хордотомий, пять хордэктомий, три хордаритиноидэктомии. Мы пришли к выводу, что метод лечения паралитических стенозов гортани с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости дает неплохой результат и может быть применим.

Ключевые слова: гортань, стеноз, подъязычная кость, аутотрансплантат.

Библиография: – 7 источников.

The problem of treatment of patients with paralytic stenosis of a throat remains actual at present. The number of the given pathology grows. We wish to offer a technique of treatment of paralytic stenosis of a throat with application autograft from a body of a hypoglossal bone. Difference of the given method from the others is that integrity of internal muscles and a mucous membrane of a throat is not broken. In work results of treatment of thirty two patients are presented. Seven of them operation with