о функциональной недостаточности железистого компонента лимфоэпителиальных структур кольца Пирогова–Вальдейера;

- *недостаточность иммунитета у больных ХТ сочетается с нарушениями микробиоценоза кишечника, представленными снижением количества бифидумбактерий, лактофлоры, кишечной палочки с нормальными свойствами, повышением содержания E. coli с гемолизирующими и лактозонегативными свойствами, грибков рода Candida;*
- *применение пробиотиков на основе бифидо- и лактобактерий при ХТ улучшает общий иммунный статус больных, оказывает избирательный иммуностимулирующий эффект на механизмы секреторного иммунитета и нормализует количество бифидобактерий и лактофлоры в кишечном микробиоценозе.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия / Г. Г. Автандилов. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. Арефьева Н. А. Иммунный статус небных миндалин и методы его оценки: Учебно-методическое пособие / Н. А. Арефьева, Л. Ф. Азнабаева, В. В. Сперанский. – Уфа, 1997. – 22 с.
3. Быкова В. П. Современные представления о строении и функции миндалин лимфаденоидного глоточного кольца / В. П. Быкова // Актуальная оториноларингология. – 2004. – № 6. – С. 2–12
4. Заболотная Д. Д. Состояние микробиоценоза кишечника у больных хроническим тонзиллитом // Д. Д. Заболотная, К. Г. Селезнев, Е. С. Лаврентьева // Журн. вушн., нос. і горл. хвороб. – 2007. – № 3. – С. 101
5. Земсков А. М. Дополнительные методы оценки иммунного статуса / А. М. Земсков, В. М. Земсков // Клиническая лабораторная диагностика. – 1994. – №3. – С. 34–35.
6. Медицинские лабораторные технологии. Справочник / Под редакцией А. И. Карпищенко. – СПб.: Интермедика, 2002. – 600 с.
7. Иммунология и аллергология для ЛОР-врачей: Руководство для врачей / Под редакцией Д. К. Новикова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 512 с.
8. Теплова С. Н. Секреторный иммунитет / С. Н. Теплова, Д. А. Алексеев. – УрО РАН, Челябинск, 2002. – 200 с.
9. Урсова Н. И. Дисбактериозы кишечника у детей / Н. И. Урсова. – М.: Компания Боргез, 2006. – 239 с.
10. Хавкин А. И. Нарушения микроэкологии кишечника. Принципы коррекции / А. И. Хавкин. – М., 2004. – 40 с.

УДК: 616. 282–002. 1–08–031. 73

ТОПИЧЕСКИЕ АНТИБИОТИКИ, ТОПИЧЕСКИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ И АНТИГИПОКСАНТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

И. В. Енин

Ставропольская государственная медицинская академия
(Зав. каф. оториноларингологии ФПО –засл. врач РФ, проф. И. П. Енин)

Среди ряда причин, ведущих к возникновению и развитию стойкой тугоухости одно из важнейших мест занимает острое воспаление среднего уха. Острый средний отит является тем первоначальным звеном, от которого начинается цепь последующих изменений в слуховой системе. Своевременная диагностика и комплексная терапия их способствуют предупреждению развития необратимых изменений в слуховой системе. Эпидемиология острых средних отитов свидетельствует о том, что это заболевание чаще встречается в осенне-зимний период в результате комплексного воздействия неблагоприятных факторов окружающей внешней среды, в регионах с резкими перепадами температуры воздуха, атмосферного давления, быстроменяющимися розами ветров, высокой влажностью и загрязнением окружающей среды вредными выбросами промышленного и сельскохозяйственного производства.

Совокупность неблагоприятных факторов окружающей внешней среды, главным из которых является общее переохлаждение организма на фоне снижения защитно-приспособительных реакций, способствует возникновению и развитию острого воспаления среднего уха.

Цель исследования. Сравнить эффективность традиционных методов лечения острых средних отитов и комплексной терапии с применением топических антибиотиков, топических иммуномодуляторов и антигипоксантов.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 505 больных с острым воспалением среднего уха в возрасте от 18 до 54 лет.

Состояние слуховой функции у них изучалось при первичном обращении за медицинской помощью и на разных этапах реабилитации при помощи тональной пороговой и надпороговой аудиометрии, тимпанометрии, речевой аудиометрии.

На разных стадиях течения острого среднего отита проводился забор материала со слизистой оболочки полости носа, глоточных устьев слуховых труб и отделяемого из наружных слуховых проходов при перфорациях барабанных перепонок для изучения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

Результаты исследования. Мы сравнили непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты реабилитации слуховой системы на разных стадиях течения острого среднего отита у 248 пациентов контрольной группы, получавших традиционное лечение острого воспаления среднего уха и у 257 больных основной группы, которые кроме традиционной терапии дополнительно получали топические антибиотики, топические иммуномодуляторы и антигипоксанты.

Руководствуясь особенностями развития патологического процесса в слуховой системе при остром среднем отите у обследованных нами больных, и выявленными при моделировании острого воспаления среднего уха у подопытных животных, мы избрали последовательную схему этиопатогенетического лечения для каждой стадии острого воспаления среднего уха.

Зная о закономерностях развития морфологических и функциональных изменений в органе слуха при остром воспалении среднего уха, обусловленном влиянием «простудного фактора», главным из которых было общее переохлаждение организма, мы всем больным контрольной и основной групп с первых же часов их поступления в стационар назначали комплексное традиционное этиопатогенетическое лечение.

В первой стадии острого среднего отита – стадии острого евстахиита у обследованных нами больных всегда преобладали патологические явления со стороны верхних дыхательных путей. Поэтому, с целью уменьшения воспалительного процесса в слизистой оболочке носа, носоглотки и слуховых труб, восстановления дыхательной функции носа, вентиляционной и дренажной функций слуховых труб, мы в первую очередь назначали сосудосуживающие средства местного действия.

С целью бережного, щадящего отношения к слизистой оболочке полости носа и слуховых труб чаще использовали сосудосуживающие препараты длительного действия в виде спрея, что позволяло равномерно орошать ими поверхность слизистой оболочки всех отделов полости носа, носоглотки и глоточных устьев слуховых труб. В этих условиях, при отсутствии индивидуальных противопоказаний, предпочтение отдавали препаратам називин, назол или назол–адванс.

Основным действующим ингредиентом данных деконгестантов является оксиметазолина гидрохлорид. Это сосудосуживающий препарат для местного применения, а-адреномиметик, производное имидозолина. В низкой концентрации влияет, в основном, на a_2-адренорецепторы, в высокой концентрации действует и на a_1-адренорецепторы. Вызывает сужение сосудов в месте нанесения, уменьшает отечность слизистой оболочки носа и верхних дыхательных путей. При местном интраназальном применении в терапевтических концентрациях не раздражает слизистую оболочку, не оказывает системного действия. Сосудосуживающие препараты назначались 2 раза в сутки.

Для улучшения мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки верхних дыхательных путей назначали синупрет. Синупрет – комбинированный препарат растительного происхождения, применялся в виде драже (по 2 драже 3 раза в день). Обладает секретолитической, противовоспалительной, противовирусной, иммуностимулирующей активностью.

Такая схема лечения нами применялась и в стадии катарального воспаления, а по показаниям, и в последующих стадиях течения острого среднего отита.

В третьей стадии – стадии острого гнойного доперфоративного воспаления в среднем ухе, лечение всегда начиналось с парацентеза барабанной перепонки. Показаниями к парацентезу были боль в ухе, повышение температуры тела до 38– 39^0 С, гиперемия и выпячивание барабанных перепонок, тимпанограмма типа В. Операция выполнялась только при наличии согласия больного. В доперфоративной стадии острого среднего отита парацентез произведен у 80 (77,7%) пациентов. Наряду с этим, учитывая выраженные явления интоксикации, возможность развития отогенных внутричерепных осложнений, в зависимости от показаний, назначали системные антибиотики, с учетом чувствительности микрофлоры, выделенной из полости носа и глоточных устьев слуховых труб.

При оказании экстренной помощи больным с острым средним отитом, поступавшим в тяжелом состоянии, с высокой температурой тела, выраженными явлениями интоксикации и угрозой развития отогенных внутричерепных осложнений, обязательно назначали системные антибиотики. Такие ситуации чаще возникали при поступлении больных в ночное время, в выходные, праздничные дни, когда возможность исследовать чувствительность патогенной микрофлоры отсутствовала. В таких ситуациях, при необходимости назначения системных антибиотиков, мы руководствовались рекомендациями регионального центра клинической фармакологии «Региональные особенности патогенной микрофлоры, выделенной в Ставропольском центре клинической фармакологии и фармакотерапии у больных с острыми воспалительными процессами верхних дыхательных путей и среднего уха».

Учитывая высокую чувствительность патогенной микрофлоры, выделенной в городе Ставрополе у больных с острым средним отитом к цефтриаксону (98%) и амоксициллину (100%), мы в экстренных случаях, в первую очередь назначали именно эти препараты.

В стадии острого доперфоративного воспаления среднего уха мы у 97 (94,2%) пациентов проводили парамеатальные блокады и другое патогенетическое лечение.

Для парамеатальной блокады 1 грамм цефтриаксона разводили в 3,5 мл 1% раствора лидокаина. У 23 (22,3%) больных к раствору цефтриаксона добавляли 25 мг суспензии гидрокортизона. Блокады проводились через день, курс лечения состоял из 3–5 блокад.

После парацентеза или самопроизвольной перфорации барабанной перепонки, отделяемое из барабанной полости отправляли для изучения патогенной микрофлоры и чувствительности её к антибиотикам. После тщательного туалета наружного слухового прохода и барабанной перепонки, руководствуясь чувствительностью патогенной микрофлоры, применяли топические антибиотики: ушные капли ципромед, отофа или кандибиотик.

Ципромед применялся по 4–5 капель 3 раза в сутки. Курс лечения составлял от 7 до 10 дней.

Кратность применения отофы и курс лечения не отличались от таковых при применении ушных капель ципромед.

Кандибиотик применялся по 4–5 капель 3 раза в сутки. Курс лечения составлял от 7 до 10 дней.

Данные лекарственные препараты, содержащие в своем составе антибиотик, сочетали в себе довольно широкий спектр действия и минимум противопоказаний к применению.

По строгим показаниям, после консультации с физиотерапевтом, проводилась физиотерапия.

Сравнительная оценка проведенных нами методов электрофизического воздействия показала, что в настоящее время методом выбора при лечении простудных заболеваний верхних дыхательных путей и слуховой системы является магнитно-инфракрасная лазерная терапия (МИЛ – терапия). При этом одновременно используются три лечебных фактора: постоянное магнитное поле, непрерывное монохроматическое люминесцентное инфракрасное излучение и когерентное импульсное лазерное излучение. МИЛ-терапия обладает противовоспалительным, противоотечным, регенераторным, гипосенсибилизирующим и иммунокорригирующим эффектами, способна потенцировать действие лекарственных веществ.

Лечение проводилось ежедневно, способ воздействия – контактный на область носа и околоносовых пазух или на область сосцевидного отростка при помощи аппарата «Милта». Экспозиция 5–10 минут. Курс состоял из 10 сеансов МИЛ-терапии.

В зависимости от жалоб, общего состояния больных, выраженности интоксикации, патологических изменений в слуховой системе, состояния слуховой функции, проводимое нами

лечение в доперфоративной стадии острого гнойного воспаления в среднем ухе, мы, по показаниям, продолжали в постперфоративной и репаративной стадиях острого среднего отита.

Все 257 пациентов основной группы, кроме традиционного лечения дополнительно получали комплексное воздействие на различные звенья патогенеза заболевания с применением новых топических антибиотиков, топических иммуномодуляторов и антигипоксантов.

С этой целью, уже в стадии острого евстахиита, через 15–20 минут после применения сосудосуживающих препаратов, учитывая высокую чувствительность патогенной микрофлоры к фузафунгину, мы для местного лечения воспалительного процесса у всех больных основной группы применяли биопарокс, по 4 инсуффляции в каждую половину полости носа, через каждые 4 часа, в течение 7 дней. Фузафунгин оказывает бактериостатическое действие на грамположительные кокки, некоторые грамотрицательные бактерии, атипичные возбудители и отдельные виды грибов. Благодаря мельчайшим размерам частицы аэрозольного препарата достигают наиболее отдаленных и труднодоступных отделов полости носа, околоносовых пазух и слуховых труб.

Через 1,5–2 часа после инсуффляции биопарокса для усиления естественного специфического иммунитета и неспецифической реакции слизистой оболочки, повышения фагоцитарной активности макрофагов, увеличения содержания эндогенного лизоцима и интерферона, стимуляции секреторного IgA в полость носа и носоглотку распыляли ИРС-19, по 2 инсуфляции в каждую половину полости носа 3 раза в день, в течение 3 недель.

ИРС-19 – местный иммуномодулятор со свойствами вакцины в виде аэрозоля для интраназального применения. Специфическая защита обусловлена образующимися антителами (Ig A), неспецифическая проявляется в повышении фагоцитарной активности макрофагов, увеличении содержания лизоцима, усилении продукции эндогенного интерферона.

При ультразвуковой диагностике магистральных артерий экстракраниального отдела брахиоцефальной области у наблюдаемых нами больных с острым воспалением среднего уха выявлено снижение скорости кровотока, повышение периферического сопротивления, турбулентности кровотока. Гемодинамические нарушения мозгового кровообращения закономерно приводили к развитию кислородного голодания не только мозговой ткани, но и рецепторного аппарата слуховой системы. В катаральной, доперфоративной, постперфоративной стадиях острого среднего отита развивались наиболее тяжелые морфологические и функциональные изменения в слуховой системе. Наряду с поражением звукопроводящего аппарата у них четко регистрировалось снижение слуховой чувствительности и по костной проводимости, отмечался низкий дифференциальный порог восприятия силы звука, что свидетельствовало и о поражении сенсоневрального аппарата. В связи с этим, для повышения устойчивости рецепторного аппарата звукового анализатора и мозговой ткани к гипоксии, улучшения микроциркуляции и нормализации мозгового кровообращения больные основной группы с первых дней пребывания в стационаре получали кавинтон, мексидол, пирацетам и другие препараты.

Кавинтон (винпоцетин) – улучшает микроциркуляцию головного мозга, метаболизм мозговой ткани и реологические свойства крови, повышает устойчивость мозговой ткани к гипоксии.

Мексидол – обладает антиоксидантными и антигипоксическими свойствами, улучшает метаболизм мозговой ткани и кровоснабжение головного мозга, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, ингибирует процессы перекисного окисления липидов, повышает содержание АТФ и креатинфосфата, улучшает функцию митохондрий и клеточных мембран.

Пирацетам (ноотропил) – активирует ассоциативные процессы головного мозга, стимулирует пластические и биоэнергетические процессы в нервной ткани, повышает устойчивость мозговой ткани к гипоксии и токсическим воздействиям, улучшает микроциркуляцию, блокирует агрегацию тромбоцитов, оптимизирует конформационные свойства эритроцитарной мембраны и способность эритроцитов к прохождению через микрососуды. Быстро и практически полностью всасывается при приеме внутрь.

Указанные препараты применялись внутрь, внутривенно, внутримышечно, в зависимости от тяжести общего состояния.

Выводы:

Сравнительная оценка эффективности реабилитации слуховой системы на фоне разных стадий течения острого среднего отита показала, что избранные нами схемы лечения более эффективны ($p<0,01$), по сравнению с контрольной группой больных, лечившихся по обычным схемам.

Непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты реабилитации показали, что дополнение традиционного комплекса лечения острого среднего отита биопароксом, ИРС-19 и антигипоксантами ускоряло процесс восстановления структур и функций слуховой системы. Стойкое снижение слуховой функции у пациентов, получавших данные препараты формировалось в 3,2 раза реже, чем у больных контрольной группы.

УДК: 616. 28–008. 14–036. 2

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

М. Е. Загорянская, М. Г. Румянцева

ФГУ Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования Росздрава, г. Москва (Директор – проф. Г. А. Тавартkиладзе)

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2002 года, в мире насчитывается 250 млн. человек, страдающих нарушениями слуха (учитывалось понижение слуха, превышающее 40 дБ на лучше слышащее ухо), что составляет 4,2% от всей популяции земного шара. Согласно прогнозам ВОЗ к 2030 году ожидается увеличение численности населения с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30%. В России насчитывается около 13 млн. человек с нарушениями слуха. Залогом полноценной медико-социальной реабилитации лиц с тугоухостью является ранняя диагностика нарушений слуха.

Специализированная помощь взрослым с нарушениями слуха оказывается по обращаемости их в сурдологопедические кабинеты и, как правило, сводится к исследованию слуха и, при показаниях, к слухопротезированию. Систематического обследования взрослых, даже организованных групп людей, с целью выявления нарушений слуха не проводится. В связи с указанным у подавляющего числа взрослых, обращающихся за помощью в сурдологопедические кабинеты, диагностируются социально значимые нарушения слуха.

За последние годы в медицину прочно вошло понятие «Эпидемиология неинфекционных заболеваний». Задачей эпидемиологического обследования является установление причин данного заболевания и выяснение условий, способствующих их возникновению и распространению. Результаты эпидемиологического обследования являются основой для организации и проведения наиболее рациональных профилактических мероприятий.

Нами проанализированы 2069 амбулаторных карт больных с нарушениями слуха, начиная с 18-летнего возраста и старше, направленных в Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезтрования на консультацию из регионов России.

Возрастной состав больных был следующим: 16–20 лет – 260 человек, 21–30 лет – 310, 31–40 лет – 322, 42–50 – 334, 51–60 лет – 343, 61–70 лет – 285 и 71 и старше – 215 человек. Лица молодого трудоспособного возраста составили 75,8 %, лица старше 60 лет – 24,2%. Женщин было (1074 чел. – 51,9%) мужчин (995 чел. – 48,1%). Подавляющее число больных (72,1%) отмечали снижение слуха более 10 лет, из них 46,1% – более 20 лет.