

Окончание таблицы

<i>Угрозы – «Т»</i>
Невысокая профилактическая посещаемость врачей-стоматологов
Недостаточное финансирование стоматологии
Неблагоприятная демографическая ситуация
Низкие социальные выплаты, безработица
Высокие таможенные пошлины на ввозимые лекарственные средства

Таким образом, на деятельность стоматологического учреждения оказывают влияние многочисленные факторы, которые необходимо учитывать руководителям этих организаций для принятия оптимальных управленческих решений при ведении хозяйственно-финансовой деятельности.

Литература

1. Алимский А.В. // Новое в стоматологии. 1995. № 4. С. 22–23.
2. Ашуров Г.Г. // Стоматология. 1995. № 3. С. 77–79.
3. Данилова Е.О. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1997. № 3. С. 23–25.
4. Делендик А.И. // Стоматология. 2000. Т. 79. № 6. С. 58–60.

Пятигорская государственная фармакологическая академия

29 мая 2006 г.

УДК 616

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ

© 2006 г. А.Б. Шановалов

It's known that treatment for this disease is standart. But using such medicines, as beta-serk, vinpotropil, cinnarizin gives better results of treatment.

Острый средний отит (ОСО) – остро развившееся воспаление полостей среднего уха, проявляющееся одним или несколькими симптомами. Несмотря на большое количество исследований этиологии, патогенеза и лечения ОСО, некоторые аспекты его лечения до сих пор остаются дискуссионными. В первую очередь это касается назначения антибиотикотерапии при ОСО. Некоторые исследователи считают, что назначение антимикробной терапии в начале ОСО неоправдано, так как в течение 24–72 ч возможно самостоятельное разрешение без антибиотиков (75 % *M. catarrhalis*, 50 % *H. influenzae*, 20 % *S. pneumoniae* [1]). В ряде работ отмечается, что возможно замещение системной антибиотикотерапии топическими антибиотиками [2].

По нашему мнению, разумно придерживаться стандартной схемы лечения ОСО, принятой во всем мире:

- нестероидные противовоспалительные препараты;
- осмотически активные препараты местного действия;

- деконгестанты в нос;
- антигистаминовые препараты;
- антибиотики;
- катетеризации слуховой трубы;
- миринготомия и шунтирование барабанной полости.

Но при этом желательно расширить схему лечения ОСО за счет препаратов, улучшающих кровоснабжение внутреннего уха.

В первую очередь, сложно представить себе течение ОСО как изолированный процесс в полости среднего уха. Результаты компьютерной и магнитно-резонансной томографии выявляют при ОСО заинтересованность антрума, адигуса и всей клеточной системы височной кости [3]. Необходимо учитывать и возможность возникновения у больных ОСО тугоухости. По данным Н. Fry [4], тугоухость с потерей слуха свыше 20 дБ развивается у 12–17 % больных, перенесших ОСО (здесь главным образом речь идет о кондуктивном типе тугоухости). Вряд ли можно оспаривать, что в результате ОСО может возникнуть тугоухость как по смешанному типу, так и по типу нарушения звуковосприятия.

За 2005 г. в поликлинике № 7 нами было диагностировано и пролечено 318 случаев ОСО, что составило 6,4 % от общей ЛОР-патологии (это соответствует данным, приводимым в работах других авторов). В 100 случаях помимо стандартной схемы лечения назначались препараты, улучшающие кровоснабжение внутреннего уха (циннаризин, винпоцетин, винпропил, бетасерк, билобил) курсом 7–10 дней в средней терапевтической дозе, при этом не отслеживалось предпочтительное назначение какого-либо препарата из этой группы. Сравнительный анализ проводился между 2 группами больных:

- пациенты, получавшие стандартную схему лечения + препараты, улучшающие кровоснабжение внутреннего уха (100 случаев);
- пациенты, получавшие только стандартную схему лечения (100 случаев).

Анализ проводился по трем критериям: 1) болевой симптом; 2) отоскопия; 3) аудиометрия.

По первому критерию (болевой симптом) различий между первой и второй группами пациентов отмечено не было. Болевой симптом нивелировался на 2–3-й день заболевания (98 % больных).

При отоскопии исчезновение признаков воспаления отмечалось: в I группе к 5-му дню у 42 %, к 7-му – у 57 %, более 7 дней – у 1 % пациентов; во II группе к 5-му дню у 39 %, к 7-му – у 53 %, более 7 дней – у 8 % больных. Аудиометрия проводилась на аудиометре МА–31 методом случайного выбора 20 пациентов из I и 20 пациентов из II групп больных ОСО.

В I группе к 7-му дню заболевания восстановление слуха в полном объеме отмечалось у 18 больных (90 % обследуемых), во II группе – у 15 больных (75 % обследуемых)

Таким образом, назначение больным ОСО препаратов, улучшающих кровоснабжение внутреннего уха, способствует более раннему восстановлению слуховой функции и является профилактической мерой возникновения тугоухости у больных ОСО.

Литература

1. Крюков А.И., Туровский А.Б. Антибактериальная терапия острого среднего отита: Справочник поликлинического врача. М., 2004. № 1. С. 37.
2. Косяков С.Я. Место ципрофлоксацина в топической фармакотерапии отитов. М., 2002. С. 3.
3. Лопатин А.С., Косяков С.Я. // Consilium medicum. 2004. Т. 6. № 4. С. 270.
4. Преображенский Н.А., Гольдман И.И. Экссудативный средний отит. М., 1987. С. 26.