

ВЕСТНИК СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

№ 1 – 2016



**Новые возможности
в профилактике и лечении гриппа**
**Комплексный подход к терапии
хронического верхнечелюстного
синусита**

**Роль эбастина в купировании
острых проявлений
аллергических реакций**

**Использование
физиотерапевтических методов
в целях профилактики заболеваний**

atopic®

УЛУЧШАЕТ СОСТОЯНИЕ КОЖИ И САМОЧУВСТВИЕ МАЛЫША



- Полноценный уход за кожей при атопическом дерматите
- Самые необходимые средства
- Доказанная эффективность и безопасность
- Для детей с грудного возраста



Кожа ребенка с АД
должна содержаться в чистоте
с головы до пяток



Эмоленты следует применять
постоянно в течение дня,
чтобы кожа не была сухой ни минуты



На раздраженную кожу
(за исключением мокнущих участков)
следует наносить успокаивающие средства,
снимающие зуд и раздражение



Улучшает состояние кожи
и самочувствие малыша

www.atopicbaby.ru



III МОСКОВСКАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА

13-14
ОКТАБРЯ
2016

Холидей Инн
Москва Сокольники

ОСНОВНЫЕ ТЕМАТИКИ

- Онкоурология (рак мочевого пузыря и предстательной железы, объёмные образования почек);
- МКБ, доброкачественная гиперплазия простаты, инфекция мочевых путей;
- Андрология и реконструктивно-пластическая урология;
- Урогинекология и нейроурология.

UROSTANDART.MOSCOW

При поддержке



Европейская
Ассоциация Урологов



Министерство
Здравоохранения РФ



Департамент
Здравоохранения
города Москвы



Комитет
по здравоохранению
Санкт-Петербурга





ХІІІ РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ

ХІІІ РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ

27–28 октября 2016 г.

Гостиница «Холидей Инн Сокольники»
Москва, Русаковская улица, д. 24

Глубокоуважаемые коллеги!

От имени Российского общества онкогематологов, Европейской гематологической ассоциации и лично проф. И.В. Поддубной мы рады пригласить вас принять участие в **ХІІІ Российской конференции с международным участием «Злокачественные лимфомы»**, которая состоится **27–28 октября 2016 г. в Москве**.

В рамках конференции планируются выступления крупнейших отечественных и зарубежных специалистов в области диагностики и лечения злокачественных лимфопролиферативных заболеваний, посвященные наиболее актуальным вопросам этого раздела онкогематологии, а также самым значимым событиям в области лечения лимфом, хронического лимфолейкоза и множественной миеломы, произошедшим в 2015–2016 гг.

Тезисы для постеров вы можете присылать до 1 сентября 2016 г. Тезисы должны быть представлены в виде текстовой аннотации до 2500 знаков с пробелами.

Постеры будут оцениваться экспертной комиссией, авторам лучших постеров будет предоставлена возможность выступить с сообщением в рамках соответствующей сессии конференции.

Обязательная бесплатная регистрация на конференцию и подача аннотаций постеров доступны на сайте www.conferenceml.com с 1 апреля по 1 сентября 2016 г.

Организация конференции возложена на компанию TS Oncology. С любыми вопросами, связанными с конференцией, вы можете обращаться по адресу lymphoma@tsoncology.com.

До встречи на конференции!



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ

№ 1 – 2016

ВЕСТНИК СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

ВЕСТНИК СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

№ 1 – 2016



Новые возможности
в профилактике и лечении гриппа
Комплексный подход к терапии
хронического верхнечелюстного
синусита
Роль эбастина в купировании
острых обострений
аллергических реакций
Исползование
физиотерапевтических методов
в целях профилактики заболеваний

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

И.Н. Денисов (главный редактор, академик РАН, профессор)
Б.В. Агафонов (зам. главного редактора, Москва)
А.А. Стремоухов (зам. главного редактора, Москва)
Н.В. Топчий (ответственный секретарь)
Г.Е. Ройтберг (Москва) О.Ю. Кузнецова (С.-Петербург)
Г.П. Арешев (Москва) О.М. Лесняк (Екатеринбург)
Г.И. Нечаева (Омск) Г.В. Шавкута (Ростов-на-Дону)
Б.Л. Мовшович (Самара) Г.И. Лысенко (Киев)
О.П. Щепин (Москва) А.П. Байда (Ставрополь)
М.С. Доценко (С.-Петербург)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Е.И. Черниенко (Москва) О.В. Андреева (Москва)
А.В. Шабров (С.-Петербург) А.А. Джумагазиев (Астрахань)
А.А. Абдуллаев (Махачкала) О.Н. Сигитова (Казань)
В.Р. Вебер (Великий Новгород) Т.В. Зауольникова (Москва)
Е.В. Панфилова (Томск) Е.В. Казакевич (Архангельск)
П.Г. Петрова (Якутск) Т.В. Болотнова (Тюмень)
И.В. Юбрина (С.-Петербург) Н. Нармухамедова (Ташкент)
Ю.А. Коротков (Москва) А. Юргутис (Клайпеда)
В.П. Сажин (Тульская обл.) Н.Н. Шевцова (Московская обл.)
С.А. Чорбинская (Москва) Н.В. Сулонова (Чебоксары)
Ю.М. Комаров (Москва) Н.Н. Симонова (Москва)
Т.А. Протопопова (Москва) В.И. Стародубов (Москва)
С.А. Бабанов (Самара)

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

А. Синичкин – исполнительный директор проекта
В. Войлаков – руководитель проекта
(v.voylakov@medforum-agency.ru)
Т. Чемерис – шеф-редактор
А. Горчакова,
С. Евстафьева – журналисты
Т. Афонькин – дизайнер
Е. Самойлова – корректор

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Адрес редакции:
127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, офис 3515
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Отпечатано в типографии ООО «Юнион Принт».
Тираж 20 000 экз.

При перепечатке материалов ссылка на «Вестник семейной
медицины» и письменное разрешение редакции обязательны
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ №77-18324 от 21 сентября 2004 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИИ

Н.В. ТОПЧИЙ, Н.Н. КУЗЕНКОВА

**Новые возможности в лечении гриппа –
ориентир на Номидес (осельтамивир) 4**

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

С.А. КАРПИЩЕНКО, С.В. БАРАНСКАЯ

**Терапия хронического
верхнечелюстного синусита. 10**

С.А. КАРПИЩЕНКО, М.А. РЯБОВА, Н.А. ШУМИЛОВА

**Консервативное лечение
при полипозном риносинусите 14**

АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ

К.Т. ПЛИЕВА, О.О. МЕЛЬНИЧЕНКО, З.А. НЕВОЗИНСКАЯ,
И.М. КОРСУНСКАЯ

**Возможности контроля
возможных аллергических реакций 18**

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЯ

А.Ю. ПУТИНЦЕВ, Л.Р. САКАНИЯ, О.О. МЕЛЬНИЧЕНКО,
И.М. КОРСУНСКАЯ

**Терапия пациентов с розацеа,
осложненным демодекозом. 22**

НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

А.А. АТАМАНЧУК, В.А. КРУГЛОВ, Е.Б. ШИРОКОВА

**Синдром обструктивного апноэ сна
как неизвестная причина
дорожно-транспортных происшествий
в России. 26**

ФИЗИОТЕРАПИЯ

А.Г. КУЛИКОВ

**Применение современных
физических методов
в лечении и реабилитации пациентов 30**

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

В.Н. СЕРГЕЕВ

**Целесообразность применения
нутриционных
реабилитационных программ 34**

Новые возможности в лечении гриппа — ориентир на Номидес (осельтамивир)

Н.В. Топчий, к.м.н.; Н.Н. Кузенкова

Российский университет дружбы народов, ГБУ «Поликлиника № 68 г. Москвы»
Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – заболевания верхних дыхательных путей (включая полость среднего уха и параназальные синусы) с массовыми вспышками и практически ежегодными эпидемиями, значительным бременем как для семьи, так и для практического здравоохранения в целом – в последние годы приобрели тенденцию к затяжному течению у некоторых групп пациентов. В России ежегодно болеют ОРВИ и гриппом более 30 млн человек (10–15% трудоспособного населения, 45–60% больных дети). Однако ряд исследователей предполагают, что реальное количество заболевших, часто не обращающихся за медицинской помощью, превышает официальные данные в 1,5–2 раза. В то же время грипп и ОРВИ остаются практически трудно контролируемые заболевания из-за высокой изменчивости антигенной структуры и вирулентности циркулирующих вирусов. Последний пример таких изменений – тяжелый острый респираторный синдром, более известный как атипичная пневмония (SARS), причиной которого является коронавирус, относящийся к группе возбудителей ОРВИ [1–4]. Известно около 300 возбудителей респираторных инфекций, и более 200 из них вирусы. Риновирусы обуславливают до 30–50% случаев заболеваний ОРВИ во всех возрастных группах. Вирусы гриппа вызывают 5–15% случаев респираторных инфекций, коронавирусы «забирают» до 15%, респираторно-синцициальный вирус, вирусы парагриппа, адено-

вирусы и энтеровирусы встречаются значительно реже (< 5%). У 5% пациентов выявляется более двух респираторных вирусов, а в 20–30% случаев идентифицировать возбудителя не удается [1, 5]. Причиной ОРВИ-подобных заболеваний также могут быть некоторые энтеровирусы, в частности коксаки- и ЕСНО-вирусы. Считается, что удельный вес этих возбудителей в этиологической структуре ОРВИ невелик. В ряде случаев ОРВИ-подобное заболевание может быть вызвано некоторыми разновидностями герпесвирусов [2, 4, 5]. Источником инфекции при заболеваниях дыхательных путей являются больные ОРВИ и гриппом с явными, стертыми или бессимптомными формами заболевания. Пути передачи инфекции зависят от вида возбудителя. Контактный путь передачи (через руки при контакте с секретами, содержащими вирусные частицы) наиболее характерен для риновирусной инфекции, в то время как для гриппа характерна воздушно-капельная форма передачи. Практически все вирусы обладают тропностью к слизистой оболочке носоглотки, которая и служит «входными воротами» для инфекции. Дальнейшее проникновение вируса в эпителиальные клетки обуславливает развитие местной воспалительной реакции (боль в горле, ринорея, кашель и т.д.). Последующая вирусемия сопровождается интоксикационным синдромом (слабость, головная боль, потеря аппетита, диспепсия, миалгия, артралгия) и гипертермией. Клинические особенности разных групп возбудителей ОРВИ представлены в табл. 1, но далеко

Таблица 1. Клинические особенности разных групп возбудителей ОРВИ

Клинические особенности	Тип вируса					
	грипп	парагрипп	респираторно-синцициальный	аденовирус	риновирус	коронавирус
Путь передачи	Воздушно-капельный Контактно-бытовой	Воздушно-капельный	Воздушно-капельный	Воздушно-капельный Фекально-оральный	Воздушно-капельный Контактно-бытовой	Воздушно-капельный
Инкубационный период	До 3 дней	3–4 дня Иногда до 7 дней	3–7 дней	7–14 дней	2–3 дня	2–3 дня
Начало заболевания	Острое	Постепенное	Постепенное	Острое	Острое	Постепенное
Головная боль	Сильная	Слабая	Умеренная	Слабая	Редко	Редко
Повышение температуры тела	Высокая	Умеренная		Высокая длительная	Субфебрильная	Субфебрильная
Миалгия, арталгия	Выраженная	Отсутствует	Редко	Умеренная	Отсутствует	Редко
Конъюнктивит	Часто	Отсутствует		Выражен сильно	Редко	Отсутствует
Фарингит	Яркий	Слабый	Слабый	Яркий до острого тонзиллита, налеты	Слабый	Слабый
Ринит	Умеренный	Резкий	Умеренный	Резкий	Резкий	–
Осиплость голоса	Бывает	Бывает	Бывает	Редко	Бывает	–
Кашель	Сухой	Сухой, грубый, лающий	Сильный Приступообразный с обструкцией	Бывает	Редко	Бывает
Лимфаденит	Отсутствует		Редко	Полиаденит	Отсутствует	
Гастроэнтероколит	–	–	–	Бывает	–	Часто
Размеры печени	Не увеличена		Увеличена	Часто увеличена	Не увеличена	Увеличена

не всегда позволяют четко типировать возбудитель в амбулаторной практике только по клиническим проявлениям. В то же время экспрессных методов постановки диагноза для ряда возбудителей не разработано либо они достаточно дороги. В какой-то мере решить эту проблему помогает стереотипность реакций организма на внедрение и размножение возбудителя, что и обуславливает выбор симптоматической терапии. К ведущим клинико-дифференциальным признакам при гриппе относятся: токсикоз; дисциркуляторные расстройства; умеренные катаральные явления с преимущественным поражением трахеи и крупных бронхов; характерный внешний вид больных (гиперемия и одутловатость лица, вы-

раженная инъекция сосудов склер и конъюнктив); повышенная потливость; поражение мелких сосудов; цианоз губ и слизистых оболочек; геморрагические проявления; запаздывание катаральных симптомов на несколько часов или на 1–2 дня; умеренный ринит (в среднем от 3 до 6 дней) без ринореи; сухость слизистой оболочки носа и глотки [1, 5]. При всех ОРВИ, так же как и гриппе, могут встречаться разнообразные осложнения в виде бронхитов, синуситов, пневмоний, что делает эти инфекции потенциально опасными для жизни. Из осложнений гриппа наиболее тяжелым является инфекционно-токсический шок, клинически проявляющийся острой сердечно-сосудистой недостаточностью, отеком легких, отеком

мозга, диссеминированным внутрисосудистым свертыванием. Эти синдромы могут возникать изолированно или в сочетании друг с другом [2, 4].

При острой сердечно-сосудистой недостаточности наблюдаются бледность и цианоз кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления. При начинающемся отеке легких больные жалуются на затрудненное дыхание, принимают вынужденное положение. Грозный прогностический признак – пеннистая мокрота с примесью крови. У таких больных аускультативно определяются крупнопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, укорочение перкуторного звука. Отек мозга чаще развивается у детей и лиц пожилого и старческого возраста и проявляется нарушением сознания, менингизмом. Госпитализации подлежат больные с тяжелыми и осложненными формами инфекции, пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, независимо от формы тяжести гриппа, лица пожилого и старческого возраста со среднетяжелым и тяжелым течением гриппа. При выявлении больного с признаками дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности, отека мозга осуществляют немедленную госпитализацию реанимационной бригадой скорой помощи. До ее прибытия вводят внутримышечно противогриппозный гамма-глобулин 6 мл, преднизолон 2 мг/кг массы тела, анальгин 50% 2 мл, димедрол 1% 2 мл. Желательно начать антибактериальную терапию. Дифференциальный диагноз следует проводить с герпетической инфекцией, тяжелым острым респираторным синдромом, корью, микоплазменной инфекцией, сибирской язвой, бруцеллезом, менингококковой инфекцией, лептоспирозом, заболеваниями тифо-паратифозной группы, малярией в разгар заболевания, гепатитом А в преджелтушном периоде, бактериальными и вирусными менингитами и другими инфекционными заболеваниями с гипертермией, интоксикационным и катаральным синдромами [1, 5].

Больные легкими, среднетяжелыми неосложненными формами гриппа и ОРВИ лечатся дома. Их изолируют в отдельную комнату или ширмой, часто проветривают помещение. В лихорадочный период рекомендуют постельный режим, тепло (теплая постель, грелки к ногам), молочно-растительная диета, обильное горячее питье – теплое молоко, фруктовые соки, морс, потогонные средства – мед, отвар липового цвета, малина и др. Как хорошее противовоспалительное средство действует куриный бульон. Медикаментозную терапию желательно назначать в первые два дня болезни, поскольку применение препаратов в более поздние сроки малоэффективно. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала вакцинацию против гриппа как реальный способ профилактики инфекции и возможность создания коллективного иммунитета. ВОЗ определила группы лиц, которым вакцинация необходима: часто и длительно болеющие; лица с хроническими заболеваниями органов дыхания (хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма и проч.) и/или имеющие пороки развития дыхательной системы; лица с болезнями и/или пороками развития центральной нервной системы; пациенты с врожденными и/или приобретенными пороками сердца, нарушениями сердечного ритма; пациенты с заболеваниями почек (хронический гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность); пациенты с болезнями крови;

лица, страдающие эндокринными заболеваниями (сахарный диабет); пациенты с иммунодефицитными состояниями; больные, которых лечат препаратами, подавляющими иммунную систему; члены семей из указанных групп риска [5–7]. Антибактериальная терапия при гриппе и ОРВИ является в настоящее время наиболее распространенной ошибкой в реальной клинической практике. Несмотря на то что антибиотики не активны в отношении вирусной инфекции, врачи широко назначают их, предполагая, что их применение минимизирует риск развития бактериальных осложнений заболевания. Такая практика не имеет под собой какой-либо доказательной базы, приводит лишь к значительному увеличению затрат на медицинскую помощь и повышает вероятность развития нежелательных реакций. Единственным показанием к применению антибактериальной терапии является развитие бактериальных осложнений вирусной инфекции, и то только в четко определенных клинических ситуациях. Так, при остром среднем отите тактика ведения пациентов до настоящего времени остается неоднозначной, поскольку заболевание имеет склонность к самоизлечению без проведения антибиотикотерапии, особенно если возбудителем является *M. catarrhalis* или *H. influenzae*. В то же время саморазрешение острого среднего отита, вызванного *S. pneumoniae*, отмечается менее чем в 20% случаев. В связи с этим целесообразность назначения антибиотиков требует тщательного анализа степени тяжести и длительности сохранения клинических симптомов заболевания. При появлении первых признаков болезни рекомендована выжидательная тактика: продолжение противовирусной терапии, назначение симптоматического лечения и динамическое наблюдение за состоянием пациента в течение ближайших 24 часов. Абсолютными показаниями к применению антибиотиков считаются возраст до 2 лет, тяжелые формы отита, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом, температурой тела выше 38 °С и сохранением симптомов более одних суток. Препарат выбора лечения – амоксициллин, в случае же отсутствия положительного эффекта более 3 дней (сохранение клинических симптомов и отоскопической картины отита) рекомендован прием «защищенных» аминопенициллинов либо в/м использование цефтриаксона. Продолжительность антибактериальной терапии составляет 7–10 дней. При остром синусите антибиотики показаны при сохранении ряда симптомов (гнойные выделения из носа, лихорадка, головная боль, боль и болезненность при пальпации в проекции синусов) более 7 дней. Препаратом выбора признан амоксициллин, альтернативной ему является применение амоксициллина/клавуланата, цефуроксима аксетила либо «респираторных» фторхинолонов у взрослых пациентов. Серьезным осложнением гриппа является пневмония, чаще всего развивающаяся у пожилых пациентов и у лиц, страдающих серьезной сопутствующей патологией (сахарный диабет, сердечно-сосудистые и хронические легочные заболевания, почечная недостаточность, иммуносупрессия). В этиологии постгриппозной пневмонии преимущественное значение имеют *S. aureus*, *S. pneumoniae* и *H. influenzae*. К числу антибиотиков, рекомендуемых национальными рекомендациями по ведению пациентов с пневмонией в режиме эмпирической

терапии, относят «защищенные» аминопенициллины, цефалоспорины III поколения, «респираторные» фторхинолоны. В случае стафилококковой этиологии пневмонии эффективны оксациллин, цефалоспорины I поколения, при обнаружении метициллинрезистентных штаммов *S. aureus* к лечению добавляют ванкомицин либо линезолид. Антибактериальной терапии должно сопутствовать лечение противовирусными препаратами [1, 5].

Нормативные документы Министерства здравоохранения по включению тех или иных лекарственных средств в стандарты лечения гриппа и ОРВИ постоянно пополняются новыми препаратами. В связи с высокой природной изменчивостью вирусов гриппа и ОРВИ в популяции, высокой вариабельностью генома и генетической предрасположенностью к точечным мутациям поиск специфических ингибиторов, блокирующих функциональную активность вирусов на разных этапах цикла репликации, ведется постоянно. К числу самых важных достижений последних лет в лечении гриппа и ОРВИ относится создание на основе целенаправленного молекулярного дизайна препаратов с селективным действием – ингибиторов нейраминидазы вирусов [8]. Нейраминидаза является ферментом, контролирующим путем отщепления остатков сиаловых кислот от гемагглютинина процессы отпочкования и высвобождения зрелых вирусных частиц от мембран инфицированных клеток. Она также играет определенную роль в процессе инфицирования на начальных стадиях проникновения вирусов гриппа в клетки хозяина. Нейраминидаза и гемагглютинин являются факторами агрессии вируса гриппа. Интенсивность интоксикации при гриппе определяется свойствами гемагглютинина, а нейраминидаза обладает выраженным иммунодепрессивным действием [8]. Таким путем были созданы препараты занамивир и осельтамивир. Появление этих препаратов стало новым направлением в технологии создания противовирусных средств. В России зарегистрированы оба препарата, однако занамивир непригоден для широкого применения в клинической практике, так как может применяться только в виде ингаляций, что не всегда удобно пациенту вне дома, а также при наличии сопутствующих заболеваний, у детей дошкольного возраста и пожилых. Кроме того, применение занамивира может сопровождаться целым рядом побочных эффектов, включая бронхоспазм и отек гортани. Другой же ингибитор нейраминидазы – осельтамивир зарекомендовал себя как высокоэффективный и безопасный препарат. Противовирусный препарат осельтамивира фосфат является пролекарством, его активный метаболит осельтамивира карбоксилат – эффективный и селективный ингибитор нейраминидазы вирусов гриппа типа А и В – фермента, катализирующего процесс высвобождения вновь образованных вирусных частиц из инфицированных клеток, их проникновение в клетки эпителия дыхательных путей и дальнейшего распространения вируса в организме [8, 9]. Клиническая эффективность осельтамивира продемонстрирована в исследованиях экспериментального гриппа у человека и в исследованиях III фазы при инфекции гриппа, возникающей в естественных условиях. В клинических исследованиях пока-

Показаниями к применению Номидеса (осельтамивира) являются лечение гриппа у взрослых и детей в возрасте старше 3 лет, профилактика гриппа у взрослых и детей старше 3 лет, находящихся в группах повышенного риска инфицирования вирусом (в воинских частях, больших производственных и учебных коллективах, у ослабленных больных). При проведении профилактических мероприятий препарат рекомендуется назначать не позднее 2 суток после контакта с больным до 6 недель во время сезонной эпидемии гриппа. Больным с 12 лет и старше, а также детям в возрасте с 8 лет и старше с массой тела более 40 кг Номидес (осельтамивир) назначают по 75 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней

зано, что осельтамивир хорошо проникает в основные очаги инфекции, в том числе в легкие, среднее ухо, пазухи, при этом не влияет на образование противогриппозных антител, на выработку антител в ответ на введение инактивированной вакцины против гриппа. Осельтамивир значительно сокращал период клинических проявлений гриппозной инфекции (на 32 часа у взрослых и на 35,8 часа у детей) по сравнению с плацебо. У пациентов с подтвержденным диагнозом гриппа, принимавших осельтамивир, тяжесть заболевания, выраженная как площадь под кривой для суммарного индекса симптомов, была на 38% меньше по сравнению с пациентами, получавшими плацебо. Более того, у молодых пациентов без сопутствующих заболеваний осельтамивир снижал примерно на 50% частоту развития осложнений гриппа, требовавших применения антибиотиков (бронхита, пневмонии, синусита, среднего отита). Профилактическая эффективность осельтамивира при естественной гриппозной инфекции А и В была доказана в клинических исследованиях III фазы, когда взрослые и подростки, которые контактировали с больным членом семьи, начинали прием осельтамивира в течение 2 дней после возникновения симптомов гриппа у члена семьи и продолжали его в течение 7 дней, что достоверно уменьшало частоту случаев гриппа у контактированных лиц на 92%. В двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании у непривитых и в целом здоровых взрослых в возрасте 18–65 лет прием осельтамивира во время эпидемии гриппа в течение 42 дней снижал заболеваемость гриппом на 76%. В другом двойном плацебоконтролируемом исследовании у лиц пожилого и старческого возраста, находившихся в домах престарелых, 80% которых были привиты перед сезоном, когда проводилось исследование, прием осельтамивира в течение 42 дней достоверно снижал заболеваемость гриппом на 92%. В этом же исследовании осельтамивир на 86% уменьшал частоту осложнений гриппа бронхитом, пневмонией, синуситом. В проведенных исследованиях была также показана профилактическая эффективность осельтамивира в отношении уменьшения частоты выделения вируса и предо-

Таблица 2. Назначение Номидеса (осельтамивира) детям от трех лет

Масса тела	Рекомендуемая доза в течение пяти дней	Профилактическая доза в течение десяти дней
< 15 кг	30 мг 2 раза в сутки	30 мг 1 раз в сутки
> 15–23 кг	45 мг 2 раза в сутки	45 мг 1 раз в сутки
> 23–40 кг	60 мг 2 раза в сутки	60 мг 1 раз в сутки
> 40 кг	75 мг 2 раза в сутки	75 мг 1 раз в сутки

тращения передачи вируса от одного члена семьи другому [8, 9]. В течение ряда лет осельтамивир был представлен на российском фармацевтическом рынке препаратом Тамифлю («Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд.», Швейцария). В 2014 г. завершилось открытое рандомизированное перекрестное исследование сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности отечественного препарата Номидес (МНН осельтамивир) капсулы 75 мг (ОАО «Фармсинтез», Россия) и Тамифлю капсулы 75 мг («Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд.», Швейцария) у 28 здоровых добровольцев европеоидной расы мужского и женского пола в возрасте от 18 до 45 лет включительно. На основании проведенного исследования было подтверждено, что исследуемые препараты характеризуются высокой степенью сходства показателей фармакокинетики. Индивидуальные и усредненные профили фармакокинетических кривых обоих препаратов имели совпадающие формы. Исследуемые препараты характеризовались близкими значениями относительной биодоступности, максимальной концентрации и скорости всасывания. Таким образом, указанное клиническое исследование показало, что Номидес (МНН осельтамивир) капсулы 75 мг (ОАО «Фармсинтез», Россия) и Тамифлю капсулы 75 мг («Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд.», Швейцария) являются биоэквивалентными. В целом переносимость обоих изучаемых препаратов полностью соответствовала профилю безопасности и переносимости лекарственного вещества. В ходе исследования нежелательных явлений выявлено не было.

Номидес (МНН осельтамивир) принимают внутрь во время еды, что улучшает переносимость препарата, или независимо от приема пищи. При затрудненном глотании капсул предлагается ее вскрытие и добавление содержимого капсулы в небольшое количество (максимально 1 чайная ложка) любого подслащенного продукта питания для скрытия горького вкуса (шоколадный сироп, подслащенная вода, сладкий десерт, сгущенное молоко, яблочное пюре или йогурт). Прием Номидеса (МНН осельтамивир) рекомендуется начинать не позднее 2 суток от появления симптомов гриппа. При проведении профилактических мероприятий препарат рекомендуется назначать не позднее 2 суток после контакта с больным до 6 недель во время сезонной эпидемии гриппа. Больным с 12 лет и старше, а также детям в возрасте с 8 лет и старше с массой тела более 40 кг Номидес (МНН осельтамивир) назначают по 75 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней. Детям в возрасте 3 лет и старше Номидес (МНН осельтамивир) назначают в дозах, представленных в табл. 2.

У больных с клиренсом креатинина от 10 до 30 мл/мин дозу осельтамивира следует уменьшить до 30 мг один раз в сутки в течение 5 дней. Больным на постоянном гемодиализе осельтамивир в первоначальной дозе 30 мг можно принять до начала диализа, если симптомы гриппа появились в течение 48 часов между сеансами диализа.

Показаниями к применению Номидеса (МНН осельтамивир) являются лечение гриппа у взрослых и детей в возрасте старше 3 лет, профилактика гриппа у взрослых и детей старше 3 лет, находящихся в группах повышенного риска инфицирования вирусом (в воинских частях, больших производственных и учебных коллективах, у ослабленных больных).

Таким образом, арсенал средств, применяемых для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ, достаточно разнообразен, и главная задача врача – использовать всю палитру средств, необходимых конкретному пациенту, с учетом конкретной клинической ситуации. 

Литература

1. Денисов И.Н., Заугольникова Т.В. Грипп и острые респираторные вирусные инфекции в общей врачебной практике. Учебное пособие. М., 2009.
2. Малый В.П., Романцев М.Г., Сологуб Т.В. Грипп. Пособие для врачей. СПб. – Харьков, 2007.
3. Овчинникова Л.К., Овчинникова Е.А. Острые респираторные вирусные инфекции // Российские аптеки. 2008. № 22.
4. Смирнов В.С. Современные средства профилактики и лечения гриппа и ОРВИ. СПб., 2008.
5. Трухан Д., Тарасова Л. Особенности клиники и лечения острых респираторных вирусных инфекций в практике врача-терапевта // Врач. 2014. № 8. С. 44–47.
6. Семенов Б.Ф., Зверев В.В., Хаитов Р.М. Ожидаемые события в развитии вакцинопрофилактики до 2020–2030 гг. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2010. № 2. С. 105–111.
7. Фельдблюм И.В., Наумов О.Ю., Девятков М.Ю. и др. Вакцинация против гриппа как инструмент управления риском смертности от болезней системы кровообращения // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2011. № 1. С. 64–68.
8. Малеев В.В. Роль ингибиторов нейраминидазы в профилактике и лечении гриппа // Клиническая фармакология и терапия. 2007. № 1. С. 1–6.
9. Кладова О.В., Погодина Т.Ф., Учайкин В.Ф. Опыт применения осельтамивира (Тамифлю) при гриппе и ОРВИ у детей // Лечащий врач. 2006. № 1.

Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ

Ежегодная научно-практическая конференция

Респираторные инфекции и бронхолегочные осложнения. Современная диагностика, лечение и профилактика

2 декабря 2016, Москва



Председатель

Девяткин Андрей Викторович - профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины с курсом клинической лабораторной диагностики ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 ДЗМ».

В программе конференции

- Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика респираторных инфекций
- Особенности клинического течения, принципы лечения и профилактика гриппа и ОРВИ
- Воспалительные заболевания глотки. Принципы эффективной терапии
- Мукоактивные препараты: возможности и ограничения
- Бактериальные осложнения гриппа и ОРВИ: пневмонии. Роль атипичных возбудителей
- Тяжелая внебольничная пневмония
- Фармакотерапия бронхиальной астмы
- Постинфекционный кашель
- Острый бронхит. Рациональная фармакотерапия
- Рациональный подход к терапии ОРВИ, гриппа и их осложнений у детей

Место проведения

ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ, г. Москва, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28.

Вход с Калошина пер., д. 3, стр. 2

Проезд до ст. м. «Арбатская», «Смоленская», «Кропоткинская».

Регистрация с 09.00. Научная программа в 10.00.

Регистрация и подробная информация на сайте www.eecmedical.ru,

по эл. почте info@eecmedical.ru или по телефонам

+7 (495) 592-06-59, +7 (916) 567-35-29

EEC Medical
Educational Event Coordinator

Терапия хронического верхнечелюстного синусита

С.А. Карпищенко, д.м.н., проф.; С.В. Баранская

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Введение

Риносинусит относится к заболеваниям, наиболее часто диагностируемым в клинической практике. Заболеваемость риносинуситом в США составляет около 37 млн случаев в год, а расходы здравоохранения достигают 6 млрд долларов [1]. В России ежегодно регистрируется около 10 млн случаев риносинусита. Частота хронических синуситов составляет 146 случаев на 1000 населения. На долю верхнечелюстных синуситов среди патологий со стороны околоносовых пазух приходится 56–73% [2, 3].

Хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух обычно бывают следствием перенесенного острого синусита, когда в силу разных причин нарушается естественная эвакуация содержимого пазухи.

Согласно классификации С.З. Пискунова и Г.Х. Пискунова 1997 г. хронический риносинусит подразделяют:

- ✓ на катаральный;
- ✓ гнойный;
- ✓ пристеночно-гиперпластический;
- ✓ полипозный;
- ✓ фиброзный;
- ✓ кистозный;
- ✓ аллергический;
- ✓ осложненный (остеомиелит, холестеатома, пиомucoцеле, распространение процесса на клетчатку глазницы, венозные сосуды, полость черепа).

Выделяют также смешанные формы – гнойно-полипозный и кистозно-гнойный риносинусит [4].

Необходимо учитывать многофакторность развития заболевания. К анатомическим предпосылкам можно отнести расположение естественного соустья в верхнем отделе пазухи, его относительную узость, что создает неблагоприятные условия для эвакуации патологического содержимого при воспалительном процессе [5].

Большое значение имеют девиация перегородки носа, наличие гребней и шипов перегородки, гипертрофия носовых раковин, инфекционные гранулемы и опухоли. Деформация перегородки, а также гипо- и апластические процессы в области анатомических образований латеральной стенки полости носа нарушают аэродинамику. Изменяется направление струи вдыхаемого воздуха, что приводит к появлению микротравм эпителия и нарушению барьерной функции слизистой оболочки. Гипертрофия структур среднего носового хода – крючковидного отростка и решетчатого пузыря, а также полипозная дегенерация слизистой оболочки способствуют блокированию физиологического соустья пазухи. Нарушается воздухообмен пазухи, угнетается функция

мерцательного эпителия, имеют место гиперсекреция железистого аппарата и транссудация жидкости в просвет пазухи. Как следствие – воспалительный процесс в пазухе, проявляющийся экссудацией, нагноением, пристеночной гиперплазией [4].

Анатомо-топографические взаимоотношения верхнечелюстного (максиллярного) синуса и зубочелюстной системы обуславливают развитие воспалительных процессов дентарной природы [6]. В настоящее время увеличилось число случаев хронических верхнечелюстных синуситов, обусловленных попаданием в полость синуса инородных тел различной природы при инвазивном лечении. Так, иногда при эндодонтической терапии пломбирочный материал непреднамеренно выводится за пределы корневого канала в просвет пазухи [7].

Терапия

При хроническом верхнечелюстном синусите используют как консервативные, так и хирургические методы. Показаниями к проведению хирургического вмешательства служат неэффективность консервативной терапии, наличие выраженных изменений архитектоники полости носа, инородных тел и гиперпластических процессов в синусе. Хирургическая тактика заключается в восстановлении аэрации и дренирования пазухи, удалении патологических образований (полипов, кист, мукоцеле, грануляций, инородных тел и др.). В настоящее время чаще прибегают к щадящим, функциональным и малотравматичным вмешательствам.

Консервативная терапия хронического верхнечелюстного синусита включает промывание полости пазухи (после пункции), назначение местных и системных антибактериальных препаратов, деконгестантов, топических глюкокортикостероидов (ГКС), ирригацию полости носа изотоническими растворами, физиотерапию и т.д. При гнойном синусите базисным элементом этиотропной терапии является использование антибактериальных препаратов. Назначение antimicrobных препаратов при хроническом синусите основано на данных микробиологических исследований. При хроническом синусите помимо аэробной развивается анаэробная и грибковая флора. В большинстве случаев встречается монокультура, частота микробных ассоциаций достигает 15% [8].

Анаэробные микроорганизмы – анаэробные стрептококки, *Prevotella* spp., *Fusobacterium* и т.д. К основным аэробным возбудителям относятся *Streptococcus* spp., *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *S. aureus*, *Moraxella catarrhalis* и др.

Представители грибковой флоры – *Aspergillus* spp., *Phycomycetes* spp., *Alternaria* spp., *Candida* spp. и т.д.

Важно определить не только возбудителей заболевания, но и чувствительность микроорганизмов к противомикробным препаратам. Антибиотикорезистентность значительно варьирует в разных странах. Поэтому необходимо учитывать распространенность основных возбудителей воспалительных заболеваний и их чувствительность к антибактериальным препаратам в регионах.

Результаты исследования Л.С. Страчунского и соавт. (2005) [8], проведенного в России, продемонстрировали преобладание микроорганизмов *S. pneumoniae* и *H. influenzae* при бактериальном синусите. У 4,2% штаммов *S. pneumoniae* определена умеренная резистентность к пенициллинам с сохранением чувствительности к ампициллину, ампициллину/клавуланату, цефотаксиму, цефепиму, левофлоксацину и моксифлоксацину. Резистентность *H. influenzae* к ампициллину составила 9,0%, к ампициллину/клавуланату – 1,5%, цефотаксиму – 1,5%, цефепиму – 3,0%. 98,5% штаммов *S. pneumoniae* и 92,5% штаммов *H. influenzae* были чувствительны к макролидам (азитромицину и кларитромицину).

Таким образом, препаратом первого выбора при остром или обострении хронического гнойного синусита является амоксициллин. Присутствие пенициллин-резистентных штаммов служит показанием для назначения защищенных форм пенициллинов (амоксициллина/клавуланата) или цефалоспоринов.

К средствам второго выбора относятся макролиды и фторхинолоны третьего и четвертого поколений (левофлоксацин, моксифлоксацин). Макролиды также являются препаратами выбора при непереносимости пенициллинов и риске перекрестных аллергических реакций на цефалоспорины [9].

Согласно данным клинических исследований эффективность тетрациклинов и ко-тримоксазола достаточно низкая [10].

Системная антибактериальная терапия показана не во всех случаях. Применение антибактериальных средств целесообразно при интоксикации и риносинусогенных осложнениях [3].

Как уже отмечалось, развитие синуситов связано с нарушением естественного дренажа пазухи – блокированием физиологического соустья. Именно поэтому при обострении хронического верхнечелюстного синусита следует использовать деконгестанты – препараты, вызывающие вазоконстрикцию сосудов полости носа. Однако необходимо контролировать дозу препаратов (предпочтительны более низкие концентрации, форма выпуска – спрей) и продолжительность терапии (не более 7–10 дней) [10].

Доказана эффективность топических интраназальных ГКС – беклометазона дипропионата, будесонида, флутиказона пропионата, мометазона фулата. Последние могут назначаться как в монотерапии, так и в сочетании с антибактериальными препаратами. Использование ГКС влияет на функцию эозинофилов, приводит к их редукции и деактивации, снижает число тучных клеток, базофилов и Т-клеток, ингибирует продукцию иммуноглобулина Е и лейкотриенов, тормозит синтез провоспалительных цитокинов. При интраназальном применении ГКС риск системных реакций минимален [11, 12].

Для местного лечения верхнечелюстного синусита применяются пункция и зондирование максиллярного синуса. Диагностическая и лечебная пункция обычно выполняется через нижний носовой ход, в области прикрепления нижней носовой раковины, где стенка пазухи более тонкая [5]. Пункция позволяет эвакуировать из пазухи патологическое содержимое, ввести в нее лекарственные средства. Возможно промывание полости пазухи с использованием антибактериальных и антисептических препаратов, ГКС.

Пункция синуса позволяет оценить характер микрофлоры содержимого пазухи. После введения пункционной иглы содержимое пазухи аспирируется для дальнейшего бактериологического исследования. При таком методе забора материала исключается попадание транзитной микрофлоры из преддверия носа и носовых ходов [4].

Результаты исследований И.В. Елькова и соавт. (1991) и С.П. Разиной (1998) [3] продемонстрировали, что при внутрипазушном введении антибактериальных препаратов их концентрация в слизистой оболочке в сотни раз превышает таковую при парентеральном и пероральном приеме. Соответственно в очаге воспаления создается эффективная концентрация лекарственных средств (антибиотиков, антисептиков).

Что касается пункции верхнечелюстной пазухи, единого мнения о целесообразности ее проведения не существует. Во многих зарубежных странах подобная манипуляция практически не применяется и исключена из клинических рекомендаций, поскольку признана инвазивной, болезненной, опасной осложнениями. Одним из них считается возможность повреждения устья носослезного канала (створки Гаснера). Это послужило поводом для определения соотношения расположения пункционного отверстия и выводного отверстия носослезного канала.

Материал и методы исследования

На базе клиники оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова с января по сентябрь 2014 г. было обследовано 36 пациентов, которым выполнялась пункция верхнечелюстной пазухи в нижнем носовом ходе с определением местонахождения выводного отверстия носослезного канала. Пункция синуса предшествовала эндоскопическому вскрытию верхнечелюстной пазухи. В исследуемую группу вошли 22 (61%) мужчины и 14 (39%) женщины. Средний возраст пациентов составил 36 лет.

Всем больным выполняли вскрытие верхнечелюстных пазух с предварительным проведением пункции в нижнем носовом ходе. В 34 случаях пункция пазухи осуществлялась интраоперационно, в двух – перед оперативным вмешательством. Характеристика патологии максиллярных синусов: 14 (39%) случаев – кистоподобные образования верхнечелюстных пазух, восемь (22,2%) – хронические полипозные полисинуситы, семь (19,4%) – инородные тела верхнечелюстных пазух, семь (19,4%) – хронические гнойные верхнечелюстные синуситы.

Оперативное вмешательство осуществлялось в условиях общей или местной анестезии. Местная анестезия применялась при изолированном поражении верхнечелюстных пазух. В этом случае слизистая оболочка полости носа обрабатывалась 10%-ным раствором лидо-

каина, после чего выполнялась инфильтрация раствора ультракаина в область *agger nasi*, нижнюю носовую раковину, дно и латеральную стенку полости носа под нижней носовой раковиной.

После анестезии под контролем передней риноскопии с помощью иглы Куликовского проводилась пункция верхнечелюстной пазухи в нижнем носовом ходе (рис. 1). Далее под контролем ригидных эндоскопов 0 и 30° после медиализации нижней носовой раковины выполнялась идентификация места введения пункционной иглы и расположения створки Гаснера. Чтобы определить месторасположение выходного устья носослезного канала, пальцевым нажатием на медиальный угол глаза в проекции слезного мешка вызывались пассивные колебательные движения дистальных отделов носослезного канала и поступление слезной жидкости.

Результаты

Латеральная стенка нижнего носового хода условно была разделена на несколько частей: свод (место прикрепления нижней носовой раковины), верхняя,



Рис. 1. Пункция правой верхнечелюстной пазухи: этап введения иглы Куликовского в правую половину полости носа

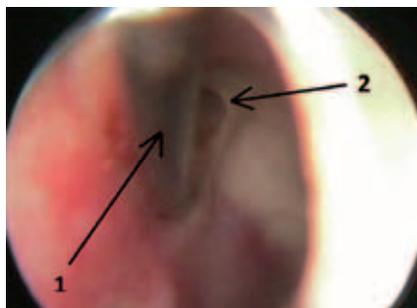


Рис. 2. Пункция правой верхнечелюстной пазухи (пункционная игла – 1, створка Гаснера – 2)

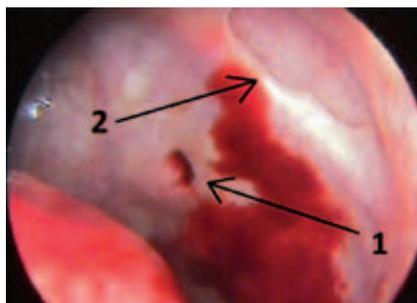


Рис. 3. Латеральная стенка нижнего носового хода слева (пункционное отверстие – 1, створка Гаснера – 2)

средняя и нижняя трети. Пункционная игла находилась в верхней трети в 20 случаях, в своде – в девяти, на границе средней и нижней трети – в семи. В верхней трети створка Гаснера располагалась в 14 случаях, в своде – в девяти, на границе верхней и средней трети – в семи, в средней трети – в пяти, в нижней трети – в одном случае.

Во всех случаях пункционное отверстие располагалось вне слезных путей (рис. 2 и 3).

Заключение

Подход к терапии хронического верхнечелюстного синусита должен быть комплексным, учитывать этиологический фактор развития синусита и включать как консервативные методики, так и инвазивные манипуляции и вмешательства. Не следует отказываться от пункционного лечения. Пункция относительно проста в техническом исполнении, является эффективным методом постановки микробиологического диагноза, позволяет эвакуировать патологическое содержимое и вводить в полость пазухи лекарственные средства. Корректное выполнение пункции минимизирует риск повреждения слезных путей. 

Литература

1. Rose A.S., Thorp B.D., Zanation A.M., Ebert C.S.Jr. Chronic rhinosinusitis in children // *Pediatr. Clin. North Am.* 2013. Vol. 60. № 4. P. 979–991.
2. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации. СПб.: РИА-АМН, 2003.
3. Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М. и др. Синуситы. Клиника, диагностика и лечение. Бишкек, 2011.
4. Руководство по ринологии / под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М.: Литтерра, 2011.
5. Блоцкий А.А., Плужников М.С., Карпищенко С.А. Клиническая анатомия ЛОР-органов. Методическое пособие. СПб.: Эскулап, 2007.
6. Карпищенко С.А., Аль-Акмар М.А., Иванов Ю.В. Диагностика и лечение одонтогенных кист верхней челюсти // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2009. Т. 15. № 2. С. 12–28.
7. Netkovski J., Shirgoska B. Fungal rhinosinusitis // *Prilozi*. 2012. Vol. 33. № 1. P. 187–197.
8. Страчунский Л.С., Тарасов А.А., Крюков А.И. и др. Возбудители острого бактериального синусита. Результаты многоцентрового микробиологического исследования SSSR // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2005. Т. 7. № 4. С. 337–349.
9. Мокроносова М.А., Куян Ю.С. Макролиды и хронический риносинусит // *Вестник оториноларингологии*. 2010. № 6. С. 85–88.
10. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М., 2009.
11. Гущин И.С., Ильина Н.И., Польшнер С.А. Аллергический ринит. Пособие для врачей. М., 2002.
12. Лазаревич И.Л., Козлов В.С. Применение топических глюкокортикостероидов в лечении персистирующего аллергического ринита // *Медицинский совет*. 2014. № 15. С. 78–80.



29–30 ноября 2016 года состоится XV ассамблея «Здоровье Москвы».
Местом проведения форума станет Международный выставочный центр «Крокус Экспо», Москва

Организаторы

Правительство Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Целевая аудитория

Главные врачи, организаторы здравоохранения, директора НИИ, заведующие отделениями, научные сотрудники, врачи и специалисты следующих направлений: терапия, кардиология, эндокринология, гастроэнтерология, неврология, ревматология, пульмонология, нефрология, инфекционные болезни, педиатрия, неонатология, хирургия, акушерство и гинекология, урология, травматология и ортопедия, нейрохирургия, анестезиология и реаниматология, оториноларингология, офтальмология, стоматология, онкология, дерматовенерология, психиатрия и психотерапия, фтизиатрия и аллергология, гематология и трансфузиология, наркология, фармакология, репродуктология, гериатрия, комбустиология, рентгенология и радиология, реабилитология, лабораторные исследования, колопроктология и др.

Основные направления научной программы

- Модернизация сферы здравоохранения и фармацевтической отрасли в России
- Совершенствование системы обязательного медицинского страхования и ее законодательные изменения в 2016 году
- Специализированная медицинская помощь
- Интеграция программ модернизации и оптимизации структуры современных ЛПУ
- Современные модели непрерывного медицинского образования в России
- Юридические и правовые аспекты деятельности врача и медицинского персонала
- Научно-практическая деятельность специалистов
- Профилактика, диагностика, лечение и реабилитация различных заболеваний и пр.

Выставка

В рамках ассамблеи будет организована выставка современных достижений в области разработки и производства лекарственных средств, медицинских технологий и оборудования, расходных материалов, имеющих опыт успешного использования и применения на практике в лечебно-профилактических учреждениях города Москвы. В рамках ассамблеи будет представлена новейшая медицинская литература и информация.

Доклады и тезисы

Специалисты, чья научно-практическая деятельность соответствует тематике ассамблеи, могут опубликовать тезисы своих работ в сборнике материалов. Поданные работы могут быть заявлены к устному докладу. Тезисы принимаются **до 15 сентября 2016 г.**

Секретариат ассамблеи:
тел.: +7 (495) 722-64-20, +7 (495) 518-26-70,
e-mail: info@moscowhealth.ru
Подробнее о мероприятии: www.moscowhealth.ru



Конгресс-оператор:
ООО «КСТ Интерфорум»

Консервативное лечение при полипозном риносинусите

С.А. Карпищенко, д.м.н., проф.; **М.А. Рябова, д.м.н., проф.;**
Н.А. Шумилова, к.м.н.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Введение

Несмотря на совершенствование хирургической техники и внедрение эндоскопических, а также лазерных методик оперативного вмешательства, процент рецидивирования полипозного риносинусита остается высоким – от 20 до 60. При сопутствующей бронхиальной астме (БА) этот показатель выше в 1,5 раза, а при аспириновой триаде – в 2,5 раза [1–4]. Наличие сопутствующей БА усугубляет течение хронического полипозного риносинусита. Как следствие – частые рецидивы заболевания и неоднократные хирургические вмешательства [5]. Это требует поиска диагностических критериев оценки прогноза и эффективности лечения полипозного риносинусита, которые позволили бы корректировать противорецидивную терапию.

Интраназальные и системные глюкокортикостероиды (ГКС) характеризуются наибольшей эффективностью при полипозном риносинусите [6] и согласно результатам метаанализа рандомизированных исследований имеют самую высокую категорию доказательности.

Основной составляющей противорецидивной терапии полипозного риносинусита признаны интраназальные топические ГКС. Однако продолжительность их использования различна и в большинстве случаев составляет один месяц. По некоторым данным, после полипотомии носа лечение более продолжительное – от шести до 12 месяцев [3, 4, 6, 7]. При наличии БА может быть рекомендован постоянный прием препаратов [8].

Длительные курсы системной терапии ГКС (так называемой медикаментозной полипотомии носа), широко пропагандируемой рядом зарубежных авторов [9–12], на практике используются редко из-за риска побочных эффектов и множества про-

тивопоказаний (сахарный диабет, артериальная гипертензия и др.). Четких показаний к назначению длительных курсов топических ГКС и курсов системных ГКС не установлено.

Целью исследования стало выявление показаний к усилению противорецидивной терапии у больных полипозным риносинуситом, в том числе при сопутствующей БА.

Материал и методы исследования

В основную группу вошли 69 пациентов (средний возраст 57 лет) с хроническим полипозным риносинуситом и сопутствующей БА средней и тяжелой степени. Контрольную группу составили 74 больных (средний возраст 53 года) хроническим полипозным риносинуситом без БА. Всем пациентам ранее выполнялась полипотомидотомия. Обследование включало:

- ✓ оценку выраженности полипозных разрастаний в полости носа [3] в баллах;
- ✓ общеклиническое обследование (клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмму);
- ✓ общепринятый осмотр ЛОР-органов;
- ✓ цитологическое исследование отделяемого из верхнечелюстных пазух и полости носа;
- ✓ микробиологическое исследование отделяемого из верхнечелюстных пазух;
- ✓ компьютерную томографию околоносовых пазух.

Отделяемое из верхнечелюстных пазух получали путем его аспирации через иглу Куликовского при выполнении пункции пазухи или через канюлю, введенную в пазуху через послеоперационное соустье.

На основании результатов промывания верхнечелюстных пазух пациенты основной и контрольной

групп были разделены на подгруппы – с полипозной формой заболевания при слизистом характере секрета и полипозно-гнойной формой при гнойном отделяемом. Забор материала для цитологического исследования со слизистой оболочки полости носа осуществляли методом мазков-отпечатков (прижатие стерильного ватного тампона к слизистой оболочке полости носа в области среднего носового хода с последующим нанесением материала на стекло) [13].

Оценивалось процентное соотношение отдельных видов клеточных элементов из расчета 200 клеток в окрашенном по Гротту мазке.

Результаты и их обсуждение

Среди больных полипозным риносинуситом как с БА, так и без БА преобладали лица в возрасте от 50 лет (72,4 и 64,8% соответственно). Ухудшение течения БА отмечалось у 49,3% (34/69) пациентов, в том числе у 51% (30/59) с полипозно-гнойной и у 30% (3/10) с полипозной формой заболевания. В пяти случаях из 69 дебют БА был спровоцирован септум-операцией, в восьми – петлевой полипотомией носа.

Статистически значимых различий по степени распространенности полипозных разрастаний у пациентов основной и контрольной групп при полипозной и полипозно-гнойной формах заболевания не выявлено.

Результаты цитологического исследования отделяемого из верхнечелюстных пазух до лечения показали, что содержание эозинофилов у пациентов с БА выше, чем у пациентов без БА ($p < 0,05$) (см. таблицу). Во всех случаях уровень эозинофилов секрета из верхнечелюстных пазух превышал

Эозинофилия отделяемого из верхнечелюстных пазух может служить дополнительным критерием оценки динамики лечения больных полипозно-гнойным риносинуситом. Снижение уровня эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух отражает благоприятное течение воспалительного процесса

таковой в мазках-отпечатках со слизистой оболочки полости носа. Тесной взаимосвязи между содержанием эозинофилов периферической крови и уровнем эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух у пациентов с БА и без БА при полипозной и полипозно-гнойной формах заболевания не зафиксировано.

В соответствии с результатами исследования бактериологического отделяемого из верхнечелюстных пазух микрофлора выделена у 50% пациентов с полипозным риносинуситом и БА и 80% – без БА, у 68% больных полипозно-гнойным риносинуситом с БА и 73% – без БА. Определены главным образом условно патогенные микроорганизмы. Чаще в составе микрофлоры встречался *Staphylococcus aureus* (29% пациентов с полипозно-гнойным риносинуситом и БА, 31% – без БА). Различий в уровне эозинофилов отделяемого при наличии *S. aureus* и в его отсутствие не зарегистрировано.

Консервативное лечение включало промывание верхнечелюстных пазух, системную антибактериальную терапию препаратами из группы макроли-

Таблица. Результаты лабораторных исследований больных исследуемой группы и группы сравнения ($M \pm \sigma$)

Эозинофилы, %	До лечения/ вид лечения	Количество пациентов			
		с бронхиальной астмой		без бронхиальной астмы	
		полипозная форма (группа 1) n = 10	полипозно-гнойная форма (группа 2) n = 59	полипозная форма (группа 3) n = 29	полипозно-гнойная форма (группа 4) n = 45
Мазок-отпечаток	до	21,3 ± 14,1	26,3 ± 25,4 ¹	19,0 ± 14,6 ²	6,0 ± 5,31 ^{1, 2}
Отделяемое из верхнечелюстных пазух	до	41,9 ± 18,6 ²	37,7 ± 24,2 ^{1, 2}	32,3 ± 22,6	30,3 ± 22,0 ¹
	до консервативного	41,8 ± 9,3	31,6 ± 21,5	36,3 ± 8,3	29,3 ± 18,1
	до оперативного	43,0 ± 25,4	43,0 ± 25,4	30,9 ± 4,7	31,4 ± 18,1
	консервативное	–	20,0 ± 12,0 ³	–	14,3 ± 13,6 ³
	оперативное	–	25,4 ± 19,2 ³	–	25,2 ± 11,7 ³
Периферическая кровь	до	6,8 ± 3,7	6,2 ± 5,1	4,3 ± 3,7	6,0 ± 3,9
	консервативное	3,2 ± 0,9	5,6 (1,3; 6,7)	3,4 ± 1,7	4,3 ± 3,0
	оперативное	3,2 ± 2,1	3,0 ± 2,5	3,7 ± 2,7	4,3 ± 3,0

¹ Различия значимы (критерий Манна – Уитни) между группами 1 и 3, 2 и 4.

² Различия значимы между группами 1 и 2, 3 и 4.

³ Различия значимы (по критерию Вилкоксона) по сравнению с уровнем до лечения ($p < 0,05$).

Примечание. При $M < \sigma$ данные представлены в виде $M (P_{25} \text{ и } P_{75} - \text{нижний и верхний квартили})$.

У пациентов с высоким риском рецидива полипозного процесса оправданно назначение длительных курсов терапии интраназальными ГКС. Их отмена должна проводиться под наблюдением врача-оториноларинголога

дов у 80% (55/69) больных основной группы и 72% (53/74) контрольной группы в течение семи дней, системную терапию ГКС при ухудшении течения БА. Системная антибактериальная терапия началась при гнойно-полипозной форме синусита и ухудшении течения БА смешанного, в том числе инфекционного, генеза. Полипотомия полости носа выполнена всем больным с 3-й степенью распространенности полипозного процесса в полости носа. При 1–2-й степени полипозных разрастаний 39% пациентов с БА и 28% пациентов без БА отказались от хирургического лечения в силу хороших результатов консервативной терапии, купирования воспалительного процесса в околоносовых пазухах и восстановления носового дыхания.

Подготовка больных к оперативному вмешательству включала системную терапию ГКС (8 мг дексаметазона накануне и за 30 минут до операции, 4 мг – в 1-е и 2-е сутки после операции) и премедикацию: Промедол (20 мг/мл – 1,0 мл), атропина сульфат (0,1% – 1,0 мл), диазепам (10 мг – 2,0 мл) – за 10–15 минут до операции.

Операция проводилась в условиях местной аппликационной анестезии 10%-ным раствором лидокаина под контролем эндоскопа 0° с помощью радиочастотной петли и лазерного излучения. Все пациенты через сутки после оперативного лечения принимали назальные топические ГКС не менее месяца.

Результаты цитологического исследования после лечения показали достоверное уменьшение содержания эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух как у пациентов с БА, так и у пациентов без БА. Более выраженное снижение эозинофилии отделяемого из верхнечелюстных пазух (на 18,5%) у больных полипозно-гнойным риносинуситом с сопутствующей БА после оперативного лечения по сравнению с консервативным (на 13,6%) может быть обусловлено назначением курса системной терапии ГКС всем лицам, перенесшим хирургическое лечение. Таким образом, системная терапия ГКС способствует снижению уровня эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух. Эозинофилия считается ключевым моментом в развитии полипозного процесса в силу повреждающих воздействий на слизистую оболочку.

У больных БА, которым проводилась системная терапия ГКС, снижение эозинофилии периферической крови было более значимым, чем у пациентов без БА, в схему лечения которых инфузионная терапия ГКС не входила.

Рецидив полипозного риносинусита выявлен у 30% больных основной группы и 14% контрольной в период наблюдения от трех до 66 месяцев (14,6 ± 2,1 и 13,3 ± 2,8 месяца соответственно). При ретроспек-

тивном анализе результатов цитологического исследования у 38% пациентов с БА и 60% пациентов без БА с рецидивами отмечалась исходно высокая степень эозинофилии в отделяемом из верхнечелюстных пазух до лечения (70,4 ± 3,7 и 66,8 ± 4,1% соответственно). У 43% больных БА и 40% пациентов без БА с рецидивом заболевания эозинофилия отделяемого из верхнечелюстных пазух была невысокой, однако имела место тенденция к ее росту на фоне лечения (с 22,8 ± 5,0 до 31,4 ± 6,8% и с 14,5 ± 1,5 до 19,7 ± 3,0% соответственно). У семи больных БА и трех пациентов без БА за период наблюдения отмечался неоднократный рецидив полипозного процесса.

При оценке метода прогнозирования рецидива заболевания на основании исходно высокого содержания эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух (более 50%) и его увеличения на фоне лечения чувствительность метода составила 64% у больных БА и 89% у пациентов без БА, специфичность – 74 и 81% соответственно.

Следовательно, эозинофилия отделяемого из верхнечелюстных пазух может служить дополнительным критерием оценки динамики лечения больных полипозно-гнойным риносинуситом. Снижение уровня эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух отражает благоприятное течение воспалительного процесса. Высокая эозинофилия (более 50%) и ее рост на фоне лечения свидетельствуют о риске раннего рецидива заболевания.

В настоящее время основанием для назначения короткого курса системной терапии ГКС при полипозном риносинусите являются ухудшение течения сопутствующей БА и предоперационная подготовка больных БА. Согласно результатам нашего исследования высокий уровень эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух служит предпосылкой раннего рецидивирования полипозного процесса. Системная терапия ГКС способствует снижению эозинофилии. В связи с этим назначение парентеральной терапии ГКС показано всем больным полипозным риносинуситом с высокой эозинофилией отделяемого из верхнечелюстных пазух (более 50%) как с БА, так и без нее.

Кроме того, как показали результаты цитологического исследования (высокая эозинофилия до лечения и ее увеличение на фоне терапии), у пациентов с высоким риском рецидива полипозного процесса оправданно назначение длительных курсов терапии интраназальными ГКС. Их отмена должна проводиться под наблюдением врача-оториноларинголога.

В нашем исследовании в качестве антимикробной терапии использовались антибиотики группы макролидов, являющиеся препаратами выбора при полипозном риносинусите [14]. Только в двух случаях потребовался повторный курс антибиотикотерапии. В остальных случаях для купирования острого воспалительного процесса было достаточно семидневного терапевтического курса макролидами.

Целесообразность широко пропагандируемого курса лечения низкими дозами макролидов до 12 недель [15–17] и даже шести месяцев [18], основанная на иммуномодулирующем эффекте препаратов данной группы, в настоящее время ставится под

сомнение [19, 20], особенно у пациентов с сопутствующей БА [21].

Из-за увеличения количества штаммов, резистентных к имеющимся антимикробным препаратам, медицинской общественностью широко обсуждается проблема поиска новых антибиотиков. В ближайшей перспективе появление новых классов антибиотиков не ожидается [22]. Назначение антибактериальных препаратов при полипозном риносинусите должно быть направлено против конкретного микробного агента. Длительные курсы антимикробной терапии с целью реализации иммуномодулирующих свойств препаратов, с нашей точки зрения, неприемлемы.

Выводы

Выявление высокой эозинофилии отделяемого из верхнечелюстных пазух (более 50%) служит показанием к назначению системной терапии ГКС, способствующей снижению как системной, так и местной эозинофилии. Высокая эозинофилия отделяемого из верхнечелюстных пазух до лечения и ее увеличение на фоне терапии требуют длительного курса терапии назальными ГКС. Их отмена должна проводиться под наблюдением врача-оториноларинголога. ■

Литература

1. Блоцкий А.А., Шмелева Н.В. Оценка эффективности внутриполостной лазерной интерстициальной термотерапии // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2009. Т. 15. № 1. P. 23–29.
2. Вохидов У.Н. Данные сравнения ретроспективных и проспективных групп больных с хроническим полипозным риносинуситом // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2014. Т. 20. № 3. С. 10–16.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология: руководство для врачей. М.: МИА, 2006.
4. Ширшова А.А. Хирургическое и экстракорпоральное лечение больных полипозным полисинуситом в сочетании с легочной патологией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
5. Рябова М.А. Комбинированное лечение гнойно-полипозных риносинуситов у больных аспириновой триадой // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2009. Т. 15. № 1. С. 18–22.
6. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists // *Rhinology*. 2012. Vol. 50. № 1. P. 1–12.
7. Крюков А.И., Туровский А.Б., Сединкин А.А. Диагностика и лечение полипозного риносинусита // *Русский медицинский журнал*. 2011. Т. 19. № 6. С. 377–380.
8. Миракян Р.Г. Клиническая дифференциация полипозного риносинусита и его лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
9. Alobid I., Benítez P., Cardelús S. et al. Oral plus nasal corticosteroids improve smell, nasal congestion, and inflammation in sino-nasal polyposis // *Laryngoscope*. 2014. Vol. 124. № 1. P. 50–56.
10. Rupa V., Jacob M., Mathews M.S., Seshadri M.S. A prospective, randomised, placebo-controlled trial of postoperative oral steroid in allergic fungal sinusitis // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2010. Vol. 267. № 2. P. 233–238.
11. Vaidyanathan S., Barnes M., Williamson P. et al. Treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyposis with oral steroids followed by topical steroids: a randomized trial // *Ann. Intern. Med.* 2011. Vol. 154. № 5. P. 293–302.
12. Van Zele T., Gevaert P., Holtappels G. et al. Oral steroids and doxycycline: two different approaches to treat nasal polyps // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2010. Vol. 125. № 5. P. 1069–1076.
13. Колесникова О.М. Роль вазомоторной формы дисфункции эндотелия в патогенезе вазомоторного и аллергического ринитов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2008.
14. Винникова Н.В., Трофименко С.Л. Опыт применения макролидов при обострении хронических полипозных риносинуситов // *Материалы X Всероссийского конгресса оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии»*. М., 2011. С. 138–139.
15. Aboud S.K., Husain S., Gendeh B.S. Comparison between endonasal endoscopic polyp size scores and quality of life outcome after optimal medical treatment // *Rhinology*. 2014. Vol. 52. № 4. P. 334–340.
16. Pawankar R. Low dose lung term macrolide therapy in chronic sinusitis with nasal polyps // *Российская ринология*. 2006. № 2. С. 40с–40.
17. Ragab S.M., Lund V.J., Scadding G. Evaluation of the medical and surgical treatment of chronic rhinosinusitis: a prospective, randomised, controlled trial // *Laryngoscope*. 2004. Vol. 114. № 5. P. 923–930.
18. Варвянская А.В., Лопатин А.С. Эффективность длительной терапии низкими дозами макролидов при полипозном риносинусите // *Вестник оториноларингологии*. 2013. № 5. С. 22–27.
19. Мокроносова М.А., Куян Ю.С. Долгосрочная терапия кларитромицином больных с хроническим полипозным риносинуситом // *Вестник оториноларингологии*. 2011. № 4. С. 61–65.
20. Fan Y., Xu R., Hong H. et al. High and low doses of clarithromycin treatment are associated with different clinical efficacies and immunomodulatory properties in chronic rhinosinusitis // *J. Laryngol. Otol.* 2014. Vol. 128. № 3. P. 236–241.
21. Haruna S., Shimada C., Ozawa M. et al. A study of poor responders for long-term, low-dose macrolide administration for chronic sinusitis // *Rhinology*. 2009. Vol. 47. № 1. P. 66–71.
22. Козлов П.С., Голуб А.В. Стратегия использования антимикробных препаратов как попытка ренессанса антибиотиков // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2011. Т. 13. № 4. С. 332–334.

Возможности контроля кожных аллергических реакций

**К.Т. Плиева¹, О.О. Мельниченко¹, З.А. Невозинская, к.м.н.¹,
И.М. Корсунская, д.м.н., проф.²**

¹ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии

² Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии

Последние 30–40 лет во всем мире показатели распространенности аллергии каждое десятилетие увеличиваются в два раза. Несмотря на очевидные успехи фармакотерапии, отмечаются нарастание тяжести аллергодерматозов и их торпидность к проводимой терапии.

Аллергические заболевания представляют серьезную медико-социальную проблему, поскольку нередко лишают больных возможности заниматься профессиональной деятельностью, приводят к психологическим проблемам, длительной нетрудоспособности и даже инвалидизации, что негативно сказывается на качестве их жизни. Например, экзема кистей внесена в перечень основных заболеваний, сопряженных с потерей дохода [1, 2].

Неблагоприятная динамика роста аллергических заболеваний обусловлена рядом внутренних и внешних факторов. Говоря о внешних факторах, в первую очередь следует упомянуть неблагоприятную экологическую обстановку, в частности, в промышленно развитых регионах, а также постоянный контакт в быту с различными химическими веществами (бытовая химия, косметические средства, строительные материалы, металлы, синтетические материалы и т.д.). Определенную роль в развитии аллергодерматозов играет злоупотребление лекарственными средствами, в том числе витаминами, пищевыми добавками, а также консервами, продуктами быстрого питания, генно-модифицированными продуктами. Как показывают данные эпидемиологических исследований, рост распространенности аллергодерматозов обусловлен увеличением численности лиц, чья профессиональная деятельность предполагает длительный контакт с аллергенами.

Основополагающим аспектом в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний является наследственная предрасположенность к аллергии. Лица с наследственной предрасположенностью формируют группы повышенного риска. Особенно высокие показатели генетической предрасположенности к аллергии отмечаются у лиц с атопическим дерматитом и полиаллергией (несколько видов аллергопатологии у одного больного). Предрасположенность

к аллергии в два раза чаще передается по материнской линии [3].

К внутренним факторам относят, в частности, предрасположенность к болезням желудочно-кишечного тракта, эндокринопатиям, а также очаги фокальной хронической инфекции, в том числе на коже (микоз стоп, рожистое воспаление, пиодермии) [4]. Установлено, что в высокоразвитых странах процент лиц с аллергией, в основном среди молодого населения, значительно выше, чем в развивающихся и слабо развитых. Например, в Англии, Германии и Франции примерно 10–30% городского и сельского населения страдает аллергическими заболеваниями [4].

Многие исследователи отмечают, что распространенность аллергодерматозов в городах выше, чем в сельской местности. Жители мегаполисов более подвержены негативному воздействию факторов окружающей среды и чаще переживают стрессовые ситуации из-за напряженного ритма жизни, в большей степени злоупотребляют высокоаллергенной пищей. Содержание в домашних условиях животных, птиц, аквариумных рыбок также нередко приводит к развитию аллергодерматозов [3].

Кожа выполняет функцию защитного барьера между организмом и окружающей средой. Это объясняет многообразие клинических проявлений аллергии, развивающихся по разной патофизиологической схеме. Одни возникают немедленно, после воздействия того или иного фактора, другие – через несколько часов, суток и даже недель. Одним из таких заболеваний является аллергический контактный дерматит (АКД). Он характеризуется развитием воспаления кожи в ответ на воздействие веществ, способных вызывать специфическую аллергическую реакцию замедленного типа, обусловленную участием клеток иммунной системы. По данным разных авторов, АКД страдают от 5 до 10% населения. Чаще АКД встречается у женщин в возрасте от 20 до 40 лет. С возрастом риск его возникновения уменьшается.

Сегодня имеется достаточно доказательств наследственной предрасположенности к развитию контактной чувствительности. Контактные аллергены достаточно разнообразны. Это вещества растительного происхождения, металлы, косметические средства,

топические лекарственные препараты, краски. Патогенез АКД, равно как и экземы, обусловлен аллергической реакцией гиперчувствительности Т-лимфоцитов замедленного типа. В отличие от патогенеза экземы в основе патогенеза АКД лежит моновалентная сенсibilизация, отсутствуют отягощающие психовегетативные и эндокринно-гуморальные факторы. Высыпания при АКД локализуются не только в зоне контакта с аллергеном, но и за ее пределами. Для клинической картины АКД характерны зуд, жжение и покалывание кожи, интенсивная гиперемия, отечность, образование везикул, эрозий (в острой стадии), инфильтрация, шелушение, сухость кожи (в хронической стадии) [5].

Экзема относится к нервно-аллергическим заболеваниям. Поверхностные слои кожи воспаляются в ответ на воздействие внешних и внутренних раздражителей, нередко без видимой причины. Экзему отличает поливалентная сенсibilизация. В структуре заболевания дерматоза на долю экземы приходится 30%. Заболевание встречается в любом возрасте, но чаще в возрасте 20–40 лет. Экзема характеризуется капризным, длительным течением, с частыми рецидивами, приводит к нетрудоспособности, нередко к смене профессии [5].

Крапивница – дерматоз, характеризующийся появлением на коже волдырей, сопровождающихся интенсивным зудом и жжением. Причины появления уртикарных высыпаний разнообразны. В настоящее время под термином «крапивница» понимают группу заболеваний различной этиологии, патогенеза, течения (острое и хроническое). Соответственно прогноз и исход таких заболеваний различны. Крапивница относится к распространенным заболеваниям – 15–25% случаев в популяции, 1/4 случаев приходится на хроническую крапивницу. Известно, что у 25% больных крапивница рано или поздно переходит в хроническую форму, что резко снижает качество их жизни.

Некоторые вещества могут вызвать повышение чувствительности кожи к воздействию солнечных лучей – фотосенсibilизацию. Тогда возникает фотодерматит. Высыпания появляются на открытых участках кожи, не защищенных от солнечных лучей. Установлено, что таким фотосенсibilизирующим действием обладают некоторые антибиотики, сульфаниламиды, ретиноиды, ряд психотропных, а также наружных лекарственных средств. На сегодняшний день известно свыше 3000 веществ с аллергенными свойствами. Причем с каждым годом их перечень расширяется. В основе терапии аллергодерматозов лежит применение антигистаминных препаратов для быстрого купирования симптомов. В публикациях последних лет все чаще отмечается необходимость увеличения дозы этих препаратов для достижения значимого терапевтического эффекта. Из имеющихся на отечественном фармацевтическом рынке современных H₁-антигистаминных средств только для эбастина (Кестина) допускается удвоение дозы. Несомненный интерес представляет препарат, содержащий 20 мг эбастина в одной таблетке. В 1999 г. J. Bousquet и соавт. [6] показали, что дозы эбастина 10 и 20 мг одинаково безопасны у пациентов в возрасте от 12 до 65 лет. N. Frossard и соавт. [7] установили, что подавление кожной реактивности сохраняется в течение четы-

рех дней после прекращения лечения эбастинем 20 мг/сут. Это обеспечивает очень важное условие терапии крапивницы – непрерывность достигнутого эффекта даже при случайном пропуске приема препарата.

Результаты ряда исследований подтвердили эффективность и безопасность эбастина 20 мг у больных крапивницей [8–11].

И.В. Данилычева и ее коллеги проанализировали данные клинического применения Кестина 20 мг у больных хронической крапивницей, полученные в ходе наблюдения за 210 пациентами в семи центрах [12]. Высокая эффективность препарата и быстрое наступление эффекта обеспечивали приверженность пациентов терапии на протяжении всего исследования. Большинство больных выразили желание возобновить прием эбастина (Кестина 20 мг) по окончании исследования в случае обострения заболевания.

В ряде исследований эффективность эбастина в отношении кожных проявлений аллергии была более выраженной, чем эффективность лоратадина и цетиризина, как при однократном, так и при длительном приеме [13]. Кроме того, эбастин уменьшал высвобождение колониестимулирующего фактора гранулоцитов и макрофагов с дозозависимым эффектом [14]. Особенность фармакокинетики эбастина состоит в очень быстрой метаболизации в фармакологически активный метаболит – каребастин. Выраженное противоаллергическое действие наблюдается через час после однократного приема эбастина 10 или 20 мг (Кестина). Эбастин обладает высокой биодоступностью. Прием пищи не влияет на скорость наступления клинического эффекта, что позволяет принимать его независимо от приема пищи. Максимальная концентрация каребастина в плазме крови зависит от принятой дозы эбастина, но время достижения максимальной концентрации и конечный период полувыведения остаются стабильными как у молодых, так и у пожилых лиц. Это позволяет принимать препарат всем пациентам и не корректировать дозу в зависимости от возраста. В дозах (60 мг/сут), в три – шесть раз превышающих терапевтические, эбастин не оказывает заметного воздействия на интервал QT. Подтверждение тому – отсутствие различий с данными, полученными при испытании плацебо. В то же время терфенадин при трехкратном превышении терапевтической дозы оказывает выраженное нежелательное влияние, существенно удлиняя интервал QT. Не обнаружено взаимодействия каребастина с этанолом и диазепамом, что избавляет от необходимости менять образ жизни или принимаемое по поводу других заболеваний лечение [15]. Эффективность препарата сохраняется и увеличивается даже после одного года применения. Эбастин не воздействует на сердечно-сосудистую систему.

Наш опыт работы подтверждает эффективность эбастина (Кестина) в терапии аллергодерматозов. Под нашим наблюдением находилось 124 пациента с диагнозами красного плоского лишая (16 пациентов), крапивницы (13 пациентов), экземы (38 пациентов), токсидермии (12 пациентов), аллергического дерматита (45 пациентов). Общим в терапии у пациентов было назначение антигистаминного препарата эбастин 20 мг один раз в сутки. Из субъективных жалоб у всех больных отмечалось наличие интенсивного

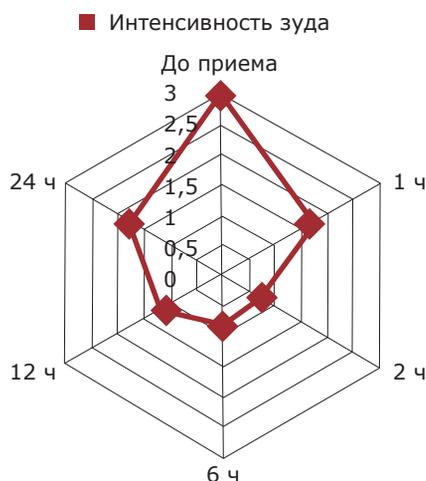


Рисунок. Средняя субъективная оценка интенсивности зуда в первые сутки приема эбастина

зуда. Все они ежедневно до приема эбастина и в течение суток после приема заполняли дневник интенсивности зуда. Зуд оценивали по четырехбалльной шкале: 0 – отсутствие зуда, 1 – слабый (присутствует, но не беспокоит), 2 – умеренный (беспокоит, но не мешает ежедневной активности и/или сну), 3 – тяжелый/интенсивный (беспокоит и мешает ежедневной активности и/или сну).

Максимальный эффект после приема препарата наступал через два часа и сохранялся в течение шести часов в первые три дня (см. рисунок). Впоследствии отмечалось уменьшение зуда с полным исчезновением к 14-му дню терапии. Наиболее выраженный клинический эффект зафиксирован у пациентов с аллергическим дерматитом, крапивницей и токсидермией. Больные экземой и красным плоским лишаем применяли эбастин с 15-го дня по 10 мг/сут до полного купирования зуда и регресса кожных проявлений в среднем еще в течение двух недель.

В дальнейшем пациентам, склонным к аллергическим реакциям с выраженным отеком, рекомендовали применять эбастин в виде лиофилизированных таблеток при первых проявлениях заболевания. Такая форма эбастина (не требует заживания водой, быстро растворяется в полости рта, применяется в любое время в любом месте, не зависит от приема пищи) максимально повышает приверженность пациентов терапии. Взрослым и детям старше 15 лет назначают одну лиофилизированную таблетку (20 мг) один раз в сутки. Выраженный антигистаминный эффект эбастина сохраняется при однократном приеме в течение 72 часов [7].

Полученные данные позволяют сделать вывод о возможности использования эбастина (Кестина) при заболеваниях кожи аллергического генеза для купирования острых проявлений и зуда. Кроме того, препарат удобен для применения в амбулаторной практике, поскольку характеризуется пролонгированным действием и отсутствием седативного эффекта. Эбастин в лиофилизированных таблетках в силу быстрого наступления эффекта может быть использован для купирования острых проявлений аллергических реакций у пациентов, склонных к аллергодерматозам. ■

Литература

1. Van Coevorden A.M., Coenraads P.J., Svensson A. et al. Overview of studies of treatments for hand eczema – the EDEN hand eczema survey // Br. J. Dermatol. 2004. Vol. 151. № 2. P. 446–451.
2. Белоусова Т.А. Аллергодерматозы – болезни современной цивилизации // Русский медицинский журнал. 2003. Т. 11. № 27. С. 1538–1541.
3. Аллергология. В 2 т. / под ред. Г.Б. Федосеева. Т. 1. Общая аллергология. СПб.: Нормед-Издат, 2001. С. 42–382.
4. Федоскова Т.Г., Ильина Н.И. Роль аллергических заболеваний в общеклинической практике // Русский медицинский журнал. 2004. Т. 12. № 14. С. 876–885.
5. Вулф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. М.: Практика, 2007.
6. Bousquet J., Gaudaño E.M., Palma Carlos A.G., Staudinger H. A 12-week, placebo-controlled study of efficacy and safety of ebastine, 10 and 20 mg once daily, in the treatment of perennial allergic rhinitis // Allergy. 1999. Vol. 54. № 6. P. 562–568.
7. Frossard N., Vital-Durand D., Mounedji N., Valleau A. Duration of antihistaminic effect after discontinuation of ebastine // Allergy. 2001. Vol. 56. № 6. P. 553–557.
8. Lasseter K.C., Dilzer S.C., Vargas R. et al. Pharmacokinetics and safety of ebastine in patients with impaired hepatic function compared with healthy volunteers: a phase I open-label study // Clin. Pharmacokinet. 2004. Vol. 43. № 2. P. 121–129.
9. Wiseman L.R., Faulds D. Ebastine: a review of its pharmacological properties and clinical efficacy in the treatment of allergic disorders // Drugs. 1996. Vol. 51. № 2. P. 260–277.
10. Gehanno P., Bremard-Oury C., Zeisser P. Comparison of ebastine to cetirizine in seasonal allergic rhinitis in adults // Ann. Allergy Asthma Immunol. 1996. Vol. 76. № 6. P. 507–512.
11. Horak F., Stübner U.P. Comparative tolerability of second generation antihistamines // Drug Saf. 1999. Vol. 20. № 5. P. 385–401.
12. Данилычева И.В., Ильина Н.И., Самцов А.В. и др. Удвоенная доза Кестина 20 в лечении хронической крапивницы: результаты многоцентрового российского исследования эффективности и безопасности // Вестник дерматологии и венерологии. 2007. № 5. С. 63–65.
13. Gispert J., Antonijoan R., Barbanjo J. et al. Efficacy of ebastine, cetirizine, and loratadine in histamine cutaneous challenges // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2002. Vol. 89. № 3. P. 259–264.
14. Campbell A., Michel F.B., Bremard-Oury C. et al. Overview of allergic mechanisms. Ebastine has more than an antihistamine effect // Drugs. 1996. Vol. 52. Suppl. 1. P. 15–19.
15. Курбачева О.М., Ильина Н.И., Лусс Л.В. Патогенетически обоснованный подход к лечению аллергического ринита: выбор антигистаминного препарата // Российский аллергологический журнал. 2007. № 2. С. 83–88.



КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ДЕТСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

18–19 НОЯБРЯ 2016 ГОДА



**Ассоциация детских аллергологов
и иммунологов России приглашает:**

- педиатров и аллергологов-иммунологов;
- детских дерматологов;
- детских пульмонологов;
- детских оториноларингологов;
- а также всех специалистов, работающих в смежных областях

*принять участие в работе V конференции по детской
аллергологии и иммунологии для практикующих врачей*

г. Москва

По вопросам участия в программе и выставке конференции
обращаться в оргкомитет: тел. (495) 518-31-09

Информация о конференции в интернете на сайте www.adair.ru

Электронная почта: adair@adair.ru

Терапия пациентов с розацеа, осложненным демодекозом

А.Ю. Путинцев¹, Л.Р. Сакания², О.О. Мельниченко¹,
И.М. Корсунская, д.м.н., проф.²

¹ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии

² Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии

Возбудителем демодекоза является клещ железница. В настоящее время из 65 видов и нескольких подвигов данного клеща у людей выявлено два: *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*. *D. folliculorum* впервые был идентифицирован в 1841 г., *D. brevis* – в 1963 г. Первый вид более распространенный. Местом обитания клеща являются волосяные фолликулы, сальные железы, мейбомиевы железы. *D. brevis* чаще встречается на коже туловища. Как правило, *D. folliculorum* обнаруживается в верхней части пилосебационного канала (≤ 5 организмов/см²), *D. brevis* – в сальных железах и протоках. Источником питания клещей служит кожное сало.

По данным разных авторов, носителями железницы являются 55–100% населения. Клинические проявления такого носительства могут отсутствовать. Так, Н.И. Сюч (2004) установила носительство паразита у 89% больных. В возрасте 30–44 лет заболевание выявляется у 42,6% обследуемых (средний возраст женщин – $44,5 \pm 2$ года, мужчин – $38,3 \pm 5,4$ года) [1]. Носительство клеща у здоровых лиц в разные возрастные периоды составляет 19,3–61,2% [2]. У младенцев и детей из-за низкой выработки кожного сала колонизация *Demodex* недостаточна. У подростков и лиц молодого возраста также отмечается низкая распространенность клеща. Она увеличивается в популяции от 20 до 60 лет и остается стабильной по достижении 80 лет [3].

У мужчин распространенность клеща выше, чем у женщин (23 против 13%). Кроме того, у мужчин чаще выявляется *D. brevis* (23 против 9% соответственно).

Поскольку клещ *Demodex* обнаруживается на здоровой коже, его можно считать условно патогенным паразитом. В нормальных условиях он находится в пределах базальной мембраны эпидермиса [4].

Цикл развития *Demodex* в коже длится 15 дней. Оплодотворенная самка откладывает яйца ромбовидной формы в устье фолликула. Оптимальная температура для развития клеща – 30–40 °С. При 14 °С наступает оцепенение, при 52 °С – гибель. В воде клещ может жить до 25 дней, в сухом воздухе – только полтора дня. Самыми благоприятными

питательными средами для него являются растительное масло, жир, вазелин [5].

Вне хозяина клещ не размножается [6], но сохраняет жизнеспособность до девяти дней в условиях темноты, постоянной влажности и комнатной температуры.

Заражение происходит непосредственно от человека (носителя или больного) или опосредованно – через нательное или постельное белье. Не исключается возможность заражения от домашних животных.

Под влиянием определенных факторов клещи могут стать патогенными организмами. Речь, в частности, идет о нарушении функции сальных желез и изменении состава кожного сала, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени, нервной системы, нарушении функции эндокринных желез, длительном применении топических глюкокортикостероидов [7]. Изменение соотношения условно патогенной флоры кожи также может служить пусковым механизмом развития демодекоза [8]. *D. folliculorum* может участвовать в развитии заболевания, если его численность превышает 5 организмов/см² [9].

В настоящее время различают две формы демодекоза. Первичный демодекоз развивается на внешне не измененной коже. Вторичный демодекоз – осложнение основного заболевания (розацеа, периорального дерматита и др.) [4]. Обычно наблюдается сочетанное течение заболевания.

Объективные признаки демодекоза сопровождаются зудом, жжением, незначительной болезненностью в области высыпаний, ощущением стянутости кожи, уменьшением ее эластичности и мягкости [10].

Диагноз ставится на основании клинической картины и обнаружения клещей в содержимом пустул, секрете сальных желез, соскобе и чешуйках из очагов поражения [7]. Важно не только установить наличие клещей, но и определить их количество [4]. Вопрос о роли клещей *Demodex* в развитии различных заболеваний кожи и слизистых оболочек, в том числе розацеа, остается дискуссионным [11, 12]. Результаты проведенных исследований продемонстрировали более высокую численность клещей

на 1 см² у пациентов с розовыми угрями [13] по сравнению с больными себорейным дерматитом и акне. На поверхности клещей *Demodex* выявлены бактерии *Bacillus oleronius*, способные стимулировать воспалительную реакцию и рост бактерий *Streptococcus* и *Staphylococcus*. В результате создаются благоприятные условия для их размножения [14]. Клещи под воздействием различных факторов начинают активно размножаться, разрушая эпителий фолликулов и проникая в дерму. Как следствие, запускается воспалительная реакция и усугубляется течение дерматозов [15, 16].

Лечение демодекоза

Терапия демодекоза должна быть поэтапной. Одним из первых этапов является проведение санитарно-гигиенических мероприятий [17].

При выборе медикаментозной терапии необходимо учитывать клиническую картину заболевания, вид клещей, их количество, а также наличие сопутствующей патологии (розацеа, периоральный дерматит, угри и др.).

Для воздействия на клещей *Demodex* применяются акарицидные средства, к которым относятся производные нитроимидазольной группы.

Особенности строения покровов клещей обуславливают необходимость длительных курсов антипаразитарной терапии и выбора препаратов, имеющих минимальный размер молекул.

В схему лечения также необходимо включать симптоматические, противовоспалительные, антибактериальные, десенсибилизирующие препараты.

Гель Демотен

Демодекоз редко протекает как самостоятельное заболевание, поэтому создание средств для лечения осложненных демодекозом патологий кожи и ухода за такой кожей остается актуальным.

Недавно на фармацевтическом рынке появилось новое средство – гель Демотен. В его состав входят сера, гиалуроновая кислота, сок алоэ вера, поливинилпирролидон.

Сера обладает антисептическим, антипаразитарным, противовоспалительным эффектами и способствует нормализации пролиферации клеток эпидермиса.

Гиалуроновая кислота увлажняет кожу, повышает ее упругость, стимулирует обновление эпидермиса. Сок алоэ вера содержит множество биологически активных веществ. Это простые сахара, полисахариды, аминокислоты, ферменты, минералы, органические кислоты, комплекс витаминов А, С, Е. Включение сока алоэ вера в состав геля позволяет улучшить состояние кожи, способствует регенерации клеток, обеспечивает антисептический эффект. Поливинилпирролидон, обладающий сорбирующим и дезинтоксикационным действием, обеспечивает эффективное очищение кожи.

Опыт применения

Под нашим наблюдением находилось 23 пациента (11 мужчин и 12 женщин): 14 пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа, девять – с эритематозной формой розацеа. Возраст больных – от 39 до 67 лет.



Рис. 1. Пациент С. до лечения (А) и через пять дней после лечения (Б)

Пациентов разделили на четыре группы. Первую составили четыре пациента с эритематозным розацеа, получавшие только базисную терапию, вторую – пять пациентов с тем же диагнозом, получавшие помимо базисной терапии сопровождающую терапию, третью – пять пациентов с папуло-пустулезным розацеа на базисной терапии, четвертую – девять пациентов с аналогичным диагнозом на базисной и сопровождающей терапии.

Всем пациентам проводилось лабораторное исследование на наличие клеща *D. folliculorum*. Обнаружено от шести до десяти особей в препарате.

Комплексная терапия эритематозного розацеа предполагала применение азелаиновой кислоты в форме геля или метронидазола в форме геля один-два раза в день в зависимости от выраженности клинических симптомов. В качестве сопровождающей терапии использовали гель Демотен два раза в сутки (утром и вечером).

Терапия папуло-пустулезной формы розацеа на первом этапе включала использование системных (антибиотик доксициклин в дозе 100 мг два раза в сутки в течение десяти дней) и топических (антипаразитарный препарат метронидазол гель один-два раза в день и гель Демотен) средств. Гель Демотен наносили через 15–20 минут после метронидазола. 

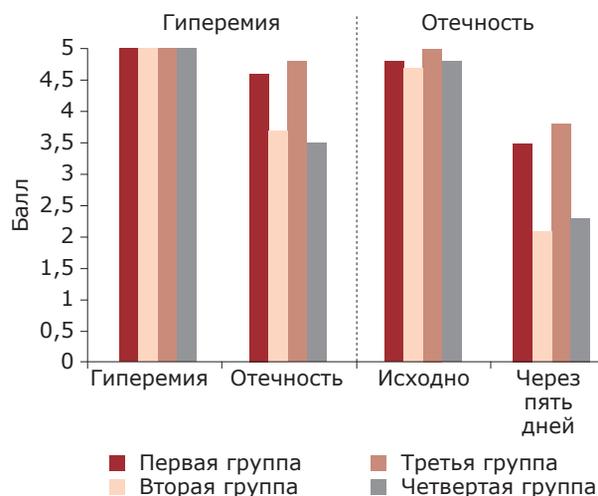


Рис. 2. Динамика клинических проявлений заболеваний на фоне проводимого лечения

При подборе терапии для больных демодекозом необходимо учитывать клиническую картину заболевания, вид клещей, их количество, а также наличие сопутствующей патологии (розацеа, периоральный дерматит, угри и др.). Как показали результаты наблюдения, использование геля Демотен в комплексной терапии пациентов с розацеа, осложненного демодекозом, позволяет быстрее добиваться положительной динамики. Данный препарат можно назначать длительно при разных формах розацеа, что увеличивает межрецидивный период

Через три – пять дней от начала терапии степень выраженности кожных проявлений значительно уменьшилась у пациентов второй и четвертой групп. В частности, снизились гиперемия, отечность, зуд (рис. 1). Динамика клинических проявлений гиперемии и отечности на фоне терапии в четырех группах представлена на рис. 2.

На втором этапе терапии все пациенты четвертой группы продолжили применять гель Демотен.

Повторное лабораторное исследование на наличие клеща *Demodex*, проведенное через десять дней от начала лечения, показало уменьшение количества особей в препарате до одной – трех.

В течение двух месяцев наблюдения обострений заболевания не зафиксировано.

Учитывая, что в терапии не применялись сильные антипаразитарные средства и количество клещей в препаратах сокращалось, можно сделать вывод о стойком антипаразитарном эффекте геля Демотен.

Заключение

Использование геля Демотен в комплексной терапии розацеа, осложненного демодекозом, позво-

ляет быстрее добиться положительной динамики. Данный препарат может назначаться длительно при разных формах розацеа, что увеличивает межрецидивный период.

Литература

1. Сюч Н.И. Демодекоз: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика // Consilium Medicum. 2004. Т. 6. № 3. С. 191–194.
2. Адашкевич В.П. Акне и розацеа. СПб., 2000. С. 97, 112–113.
3. Bikowski J.B., Del Rosso J.Q. Demodex dermatitis: a retrospective analysis of clinical diagnosis and successful treatment with topical crotamiton // J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2009. Vol. 2. № 1. P. 20–25.
4. Ахметов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология. М.: Медицина, 2003. С. 277–279.
5. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство. М.: Медицина, 1995. С. 478–483.
6. Кубанова А.А., Скрипкин Ю.К., Федоров С.М. и др. Спрегаль в терапии больных розовыми угрями и демодекозом // Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем, и болезней кожи. М., 1997. С. 49–50.
7. Полушкина Н.Н. Диагностический справочник дерматовенеролога. М.: АСТ, 2007.
8. Данилова А.А., Федоров С.М. Паразитарные болезни кожи // Русский медицинский журнал. 2000. Т. 8. № 6. С. 249–254.
9. Forton F., Seys B. Density of Demodex folliculorum in rosacea: a case-control study using standardized skin-surface biopsy // Br. J. Dermatol. 1993. Vol. 128. № 6. P. 650–659.
10. Потеев Н.И. Розацеа. М.: БИНОМ, 2000.
11. Pena G.P., Andrade Filho J.S. Is demodex really non-pathogenic? // Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo. 2000. Vol. 42. № 3. P. 171–173.
12. Kogan B.G., Stepanenko V.I., Gorgol V.T. et al. Role of Demodex mites and Helicobacter infection in etiopathogenesis of rosacea, demodicosis, perioral dermatitis and acne disease // Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2003. Vol. 15. № 3. P. 165.
13. Powell F.C. Rosacea and the pilosebaceous follicle // Cutis. 2004. Vol. 74. № 3. Suppl. P. 9–12, 32–34.
14. Hu Q., Wang Y., Tong L. Relationship between the Demodex and bacteria infection in human rosacea // Zhongguo Ji Sheng Chong Xue Yu Ji Sheng Chong Bing Za Zhi. 2004. Vol. 22. № 1. P. 50–53.
15. Forton F., Cermaux M.A., Brasser T. et al. Demodicosis and rosacea: epidemiology and significance in daily dermatologic practice // J. Am. Acad. Dermatol. 2005. Vol. 52. № 1. P. 74–87.
16. Lacey N., Delaney S., Kavanagh K., Powell F.C. Mite-related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea // Br. J. Dermatol. 2007. Vol. 157. № 3. P. 474–481.
17. Вострокнутова Т.М., Мокроносова М.А. Клещи-железницы и проблемная кожа лица // Лечащий врач. 2007. № 9. С. 10–12.



МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ФОРУМ

VI

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: синтез науки и практики

17-18 ОКТЯБРЯ 2016 ГОДА
УЛ. НОВЫЙ АРБАТ, Д. 36
Здание Правительства Москвы

www.mosderma.ru

Цель форума:

информирование специалистов дерматовенерологической службы о новых и эффективных методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем, внедрении современных медицинских технологий в клиническую и лабораторную практику.

Конгресс-оператор:

KST
interforum

ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
Официальный сайт форума -
<http://www.mosderma.ru/>

Форум проводится под патронатом:

- Правительства Москвы;
- Департамента здравоохранения города Москвы;
- Национального альянса дерматологов и косметологов;
- Кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России;
- Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.

17–18 октября 2016 года

Основные направления:

- Организационно-правовые вопросы оказания помощи по профилю «дерматовенерология» и «косметология» в Москве: стратегия развития здравоохранения и совершенствование нормативной базы.
- Фундаментальные исследования в дерматовенерологии.
- Приоритетные направления диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи.
- Аллергология и иммунология.
- Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики инфекций, передаваемых половым путем.
- Клиническая и лабораторная микология.
- Детская дерматология.
- Трихология: новое в диагностике, терапии и реабилитации.
- Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи: роль дерматолога и онколога.
- Эстетическая медицина: инновационные технологии.
- Лазеро- и фототерапия в дерматологии и косметологии.
- Anti-age медицина и формирование здорового образа жизни.

Синдром обструктивного апноэ сна как неизвестная причина дорожно-транспортных происшествий в России

А.А. Атаманчук, к.м.н.; В.А. Круглов, д.м.н., проф.; Е.Б. Широкова, к.м.н.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

По данным Всемирной организации здравоохранения, в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в мире ежегодно погибает около 1,25 млн человек, свыше 20 млн становятся инвалидами. По данным Европейского общества по безопасности дорожного движения (European Road Safety Observatory – ERSO), в Европейском Союзе в результате автомобильных катастроф с участием грузового транспорта ежегодно погибает свыше 5000 человек. В Российской Федерации ежегодно по вине водителей автомобилей совершается в среднем 15 791 ДТП с гибелью 19 011 и ранением 207 985 человек (официальные данные Госавтоинспекции за 2015 г.).

Согласно результатам исследования, проведенного Национальным советом по безопасности на транспорте США (National Transportation Safety Board – NTSA), причиной 52% автокатастроф с участием большегрузного транспорта становится усталость водителей. Около 20% ДТП происходят вследствие засыпания водителей за рулем. По данным NTSA, подобных автокатастроф в США ежегодно насчитывается около 56 000.

В большинстве случаев засыпание водителей за рулем обусловлено расстройством сна, приводящим к дневной сонливости, снижению внимания. Наиболее распространенной патологией является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) [1].

Обструктивное апноэ сна: определение, диагностика, лечение

Синдром обструктивного апноэ сна – это состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при

сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью [2].

По данным эпидемиологических исследований, приблизительно 5–7% населения старше 30 лет страдает СОАС. После 65 лет данная патология выявляется более чем у 60% человек. Мужчины страдают СОАС в среднем в два раза чаще, чем женщины. Основными предрасполагающими факторами являются ожирение, гипертрофия миндалин, ретрогнатия (сдвиг нижней челюсти кзади) и другие врожденные особенности лицевого скелета, а также злоупотребление алкоголем и вечерний прием бензодиазепиновых транквилизаторов.

СОАС предрасполагает к развитию и более злокачественному течению имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний. У пациентов, страдающих СОАС, высок риск острых инфарктов миокарда и мозговых инсультов.

К основным клиническим проявлениям СОАС относятся храп и остановки дыхания во сне с последующими громкими всхрапываниями. По утрам возможны ощущение разбитости и головная боль. Каждый эпизод прекращения дыхания сопровождается гипоксией (снижением уровня кислорода в крови), а также частичным или полным пробуждением мозга, что приводит к резкому ухудшению качества сна. При тяжелых формах апноэ может отмечаться до 400–500 остановок дыхания за ночь продолжительностью до минуты и более, что суммарно составляет до трех-четырёх часов хронической гипоксии во время сна. В течение дня у пациентов, страдающих СОАС, отмечаются тяжелая сонливость, снижение внимания. Особую опасность представляют эпизоды острой сонливости во время управления автомобилем, существенно увеличивающие вероятность ДТП. В ряде

зарубежных исследований установлено, что значительное число водителей большегрузного транспорта страдает СОАС, а отсутствие его лечения повышает риск ДТП в пять раз.

В настоящее время разработаны достаточно эффективные методы диагностики и лечения СОАС, позволяющие практически полностью восстановить ночное дыхание, нивелировать отрицательные патофизиологические эффекты хронической ночной гипоксии и устранить дневные симптомы, а следовательно, существенно повысить качество жизни пациентов и значительно снизить риск автомобильных катастроф [3, 4].

Золотым стандартом диагностики СОАС в мире признана полисомнография, позволяющая изучить во время ночного сна физиологические показатели организма. Данный метод предполагает одновременное выполнение:

- электроэнцефалографии (исследование электрической активности мозга с целью определения его работы в разные фазы сна);
- электрокардиограммы;
- электроокулографии (контроль над движениями глазных яблок);
- электромиографии (исследование тонуса мышц подбородка);
- теста ороназального (дыхательного) потока (осуществляется при помощи специальных приспособлений, расположенных в области ноздри или угла рта, фиксирующих температуру вдыхаемого и выдыхаемого воздуха);
- контроля над дыхательными движениями грудной клетки и живота;
- контроля над движениями ног;
- пульсоксиметрии (определение сатурации – степени насыщенности крови кислородом).

Кроме того, указанный метод предусматривает определение положения тела пациента. Единственным минусом полисомнографии являются ее высокая стоимость и трудоемкость.

В последнее время появились приборы, оценивающие ночную пульсоксиметрию и скорость дыхательного потока. Это так называемое респираторное мониторирование во время ночного сна, характеризующееся высокой диагностической точностью и удобством для скринингового выявления нарушений дыхания во сне в условиях медицинских учреждений общего профиля и амбулаторных условиях.

Лечение СОАС в большинстве случаев сводится к применению СРАР-терапии (Continuous Positive Airway Pressure), основанной на создании постоянного положительного давления в дыхательных путях. То есть во время сна используется специальный прибор, компенсирующий эпизоды отсутствующего дыхания за счет нагнетания воздуха в воздушные пути. Показанием для СРАР-терапии является умеренная или тяжелая форма СОАС (индекс апноэ/гипопноэ > 15 в час). Лечение легкой формы СОАС (индекс апноэ/гипопноэ от > 5 до < 15 в час) показано при нарушениях когнитивных функций, настроения, наличии симптомов дневной сонливости, бессонницы или артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца или нарушений мозгового кровообращения в анамнезе.

Медицинская экспертиза

Освидетельствование водителей в нашей стране для получения водительского удостоверения проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 15.06.2015 № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)». Допуск к вождению транспортных средств осуществляется на основании постановления Правительства РФ от 29.12.2014 № 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством». Профессиональные водители проходят обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры согласно приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н. В приложении 2 данного приказа перечислены общие и дополнительные медицинские противопоказания к управлению наземными транспортными средствами.

В сзванных нормативно-правовых актах перечислены различные заболевания центральной и периферической нервной системы, психическая патология, поражение органов слуха, зрения, вестибулярного и опорно-двигательного аппаратов, но отсутствуют какие-либо упоминания о СОАС. Это свидетельствует о том, что проблема апноэ сна у водителей недостаточно хорошо изучена в России. В большинстве европейских стран, США, Турции законодательно закреплена необходимость проведения сомнологического обследования лиц, получающих разрешение на вождение пассажирского и грузового транспорта.

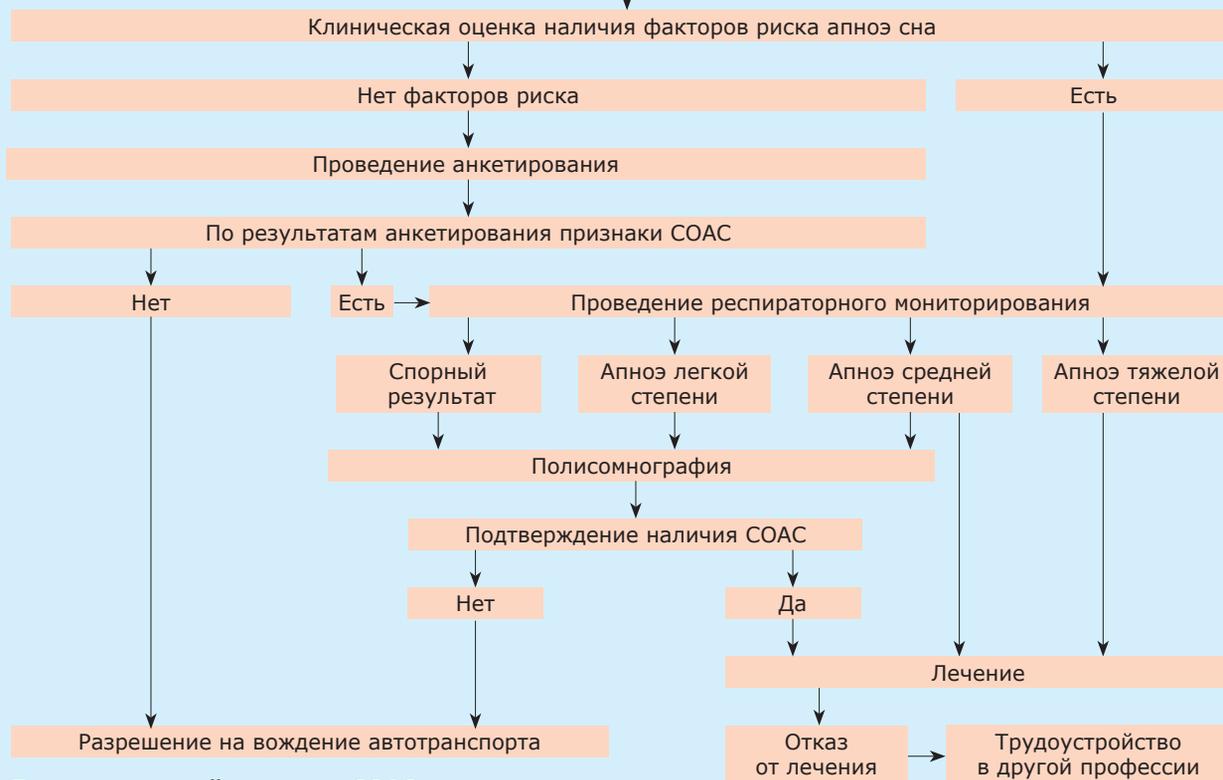
В связи с этим действующие приказы Минздрава России требуют корректировок в отношении проведения обязательного обследования не реже одного раза в два года у претендентов на вождение грузового и пассажирского автотранспорта, а также работающих водителей на предмет наличия СОАС. Желательно, чтобы все водители грузового и пассажирского автотранспорта проходили полисомнологическое исследование. Но в настоящее время в России данная процедура из-за высокой стоимости, трудоемкости и недостаточного количества специализированных учреждений невозможна.

В МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского разработан диагностический алгоритм СОАС, который включает три этапа:

- 1) анкетирование с помощью специализированных опросников;
- 2) проведение скринингового респираторного мониторинга;
- 3) полисомнологическое исследование лиц с высоким риском развития СОАС.

Наибольшей информативностью обладают шкала сонливости Эпворта (Epworth Sleepiness Scale) и анкета скрининга апноэ во сне. Использование предварительного анкетирования позволит рационально распорядиться имеющимися ограниченными возможностями инструментального исследования, а также оптимизировать процесс обследования кандидатов в водители и непосредственно самих водителей. Рекомендовано проведение сомнологического обследования лиц со следующими факторами риска апноэ сна:

Все водители и кандидаты на получение удостоверения водителя грузового и пассажирского автотранспорта



Диагностический алгоритм СОАС

Опросник Эпфорта

Как Вам кажется, будете ли Вы просто чувствовать усталость или задремлете и уснете в следующих ситуациях? Это относится к обычным ситуациям из Вашей жизни. Если с Вами не случилось подобных ситуаций в настоящее время, постарайтесь представить себе, как бы они на Вас подействовали. Выберите номер, наиболее соответствующий Вашему возможному поведению в указанных ситуациях: 0 – не усну никогда, 1 – небольшой шанс уснуть, 2 – умеренный шанс уснуть, 3 – высокий шанс уснуть.

Ситуация	Балл
1. Чтение сидя в кресле	
2. Просмотр телепередач сидя в кресле	
3. Пассивное сидение в общественных местах (сидя в театре, на собрании и т.д.)	
4. Нахождение в пассажирском кресле в машине в течение не менее чем часовой поездки по ровной дороге	
5. Послеобеденный отдых в горизонтальном положении в отсутствие других дел (не сиеста)	
6. Сидя и разговаривая с кем-нибудь	
7. Сидя в кресле после завтрака в тихой комнате, без приема спиртного	
8. За рулем автомобиля, остановившегося на несколько минут в дорожной пробке	

Норма	Начальная	Умеренная	Выраженная	Крайняя степень
0–5	6–8	9–12	13–18	19 и более

Специализированный опрос: анкета скрининга апноэ сна

1. Увеличение массы тела за 3–5 лет	Да	Нет	Не знаю
2. Избыточная дневная сонливость и засыпание в определенных ситуационных состояниях	Да	Нет	Не знаю
3. Громкий ночной храп, на который жалуются близкие пациенту люди	Да	Нет	Не знаю
4. Остановки дыхания во сне, на которые жалуются близкие пациенту люди	Да	Нет	Не знаю
5. Явления ночной полиурии (более двух за ночь), частые ночные просыпания, ночная изжога, отрыжка	Да	Нет	Не знаю
6. Утренние головные боли или ощущения неосвежающего сна по утрам	Да	Нет	Не знаю
7. Изменения артериального давления или нарушения сердечной деятельности	Да	Нет	Не знаю
8. Артериальная гипертония, преимущественно ночная или утренняя	Да	Нет	Не знаю
9. Изменение потенции или другие сексуальные расстройства	Да	Нет	Не знаю
10. Затрудненное дыхание, одышка или приступы удушья в ночное время	Да	Нет	Не знаю
11. Ночная потливость	Да	Нет	Не знаю
12. Разбитость по утрам	Да	Нет	Не знаю
13. Утренние головные боли	Да	Нет	Не знаю
14. Депрессия, апатия, раздражительность, сниженный фон настроения, снижение памяти	Да	Нет	Не знаю

- ✓ ожирение (сдавление дыхательных путей извне жировыми отложениями на шее, в области глотки);
- ✓ гипертрофия небного язычка, мягкого неба, миндалин;
- ✓ наследственная узость верхних дыхательных путей, различные челюстно-лицевые аномалии, наиболее значимыми из которых являются микро- и ретрогнатия, приводящие к уменьшению просвета глотки;
- ✓ курение;
- ✓ употребление алкоголя перед сном;
- ✓ прием транквилизаторов и снотворных препаратов;
- ✓ возраст старше 45 лет [5–9].

Заключение

Установление диагноза СОАС позволит начать своевременное лечение, а следовательно, продлить трудовое долголетие водителей и снизить риск ДТП. Подтверждение СОАС должно являться противопоказанием к вождению автотранспорта только в случае отказа от лечения.

Таким образом, синдром апноэ сна у водителей большого транспорта представляет как медицинскую, так и социальную проблему, что требует более широкого ознакомления врачей разных специальностей с данной проблемой. 

Литература

1. Белкин А.А., Алексеева Е.В., Жигульская О.В., Романова Е.К. Синдром обструктивного апноэ сна как фактор риска аварийности у профессиональных водителей в Екатеринбурге. Исследование «Опасный сон (ОС-1)» // Неврология,

нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. № 1. С. 49–54.

2. Бузунов Р.В., Легейда И.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна. Учебное пособие для врачей. М., 2010.
3. Махотина О.А. Борьба с усталостью водителей как важное направление повышения безопасности междугородных и международных автомобильных перевозок // Аспирант. 2014. № 5. С. 80–84.
4. Нието Х., Пеппард П., Янг Т. Клиническое значение проблемы апноэ сна. Дизайн и основные выводы из Висконсинского когортного исследования // Доктор.Ру. 2014. № 9–10 (97–98). С. 60–64.
5. Солко О.Н. Распространенность наиболее характерных признаков сонного апноэ по данным анкетирования // Российская оториноларингология. 2010. № 1. С. 118–122.
6. Фитце И., Сукмарова З.Н. Современная клиническая практика ведения пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна в Германии // Доктор.Ру. 2014. № 2 (90). С. 80–84.
7. Юсеев М., Фират Х., Демир А., Ардик С. Эффективность аппарата Watch-PAT 200 при диагностике апноэ во сне у водителей рейсовых автобусов // Эффективная фармакотерапия. 2014. № 22. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства – 2». С. 50–57.
8. Burks S.V., Anderson J.E., Bombyk M. et al. Nonadherence with employer-mandated sleep apnea treatment and increased risk of serious truck crashes // Sleep. 2016. Vol. 39. № 5. P. 967–975.
9. Guilleminault C., Tilkian A., Dement W.C. The sleep apnea syndromes // Annu. Rev. Med. 1976. Vol. 27. P. 465–484.

Применение современных физических методов в лечении и реабилитации пациентов

А.Г. Куликов, д.м.н., проф.

Российская медицинская академия последипломного образования

Лечебное воздействие физических факторов отличается от такового лекарственных препаратов. Эффективность физиопроцедур обусловлена ответной реакцией со стороны иммунной, гормональной, сердечно-сосудистой и других систем организма. В результате терапевтический эффект возникает не только на органном, но также на клеточном, субклеточном и даже молекулярном уровне.

При назначении комбинации традиционных лекарственных средств и физиопроцедур необходимо учитывать этап развития заболевания и характер имеющихся нарушений (табл. 1). Несомненно, большим потенциалом обладает превентивная медицина, направленная на активизацию деятельности систем организма, когда его возможности достаточно высоки. Использование физиотерапевтических методов в целях профилактики заболеваний вполне сопоставимо с применением препаратов, а иногда и более обоснованно.

Современные методы физиотерапии широко применяются в урологии, травматологии и ортопедии, неврологии, дерматологии, при сосудистой патологии и т.д. При наличии ряда сопутствующих заболеваний допустимо использование пациентами мини-аппаратов для проведения физиопроцедур в домашних условиях.

К основным лечебным физическим факторам и физическим методам лечения относятся:

- постоянный ток низкого напряжения и малой силы: гальванизация, лекарственный электрофорез, гидрогальванические ванны;
- импульсные токи низкого напряжения и малой силы: диадинамические, синусоидальные модулированные, интерференционные, флюктуирующие, импульсные токи другой формы (в том числе микротоки), электродиагностика и электростимуляция, чрескожная электронейростимуляция, трансцеребральная импульсная электротерапия;
- токи высокого напряжения и малой силы: местная дарсонвализация, токи надтональной частоты (ультратонотерапия);
- электрические, магнитные и электромагнитные поля с различными характеристиками: низкочастотная местная и общая магнитотерапия, высокочастотная магнитотерапия (индуктотермия), ультравысокочастотная терапия (УВЧ-терапия), УВЧ-индуктотерапия, сверхвысокочастотная терапия (СВЧ-терапия) дециметрового (ДМВ-терапия) диапазона, СВЧ-терапия сантиметрового (СМВ-терапия) диапазона, крайне высокочастотная терапия (КВЧ-терапия) миллиметрового диапазона, инфитатерапия, низкочастотная электростатическая терапия, франклиннизация;
- электромагнитное излучение оптического диапазона: местное и общее инфракрасное облучение;

Таблица 1. Лекарственные препараты и методы физической терапии

Этап развития заболевания	Нарушения	Лекарственные препараты	Методы физиотерапии
Первичная профилактика заболевания	Отсутствуют	-	+
Начальный этап развития заболевания	Преимущественно функциональные расстройства, минимальные органические изменения	+/-	++
Этап выраженных клинических проявлений	Функциональные расстройства и органические изменения (умеренно выраженные)	++	++
Заключительный этап развития болезни	Доминирование органических изменений	++	+/-

Таблица 2. Аппликаторы ударных волн

Радиальные	Фокусированные	Плантарные
Принцип действия пневматический, как в отбойном молотке, сжатый воздух подается из компрессора	Принцип действия электромагнитный, как в больших литотриптерах для дистанционного камнедробления, но размер и сила воздействия специально адаптированы для ортопедии	Принцип действия электромагнитный, как у аппликатора фокусированных ударных волн, но генерируются плоские ударные волны для глубокого воздействия на обширные болевые зоны
Эффективная глубина воздействия до 20–40 мм	Эффективная глубина воздействия до 125 мм	Эффективная глубина воздействия 50–70 мм

ние, облучение видимым спектром (селективная и неселективная фототерапия), ультрафиолетовое облучение (местное, общее и внутрисосудистое), низкоинтенсивная лазеротерапия (местная и внутрисосудистая), фотодинамическая терапия;

- механическая энергия в непрерывном и прерывистом (импульсном) режиме: вибротерапия, ультразвуковая, ударно-волновая терапия, прессотерапия (в том числе пневмокомпрессия, наружная контрпульсация, абдоминальная декомпрессия и др.), вакуумная терапия, лечебный массаж (классический, сегментарный, периостальный, соединительнотканый, точечный, косметический, пластический, лимфодренажный, аппаратный), тракционная, гравитационная терапия;
- тепловая энергия: пелоидотерапия (грязелечение), парафинолечение, озокеритолечение, применение с лечебной целью глины, песка (псаммотерапия), лечебное применение нафталина, баня (в частности, сауна), ванная паровая, криотерапия местная и общая (криокамера), гипотермия местная;
- измененная или особая воздушная (газовая) среда: гипокситерапия (гипо- и нормобарическая), оксигенотерапия (нормо- и гипербарическая), озонотерапия (местная и внутривенная), использование различных воздушно-газовых смесей (углекислый газ, азот, монооксид азота, кислородно-гелиевая смесь и др.), аэроионотерапия, аэрозольтерапия и электроаэрозольтерапия, галотерапия (местная и общая), спелеотерапия, аэрофитотерапия, ароматерапия;
- гидротерапия и бальнеотерапия: питьевые минеральные воды (внутреннее и полостное применение минеральных вод), обливание и обтирание, укутывание общее (влажное и сухое обертывание) и местное (компресс), например с использованием компонентов растительного, животного и минерального происхождения, душ (в том числе подводный душ-массаж), ванны пресные, минеральные, газовые, ароматические, лекарственные, вибрационные, вихревые, ванны с изменяемой температурой (в частности, контрастные), купания, полостное применение минеральных вод, микроклизмы и гидроклоно-терапия;
- радонотерапия (альфатерапия): применение радоновых ламп, суховоздушных радоновых ванн, радоновых ингаляций, радоно-масляных концентратов (свечи, капсулы, аппликации), питье радоновой воды;

- климатические факторы: климатотерапия, ландшафтотерапия, гелиотерапия, талассотерапия, купания в открытых водоемах и т.д.;
- сочетание лечебных физических факторов – сочетанные методы физиотерапии и физиопунктура.

Криотерапия, которую начали использовать относительно недавно, отлично зарекомендовала себя на практике. Лечебно-профилактические процедуры основаны на кратковременном контакте всей поверхности кожи (криокамера, криосауна) или ее ограниченного участка с хладоносителем, которым может служить жидкий азот (-196 °С), гелий (-269 °С), воздух (около -180 °С), а также углекислый газ «сухой лед» (-79 °С). Показаниями к применению криотерапии являются:

- ✓ лечебная физкультура/эрготерапия – облегчение, расслабление, обезболивание;
- ✓ ортопедия/экстренная хирургия/спортивная медицина – вывихи, растяжения, ушибы, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных, артриты, артрозы, состояния после трансплантации суставов, повреждения мышц (растяжения, ушибы, разрыв волокон), коreshковый синдром, рефлекторная дистрофия;
- ✓ ревматология/внутренние болезни – миалгия, ревматические миогелозы, активированные артрозы, тендиниты, тендовагиниты, периартропатии;
- ✓ неврология – невриты (невралгии), спастические мышечные реакции (апоплексия, трансверсальный синдром), синдром компрессии нервных корешков (ишиалгия и т.д.);
- ✓ косметология – актинокератоз, бородавки (обыкновенные, юношеские, подошвенные, себорейные), гемангиолимфангиома, кавернозная ангиома, келоид, кератома старческая, контагиозные моллюски, красный лишай, лентигиноз, пигментные пятна, узелковая чесуша, узлы на месте акне, хроническая красная волчанка.

Ударно-волновая терапия – методика аппаратного терапевтического воздействия на ткани организма с помощью прицельных акустических волн определенной частоты. Конкретные модификации аппликаторов ударных волн позволяют специалистам оказывать помощь при различных заболеваниях суставов и позвоночника и патологиях мягких тканей (табл. 2). Одним из самых распространенных методов лазерной терапии остается накожное неинвазивное воздействие путем наложения излучателя на органы (или их проекции). При проведении лазерной терапии предпочтительно отдается излучателям, функционирующим в инфракрасной и красной областях спектра. Тем не менее в настоящее время активно применяются источники света других длин волн.

Лазеротерапию целесообразно включать в комплекс лечебных мероприятий для усиления терапевтического эффекта в сочетанном или комбинированном вариантах практически во всех областях медицины – акушерстве и гинекологии, гастроэнтерологии, дерматологии, кардиологии, косметологии, неврологии, онкологии, оториноларингологии, педиатрии, пульмонологии, стоматологии, травматологии и ортопедии, урологии, фтизиатрии.

Общая магнитотерапия – воздействие на организм низкочастотным магнитным полем различных характеристик при малой величине магнитной индукции. Сегодня это направление физиотерапии активно развивается, используется в реабилитации онкологических больных.

Результаты исследований показали хорошую эффективность магнитотерапии у пациентов хирургического профиля, после тяжелых оперативных вмешательств, при серьезных соматических заболеваниях, расстройствах половой сферы у женщин и мужчин. По данным, подтвержденным компьютерной томографией, этот метод целесообразно включать в комплекс мероприятий при сахарном диабете и его осложнениях.

Вибротерапия также имеет широкий диапазон применения. Основные области использования современных виброплатформ: быстрая регенерация мышц при атрофиях и даже на начальной стадии некроза, восстановление силы и амплитуды движений при контрактурах суставов, регенерация хрящей, восстановление подвижности при анкилозе, ликвидация спаек и ожоговых рубцов, усиление периферического кровообращения и обменных процессов в тканях, рассасывание гематом, улучшение сращения костей, увеличение подвижности между различными тканями и органами, снятие боли и отеков, восстановление при частичном параличе, склеродермии, плекситах, после хирургических вмешательств при детском церебральном параличе.

Дорогостоящее и не всегда доступное классическое грязелечение уходит в прошлое. Новые модернизированные технологии (тонкослойная грязевая аппликация, тонкослойная термоконтрастная грязевая аппликация, криопелоидотерапия) позволяют использовать малый объем лечебной грязи в сочетании с другими полезными физиотерапевтическими факторами. Теперь количество грязи для процедуры измеряется в граммах, поэтому такие технологии реабилитации пациентов могут применяться практически в любом лечебном учреждении.

Большинство аппаратов, которые используются для УВЧ-терапии, известны давно. Но сейчас востребована новая методика так называемого продольного расположения конденсаторных пластин, которую можно применять не столько с целью получения противовоспалительного локального эффекта, сколько для воздействия на сосудистые и нервные ткани при наличии у пациентов сосудистых поражений и полинейропатий.

В нашей стране развивается озонотерапия. Применяемые методики:

- большая аутогемотерапия с озоном;
- внутривенное введение озонированного физиологического раствора;

- ректальная инсуффляция озоно-кислородной смеси;
- малая аутогемотерапия с озоном;
- подкожное введение газовой озоно-кислородной смеси;
- внутримышечное введение газовой озоно-кислородной смеси;
- периартикулярное и внутрисуставное введение газовой озоно-кислородной смеси;
- озонорефлексотерапия;
- питье, полоскание или орошение озонированной дистиллированной водой или физиологическим раствором;
- наружное применение газообразной озоно-кислородной смеси;
- применение озонированного масла.

Озонотерапия достаточно простой и эффективный метод лечения воспалительных заболеваний, вирусного гепатита, сахарного диабета и других нарушений метаболического характера (диабетическая ангиопатия, трофические язвы и т.д.). Озонотерапия широко применяется при хирургических, проктологических, гинекологических патологиях. Лечебные свойства озона:

- ✓ бактерицидное, противовирусное, фунгицидное;
- ✓ активация метаболизма;
- ✓ улучшение кислородо-транспортной функции крови;
- ✓ коррекция нарушений реологических свойств крови;
- ✓ усиление процессов микроциркуляции;
- ✓ влияние на процессы свободнорадикального окисления;
- ✓ иммуномодулирующее;
- ✓ противовоспалительное и обезболивающее;
- ✓ дезинтоксикационное.

Весьма затратный метод наружной контрпульсации перспективен в реабилитации пациентов с сосудистой патологией. Сегодня этот метод применяется при урологических заболеваниях.

Метод абдоминальной декомпрессии изначально использовался лишь при гинекологической патологии. Сейчас он активно применяется при других заболеваниях. Показания:

- угроза прерывания беременности, ранние токсикозы беременности, поздние токсикозы беременности легкой и средней степени тяжести;
- гипоксия или угроза гипоксии плода, гипотрофия плода;
- воспалительные заболевания внутренних половых органов (левой, отечный, спаечный синдромы), дисменорея, инфантилизм, бесплодие;
- атеросклероз сосудов нижних конечностей, синдром диабетической стопы, хроническое варикозное расширение вен, рожистое воспаление нижних конечностей;
- алкогольная и наркотическая зависимость, токсическое и радиационное поражение, заболевания печени, запоры, коррекция избыточного веса.

Методы физиотерапии требуют более широкого внедрения. Этому прежде всего должно способствовать регулярное ознакомление медицинской общественности с современными методиками. Рациональная комбинация фармако- и физиотерапии позволит достигать желаемых результатов при лечении пациентов. 



Всероссийская научно-практическая конференция и образовательный семинар «Оптимальная медикаментозная терапия в кардиологии»



Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе Всероссийской научно-практической конференции «Оптимальная медикаментозная терапия в кардиологии», которая состоится 20–22 октября 2016 года в Санкт-Петербурге.

Место проведения конференции: Санкт-Петербург, Московский просп., д. 97А, отель «Холидей Инн Московские Ворота» (станция м. «Московские Ворота»). Открытие конференции: 20 октября 2016 года, 10.00. Регистрация участников: 09.00–10.00.

Организаторы

- Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
- Санкт-Петербургское кардиологическое научное общество им. Г.Ф. Ланга
- Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Правительства Ленинградской области

Основные темы

- Рациональная фармакотерапия артериальной гипертензии и нарушений липидного обмена
- Острые и хронические формы ИБС: выбор лечебной стратегии
- Некоронарогенные заболевания миокарда
- Современные подходы к лечению сердечной недостаточности
- Актуальные вопросы антитромботической терапии в кардиологии
- Неотложная кардиология
- Проблемы и вопросы, связанные с медикаментозным лечением нарушений сердечного ритма
- Внезапная сердечная смерть: первичная и вторичная профилактика
- Лечение неотложных состояний в кардиологии
- Оптимальная медикаментозная терапия ХСН
- Актуальные вопросы клинической фармакологии в лечении сердечно-сосудистых заболеваний

Научный комитет

Проф. Ардашев А.В. (Москва)
Проф. Арутюнов Г.П. (Москва)
Проф. Ахмеджанов А.М. (Москва)
Проф. Берштейн Л.Л. (Санкт-Петербург)
Проф. Болдуева С.А. (Санкт-Петербург)
Доц. Бутаев Т.Д. (Санкт-Петербург)
Проф. Вавилова Т.Н. (Санкт-Петербург)
Проф. Гришкин Ю.Н. (Санкт-Петербург)
Проф. Гуревич В.С. (Санкт-Петербург)
Проф. Дупляков Д.В. (Самара)

Проф. Захарова Н.В. (Санкт-Петербург)
Проф. Земцовский Э.В. (Санкт-Петербург)
Проф. Кузнецова О.Ю. (Санкт-Петербург)
Проф. Макеева Т.И. (Санкт-Петербург)
Акад. РАН Мазуров В.И. (Санкт-Петербург)
Проф. Никифоров В.С. (Санкт-Петербург)
Проф. Новиков В.И. (Санкт-Петербург)
Проф. Новикова Н.В. (Москва)
Доц. Новикова Т.Н. (Санкт-Петербург)

Проф. Панов А.В. (Санкт-Петербург)
Проф. Руксин В.В. (Санкт-Петербург)
Проф. Сайганов С.А. (Санкт-Петербург)
Проф. Симаненков В.И. (Санкт-Петербург)
Доц. Смирнов Г.Б. (Санкт-Петербург)
Проф. Сухов В.К. (Санкт-Петербург)
Проф. Тыренко В.В. (Санкт-Петербург)
Проф. Хурцилава О.Г. (Санкт-Петербург)
Проф. N.Reifart (Франкфурт, Германия)

Министерством здравоохранения РФ конференция включена в перечень мероприятий по непрерывному медицинскому образованию в 2016 году. Участникам будут выдаваться соответствующие свидетельства.

В работе конференции ожидается участие свыше 350 кардиологов, терапевтов, анестезиологов-реаниматологов.

Докладчики и лекторы – ведущие кардиологи Санкт-Петербурга, России и стран СНГ.

Во время проведения конференции состоится выставка ведущих фармацевтических фирм, а также выставка образцов медицинского оборудования.

Организационный комитет приглашает вас принять участие в научной программе конференции

Организационный комитет: 000 «Альта Астра», тел.: +7 (812) 386-38-31, 386-38-32, 386-38-33
e-mail: info@altaastra.com, сайт: www.altaastra.com

Целесообразность применения нутриционных реабилитационных программ

В.Н. Сергеев, д.м.н.

Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, «нездоровые рационы питания и недостаточная физическая активность являются ведущими причинами основных неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет 2-го типа и определенные типы рака, и на них приходится значительная доля глобального бремени болезней, смерти и инвалидности». Именно поэтому «программы по содействию здоровому режиму питания и физической активности в целях предупреждения болезней являются важнейшим средством в рамках политики по удовлетворению потребностей общества». Следовательно, перед оздоровительной медициной стоят следующие задачи:

- добиться гармонии человека со средой обитания, как внешней, так и внутренней (минимизировать негативное воздействие на организм экотопогенов, продуктов обмена веществ и ксенобиотиков);
- достичь индивидуальной психосоматической гармонии (восстановить нарушенный обмен веществ и регуляторные нейроэндокринные механизмы);
- восстановить нарушенную работу пищеварительного транспортного конвейера для индивидуального оптимального поступления в организм энергетических и пластических веществ, необходимых для адекватной адаптации к изменяющимся условиям среды, с одной стороны, и поддержания максимальной работоспособности – с другой.

Ведущим компонентом здорового образа жизни, обеспечивающего сохранение здоровья и высокой трудоспособности человека, является рациональное питание.

В соответствии с приказом Минздрава России от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилакти-

ческих учреждениях РФ» нутритивная поддержка включает в себя парентеральное и энтеральное питание, систему стандартных диет и лечебное питание с использованием смесей энтерального питания, витаминно-минеральных комплексов.

Включение в рацион питания с целью его оптимизации специализированных пищевых продуктов, нутрицевтиков и фармаконутриентов этиопатогенетически оправданно, поскольку они имеют декларированный, сбалансированный состав по основным эссенциальным макро- и микронутриентам, отличаются быстротой приготовления и оптимальностью усвоения. При этом ферментативные и энергетические затраты минимальны.

Разработанный нами алгоритм диагностики нарушений пищевого статуса у пациентов и методы его коррекции метаболическими средствами включают стандартные диетологические рационы питания, специализированные (функциональные) пищевые продукты (метаболически направленные и сбалансированные сухие смеси, кисломолочные продукты, обогащенные недостающими эссенциальными факторами пищи), нутрицевтики (витаминно-минеральные комплексы, препараты, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) класса омега-3 и проч.), пре- и пробиотики и фармаконутриенты.

Традиционные лечебно-профилактические рационы питания, функциональные пищевые продукты, нутрицевтики и фармаконутриенты с полным правом можно отнести к метаболической терапии, включающей в себя:

- ✓ дезинтоксикационную терапию – использование различных сорбентов для нейтрализации и выведения из организма продуктов перекисного окисления липидов, ксенобиотиков, эндотоксинов и т.д.;
- ✓ редуцирующую терапию – восполнение недостающих организму эссенциальных микронутриентов (витаминов и минералов), выполняющих

кофакторные функции ферментов для восстановления их функциональной активности, с одной стороны, и оптимизации работы нейроэндокринных и иммунных механизмов регуляции – с другой;

- ✓ аддитивную терапию – восполнение дефицитных продуктов промежуточного метаболизма (аминокислот, ферментов, ПНЖК классов омега-3 и -6, пре- и пробиотиков и т.п.).

Существуют определенные критерии для включения метаболических средств в реабилитационно-профилактические программы. Так, метаболическое средство должно:

- 1) оказывать системное физиологическое действие – способствовать восстановлению нарушенных функций нескольких органов и систем организма;
- 2) оказывать на организм оптимальное метаболическое действие – обладать детоксикационными, редукционными и аддитивными свойствами;
- 3) быть безопасным – соответствовать эпидемиологическим и гигиеническим требованиям, предъявляемым к данной категории продуктов;
- 4) способствовать достижению и поддержанию достигнутых положительных терапевтических эффектов на фоне уменьшения применения или полной отмены аналогичных по терапевтическим эффектам синтетических фармакологических препаратов.

Приходится констатировать, что опыт и знания, накопленные в отношении понимания процесса питания, то есть процесса взаимодействия организма с пищей, а также методы, способы и подходы, применявшиеся для оптимизации процесса питания, в целом оказались несостоятельными. Какие бы системы питания мы ни рассматривали (раздельное питание, вегетарианство, белковые, низкокалорийные, сбалансированные, обезжиренные, разгрузочные, витаминизированные, микроэлементные, очистительные диеты и т.д.), ни одна из них не может претендовать на универсальность. Кроме того, большинство диетических систем питания, часто используемых в целях оздоровления, нередко обеспечивает противоположный эффект. Это означает, что мы должны искать и разрабатывать новые подходы к оптимизации питания в современном мире.

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных сотрудниками Института питания РАМН в разных регионах России, свидетельствуют о том, что более чем у 50% больных, госпитализированных в хирургические и терапевтические стационары, имеются выраженные нарушения пищевого статуса вследствие неполноценного питания или наличия хронических заболеваний, особенно желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Так, у 20% больных диагностированы истощение и недоедание, у 50% – нарушение липидного (жирового) обмена. Почти в 90% случаев зарегистрированы признаки гипо- и авитаминозов, более чем в 50% – изменения иммунного статуса.

Решить проблему пищевой недостаточности за счет использования стандартных диетических



столов сложно, поскольку из общей калорийности рассчитанного диетического рациона фактическое поступление не превышает 60%. Кроме того, трудно составить сбалансированный рацион из естественных продуктов питания, особенно по витаминам, микроэлементам, минералам, ПНЖК омега-3, биофлавоноидам и другим эссенциальным микро-нутриентам.

Не последнюю роль играет и состояние пациента, особенно в период обострения или разгара заболевания. В частности, снижение аппетита, лихорадка, диспепсические расстройства приводят к уменьшению фактического потребления пищи или отказу от нее. Ситуация усугубляется при сопутствующих дисфункциях системы пищеварения, когда пациент не способен нормально переваривать и усваивать пищу. Как известно, витамины и минералы выполняют кофакторную и коферментную функции. Поэтому вполне логично предположить, что при их круглогодичном дефиците в рационе питания будут наблюдаться отклонения в функциональной активности многих органов и систем организма, то есть формирование полисистемных дисфункций. В отсутствие своевременного медицинского вмешательства данное состояние может перейти в полисистемный патологический симптомокомплекс, например метаболический синдром. Это подтверждают и данные медицинской статистики, демонстрирующие рост полисистемной патологии у пациентов. Вследствие отклонений в системе метаболического гомеостаза, обусловленных маладаптацией (недостаточная защитная функция организма и адаптация к неблагоприятным условиям внешней среды), хроническими неинфекционными заболеваниями, а также критическими состояниями (после оперативного вмешательства, сочетанного травматического повреждения, инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения и проч.), программа коррекции метаболических нарушений и нутритивной поддержки должна быть многокомпонентной.

При составлении индивидуальных оптимальных корректирующих нутритивно-метаболических программ необходимо учитывать пол и возраст пациента, характер профессиональной деятельности, национальную принадлежность, регион проживания, наличие диагностированной патологии, сте-



пень компенсации патологического процесса, сопутствующее фармакологическое сопровождение и т.д.

В период, когда естественный путь восполнения прогрессирующего дефицита основных питательных веществ исключен или значительно ограничен, особое значение при проведении лечебных и реабилитационно-профилактических мероприятий приобретает включение в лечебные и реабилитационно-профилактические пищевые рационы специализированных продуктов питания (метаболически ориентированных и сбалансированных смесей), а также натуральных продуктов на основе гидробионтов, продуктов пчеловодства, лекарственных и пищевых растений, нутрицевтиков и фармаконутриентов.

Выбор тех или иных специализированных продуктов питания, нутрицевтиков и фармаконутриентов должен носить строго индивидуальный характер. Это позволит:

- ✓ легко и быстро, не повышая калорийности рациона, ликвидировать повсеместно обнаруживаемый у большинства взрослого и детского населения России дефицит витаминов, минеральных веществ и других микронутриентов;
- ✓ максимально индивидуализировать питание конкретного здорового человека в зависимости от потребностей, существенно отличающихся не только по половозрастным характеристикам, интенсивности физической нагрузки, но и генетически обусловленным особенностям биохимической конституции;
- ✓ максимально удовлетворить измененные физиологические потребности больного в пищевых веществах;
- ✓ одновременно с восполнением недостаточного поступления с пищей необходимых для жизнедеятельности макро- и микронутриентов фармаконутриенты могут быть использованы в качестве вспомогательных средств в реабилитационных и профилактических программах таких широко распространенных заболеваний, как ожирение, атеросклероз, заболевания системы пищеварения, сахарный диабет 2-го типа, иммунодефициты.

Под оптимальным питанием следует понимать правильно организованное и соответствующее физиологическим ритмам (завтрак, обед, ужин) снабжение организма хорошо приготовленной,

питательной и вкусной пищей, содержащей адекватное количество эссенциальных нутриентов, необходимых для его развития и функционирования.

Кроме того, при составлении индивидуальных реабилитационно-профилактических нутритивных программ для восстановления нарушенных функций органов и систем организма можно комбинировать специализированные пищевые продукты, нутрицевтики и фармаконутриенты, не опасаясь негативных взаимодействий, снижения эффективности реабилитационно-профилактических мероприятий или увеличения токсичности. В силу тесных синергетических связей между большинством макро- и микронутриентов, присутствующих в полноценной пище, их комбинация обеспечивает адекватную индивидуальную оптимизацию, повышает терапевтический эффект рациона питания. Такая тактика в организации нутритивной поддержки пациентов способствует снижению дозы и сроков использования синтетических фармакологических средств при их совместном применении, минимизирует их негативное действие на органы и системы организма. Это в большей степени оправданно при восстановлении нарушенных функций органов и систем в случае сочетанной патологии, которая все чаще диагностируется у пациентов, обращающихся за медицинской помощью.

Не отрицая приоритетной роли белковой обеспеченности индивидуального оптимального рациона питания, которая корректируется за счет белка, входящего в основной рацион питания (мясо, рыба, птица, яйца, молочные продукты, бобовые), а также индивидуального назначения специализированных пищевых продуктов (метаболически направленные и сбалансированные смеси), необходимо учитывать обеспеченность реабилитационно-профилактических схем и другими эссенциальными веществами. К веществам, играющим важную роль в регуляции метаболизма, поддержании оптимального гомеостаза и высокого адаптационного потенциала организма, относятся пищевые волокна, витамины, минералы, ПНЖК, особенно класса омега-3, продукты с пре- и пробиотической активностью. Важно выбирать натуральные продукты, не только способствующие восстановлению нарушенной функциональной активности органов и систем, но и восполняющие дефицит эссенциальных пластических и энергетических веществ для повышения функциональных резервов организма и антистрессового потенциала.

Кроме того, выбор таких универсальных продуктов не только минимизирует и упрощает составление реабилитационных и профилактических программ, но и делает их более понятными и привлекательными как с физиологической, так и с экономической стороны.

С учетом этого наиболее аргументированным представляется включение в реабилитационно-профилактические программы следующих классов продуктов:

- 1) метаболически направленные и сбалансированные белково-витаминно-минеральные смеси;

- ✓ метаболитически направленные смеси, вводимые в рационы питания при уже диагностированной патологии, то есть имеющие четкое адресное воздействие – определенную систему организма или орган, на срок достижения компенсации патологического процесса: например, специализированные (функциональные) продукты «Нутриэн Гепа» (при заболеваниях печени), «Нутриэн Нефро» (при почечной патологии), «Нутриэн Диабет» (при сахарном диабете и/или ожирении), «Нутриэн Пульмо» (при патологии органов дыхания), «Нутриэн Остео» (при заболеваниях опорно-двигательного аппарата), «Нутриэн Имму» (при иммунодефицитах), «Нутрикомп Диабет»;
- ✓ сбалансированные смеси «Нутриэн Юниор», «Нутриэн Баланс», «Нутринор», «Виталь Формель», «Берламин Модуляр», «Ресурс Оптимум». Данные продукты могут назначаться дополнительно к основному рациону питания пациентам с дефицитом веса, нарушенными процессами переваривания пищи и ассимиляции нутриентов после оперативных вмешательств, а также пациентам с тяжелыми травмами, инсультом. При избыточном весе или ожирении, метаболическом синдроме в зависимости от результатов клинико-биохимических исследований данные продукты могут приниматься вместо одного-двух приемов пищи. При необходимости в рацион питания с целью его оптимизации могут включаться нутрицевтики (витамино-минеральные комплексы, ПНЖК классов омега-3 и -6, пищевые волокна) и фармаконутриенты, изготовленные из натурального или природного сырья (лекарственные и пищевые растения, продукты пчеловодства, морепродукты, цитаминны – биорегулирующие вещества, выделенные из органов животных);
- 2) морепродукты (гидробионты). Входящие в их состав пищевые волокна (альгиновая кислота и ее соли) оказывают выраженное антиоксидантное действие на организм за счет сорбции и последующей элиминации солей тяжелых металлов, радионуклеидов и ксенобиотиков из организма, стимулируют продукцию защитной слизи в ЖКТ, бронхах и мочеполовой системе, восстанавливают нарушенную структуру клеточных мембран, обладают выраженной тромболитической активностью. Наличие витаминов, минералов, аминокислот, полисахаридов позволяет рассматривать препараты из морепродуктов в качестве важных составляющих редуцированной и аддитивной терапии;
- ✓ продукты линии «Эйконол», основой производства которых является жир глубоководных морских рыб, и другие активные эссенциальные факторы питания «Эйконол», «Эйфитол», «Посейдонол», «Бифэйнол», «Эйкозим», «Эуэйнол», «Эйхлофил»;
- ✓ препараты на основе водорослей: оригинальный гель «Водоросли бурые, гомогенизированные для лечебного, диетического и профилактического питания», имеющий несколько разновидностей, которые могут служить базовой матрицей для создания оригинальных кулинарных

изделий, специализированных профилактических продуктов, косметических лечебно-профилактических и профилактических средств, «Марина», «Ламирайт»;

- 3) препараты на основе продуктов пчеловодства: линия «Эпамы» и серия ион-структурированных бальзамов «Сибирский прополис», основу которых составляют прополис и лекарственные растения; линия медовых композиций: «Кардиовит», «Энтеровит», «Гепатовит», «Панкреовит», «Нефровит», «Апивит» на основе пчелиного меда и лекарственные растения;
- 4) витаминно-минеральные комплексы «Ритмы здоровья», «Витакальций», «Витаселен», «Витахром», «Витаферрум», «Витацинк», «Витайод», «Алфавит», «Витаминерал», «Посейдонол», «Эйкозим», «Марина», «Спектро», «Би-Стресс» (утренний и вечерний комплексы), «Кальций», «Магний», «Цинк»; «Био Е с селеном»;
- 5) препараты, содержащие пре- и пробиотики: «Бифейнол», «Эуэйнол Ламирайт», «Марина», «Ламиналакт», «Бакфир», «Авелафт», «Бифистим».

Для адресной коррекции нарушенной функции определенных органов и систем организма наряду с рекомендуемыми нами группами натуральных продуктов в индивидуальные реабилитационно-профилактические программы могут включаться фитоформулы и препараты на основе цитаминнов, обладающие приоритетной, адресной протективной активностью, например гепатопротекторы, кардиопротекторы, нейропротекторы.

Целенаправленная индивидуальная оптимизация рационов питания пациентов на этапах медицинского сопровождения (стационар – санаторий – поликлиника) с использованием стандартных диет, специализированных продуктов питания (метаболические направленных и/или сбалансированных смесей), нутрицевтиков и фармаконутриентов, с одной стороны, будет способствовать восстановлению нарушенных функций адаптационно-регулирующих механизмов организма и повышению его стрессоустойчивости, с другой – повышать терапевтические эффекты прочих немедикаментозных реабилитационных технологий (гидротерапия, физиотерапия, психотерапия, бальнеотерапия), направленных на восстановление здоровья при уже имеющейся патологии (вторичная профилактика) и поддержание здоровья условно здоровых (предболезнь) и здоровых пациентов (первичная профилактика).

Адекватная оптимизация рационов питания минимизирует негативное влияние фармакологических средств на органы и системы организма при совместном применении на фоне снижения дозы и сокращения сроков использования фармакологических средств.

Индивидуальная оптимизация рациона питания пациентов на этапах реабилитации и профилактики должна осуществляться на основе алгоритма коррекции пищевого статуса, включающего использование трех взаимосвязанных методов метаболического воздействия – дезинтоксикационной, редуцированной и аддитивной терапии. 



Лито®

ОТРУБИ ХРУСТЯЩИЕ



Доступная цена!
Спрашивайте в аптеках!



3 СЕКРЕТА ПОЛЬЗЫ ОТРУБЕЙ

1. Способствуют снижению веса. Для тех, кто следит за своей фигурой, отруби – это незаменимый продукт, поскольку может служить полезным и низкокалорийным завтраком или ужином. стакан кефира или йогурта с отрубями утолит голод, создаст чувство насыщения, а при регулярном употреблении способствует стабилизации веса.

2. Нормализуют работу пищеварения. Клетчатка нужна в первую очередь нашему кишечнику. Пищевые волокна не перевариваются и не всасываются, а используются для питания полезной кишечной микрофлорой, здоровье которой гарантирует и здоровье кишечника. Отруби размягчают содержимое толстой кишки, удерживая на своей поверхности воду, поэтому рекомендуются всем, у кого есть затруднения с опорожнением кишечника.

Отруби рекомендуются как профилактическое средство, необходимое для полноценной работы кишечника, выведения продуктов обмена веществ и токсинов.

3. Являются источником витаминов и минералов. Отруби содержат комплекс витаминов группы В (В1, В2, В6), РР. Также богаты минеральными веществами: калием, магнием, хромом, цинком, медью, селеном и другими микроэлементами.

Правила введения в рацион отрубей

Отруби необходимо вводить в рацион постепенно, начинать с 10-15 грамм (2-3 ст. ложки) и доводить количество до 50-60 грамм (12-15 ст. ложек) в день в течение 1,5-3 недель. Обязательно выпивать вместе с отрубями 1-2 стакана жидкости.

Способ употребления

Залейте хрустящие отруби «Лито» молоком, кефиром, йогуртом и Вы получите здоровый и некалорийный завтрак, обед или ужин.

**ХРУСТЯЩИЕ ОТРУБИ «ЛИТО» -
ВКУСНОЕ И ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ!**

ООО Фирма «Биокор»

ул. Лермонтова, 3, г. Пенза, Россия, 440026

Тел./факс: (8412) 565-370. www.biokor.ru

Горячая линия, звонок по России бесплатный 8-800-2000-270

Реклама

Интернет-магазин медицинской книги www.mbookshop.ru



- Только **НОВИНКИ**
- Книги **ЛУЧШИХ** медицинских издательств

- Ежедневное обновление
- Без регистрации
- ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ** подход к расчету доставки
- Подарки и **СКИДКИ** покупателям
- Приятный интерфейс и **УДОБНЫЙ** поиск

Не тратьте время на поиск книг в магазинах вашего города.
Зайдите к нам!

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Энтеросгель

энтеросорбент №1*

при отравлении,
похмелье, аллергии

*по данным розничного аудита DSM Group, 2013



НАДЕЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА

Теперь доступно каждому!

Для всей семьи!

Высокое
качество
по доступной
цене



- ✓ Лечение и профилактика вируса гриппа А, В и С у взрослых и детей
- ✓ Беременность и период лактации не являются противопоказанием
- ✓ Прямое действие на вирус гриппа (Механизм действия связан с ингибированием нейраминидазы вируса гриппа)
- ✓ Показан к применению с 3 лет
- ✓ Препарат выбора для лечения вируса гриппа

Методические рекомендации, МЗ РФ