

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

4
2011

*пульмонология и
оториноларингология*

Тема номера

Заболевания нижних
дыхательных путей

Достигим ли контроль бронхиальной астмы?
ХОБЛ: место ингибиторов фосфодиэстеразы-4

Стандарты лечения

Оказание медицинской помощи больным
саркоидозом

Клиническая эффективность

Современные принципы терапии риносинуситов
Нейротропные препараты у пациентов
с нейросенсорной тугоухостью

1–2 марта 2012 года – ДНИ УХА В МОСКВЕ

I ВСЕРОССИЙСКАЯ ОТКРЫТАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМАМ УХА

в рамках

X СЕМИНАРА «ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОТОЛОГИИ/ОТОХИРУРГИИ»

под руководством
проф. С.Я. Косякова



ВАС ЖДУТ:

- Программные доклады
- Круглые столы
- Лекции
- Сателлитные симпозиумы
- Выступления зарубежных гостей - ведущих экспертов в области отологии/отохирургии
- Обсуждения и дискуссии
- Показательная демонстрационная диссекция
 - Диссекционный класс*
 - Конкурс постерных презентаций
- Впервые: секция врача амбулаторной, общей, семейной практики
- Выставка современного медицинского оборудования, инструментария и лекарственных препаратов
- Приветственный фуршет по случаю открытия конференции*

Регистрационный взнос участника:

1500 рублей (ранняя регистрация, открыта до 01.12.2011),
2500 рублей (поздняя регистрация, с 01.12.2011),
500 рублей — льготный взнос для ординаторов и аспирантов

Информация — на сайте www.lorcentr.ru;
контактный адрес: uho-seminar@yandex.ru

* Оплачивается дополнительно

Эффективная
фармакотерапия.
Пульмонология
и оториноларингология. 4/2011

Генеральный директор
издательского дома
Группы компаний «Медфорум»
А. СИНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Руководитель проекта
А. КАРПЕНКО
(pulmomed@webmed.ru)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
А.А. ВИЗЕЛЬ
В.В. ВИШНЯКОВ
Л.А. ГОРЯЧКИНА
А.Ю. ОВЧИННИКОВ
Н.В. ОРЛОВА
А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА
Выпускающий редактор
А. ЗИМЕНКОВА

Медицинский редактор
Л. ГОЛОВИНА

Журналисты
С. ЕВСТАФЬЕВА,
И. СМИРНОВ

Дизайнер
Т. АФОНЬКИН

Корректор
Е. САМОЙЛОВА

Подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА
(podpiska@webmed.ru)

Издательский дом
Группы компаний «Медфорум»:
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Тираж: 17 500 тыс. экз.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
Любое воспроизведение
материалов и их фрагментов
возможно только с письменного
разрешения редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.

Содержание

Люди. События. Даты

Новости компаний 2

Риносинуситы

В.В. ВИШНЯКОВ, Э.В. СИНЬКОВ
Комплексное лечение пациентов с острым риносинуситом 6

Аудиология

В.В. ВИШНЯКОВ, А.М. КОРНИЕНКО, Р.А. КОРНИЕНКО
Обоснование выбора нейротропных комплексов Мильгамма
и Мильгамма композитум при лечении нейросенсорной тугоухости 10

Заболевания нижних дыхательных путей

Н.В. ОРЛОВА
Современные подходы к лечению бронхиальной астмы 14

А.А. ВИЗЕЛЬ, А.В. БОНДАРЕВ, И.Ю. ВИЗЕЛЬ
Инородное тело в левом нижнедолевом бронхе:
дифференциальный диагноз с ХОБЛ 22

Опыт регионов

А.А. ВИЗЕЛЬ, А.С. СОЗИНОВ, А.З. ФАРРАХОВ, Р.И. ТУИШЕВ,
В.П. ПОТАНИН, Н.Б. АМИРОВ, Р.П. ГУСЛЯКОВА, И.Н. САФИН,
И.Ю. ВИЗЕЛЬ, А.В. ПОТАНИН
Оказание медицинской помощи больным саркоидозом в Республике
Татарстан 26

Медицинский форум

XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания
Форум специалистов респираторной медицины 32

Новые горизонты терапии ХОБЛ:
место ингибиторов фосфодиэстеразы-4 34

Пути достижения контроля бронхиальной астмы.
Стратегия двойной противовоспалительной терапии 38

X Всероссийский конгресс оториноларингологов
Российская оториноларингология: достижения и перспективы 44

Оптимизация схем терапии заболеваний слизистой оболочки
полости носа и околоносовых пазух 46

IV Научно-практическая конференция оториноларингологов ЦФО РФ
Лечение заболеваний ЛОР-органов с позиции современной медицины 52

*Научно-практическая конференция «Современный взгляд на проблемы
профилактики и лечения часто и длительно болеющих детей»*
Преимущества препаратов растительного происхождения 56

Клуб «Оциллобус». В помощь врачу-оториноларингологу
Комплексный подход к терапии ОРВИ у детей:
какие препараты выбрать 58

Литература 60



Проект ХРОНОС: сложившаяся практика лечения хронических риносинуситов в России

Российским обществом ринологов при поддержке национальной фармацевтической компании «Инвар» был инициирован проект ХРОНОС с целью изучения сложившейся в нашей стране практики лечения хронического риносинусита. В рамках X Российского конгресса оториноларингологов были подведены предварительные итоги проекта ХРОНОС.

Хронический риносинусит занимает одно из ведущих мест в структуре ЛОР-патологии и заболеваний верхних дыхательных путей. Диагностика и лечение хронического риносинусита регламентируются международными согласительными документами. К сожалению, международные рекомендательные документы не учитывают особенности популяции пациентов, сложившиеся традиции оказания медицинской помощи, географическое расположение, климатические условия и другие показатели, что существенно ограничивает их применение в отечественной практике. В связи с этим большой научный и практический интерес будут представлять результаты национального проекта ХРОНОС, который проводится под эгидой Российского общества ринологов. В многоцентровом исследовании ХРОНОС задействованы 18 клинических центров Москвы, Санкт-Петербурга, Воронежа, Екатеринбургa, Тюмени, Че-

лябинска, Новосибирска, Уфы, Самары, Нижнего Новгорода, Казани, Волгограда, Краснодара, Ставрополя и Ростова-на-Дону. Опрос проводили среди оториноларингологов с разным стажем (начинающих врачей, клинических ординаторов и тех, кто работает уже больше 10 лет) из городских и областных больниц, частных клиник или кабинетов, муниципальных амбулаторно-поликлинических и федеральных лечебных учреждений.

Сейчас подводятся итоги первой (фармакоэпидемиологической) части проекта. Напомним, что для специалистов были подготовлены анкеты с вопросами по различным аспектам диагностики и лечения хронического риносинусита. Например, организаторов интересовали критерии постановки диагноза, выбор антибактериальной терапии первой и второй линии. Кроме того, какие системные препараты и препараты местного действия назначаются в дополнение к антибиотикам при обострении хронического риносинусита. Исследователей также волновало, какие лекарственные средства вводятся при пункции в верхнечелюстную пазуху (антисептики, антибиотики, муколитики, кортикостероиды, фунгициды или антигистаминные), каковы показания, по мнению врачей из разных регионов нашей страны, к хирургическому лечению и какая техника операции предпочитается – функциональная эндоскопическая синусотомия или радикальная операция на околоносовых пазухах (рис.). Были затронуты вопросы о том, что можно считать критерием эффективности лечения хронического риносинусита.

Проект продлится до конца 2012 г., его результаты будут освещены на отечественных и международных конференциях и опубликованы в доступной медицинской литературе. Полученные сведения в дальнейшем будут способствовать совершенствованию лечебной тактики в отношении хронических риносинуситов.

По данным компании «Инвар»

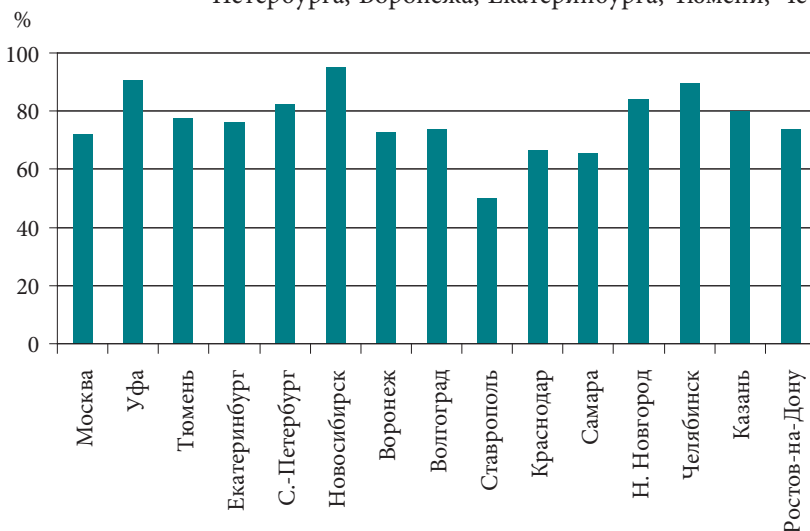


Рис. Частота назначений пункции ВЧП при обострении ХРС



Новое показание препарата Пульмикорт® суспензия

В конце 2011 г. Минздравсоцразвития России одобрило препарат Пульмикорт® суспензия для лечения стенозирующего ларинготрахеита (ложного крупа). До получения регистрации нового показания препарат Пульмикорт® суспензия был разрешен в нашей стране только для лечения бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких.


Пульмикорт – глюкокортикостероид для ингаляций с выраженным местным противовоспалительным действием. Эффективность и безопасность препарата Пульмикорт были доказаны в более чем 600 исследованиях с участием более 60 тыс. пациентов. Препарат разрешен для применения у беременных и кормящих женщин, кроме того, Пульмикорт остается единственным небулайзерным ингаляционным глюкокортикостероидом для детей старше 6 месяцев. Новое показание препарата Пульмикорт® суспензия было зарегистрировано на основе результатов клинических исследований, которые продемонстрировали при применении препарата Пульмикорт® суспензия быстрый клинический эффект, предотвращение госпитализации, снижение сроков пребывания больного в стационаре и экономических затрат на лечение при среднетяжелой и тяжелой формах стенозирующего ларинготрахеита.

Стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп) – клинический синдром, развивающийся у больных с воспалительными изменениями в гортани и сопровождающийся охриплостью или осиплостью, грубым («лающим») кашлем и затрудненным (стенотическим) дыханием. Ларинготрахеит может быть непосредственным клиническим проявлением основного заболевания (гриппа, парагриппа, острого респираторного заболевания) или же выступает как его осложнение в результате присоединения вторичной бактериальной микрофлоры. «Наиболее часто это заболевание возникает у детей раннего и дошкольного возраста (до 6 лет), так как строение дыхательных путей у них имеет свои возрастные особенности», – подчеркивает д.м.н., профессор О.В. ЗАЙЦЕВА (зав. кафедрой педиатрии МГМСУ). Слизистая оболочка гортани и рыхлая соединительная ткань подвязочного пространства на фоне респираторной инфекции

склонны к развитию отека, что часто приводит к сужению просвета верхних дыхательных путей и развитию затрудненного дыхания вплоть до удушья. Причем чем младше ребенок, тем острее проходит приступ. Дети переносят стенозирующий ларинготрахеит очень тяжело, это жизнеугрожающее состояние, требующее быстрого и эффективного лечения.

Как отметила д.м.н., профессор Н.А. ГЕППЕ (зав. кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, директор клиники детских болезней): «Регистрация препарата Пульмикорт® суспензия для лечения стенозирующего ларинготрахеита – важное событие для отечественной детской пульмонологии. Использование этого препарата демонстрирует высокую эффективность, особенно у детей раннего и дошкольного возраста. Мы очень рады, что теперь у российских пульмонологов есть возможность предложить маленьким пациентам действенное и безопасное средство для быстрого облегчения этого синдрома».

Препарат разрешен для применения у беременных и кормящих женщин, кроме того, Пульмикорт® остается единственным небулайзерным ингаляционным глюкокортикостероидом для детей старше 6 месяцев.

В настоящее время Пульмикорт® суспензия является единственным ингаляционным глюкокортикостероидом, предназначенным для использования через небулайзер, зарегистрированным для лечения стенозирующего ларинготрахеита. 

По данным компании «АстраЗенека»



В России стартует проект по раннему выявлению бронхолегочных заболеваний

В конце 2011 г. ведущие российские и бельгийские ученые объявили о старте совместного проекта RESPECT – исследования, направленного на изучение ситуации с распространением, диагностикой и лечением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в России.

ХОБЛ – крайне распространенное заболевание бронхолегочной системы. При ХОБЛ нарушается нормальная функция иммунных механизмов, изменяются структура и функция внутренней оболочки бронха. Слизь в бронхах вырабатывается в больших количествах, повышается вязкость слизи, что создает благоприятную среду для роста бактерий и разрушения стенки бронха. Это вызывает нарушение бронхиальной проходимости, формируется эмфизема легких, пневмосклероз, прогрессирует дыхательная недостаточность. Основными симптомами ХОБЛ являются кашель с мокротой и одышка. Степень их выраженности варьирует от одышки при интенсивной физической нагрузке и эпизодического кашля до одышки в покое с признаками правожелудочковой недостаточности (отеки на ногах; увеличение печени, проявляющееся ощущением тяжести в правом подреберье, и др.) и постоянным кашлем. У одних больных преобладает гнойный воспалительный процесс в бронхах, который проявляется кашлем с обильным выделением мокроты и признаками интоксикации, у других – развитие эмфиземы легких и дыхательная недостаточность. Основной причиной смертности при ХОБЛ являются обострения. Обострение ХОБЛ провоцирует как бактериальная, так и вирусная инфекция. При этом важно определить возбудителя инфекции, так как именно от этого зависит тяжесть течения болезни и стратегия лечения. Частая вирусная инфекция приводит к снижению местной защиты на уровне бронхов и способствует развитию бактериальных инфекций.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, число страдающих ХОБЛ в мире составляет около 64 млн человек. В современном обществе ХОБЛ, наряду с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом,

входит в группу ведущих хронических заболеваний; на их долю приходится более 30% среди всех других форм патологии человека. В России, по результатам подсчетов с использованием эпидемиологических маркеров, около 11 млн больных ХОБЛ. Тем не менее, по данным официальной медицинской статистики, их число составляет 2,4 млн. Это объясняется тем, что заболевание диагностируется на поздних стадиях, когда самые современные лечебные программы не позволяют затормозить неуклонное прогрессирование болезни, которая становится основной причиной высокой смертности больных ХОБЛ. В Бюллетене Федеральной службы государственной статистики РФ указано, что смертность населения в первом полугодии 2011 г. от болезней органов дыхания в целом увеличилась на 105% по сравнению с аналогичным периодом в 2010 г. Между тем среди причин смерти в мире ХОБЛ занимает четвертое место.

Ведущим фактором риска ХОБЛ признано курение. Распространенность курения в России находится на одном из самых высоких уровней в мире: 60,7% среди мужчин и 21,7% среди женщин. Лишь в 2008 г. Россия присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. В 2010 г. была принята Концепция государственной политики, включающая жесткие меры по ограничению курения в общественных местах и ряд других мероприятий профилактической направленности. Высокий уровень распространенности курения в нашей стране позволяет прогнозировать тенденцию к росту числа случаев этого заболевания, а это может привести к значительному увеличению затрат на диагностику и лечение. На развитие ХОБЛ могут повлиять некоторые экологические (диоксид серы, диоксид азота, озон), профессиональные (встречаются у шахтеров, строителей и рабочих при контакте с цементом, при обработке металлов и др.) и генетические факторы.



Новости компаний

Ученые из Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург, Россия) и Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск, Россия) совместно с Католическими университетами Левена UCL и KUL (Бельгия), при участии биофармацевтической компании «АстраЗенека», приняли решение об иницировании научно-исследовательского проекта RESPECT. Цель проекта – изучить степень распространенности ХОБЛ и существующий уровень ее диагностики, определить влияние употребления табака на развитие ХОБЛ, а также содействовать выявлению бронхолегочных заболеваний на ранних стадиях. Проект поддерживается Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, районными отделами здравоохранения города и Санкт-Петербургской региональной ассоциацией специалистов семейной медицины.

Католические университеты Левена UCL и KUL, Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова и Северный государственный медицинский университет связывают плодотворное сотрудничество, инициированное несколько лет назад профессором Католических университетов Левена Яном ДЕГРИЗЕ. Главная цель совместной работы – совершенствование методов обучения и повышение эффективности научных исследований в области семейной медицины. Сотрудничество включает несколько направлений:

- совершенствование обучения врачей семейной медицине;
- подготовка молодых ученых к планированию диссертационных исследований;
- обучение молодых ученых международным стандартам написания научных статей;
- реализация разнообразных совместных научных проектов.

В рамках сотрудничества на кафедре семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова были выполнены и продолжают оригинальные научные разработки в области изучения сердечной недостаточности, различных типов старения и оказания помощи пожилым пациентам. Еще одним совместным проектом двух вузов стало учреждение в 2010 г. Премии им. Петра Великого с целью организации профессионального обмена и распространения знаний в области первичной помощи. Премия направлена на поиск и поддержку молодых талантливых семейных врачей. Лауреаты премии проходят стажировку в Бельгии. Проект RESPECT будет реализовываться в 2011–2013 гг. в Санкт-Петербурге и Архангельске. В исследовании примут участие 10 поликлиник Санкт-Петербурга и 5 – Архангельска. В результате планируется определить истинную распространенность ХОБЛ, патогенетические особенности ранних стадий заболевания, а также понять, почему не у всех курильщиков развивается ХОБЛ и почему зна-

чительное число некурящих также страдают этим заболеванием. Проект будет состоять из трех частей:

- одномоментное поперечное исследование случайной выборки (5000 человек), сформированной из популяции жителей Санкт-Петербурга и Архангельска, с целью изучения распространенности ХОБЛ среди взрослого населения 35–69 лет с использованием опросников и спирометрического исследования;
- диагностическое исследование с целью определения значимости спирометрии для выявления ХОБЛ в сравнении с компьютерной томографией и комплексным исследованием функции внешнего дыхания, а также изучение изменений в легких на ранних стадиях ХОБЛ путем комплексного исследования функции внешнего дыхания и компьютерной томографии;
- исследование по типу «случай – контроль» с целью изучения различных генетических вариантов ХОБЛ и их влияния на течение заболевания, воспалительных и иммунных изменений в организме на ранних стадиях ХОБЛ, а также для изучения генетических особенностей, воспалительных маркеров и иммунного статуса у курильщиков, страдающих и не страдающих ХОБЛ, и у некурящих людей с ХОБЛ.

Как отметила д.м.н., профессор О.Ю. КУЗНЕЦОВА (зав. кафедрой семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова, вице-президент Всероссийской ассоциации врачей общей практики, куратор проекта RESPECT), в рамках проекта была разработана образовательная интернет-программа для специалистов по клиническим исследованиям и практикующих врачей. Она создана специально для обучения надлежущей диагностике и лечению ХОБЛ. «Впоследствии мы планируем сделать ее доступной для всех медицинских специалистов, работающих в России», – сказала О.Ю. Кузнецова. Проект RESPECT позволит изучить истинную распространенность ХОБЛ в России, возможности ее ранней диагностики, особенности различных фенотипов ХОБЛ, а также генетические, воспалительные и иммунные механизмы, лежащие в основе возникновения данного заболевания. В настоящий момент данные об эпидемиологии и распространенности ХОБЛ в Российской Федерации весьма ограничены. При этом ХОБЛ нередко диагностируют ошибочно или относят к другим видам заболеваний. Суть проекта RESPECT заключается в проведении практического исследования, направленного на устранение пробелов в имеющейся информации о ХОБЛ путем обследования взрослого населения в Санкт-Петербурге и Архангельске. Кроме того, проект RESPECT направлен и на раннюю диагностику ХОБЛ. Так, люди, страдающие хроническим кашлем, зачастую не обращаются к врачу, а существующие в настоящее время стандарты оказания медицинской помощи не всегда позволяют своевременно диагностировать обструкцию дыхательных путей в молодом возрасте. ☺

По данным компании «АстраЗенека»

пульмонология



Комплексное лечение пациентов с острым риносинуситом

Д.м.н., проф. В.В. ВИШНЯКОВ, Э.В. СИНЬКОВ

С февраля по октябрь 2011 г. на клинической базе МГМСУ проводилось исследование эффективности применения препарата Синупрет при лечении больных острым катаральным риносинуситом. Результаты показали, что Синупрет позволяет быстрее купировать головную боль, затруднение дыхания через нос, выделения из полости носа и снижение обоняния. Нормализация риноскопической картины в группе Синупрета наступала на 5–6-е сутки (в среднем 5,42) от начала лечения против 7–8 суток (в среднем 7,62) в группе контроля. Удовлетворенность результатами лечения у пациентов первой группы, принимавших Синупрет, была выше, чем в группе контроля. Следует также отметить высокую безопасность и хорошую переносимость Синупрета: ни у одного из пациентов не было отмечено каких-либо нежелательных реакций.

Синусит относится к числу самых распространенных патологий не только среди заболеваний ЛОР-органов, но и в амбулаторной практике в целом. Острый бактериальный синусит является наиболее частым осложнением острой респираторной вирусной инфекции. В США обращаемость за медицинской помощью по поводу острого бактериального синусита достигает 2 млн случаев в год, а если учесть, что к врачу идут только 10–15% пациентов, то ежегодно

это заболевание переносят около 20 млн человек [1, 2]. Хронический синусит занимает первое место среди всех хронических заболеваний (146 на 1000 населения). В среднем около 5–15% взрослого населения и 5% детей страдают той или иной формой синусита [3]. Проблема усугубляется тем, что заболевания носа и околоносовых пазух зачастую становятся причиной развития патологии нижележащих дыхательных путей, дисфункции многих внутренних органов и си-

стем, а также могут приводить к внутричерепным и орбитальным осложнениям.

Этиология риносинусита весьма разнообразна и не всегда легко прогнозируема, в связи с этим до настоящего времени сохраняется довольно высокий процент рецидива и хронизации острых воспалительных процессов носа и околоносовых пазух. Решение этой проблемы зависит, прежде всего, от своевременного и рационального воздействия на все звенья патогенеза заболевания. Наиболее важная функция слизистой оболочки верхних дыхательных путей – защитная. Своевременную элиминацию потенциально вредных агентов (вирусов, патогенных микроорганизмов, пылевых частиц и т.д.) обеспечивает многорядный цилиндрический мерцательный эпителий полости носа и околоносовых пазух. Этот процесс осуществляется за счет согласованного колебания ресничек клеток эпителия и физико-химических свойств носовой слизи (существует оптимальная концентрация молекул муцина в отделяемом дыхательного тракта, необходимая для полноценного выполнения транспортной, увлажняющей, фильтрационной и антибактериальной функций).



При воспалительных процессах в полости носа и околоносовых пазухах отмечается гиперсекреция железистого и бокаловидного эпителия, увеличение числа бокаловидных клеток, интраэпителиальный отек, миграция сегментоядерных, преимущественно эозинофильных, лейкоцитов через отечную базальную мембрану и далее через эпителиальный пласт. При этом бокаловидные и реснитчатые клетки слущиваются, а на базальной мембране остаются лишь базальные или вставочные эпителиоциты. Вышеперечисленные факторы в совокупности с отеком слизистой оболочки и нарушением вентиляции околоносовых пазух создают условия для активации патогенной флоры. Безусловно, лечение риносинусита должно быть комплексным и учитывать не только микробиологический фактор, но и нарушения вентиляции и дренажа околоносовых пазух, мукоцилиарного транспорта, обусловленного особенностями функционирования эпителия, свойствами секрета и др.

Препарат Синупрет отвечает большинству перечисленных требований. В отечественной литературе приводились данные, подтверждающие высокую эффективность использования препарата Синупрет в комплексном консервативном лечении острого синусита у детей [4]. В некоторых источниках указана целесообразность использования препарата Синупрет в качестве профилактического средства, так как он повышает защиту организма в период высокого риска заболеваемости ОРЗ и обострения очагов хронической инфекции [5]. Актуальным является использование препарата Синупрет у пациентов с аллергическими заболеваниями, особенно при непереносимости антибактериальных препаратов [6]. Проводились исследования, доказывающие эффективность препарата Синупрет после радикальной операции на верхнечелюстных пазухах благодаря уменьшению

воспалительных реакций в послеоперационном периоде, стимуляции регенерации нормального мерцательного эпителия, предупреждения застоя в пазухах густого вязкого секрета, что, в свою очередь, сокращало сроки послеоперационной реабилитации больных [7].

Препарат Синупрет изготовлен из экологически чистых растений, в его состав входит большое количество активных компонентов, обладающих противовоспалительным, муколитическим и отхаркивающим действием: цветки первоцвета содержат сапонины и флавоноиды, корень горечавки – горечи, цветки бузины – стеролы, тритерпены, флавоноиды, трава щавеля – эмодин, щавелевую кислоту, флавоноиды, трава вербены – биофенолы, вербеналин. Наиболее важными фармакологическими свойствами растительного сырья, входящего в состав Синупрета, является способность блокировать фазу эксудации, уменьшать явления сенсibilизации и снижать проницаемость сосудистой стенки. Кроме всего прочего, цветы первоцвета повышают активность мукоцилиарного транспорта, что ведет к ускорению эвакуации секрета из верхних дыхательных путей, а также оказывает и некоторое спазмолитическое действие.

Синупрет регулирует секрецию и нормализует реологические свойства слизи, вырабатываемой бокаловидными клетками, что, в свою очередь, уменьшает застой слизи в околоносовых пазухах. Препарат обладает противоотечным действием. Синупрет активизирует защитные свойства многорядного цилиндрического эпителия за счет нормализации вязкости экссудата. Синупрет также нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей против экзогенных и эндогенных повреждающих факторов, оказывая положительный эффект на иммунную систему, стимули-

руя высвобождение интерлейкинов-1 и -6, простагландина E2, усиливает нейтрофильный фагоцитоз. Под его действием увеличивается уровень CD4-клеток (Т-хелперов). Кроме того, препарат (благодаря входящим в его состав цветам примулы и траве вербены) обладает противовирусным действием, предотвращая репликацию и ингибируя рост вирусов гриппа А, парагриппа и респираторно-синцитиального вируса. Таким образом, Синупрет является весьма эффективным препаратом для лечения различных заболеваний верхних

Синупрет регулирует секрецию и нормализует реологические свойства слизи, вырабатываемой бокаловидными клетками, что, в свою очередь, уменьшает застой слизи в околоносовых пазухах. Препарат обладает противоотечным действием.

дыхательных путей, в том числе острых заболеваний носа и околоносовых пазух за счет своего комбинированного противовирусного, антибактериального, иммуномодулирующего, противовоспалительного, муколитического и секретолитического действия.

На клинической базе МГМСУ проводилось исследование эффективности применения препарата Синупрет при лечении больных острым катаральным риносинуситом с февраля по октябрь 2011 г.

50 больных с острыми катаральными риносинуситами, обратившихся за медицинской помощью на 1–2-е сутки от начала заболевания, были распределены в 2 равные группы. В исследование не включались:

- пациенты с хроническим и полипозным риносинуситом;

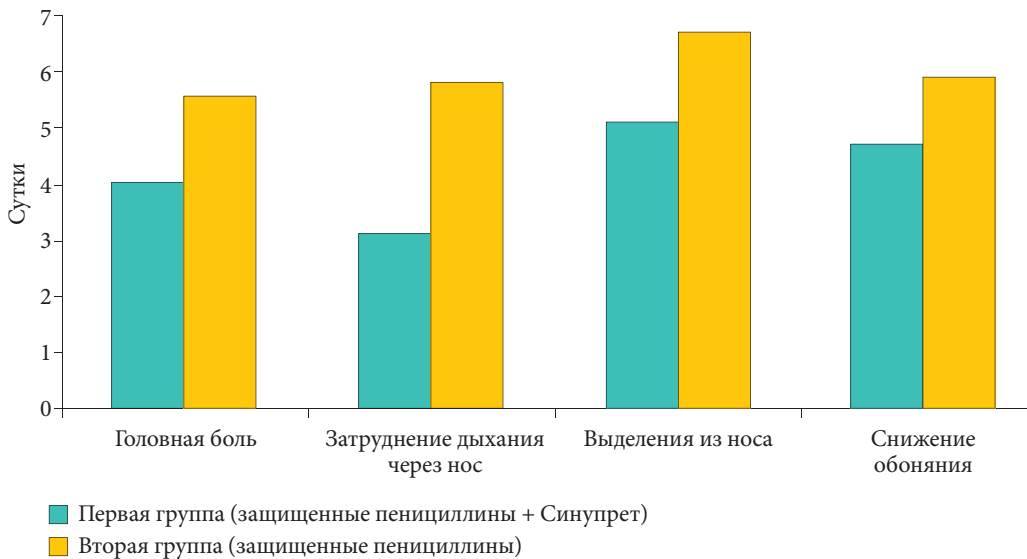


Рис. 1. Среднее время купирования основных симптомов у пациентов с острым риносинуситом

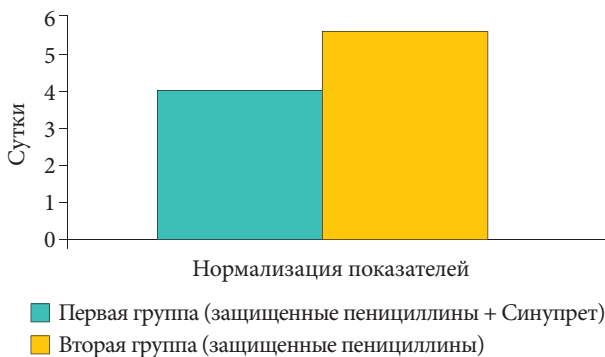


Рис. 2. Среднее время выздоровления пациентов с острым риносинуситом

- пациенты, принимающие антибактериальные препараты самостоятельно (без назначения врача);
- пациенты, которым уже были выполнены пункции верхнечелюстных пазух по данному заболеванию;
- пациенты, принимающие топические кортикостероиды.

Половой состав в обеих группах был примерно одинаковым, возраст пациентов составлял от 17 до 65 лет (средний возраст около 40 лет). В первую группу вошли 25 пациентов с острым катаральным риносинуситом (14 женщин и 11 мужчин). Они получили защищенные пенициллины в дозировке по 1000 мг 2 раза в сутки и препарат Синупрет по 2 таблет-

ки 3 раза в сутки. Срок наблюдения и лечения составил 8 дней. Во вторую группу вошли 25 пациентов с острым катаральным риносинуситом (15 женщин и 10 мужчин). Пациентам второй группы были назначены только защищенные пенициллины. Срок наблюдения и лечения также составил 8 дней. Всем пациентам проведен полный курс назначенного лечения. Выбывших из исследования пациентов не было.

В начале терапии, во время второго и третьего визитов со слов пациентов в амбулаторной карте отмечали выраженность боли в области проекции околоносовых пазух, затруднение дыхания, наличие и характер выделений из полости носа. За период наблюдения проводились три обязательных осмотра оториноларинголога. При первичном осмотре оценивали жалобы больного, данные анамнеза, проводили видеоэндоскопическое исследование полости носа, R-графию или КТ околоносовых пазух.

Эффективность лечения оценивалась врачами и пациентами по интегральной шкале IMOS (Integrative Medicine Outcome Scale), по которой состояние после проведенного лечения характеризуется как «полное выздо-

вление», «значительное улучшение», «умеренное либо незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение». В целом удовлетворенность результатами лечения пациенты оценивали по интегральной шкале IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale), градациями которой были «полностью удовлетворен», «удовлетворен», «отношусь нейтрально», «неудовлетворен», «крайне неудовлетворен». Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 6,0.

У пациентов первой группы, получавших помимо антибактериальной терапии препарат Синупрет, в среднем на 2-е и 3-и сутки улучшалось дыхание через нос и обоняние, снижалось количество выделений из носа, уменьшались боль и давление в области проекции околоносовых пазух. Нормализация риноскопической картины наступала на 5–6-е сутки (в среднем 5,42). У пациентов второй группы улучшение дыхания через нос, уменьшение выделения из полости носа и ощущения давления в области околоносовых пазух наступало в среднем на 5–6-е сутки. Риноскопическая картина нормализовывалась на 7–8-е сутки от начала лечения (в среднем 7,62) (рис. 1, 2).

Сравнивая удовлетворенность результатами лечения пациентов из обеих групп, стоит отметить, что у пациентов первой группы, принимавших Синупрет, этот показатель был выше, чем у пациентов второй группы. Подчеркнем, что ни у одного из пациентов, принимавших препарат Синупрет, не было отмечено каких-либо нежелательных реакций.

Таким образом, препарат Синупрет клинически эффективен в комплексном лечении острого риносинусита, при его применении быстрее купируются такие симптомы, как головная боль, затруднение дыхания через нос, выделения из полости носа и снижение обоняния. ☺

Синупрет®

Целебная сила растений против затяжного насморка и гайморита

- Устраняет отек и воспаление
- Снимает заложенность носа
- Обладает противовирусным действием
- Рекомендован с 2-х летнего возраста

РЕКОМЕНДОВАНО:



Растительный лекарственный препарат
Reg. уд. П № 014247/01 от 28.03.07
П № 014247/02 от 28.03.07



BIONORICA®

The **phytonceering** company

БИОНОРИКА, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19

<http://www.bionorica.ru>

e-mail: bionorica@co.ru





Обоснование выбора нейротропных комплексов Мильгамма и Мильгамма композитум при лечении нейросенсорной тугоухости

Д.м.н., проф. В.В. ВИШНЯКОВ, к.м.н. А.М. КОРНИЕНКО,
к.м.н. Р.А. КОРНИЕНКО

Причины нейросенсорной тугоухости, такие как перенесенные вирусные инфекции, стрессы, сахарный диабет, применение антибиотиков, нарушают баланс витаминов в организме человека, что приводит к развитию различной патологии или усугублению степени тяжести многих заболеваний. Для восполнения недостатка витаминов в лечении нейросенсорной тугоухости используют комплексные препараты, содержащие витамины В₁, В₆ и В₁₂. Одними из наиболее эффективных нейротропных комплексов считаются препараты Мильгамма и Мильгамма композитум («Вёваг Фарма», Германия).

В формировании нейросенсорной тугоухости многочисленными клиническими наблюдениями и научными исследованиями доказана роль инфекционных заболеваний (грипп и ОРВИ, инфекционный паротит, сифилис), сосудистых расстройств (гипертоническая болезнь, вертебробазилярная дисциркуляция, церебральный атеросклероз), стрессовых ситуаций, механической, акустической и баротравм, ототоксического воздействия промышленных, бытовых веществ и ряда лекарственных препаратов (антибиотики аминогликозидного ряда, некоторые противомаларийные и мочегонные средства, салицилаты) [1]. Однако при всем многообразии этиологических факторов существенную патогенетическую роль в развитии нейросенсорной тугоухости играют регистрируемые уже на ранней стадии гемодина-

мические нарушения в вертебробазилярном бассейне. Возникающие ангионевротические изменения в вертебробазилярной системе приводят к нарушению доставки кислорода, ферментов, гормонов и других веществ, необходимых для метаболизма нейроэпителия, в первую очередь изменения его липидного обмена. Метаболические нарушения ведут к дистрофически-дегенеративным изменениям нервной ткани, нарушению функции периферических соматических и вегетативных нейронов с развитием кохlearной невропатии. В связи с этим основными факторами, определяющими эффективность лечения нейросенсорной тугоухости, являются регуляция гемодинамики в вертебробазилярном бассейне и нормализация метаболических процессов во внутреннем ухе. При этом такое лечение должно быть своевременным и

комплексным, то есть включать в себя средства, избирательно действующие на каждое звено патогенеза: умеренную дегидратацию для снижения внутрилабиринтного давления, глюкокортикоиды для улучшения условий кровообращения внутреннего уха, препараты микроциркуляторного воздействия для устранения венозного застоя, спазмолитические и детоксикационные средства, антигистаминные препараты, метаболиты центральной нервной системы, седативную терапию для снятия эмоционального напряжения, антихолинэстеразные средства для улучшения проведения импульса по нервному волокну, антигипоксанты для повышения резистентности тканей к кислородному голоданию, а следовательно, снижения пагубного влияния гипоксии на нервные клетки [2]. Учитывая полиэтиологичность нейросенсорной тугоухости, стоит заметить, что все доказанные причины, такие как перенесенные вирусные инфекции, стрессы, сахарный диабет, применение антибиотиков, приводят к нарушению баланса витаминов в организме человека, которое в настоящее время рассматривается специалистами как фактор, способствующий развитию различной патологии или усугубляющий степень тяжести многих заболеваний, в том числе и ЛОР-органов.



Потребность в витаминах и минеральных веществах также значительно возрастает при особых физиологических состояниях организма: во время беременности, в период лактации, в период интенсивного роста ребенка, под влиянием некоторых климатических условий, способствующих длительному переохлаждению или перегреванию организма, при интенсивной физической нагрузке, в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, при болезнях желудочно-кишечного тракта, печени и почек, при некоторых эндокринных заболеваниях, функциональной недостаточности коры надпочечников. Восполнить дефицит витаминов и минералов можно назначением диеты с соответствующим содержанием овощей, фруктов или продуктов животного происхождения. Но, по мнению Е.В. Ших [3], даже самый сбалансированный и разнообразный рацион дефицитен по большинству витаминов на 20–30%. Это объясняется тем, что содержание витаминов в пищевом рационе может меняться в зависимости от сорта и вида продуктов, способов и сроков их хранения, характера технологической обработки пищи. Для того чтобы полностью обеспечить организм нужными витаминами, необходимо либо включать в пищу продукты, дополнительно обогащенные витаминами, либо принимать витаминные комплексы в дозах, восполняющих недостаточное поступление витаминов с пищей [4]. Недостаточная витаминная и минеральная обеспеченность не только отягощает течение основного заболевания, но и снижает эффективность комплекса терапевтических мероприятий [5]. В связи с этим одной из составляющих комплексного лечения нейросенсорной тугоухости должны стать препараты, способные улучшить обменные и усилить регенеративные процессы в нейроэпителии, а также замедлить развитие нейропатии. Для этого традиционно используются нейротропные витамины группы В, прежде всего

V_1 , V_6 и V_{12} , которые многие годы применяются в комплексном лечении заболеваний периферической нервной системы.

Витамин V_1 (тиамин) участвует в энергетических процессах в нервных клетках [6], регенерации поврежденных нервных волокон [7], обладает антиоксидантной активностью [8]. Благодаря своей липофильной структуре одна из форм тиамин – бенфотиамин – легко проникает через гематолабиринтный барьер и улучшает энергетический обмен в нервных волокнах, а пиридоксин улучшает синаптическую передачу импульсов в вышележащие отделы слухового анализатора. Бенфотиамин обладает большей биодоступностью и отсутствием эффекта «насыщения», устойчив в кислой среде и не разрушается тиаминазами кишечника, что позволяет достичь максимального эффекта при его применении. Биологическая активность 40 мг бенфотиамин выше, чем 100 мг тиамин, а в результате приема бенфотиамин содержание тиамин в эритроцитах в 3 раза выше, чем при приеме водорастворимого тиамин [9].

Витамин V_6 (пиридоксин) является кофактором более чем для 100 ферментов, а благодаря способности регулировать метаболизм аминокислот нормализует белковый обмен [10]. Кроме того, в последние годы доказано, что витамин V_6 имеет антиоксидантное действие, участвует в синтезе катехоламинов, гистамина и гамма-аминомасляной кислоты, увеличивает внутриклеточные запасы магния, также играющего важную роль в обменных процессах нервной системы [11].

Витамин V_{12} (цианокобаламин) играет важную роль в делении клеток, кроветворении, регуляции обмена липидов и аминокислот (рис. 1). Он участвует в важнейших биохимических процессах миелинизации нервных волокон [12].

Нейротропные витамины обладают широким спектром фармакодинамических свойств, участвуют в качестве коферментных форм в

большинстве обменных процессов, способствуя нормализации функции слизистой оболочки, деятельности периферической и центральной нервной системы. Для лечения нейросенсорной тугоухости редко используют монопрепараты витаминов V_1 , V_6 и V_{12} , так как наиболее эффективным считается их комплексное применение. Одними из наиболее эффективных нейротропных комплексов считаются препараты Мильгамма и Мильгамма композитум («Вёрваг Фарма», Германия).

Мильгамма представляет собой комбинацию синергично действующих нейротропных витаминов V_1 , V_6 и V_{12} . Каждая ампула препарата содержит по 100 мг тиамин гидрохлорида и пиридоксин гидрохлорида, 1000 мкг цианокобаламина. Также в состав препарата Мильгамма включен местный анестетик лидокаин (20 мг), что позволяет сделать инъекции практически безболезненными. Драже Мильгамма композитум содержит 100 мг бенфотиамин и 100 мг пиридоксин. Последовательное назначение Мильгаммы и Мильгаммы композитум позволяет не только компенсировать существующий гипо- или авитаминоз, но и стимулировать естественные механизмы восстановления функции нервных тканей при невропатиях различного происхождения.

С 2005 по 2010 г. на клинической базе кафедры ЛОР-болезней МГМСУ в ГКБ № 70 проводилось

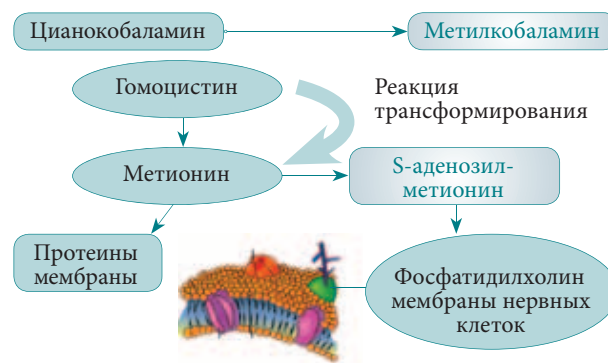


Рис. 1. Роль витамина V_{12} в синтезе миелиновой оболочки нервных волокон*

*Адаптировано по [13].

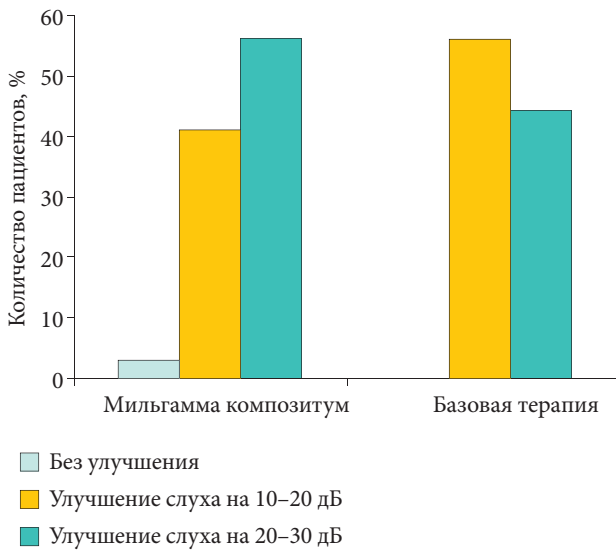


Рис. 2. Данные аудиометрического исследования через 4 недели терапии

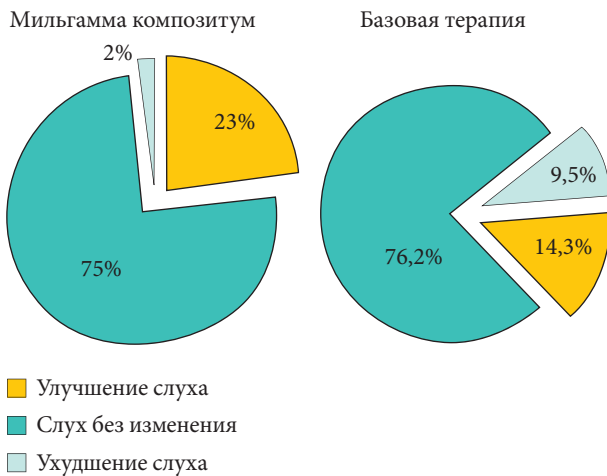


Рис. 3. Данные аудиометрического исследования через 6 месяцев терапии

стационарное лечение 100 пациентов с острой нейросенсорной тугоухостью и 200 пациентов с хронической нейросенсорной тугоухостью прогрессирующего течения (возраст от 50 до 65 лет). У 246 больных (82%) нейросенсорная тугоухость сопровождалась ушным шумом, а у 47 пациентов (16%) были отмечены вестибулярные нарушения легкой и средней степени. Всем больным проводили необходимый объем оториноларингологического обследования и клиничко-функциональных исследований. Все больные были

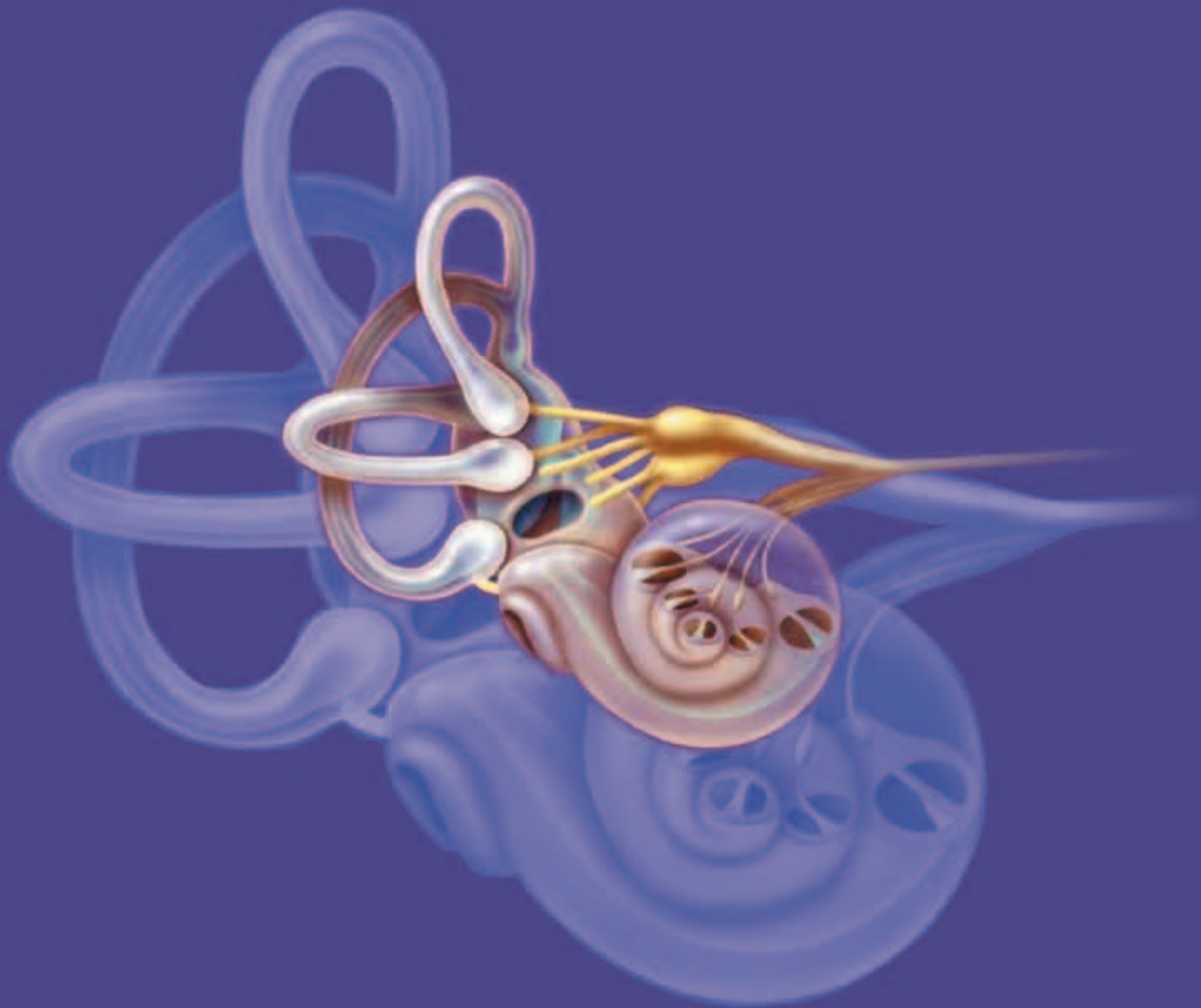
проконсультированы неврологом, при необходимости офтальмологом, кардиологом, эндокринологом. При показаниях проводили ультразвуковую доплерографию сосудов шеи и головного мозга, рентгенографию шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, компьютерную томографию околоносовых пазух, височных костей, головного мозга. Исследование слуха осуществлялось методом тональной аудиометрии. Аудиологически у 204 пациентов (68%) выявлена 2-я степень нейросенсорной тугоухости (20–40 дБ в диапазоне речевых частот), а у 96 (32%) – 3-я степень нейросенсорной тугоухости (40–60 дБ). В ходе догоспитального и госпитального обследований у 193 пациентов (64%) была определена гипертоническая болезнь 1–2-й стадии, а у 59 пациентов (20%) – сахарный диабет 2-го типа легкой и средней степени тяжести в фазе компенсации. По сложившимся стандартам лечения после устранения и нейтрализации причин, вызвавших заболевание, больным проводилось комплексное лечение, включавшее в себя применение растворов пентоксифиллина, пирацетама в соответствии с возрастными ограничениями, а также курс 10 внутримышечных инъекций препаратом Мильгамма. При вестибулярных нарушениях в дополнение к основному лечению назначали бетастина гидрохлорид, а у больных с субъективным шумом в ушах проводили заушные подкожные блокады с растворами лидокаина и прозерина. После выписки из стационара больным рекомендовали продолжить лечение препаратом Мильгамма композитум по 1 драже 3 раза в день продолжительностью от 2 до 6 недель. Профилактические курсы Мильгаммы композитум рекомендовали проводить 2 раза в год сроком не более 4 недель. Во время лечения побочного действия препаратов Мильгамма и Мильгамма композитум отмечено не было. Для анализа эффективности проведенного лечения использованы результаты терапии 50 боль-

ных с аналогичной по причинам и форме нейросенсорной тугоухостью, которым препараты Мильгамма и Мильгамма композитум не назначались. После проведенного лечения по данным аудиометрического исследования мы отметили улучшение слуха на 20–30 дБ у 168 пациентов (56%), на 10–20 дБ – у 123 (41%), а у 9 (3%) пациентов улучшения слуха не отмечено (рис. 2). В контрольной группе по данным аудиометрического исследования улучшение слуха на 20–30 дБ было выявлено у 22 пациентов (44%), на 10–20 дБ – у 28 (56%) пациентов (рис. 2). Через 6 месяцев после проведенного лечения у 286 больных, принимавших Мильгамму и Мильгамму композитум, мы осуществили контрольное аудиологическое исследование слуха, по результатам которого в сравнении с предварительными данными аудиометрии улучшение слуха отмечено у 65 пациентов (23%), слух сохранился на прежнем уровне у 214 (75%) (рис. 3).

В контрольной группе на соответствующем этапе аудиологический контроль проведен у 42 пациентов. Улучшение слуха отмечено у 6 пациентов (14,3%), сохранение слуха – у 32 пациентов (76,2%), ухудшение слуха – у 4 пациентов (9,5%). Динамика субъективного ушного шума отслеживалась по оценке самих пациентов и шумовой аудиометрии. В результате лечения, проведенного в стационаре, уровень субъективного шума значительно снизился у 214 пациентов (87%), а у 32 пациентов (13%) – уменьшился. При контрольном исследовании спустя 6 месяцев жалоб у пациентов на субъективный шум в ушах не было. Отмеченные у больных при поступлении вестибулярные расстройства компенсировались к окончанию стационарного лечения. Таким образом, патогенетическая направленность действия и высокая эффективность нейротропных препаратов Мильгамма и Мильгамма композитум позволяют рекомендовать их в комплексном лечении нейросенсорной тугоухости. ☞

Мильгамма композитум

сохраняет функцию вестибулярного нерва



- ✓ Положительно влияет на восстановление функций слуха¹
- ✓ Поддерживает энергетические процессы в нервных клетках¹
- ✓ Улучшает скорость проведения нервного импульса²

Литература:

1. Мануилов О.Е., Беззубенко Л.А. Применение препарата Мильгамма композитум при лечении пациентов с хронической нейросенсорной тугоухостью, «Вестник оториноларингологии» №5, 2004.

2. Stracke et al. A Benfotiamine-Vitamin B combination in treatment of diabetic polyneuropathy. *Exp.Clin.Endocrinol.Diabetes* 1996;104 (1996):311-316



РНИМУ
им. Н.И. Пирогова,
кафедра
поликлинической
терапии

Современные подходы к лечению бронхиальной астмы

Д.м.н., проф. Н.В. ОРЛОВА

Бронхиальная астма (БА) является наиболее распространенным во всем мире хроническим заболеванием, ею болеют более 100 млн человек.

БА возникает во всех странах, независимо от уровня развития, и представляет социальную проблему как для детей, так и для взрослых. БА может развиваться в любом возрасте, однако почти у половины больных она начинается в детстве и еще у 30% – в возрасте до 40 лет. Чаще бронхиальной астмой болеют лица женского пола. Распространенность БА связана с ухудшением экологии, воздействием бытовых аллергенов, инфекционными болезнями. Социальная значимость этой проблемы и материальный ущерб от заболевания являются значительными для здравоохранения. Важнейшей задачей современной медицины является совершенствование методов диагностики и лечения астмы.

Этиология бронхиальной астмы

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо

спонтанно, либо под действием лечения [1].

Выделяют внутренние и внешние факторы, влияющие на развитие и проявления бронхиальной астмы. К внутренним факторам относятся: пол, ожирение, генетическая обусловленность (гены, предрасполагающие к атопии, и гены, предрасполагающие к бронхиальной гиперреактивности). К внешним факторам относятся: аллергены, инфекции (чаще вирусные), профессиональные вредности, курение, загрязнение воздуха, питание. Наиболее важными факторами, ответственными за развитие БА, являются аллергены, которые сенсибилизируют дыхательные

пути, провоцируют начало заболевания и в дальнейшем поддерживают течение болезни. Выявление и элиминация аллергенов являются залогом успешного лечения БА. Труднее всего бороться с бытовыми аллергенами, из которых наибольшее значение имеют клещи домашней пыли. Они содержатся в коврах, драпировочном материале, постельных принадлежностях, мягких игрушках, мягкой мебели. Клещевая БА характеризуется круглогодичным возникновением обострений, приступы развиваются преимущественно ночью. Рекомендуют исключение из обихода вышеперечисленных предметов, в качестве набивного материала для одеял и подушек желательно использовать синтепон, для уничтожения клещей применяют аттрактанты, обязательна ежедневная влажная уборка помещения, кипячение постельного белья, его вымораживание или проветривание на солнце.

Широко распространены аллергены животного происхождения: шерсть, пух, перо, перхоть, экскременты, слюна разных видов животных (кошек, собак, хомяков, морских свинок, птиц, кроликов, а также тараканов). Не следует держать в квартире аллергиков аквариумы, так как сухой корм для рыб обладает выраженной аллергенной активностью. Даже если



Таблица 1. Уровни контроля бронхиальной астмы

Признак	Контролируемая (все из перечисленного)	Частично контролируемая (наличие любого признака в любую неделю)	Неконтролируемая
Дневные симптомы	Нет (2 или менее раз в неделю)	Более 2 раз в неделю	Наличие 3 и более признаков частично контролируемой БА в какую-либо неделю
Ограничение активности	Нет	Есть	
Ночные симптомы	Нет	Есть	
Необходимость приема скоропомощного препарата	Нет (2 или менее раз в неделю)	Более 2 раз в неделю	
Легочная функция (ПСВ или ОФВ1)	Нормальная	< 80% от прогнозированного или индивидуального лучшего показателя (если известен)	
Обострения	Нет	1 или более в год	1 в какую-либо неделю

животного уже нет в квартире, высокий уровень аллергенов сохраняется в течение нескольких лет. Грибковые аллергены вызывают сенсibilизацию к плесневым и дрожжевым грибам. Грибы содержатся как внутри помещений, так и в окружающей среде. Наиболее часто грибковому заражению подвержены ваннные комнаты, подвальные помещения. Грибы могут находиться в большом количестве весной в непросушенной даче, в прелой листве на приусадебном участке. Необходимо чаще проветривать помещения, бороться с влажностью и очагами плесени. Пыльцевые аллергены, вызывающие БА, могут быть трех видов: деревья и кустарники (береза, ольха, лещина, орешник, ива, дуб, каштан, тополь, ясень и др.); злаковые травы (тимopheевка, овсяница, мятлик, пырей, гречиха, пшеница и т.д.); сорные травы (лебеда, амброзия, одуванчик, конопля, крапива, полынь и т.д.). В условиях средней полосы России отмечается 3 пика обострения болезни: весенний (апрель – май), обусловленный пылью деревьев; летний (июнь – август), связанный с пылью злаковых; осенний (август – октябрь), обусловленный пылью сорных трав. Уменьшение контакта с пылью осуществляется путем ограничения прогулок, кондиционирования

воздуха жилых помещений, временного переезда на жительство в климатические зоны, где период цветения причинно-значимых растений завершился или еще не начался. Эффективна специфическая иммунотерапия. Факторами, способствующими возникновению БА, являются респираторные инфекции, поллютанты промышленные (загрязнение атмосферного воздуха промышленными отходами), поллютанты помещений (газовые плиты), вещества, выделяемые при приготовлении пищи, химические вещества, выделяющиеся из отделочных материалов, моющие синтетические средства. Ведущее место среди лекарств, вызывающих приступы удушья, занимают антибиотики, особенно пенициллинового ряда, сульфаниламиды, витамины, ацетилсалициловая кислота и нестероидные противовоспалительные препараты. Отдельно выделяют аспириновую бронхиальную астму. Аллергенами могут быть продукты и вещества, содержащиеся в таких продуктах, как цитрусовые, шоколад, мед, орехи, а также искусственные красители, консерванты, гистамин и др. Нередко ингаляционные аллергены имеют общие антигенные свойства с определенными пищевыми веществами. Например, пыльца полы-

ни и подсолнечник могут спровоцировать перекрестную аллергию к ракообразным, пыльца березы – к моркови, яблокам, гречке [2]. Мощным фактором возникновения БА является табакокурение, в том числе и пассивное. Немаловажную роль в развитии бронхиальной астмы играют психологические аспекты. Спровоцировать приступы БА могут также стрессовые ситуации и физическая нагрузка. Еще Гиппократ отмечал роль эмоционального состояния больного в развитии и продолжительности проявления БА. Раздражение и страх часто могут провоцировать приступы болезни.

Терапия бронхиальной астмы

Лечение БА является комплексным. Оно включает соблюдение противоаллергического режима, медикаментозное и немедикаментозное лечение. Большое значение уделяется подбору базовой терапии, исходя из степени контроля над симптомами астмы. В настоящее время рекомендована классификация бронхиальной астмы по уровню контроля, которая отражает не только выраженность клинических проявлений, но и адекватность терапии (табл. 1). Все препараты для медикаментозного лечения подразделяются на два вида: для базисного лечения и для купирования обострения.



Таблица 2. Ступенчатый подход к терапии бронхиальной астмы

Клиническая картина до лечения	Терапия
Ступень 5. Регулярный прием кортикостероидов в таблетках	
Как правило, соответствует ступени 4, но необходимо учитывать, что независимо от клиники любой больной, получающий регулярную терапию системными стероидами, должен быть расценен как тяжелый больной и отнесен к ступени 5	Базисная терапия ступени 4 + регулярный прием системных стероидов в течение длительного времени. Бета-2-агонисты короткого действия – по потребности
Ступень 4. Тяжелое течение	
Постоянное наличие симптомов. Частые обострения. Частые ночные симптомы. Ограничение физической активности из-за симптомов астмы. ПСВ или ОФВ1 менее 60% от должных, суточный разброс показателей более 30%	Базисная терапия: высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в сочетании с регулярным приемом пролонгированных бронходилататоров. Высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов + один или более из перечисленных: <ul style="list-style-type: none">■ ингаляционные пролонгированные бета-2-агонисты;■ пероральные пролонгированные теофиллины;■ ингаляционный ипратропиума бромид;■ пероральные пролонгированные бета-2-агонисты;■ кромоны. Бета-2-агонисты короткого действия – по потребности
Ступень 3. Среднетяжелое течение	
Ежедневные симптомы. Обострения могут приводить к нарушению физической активности и сна. Ночные симптомы чаще 1 раза в неделю. Ежедневный прием бета-2-агонистов короткого действия. ПСВ или ОФВ1 60–80% от должных, суточный разброс показателей более 30%	Базисная терапия: высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов (800–2000 мкг) или стандартные дозы в сочетании с пролонгированными бета-2-агонистами. Бета-2-агонисты короткого действия – по потребности
Ступень 2. Среднетяжелое течение	
Симптомы от 1 раза в неделю до 1 раза в день. Обострения могут снижать физическую активность и нарушать сон. Ночные симптомы 1 раз в месяц. ПСВ и ОФВ1 не менее 80% от должных, суточный разброс показателей 20–30%	Базисная терапия – ежедневный прием противовоспалительных препаратов: кромоны или стандартные дозы ингаляционных глюкокортикоидов (200–800 мкг), можно добавить пролонгированные бета-2-агонисты (особенно для контроля ночных симптомов). Бета-2-агонисты короткого действия – по потребности
Ступень 1. Интермиттирующее течение	
Кратковременные симптомы реже 1 раза в неделю. Короткие обострения (от нескольких часов до нескольких дней). Ночные симптомы реже 2 раз в месяц. Отсутствие симптомов и нормальная функция внешнего дыхания между обострениями ПСВ или ОФВ не менее 80% от должных, суточный разброс показателей менее 20%	Бета-2-агонисты короткого действия – по потребности (не более 1 раза в неделю). Профилактическое применение бета-2-агонистов короткого действия или кромонов перед физической нагрузкой или воздействием аллергена. Интенсивность лечения зависит от тяжести обострения: пероральные стероиды могут быть назначены при выраженном обострении даже на этой ступени



Таблица 3. Ступенчатый подход к долговременному контролю бронхиальной астмы

Контроль	Степень 1	Степень 2	Степень 3	Степень 4	Степень 5
Обучение пациентов, контроль факторов окружающей среды					
Бета-2-агонист быстрого действия при необходимости					
Контролирующие препараты выбора	–	Ингаляционный прием низкой дозы ИГКС	Низкая доза ИГКС + бета-2-агонист длительного действия	Средняя или высокая доза ИГКС + бета-2-агонист длительного действия	К предыдущей терапии добавить оральный прием глюкокортикостероида (минимальная доза)
	–	Антагонист лейкотриенов	Средняя или высокая доза ИГКС	Средняя или высокая доза ИГКС + бета-2-агонист длительного действия + антагонист лейкотриенов	К предыдущей терапии добавить оральный прием глюкокортикостероида (минимальная доза) + анти-IgE-терапия
	–		Низкая доза ИГКС + антагонист лейкотриенов	Средняя или высокая доза ИГКС + бета-2-агонист длительного действия + пролонгированный теофиллин	
	–		Низкая доза ИГКС + пролонгированный теофиллин		

Национальная программа по стратегии лечения бронхиальной астмы рекомендует ступенчатый подход к терапии (табл. 2), при котором терапия становится интенсивнее по мере увеличения степени тяжести заболевания. Ступенчатый подход позволяет учитывать разнообразие тяжести течения заболевания у разных людей и у одного и того же пациента в разные временные периоды. Целью ступенчатого подхода является достижение контроля над астмой с применением наименьшего количества препаратов. Если течение астмы ухудшается, то количество и частота приема лекарств соответственно увеличиваются («ступень вверх»). Если же течение астмы хорошо контролируется в течение 3 мес., то количество и частота приема терапии уменьшаются («ступень вниз»).

Снижение дозы базовой терапии проводится в том случае, если состояние больного остается стабильным не менее 3 мес. (что контролируется ведением дневника, данными пикфлоуметрии и обследованием врача). Уменьшение терапии проводится ступенчато, предыдущая доза препарата

уменьшается на 25–50%, или отменяются дополнительные препараты. При комбинированной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) и системными глюкокортикоидами (ГК) сначала снижают и отменяют системные гормональные препараты, не изменяя доз ИГКС. При снижении дозы препаратов необходимо контролировать симптомы БА, клинические проявления и показатели функции внешнего дыхания. В настоящее время наиболее эффективными препаратами для контроля заболевания являются ИГКС. Их назначение рекомендовано при персистирующей БА любой степени тяжести. Длительная терапия ИГКС значительно снижает частоту и тяжесть обострений. Чем выше степень тяжести БА, тем большие дозы ингаляционных стероидов надо применять (табл. 3).

Противовоспалительный эффект ИГКС связан с их ингибирующим действием на клетки воспаления и их медиаторы, включая продукцию цитокинов, вмешательство в метаболизм арахидоновой кислоты и синтез лейкотриенов и простагландинов, снижение проницаемости микрососудов,

предотвращение прямой миграции и активации клеток воспаления, повышение чувствительности бета-рецепторов гладкой мускулатуры. ИГКС увеличивают апоптоз и снижают количество эозинофилов путем ингибирования интерлейкина-5. Таким образом, ИГКС приводят к стабилизации клеточных мембран, уменьшают проницаемость сосудов, улучшают функцию бета-2-адренорецепторов, стимулируют эпителиальные клетки. Учитывая, что лечение ИГКС является местным, оно обеспечивает выраженный противовоспалительный эффект непосредственно в бронхиальном дереве с минимальными системными проявлениями.

Наиболее важной характеристикой ИГКС является липофильность, благодаря чему препарат накапливается в дыхательных путях, замедляется их высвобождение из тканей и увеличивается его сродство к глюкокортикоидному рецептору. Эти препараты быстрее захватываются из просвета бронхов и длительно задерживаются в тканях дыхательных путей. Именно липофильность отличает ИГКС от системных препаратов, поэтому бесполезно назначать ингаляции



Таблица 4. Эквивалентные дозы ингаляционных глюкокортикостероидов

Международное непатентованное название	Доза, мкг		
	Низкая	Средняя	Высокая
Беклометазона дипропионат	200–500	500–1000	1000
Будесонид	200–400	400–800	800
Флунизолид	500–1000	1000–2000	2000
Флутиказона пропионат	100–250	250–500	500
Триамсинолона ацетонид	400–1000	1000–2000	2000

системных ГКС (гидрокортизона, преднизолона, дексаметазона). Они независимо от способа применения обладают только системным действием. К ИГКС относятся: бекламетазона дипропионат, будесонид, флутиказона пропионат, флунизолид, триамсинолона ацетонид, мометазона фураат (табл. 4). Форма выпуска – дозированные аэрозоли, дозированные порошки, растворы для использования в небулайзерах.

Легочная биодоступность зависит от наличия или отсутствия носителя. Ингаляторы, не содержащие фреон, имеют лучшие показатели эффективности. Так, бекламетазона дипропионат с фреоновым носителем используется в дозах вдвое больших, чем при использовании без фреонового носителя. Количество ИГКС, доставляемое в дыхательные пути, зависит также от дозы, типа ингалятора и техники ингаляции.

Можно привести следующие принципы применения ИГКС.

1. ИГКС следует рекомендовать тем больным, у которых обычная потребность в применении бета-2-агонистов короткого действия составляет 2–3 раза в день и больше.

2. ИГКС могут позволить сократить применение системных ГК у больных с ГКС-зависимой БА.

3. Контроль БА быстрее достигается при назначении более высоких доз ИГКС.

4. Все препараты группы ИГКС в эквивалентных дозах достаточно эффективны.

5. Доказана эффективность ИГКС при назначении их 2 раза в день. При увеличении приема до 4 раз в сутки эффективность повышается незначительно при тех же дозах.

6. Стандартные дозы ИГКС (800 мкг бекламетазона) при неэффективности могут быть увеличены до 2000 мкг в пересчете на бекламетазон.

7. Снижение доз ИГКС следует осуществлять, постепенно уменьшая дозу на 25–50%, после того как состояние остается устойчивым в течение 3 мес.

Основные пути доставки лекарственных средств в дыхательные пути:

- дозированные аэрозольные ингаляторы: обычные, активируемые вдохом («легкое дыхание»), в комбинации со спейсером;
- дозированные порошковые ингаляторы: одноразовые, мультидозовые резервуарные, мультидозовые блистерные;
- небулайзеры: ультразвуковые, струйные.

Практически все аэрозольгенераторы имеют как свои преимуще-

ства, так и недостатки: достаточная или недостаточная портативность, необходимость или отсутствие необходимости координации вдоха и начала ингаляции, заправка лекарственных средств в процессе использования или возможность применения без дозаправки, стоимость и др. Следует учитывать, что у 80% пациентов возникают трудности при использовании дозированных аэрозолей. Врач должен обучить пациента правильной технике ингалирования, рекомендовать для использования небулайзеры и спейсеры. Основное преимущество последних заключается в том, что в бронхи попадает гораздо больше лекарства, меньшее количество оседает в ротовой полости, горле, языке, что снижает риск получить осиплость голоса, грибковые осложнения и кашель от удара струи аэрозоля. Пациентам рекомендуется полоскание рта водой после ингаляции для предупреждения развития грибковой инфекции.

При длительном лечении высокими дозами ИГКС могут проявляться системные побочные эффекты: геморрагии, угнетение коры надпочечников, остеопороз, катаракта, глаукома. ИГКС не противопоказаны при сопутствующем туберкулезе. Учитывая возможность развития побочных осложнений терапии ИГКС, целесообразно проводить комбинированную терапию, позволяющую достичь контроля над бронхиальной астмой меньшими дозами ИГКС.

Начиная с 3-й ступени при недостаточности контроля астмы к ИГКС необходимо добавлять бета-2-агонисты длительного действия, которые рассматриваются как альтернатива увеличению доз ингаляционных ГК у больных, плохо отвечающих на противовоспалительную терапию. С одной стороны, назначение бета-2-агонистов должно предшествовать очередному повышению доз ИГКС. С другой стороны, назначение этих лекарственных средств в качестве монотерапии не должно практиковаться, так как они не

Комбинированные лекарственные средства обеспечивают лучшую приверженность больных лечению, а их использование обходится дешевле, чем использование двух препаратов по отдельности.

При использовании комбинированной терапии повышается эффективность препаратов в более низких дозах ИГКС.



обладают выраженным противовоспалительным действием. Кроме того, появились данные, что у отдельных пациентов применение бета-2-агонистов увеличивает риск смерти. Регулярное применение бета-2-агонистов может приводить к развитию рефрактерности. Комбинированная терапия способна значительно улучшить функцию дыхания, уменьшить число ночных приступов, снизить потребность в бета-2-агонистах короткого действия. Добавление бета-2-агонистов длительного действия более эффективно, чем увеличение ГКС в 2 раза. Наиболее частое применение находят 2 препарата – сальметерол и формотерол. Сальметерол характеризуется медленным началом действия. Бронхорасширяющий эффект наступает через 10–20 мин после ингаляции и сохраняется 12 ч. Липофильность сальметерола многократно превышает аналогичный показатель салбутамола. Препарат уменьшает проницаемость легочных капилляров, стабилизирует мембраны тучных клеток, уменьшает местную и системную концентрацию гистамина. У большинства больных контроль над БА достигается назначением сальметерола по 50 мкг 2 раза в сутки. Следует отметить, что сальметерол обладает рядом неожиданных свойств, в частности, вызывает снижение патогенности *P. aeruginosa* и оказывает протективный эффект в отношении *H. influenzae*. Формотерол по клиническим свойствам не уступает сальметеролу. Поддерживающая доза составляет 12–24 мкг. При сравнении эффективности этих 2 препаратов исследователи не смогли выявить значимых отличий. Формотерол, как полный агонист бета-2-адренорецепторов, обладает несколько большим эффектом и отличается большей дозозависимостью, что позволяет подбирать минимально эффективную дозировку. Комбинированные препараты для ингаляционного введения, содержащие в своем составе ГКС и бета-2-агонисты длительного действия,

появились несколько лет назад. Несмотря на это, они занимают центральное место в терапии БА и являются самыми перспективными средствами в оптимизации лечения БА. Эффективность ИГКС в комбинации с бета-2-агонистами значительно возрастает. Кроме того, попав при ингаляции на один и тот же участок дыхательных путей, препараты могут лучше взаимодействовать друг с другом. Комбинированные лекарственные средства обеспечивают лучшую приверженность больных лечению, а их использование обходится дешевле, чем использование двух препаратов по отдельности. При использовании комбинированной терапии повышается эффективность препаратов в более низких дозах ИГКС. Соединение препаратов в одном ингаляторе облегчает пациенту выполнение техники ингалирования.

К комбинированным препаратам относятся Серетид Мультидиск (сальметерола ксинафоат + флутиказона пропионат) и Симбикорт Турбухалер (будесонид и формотерола fumarate дигидрат). Использование этих препаратов дает возможность гибкого дозирования (1–4 ингаляции в сутки) в зависимости от состояния больного. На фоне применения бета-2-агонистов длительного действия должен быть продолжен прием препаратов с коротким действием для купирования симптомов. Наиболее эффективны для облегчения симптомов бета-2-агонисты с быстрым началом действия. Они являются наиболее эффективными бронходилататорами и препаратами выбора для купирования острых симптомов астмы. Препараты выпускаются в виде аэрозоля, таблеток, порошка. Из бронхолитиков пролонгированного действия нашли применение теofilлин и тербуталин. Эти препараты достаточно эффективны для купирования симптомов БА в ночные часы.

Системные стероиды при БА обычно применяют при обострении заболевания перорально или внутривенно (значительно реже)

Ведение больного на монотерапии системными стероидами является грубой врачебной ошибкой, так как требует более высоких доз глюкокортикостероидов и приводит к развитию тяжелых осложнений: остеопороза, сахарного диабета, ожирения и др.

высокими дозами. Механизмы действия такие же, как у ИГКС. Однако системные ГК могут достигать других клеток-мишеней и формировать при длительном приеме системные осложнения. Стандартная доза – 40–50 мг преднизолона в сутки в течение 5–10 дней в период обострения. Назначение системных ГК для длительного контроля при персистирующей БА сразу определяет больного как тяжелого и требует назначения высоких доз ИГКС и ингаляционных бета-2-агонистов длительного действия. Ведение больного на монотерапии системными стероидами является грубой врачебной ошибкой, так как требует более высоких доз глюкокортикостероидов и приводит к развитию тяжелых осложнений: остеопороза, сахарного диабета, ожирения и др. [4].

План обследования больных, длительно получающих ГК, включает регулярный контроль физического развития; контроль артериального давления; обследование с помощью щелевой лампы для своевременного выявления катаракты; контроль электролитного обмена; систематическое исследование уровня сахара; анализ кала на скрытую кровь; оценку признаков возможного воспалительного процесса в легких или других органах; исследование базального уровня кортизола.

При БА применяются такие ГКС, как преднизолон, метилпреднизолон, которые обладают минимальным минералокортикоидным эффектом, относительно коротким периодом полувыведения и не-



Антилейкотриеновые препараты снижают симптомы бронхиальной астмы, уменьшают кашель, обладают противовоспалительным и слабым бронхорасширяющим эффектом.

Это 2 группы препаратов: первая – ингибиторы синтеза; вторая – блокаторы рецепторов к лейкотриенам.

резко выраженным действием на поперечнополосатую мускулатуру. Если возможно, их следует назначать через день. Триамцинолон противопоказан беременным и детям, поражает желудочно-кишечный тракт, ведет к развитию мышечной дистрофии. Дексаметазон обладает выраженным подавлением функции коры надпочечников и низкой эффективностью при БА. Применение депонированных форм длительного действия категорически не рекомендуется. Любой пациент, которому назначены системные ГК для контроля БА, подлежит обследованию для установления причин, приведших к необходимости данного лечения.

Обозначим некоторые врачебные ошибки при терапии БА:

- неназначение ИГКС;
- недооценка степени тяжести на предшествующих этапах;
- попытка контроля воспаления в период обострения низкими дозами ГК, применение бета-блокаторов;
- неправильный подбор системы доставки для ИГКС;
- продолжающаяся экспозиция аллергена.

В ряде случаев имеет место неправильный диагноз БА, где респираторные симптомы являются следствием другой патологии. Перед врачом стоит задача контролировать БА меньшими дозами ГК, как системными, так и ингаляционными. Следует снижать системные ГК на фоне высоких доз ИГКС, уменьшая дозу не ранее чем каждые 3–4 недели во избежание развития осложне-

ний. На фоне ее снижения нельзя уменьшать дозы ИГКС. После отмены системных ГК титрование ИГКС должно проводиться с учетом ступенчатого подхода. Одним из триггеров в развитии и обострении БА является инфекционный компонент. Как правило, это БА в сочетании с бронхитом или пневмонией. При назначении антибактериальной терапии следует повторно уточнить аллергологический анамнез. Чаще всего аллергические реакции развиваются на пенициллины и сульфаниламиды. При аллергии на пенициллины существует риск развития побочных реакций на использование любых бета-лактамов антибиотиков (цефалоспорины, карбапенемы), тогда могут быть показаны доксициклин, макролиды.

Недокромил или кромогликат натрия могут быть использованы в качестве дополнения к ИГКС или как их альтернатива у больных, которые не могут или не хотят применять стероиды. Хотя недокромил более эффективен, чем плацебо, степень его эффективности не позволяет рекомендовать его в качестве препарата первого ряда при лечении БА. Препараты этого ряда тормозят высвобождение медиаторов аллергии, предотвращают бронхоконстрикцию. Назначаются препараты длительно – не менее 2 мес. по 2 ингаляции 2 раза в день [5].

Из других препаратов медикаментозного лечения БА нашли применение антилейкотриеновые препараты в связи с доказанной ролью лейкотриенов в формировании наиболее важных патогенетических звеньев БА. Антилейкотриеновые препараты снижают симптомы бронхиальной астмы, уменьшают кашель, обладают противовоспалительным и слабым бронхорасширяющим эффектом. Это 2 группы препаратов: первая – ингибиторы синтеза; вторая – блокаторы рецепторов к лейкотриенам. Побочный эффект этой группы препаратов – гепатотоксичность.

Анти-IgE-терапия показана пациентам с повышенным уровнем

IgE в сыворотке крови. Данные об эффективности омализумаба получены в 7 клинических исследованиях, проведенных у больных атопической БА, включая исследование с участием только больных с тяжелой персистирующей атопической БА, неконтролируемой, несмотря на медикаментозное лечение согласно 4-й ступени по руководству GINA, и 6 других исследованиях с преимущественным участием пациентов с тяжелой персистирующей БА. Прием омализумаба позволил снизить частоту клинически значимых и тяжелых обострений БА на 38 и 50% соответственно, а частоту обращений за неотложной медицинской помощью – на 47%. На протяжении года после назначения омализумаба в дополнение к стандартной базисной терапии 49% пациентов не нуждались в пероральном приеме стероидов, что на 47% больше по сравнению с группой базисной терапии. Лечение омализумабом позволило на 80% снизить потребность больных в препаратах неотложной помощи (бета-2-агонистах короткого действия). По сравнению с плацебо омализумаб улучшал качество жизни пациентов с БА на 49%. Кроме того, по данным проведенных клинических исследований, омализумаб имеет высокий профиль безопасности [6].

Немедикаментозное лечение БА включает в себя: респираторную терапию (тренировка дыхания, контроль дыхания, интервальная гипоксическая тренировка); массаж, вибромассаж; лечебную физкультуру; спелеотерапию и горноклиматическое лечение; физиотерапию; иглоукалывание; фитотерапию; психотерапию; санаторно-курортное лечение. Одно из центральных мест в лечении занимают самообразование больных и диспансерное наблюдение. Для оценки эффективности лечения каждый больной должен проводить мониторинг БА с помощью пикфлоуметрии, что дает возможность объективной оценки течения заболевания и соответствующей коррекции схемы лечения. ☺



XIX РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

23–27 апреля 2012 года

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Реформирование здравоохранения. Основные вопросы ■ Порядок, стандарты и качество оказания медицинской помощи больным ■ Новые методы диагностики и фармакотерапии основных заболеваний человека ■ Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике болезней детского возраста ■ Стандарты и алгоритмы диагностики и лечения инфекционных болезней у детей и взрослых ■ Медикаментозная терапия неотложных состояний ■ Вопросы восстановительной медицины ■ Персонализированная медицина и лечение редких болезней ■ Генетические аспекты болезней человека ■ Биомедицина ■ Современные информационные технологии в системе образования врачей

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, конкурс студенческих научных работ

- Кардиология / пульмонология (междисциплинарная школа)
- Гастроэнтерология
- Гепатология
- Химиотерапия и антибиотики
- Инфекционные болезни
- Эндокринология
- Клиническая фармакология
- Стоматология (для врачей общей практики)
- Наркология
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Гематология (клиническая гемостазиология)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Гастроэнтерология
- Стоматология
- Клиническая фармакология
- Провизор

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека

В рамках конгресса проходит выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К конгрессу готовится «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XIII выпуск)

<i>Прием документов</i>	<i>Дата начала</i>	<i>Дата окончания</i>
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01.09.11	30.12.11
Тезисы	01.09.11	15.12.11
Конкурсные работы	01.09.11	20.01.12
Регистрационные карты	01.09.11	13.04.12
Заявки на участие в выставке	01.09.11	16.03.12

КОНТАКТЫ:

Тел./факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)

Тел.: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)

E-mail: publish@medlife.ru (тезисы), reg@medlife.ru (регистрационные карты), trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы), stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт конгресса: <http://www.medlife.ru>

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 секретариат оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»



¹ Казанский
государственный
медицинский
университет
Минздравсоцразвития
России

² Республиканская
клиническая больница
Министерства
здравоохранения
Республики
Татарстан

Инородное тело в левом нижнедолевом бронхе: дифференциальный диагноз с ХОБЛ

Д.м.н., проф. А.А. ВИЗЕЛЬ¹, к.м.н. А.В. БОНДАРЕВ²,
к.м.н. И.Ю. ВИЗЕЛЬ¹

В статье разобран клинический случай пациента Б., у которого при первичной диагностике была предположена ХОБЛ, но дальнейшее детальное обследование позволило установить иной диагноз и избавить пациента от нарушений вентиляционной способности легких по обструктивному типу.

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – экологически опосредованное хроническое обструктивное воспалительное заболевание легких, распространенность которого продолжает расти во всем мире. По данным ВОЗ, на 2008 г. ХОБЛ в причинах смерти заняла 4-е место [1]. Глобальная инициатива по ХОБЛ (GOLD) обеспечивает постоянное совершенствование протоколов диагностики и лечения этого заболевания. ХОБЛ является обязательным разделом руководств по терапии, пульмонологии, дифференциальной диагностике легочных заболеваний. Уровень осведомленности врачей об этом заболевании растет. Одними из ключевых моментов в обосновании диагноза ХОБЛ являются

исследование функции внешнего дыхания и констатация факта сохранения отношения ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Тиффно) < 0,7 после применения бронходилататора [2]. Мы наблюдали пациента, у которого при первичной диагностике была предположена ХОБЛ, но дальнейшее детальное обследование позволило установить иной диагноз и избавить пациента от нарушений вентиляционной способности легких по обструктивному типу.

Описание случая

Пациент Б., мужчина 1957 г. рождения, до 2005 г. жалоб со стороны органов дыхания не предъявлял. Вел активный спортивный образ жизни, женат, двое детей. Работа инженером-судостроителем не сопровождалась воздействием вред-

ных факторов. Контакт с больными туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями он отрицал, гепатитом не болел, гемотрансфузий ранее не было. Пациент курил в течение 5 лет в возрасте 16–21 года, затем бросил. Алкоголь употреблял умеренно в праздники. Среди сопутствующих заболеваний была выявлена подагра, ранее перенес острый отит. Наследственность была не отягощена. Аллергологический анамнез обнаружил эпизоды ринита и конъюнктивита в июне. В ноябре 2005 г. после переохлаждения у него возник сильный кашель, который не проходил несколько недель. Пациент был дообследован квалифицированным терапевтом (доцентом вуза), было отмечено только жесткое дыхание. У пациента была повышена СОЭ до 19 мм/ч и имел место небольшой лейкоцитоз – 9,6 Гига/л. Спирометрия проведена не была. Был диагностирован острый бронхит и назначен амоксициллин в дозе 500 мг 3 раза в сутки на 7 дней. Все жалобы и клинические проявления болезни кушировались.

В нашу клинику больной обратился 5 октября 2010 г. Он жаловался на



кашель со слизисто-гноющей мокротой в течение двух месяцев, который связывал с перенесенной простудой в конце июля, которая не была тяжелой и не потребовала обращения к врачу. К моменту обращения пациент был обследован у терапевта по месту жительства, где вновь был диагностирован острый бронхит, по поводу которого он последовательно получал N-ацетилцистеин, амброксола гидрохлорид, фенспирид, трехдневный курс азитромицина (500 мг 1 раз в сутки). Тем не менее кашель у него не прекратился, мокрота оставалась слизисто-гноющей, что и стало поводом для обращения к пульмонологу в нашу клинику.

Пациент Б. – высокий мужчина правильного, крепкого телосложения. Кожные покровы имели нормальную окраску, периферические лимфатические узлы не были увеличены. Температура тела была нормальной. Тоны сердца были ритмичными и ясными. Пульс 76 в 1 минуту, артериальное давление на плечевой артерии 120/80 мм рт. ст., насыщение крови кислородом в покое, по данным пульсоксиметрии, 96%. При аускультации было выявлено жесткое дыхание и по всем полям легких, больше над нижними отделами, выслушивались сухие хрипы. Перкуторный звук был легочным. Живот был мягким, безболезненным; перкуторные размеры печени и селезенки были в пределах нормы. Симптом Пастернацкого был отрицательным с обеих сторон, естественные отправления были не нарушены. Пациент в августе 2010 г. проходил цифровую флюорографию, при описании которой рентгенолог отметил небольшое обогащение легочного рисунка. Была проведена спирометрия форсированного выдоха, на которой было отмечено небольшое снижение ФЖЕЛ до 3,82 л (74% от должной), более заметное снижение ОФВ1 – 2,63 л (64% от должного), а индекс Тиффно составлял 68,8%. Пиковая объемная скорость выдоха (ПОС) при этом была в пределах нормы (8,32 л/с, 88% от должной), что можно связать со спортивным образом жизни пациента, однако мгновенные объемные скорости на

уровне 25%, 50% и 75% ФЖЕЛ от начала теста были снижены и составляли 69%, 43% и 19% от должных, СОС²⁵⁻⁷⁵ также была снижена до 37% от должного значения. Проба с 400 мкг сальбутамола не привела к достоверному улучшению показателей. В клиническом анализе периферической крови СОЭ была 20 мм/час, лейкоцитоз 8,6 Гига/л, лейкоформула оставалась нормальной. На основании этих данных был выставлен диагноз ХОБЛ средней тяжести течения и были рекомендованы ингаляции тиотропия по 1 капсуле 1 раз в сутки.

22 ноября 2010 г. больной вновь обратился к пульмонологу в связи с тем, что не отметил облегчения после применения тиотропия. В течение последних 10 дней кашель усилился, мокрота стала серо-зеленой, в единичных плевках пациент заметил прожилки крови. При этом температура тела была нормальной, одышки при нагрузке он не отмечал. Больной пожаловался также, что слышит свое шумное дыхание и просыпается по ночам от свистящих хрипов и кашля, когда лежит на левом боку. При аускультации, как и прежде, были выслушаны жесткое дыхание и сухие хрипы по всем полям на выдохе. Вопреки ожиданиям (пациент получал современный бронхолитик), функция дыхания несколько снизилась, ФЖЕЛ стала 3,58 л (70%), а ПОС – 7,01 (74%). При этом индекс Тиффно увеличился до 72,3%, что поставило под сомнение наличие ХОБЛ. Дальнейшая терапия бронхолитиками без постановки окончательного диагноза становилась необоснованной. Пациенту было рекомендовано пройти рентгено-компьютерную томографию (РКТ) органов грудной клетки высокого разрешения для оценки возможной причины отрицательной динамики функциональных показателей.

26 ноября 2010 г. выполнена РКТ органов грудной клетки (рис. 1 и 2): «Грудная клетка симметричная, признаков смещения средостения нет. В правом легком без очаговых и инфильтративных изменений. В базальных отделах нижней доли левого легкого на фоне повы-

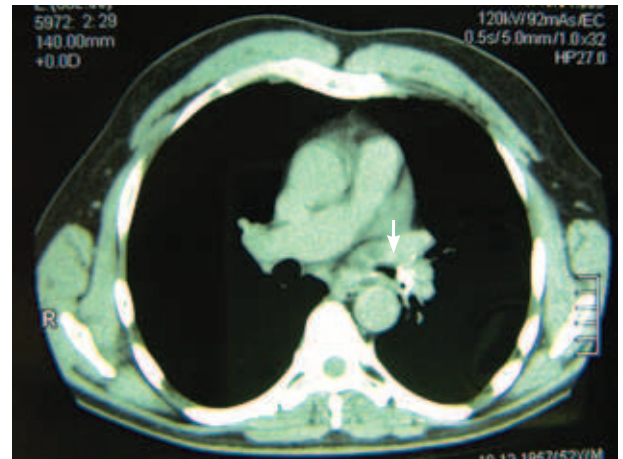


Рис. 1. РКТ больного Б. Справа в проекции корня видно инородное тело

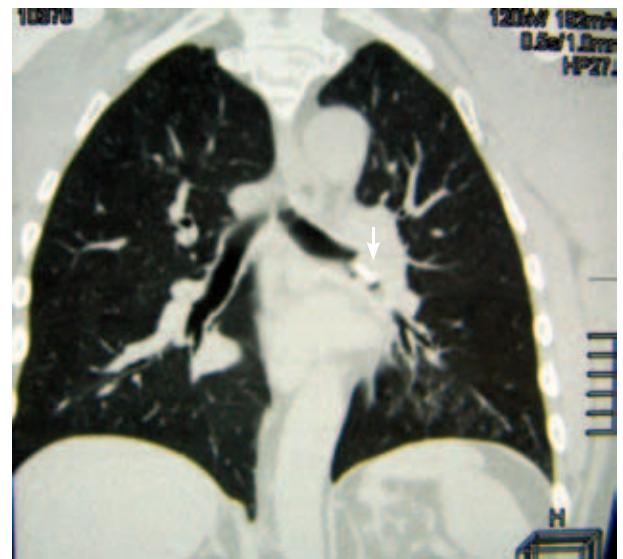


Рис. 2. РКТ больного Б. Реконструкция. Слева в нижнедолевом бронхе видно инородное тело

шенной пневматизации легочной паренхимы выявляются мелкие перибронхиальные очажки инфильтрации. Слева в проекции проксимальных отделов нижнедолевого бронха выявляется инородное тело высокой плотности 500–700 ед Н (возможно, кость). Инородное тело суживает просвет нижнедолевого бронха. Выпота в плевральных полостях не определяется, имеются плевро-диафрагмальные спайки слева. Отмечается усиление бронхососудистого рисунка в медиабазальных отделах легких. Структура средостения четко дифференцируется, патологических образований не выявлено. Визуализируются не-

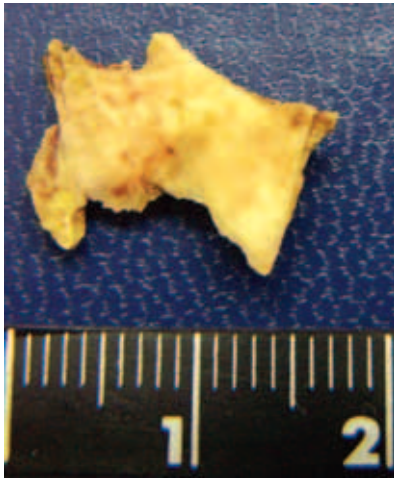


Рис. 3. Кость, извлеченная из левого нижнедолевого бронха больного Б.

многочисленные парааортальные, бифуркационные и бронхопульмональные лимфоузлы. Границы сердца не расширены. Очагов деструкции в позвонках не выявлено.

27 ноября 2010 г. с пациентом был обсужден результат РКТ, и он сообщил, что летом 2010 г. он был на отдыхе и поперхнулся. Был кашель, и больной обратился в приемный покой близлежащей больницы. Пациент был опрошен, осмотрен, прослушан, проконсультирован ЛОР-врачом. Было рекомендовано наблюдение, но поскольку кашель прошел, то пациент не связал это событие с возникшим спустя три недели длительным кашлем.

30 ноября 2010 г. проведена фибробронхоскопия: «Анестезия – лидокаин 1%. Осмотрены просветы трахеи и бронхов до 5–7-й генерации справа. Карина и бронхиальные шпоры эластичные. Рельеф хрящевых колец прослеживается. Слева просвет нижнедолевого бронха перекрыт до

щелевидного бугристыми разрастаниями красного и цианотичного цвета, с повышенной контактной кровоточивостью, среди складок которых иногда проглядывает инородное тело. Умеренно выраженная гиперемия слизистой проксимальных бронхов. Умеренное количество слизисто-гнойной мокроты на стенках бронхов с обеих сторон, преимущественно слева. Повышен кашлевой рефлекс. Под контролем экрана было захвачено щипцами и удалено инородное тело – мясная кость (которая визуальнo исчезала в грануляциях). Проведены санация, лаваж физиологическим раствором, вливание диоксида в левый нижнедолевой бронх за грануляции». Удаленная кость представлена на рисунке 3. Спустя 10 дней состояние больного стало удовлетворительным, сохранялось покашливание, мокрота стала слизистой. Функция дыхания улучшилась, ФЖЕЛ – 3,8 л, ОФВ1 – 2,8 л. Пациент в течение года к пульмонологам не обращался.

17 ноября 2011 г. после простудного заболевания больной вновь был проконсультирован в нашей клинике в связи с жалобами на покашливание. Других жалоб не было. Состояние было удовлетворительным. При аускультации дыхание было жестким, хрипов не было. Функция дыхания свидетельствовала о дальнейшем улучшении показателей, признаков бронхообструктивного синдрома не было. Динамика показателей спирограммы отражена на рисунке 4. Следует заметить, что все процедуры были выполнены в амбулаторных условиях.

Обсуждение

Аспирация инородного тела представляет собой проблему дифференциальной диагностики при работе врача как с детьми, так и со взрослыми. Инородное тело, попавшее в трахеобронхиальное дерево, вызывает эпизодический кашель, одышку и хрипы, что часто приводит к ложной диагностике бронхиальной астмы, если врач не имеет информации о возможной аспирации. Наиболее важным методом в этих ситуациях считается рентгено-

логическое обследование, а методом решения проблемы – извлечение инородного тела при бронхоскопии. При отсутствии осложнений большинство пациентов после удаления инородного тела полностью выздоравливают. Тем не менее в литературе описаны случаи, когда больные (особенно дети) носили в себе аспирированный гвоздь и получали лечение от бронхиальной астмы [3]. Инородные тела в дыхательных путях приводят не только к развитию хронического кашля и пневмонии, но также вызывают одышку и цианоз. Симптоматика при попадании инородных тел вариабельна – от банальных симптомов раздражения до необратимых изменений в бронхах и легких, которые могут угрожать жизни пациента. При поздней диагностике этого состояния воспалительные грануляции могут плотно окружить инородное тело, что создает серьезные проблемы при его извлечении [4]. Следует отметить, что инородные тела в трахеобронхиальном дереве рассматриваются среди состояний, требующих дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой и ХОБЛ [5]. В представленном случае инородное тело (кость) находилось в бронхе примерно 2 месяца. Рентгенологическое исследование (РКТ) было последним и решающим в постановке окончательного диагноза, а путь к нему лежал через отсутствие эффекта от муколитической и антибактериальной терапии на первом этапе и отсутствие эффекта от бронхолитика – на втором. Из этого наблюдения мы должны извлечь следующие уроки:

- лучевое исследование является обязательным компонентом дифференциальной диагностики ХОБЛ;
- отсутствие эффекта от современной бронхолитической терапии должно быть причиной дальнейшего обследования пациента, уточняющего причины обструкции;
- рациональная пульмонологическая помощь не требует госпитализации пациента для «пробной терапии» и даже инвазивных процедур. ☺

Литература → С. 60

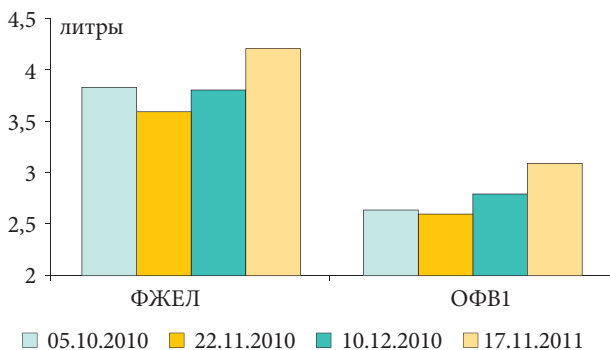


Рис. 4. Динамика параметров форсированного выдоха в течение наблюдения больного

Календарный план мероприятий непрерывного повышения квалификации медицинских работников на первое полугодие 2012 г.

Место проведения: Москва, ул. Новый Арбат, д. 36/9

19 января 2012 г.

Диагностика и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы с позиций доказательной медицины

Председатели: профессор Б.А. Сидоренко, заведующий кафедрой кардиологии и общей терапии с курсом нефрологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ; профессор, д.м.н. С.Н. Терещенко, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ИКК им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗиСР РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи ГБОУ «МГМСУ» МЗиСР РФ

26 января 2012 г.

Ежегодная конференция «Профилактика и лечение гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций»

Председатели: академик РАМН В.И. Покровский, главный инфекционист ГМУ УД Президента РФ, директор ФГУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора; профессор А.В. Девяткин, главный врач инфекционного корпуса ФГБУ «ЦКБП» УД Президента

14 февраля 2012 г.

Ежегодная конференция «Фармакотерапия бронхолегочных заболеваний с позиций доказательной медицины»

Председатель: профессор В.Е. Ноников, главный пульмонолог ГМУ УД Президента РФ, заведующий пульмонологическим отделением ФГБУ «ЦКБП» УД Президента РФ

23 марта 2012 г.

Ежегодная конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла, носа с позиций доказательной медицины»

Председатели: профессор А.С. Лопатин, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»; член-корр. РАМН Г.З. Пискунов, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ

3 апреля 2012 г.

Современные возможности диагностики и лечения наркологических заболеваний

Председатель: профессор Б.Д. Цыганков, главный психиатр г. Москвы, консультант по наркологии ГМУ УД Президента РФ

11–13 апреля 2012 г.

Российский мастер-класс с международным участием «Современная функциональная ринохирургия»

Председатель: профессор А.С. Лопатин, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

21 мая 2012 г.

Ежегодная конференция «Фармакотерапия аллергических заболеваний с позиций доказательной медицины»

Председатель: профессор Л.А. Горячкина, главный аллерголог ГМУ УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования»

6 июня 2012 г.

Ежегодная конференция «Актуальные вопросы офтальмологии»

Председатель: чл.-корр. РАМН С.Э. Аветисов, главный специалист по офтальмологии ГМУ УД Президента РФ, директор ГУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН



¹ Казанский
государственный
медицинский
университет
Минздравоохранения
России

² Министерство
здравоохранения
Республики Татарстан

³ Республиканский
клинический
онкологический
диспансер
Министерства
здравоохранения
Республики Татарстан

⁴ Республиканская
клиническая больница
Министерства
здравоохранения
Республики Татарстан

Оказание медицинской помощи больным саркоидозом в Республике Татарстан

Д.м.н., проф. А.А. ВИЗЕЛЬ^{1,2}, д.м.н., проф. А.С. СОЗИНОВ¹,
к.м.н. А.З. ФАРРАХОВ^{1,2}, к.м.н. Р.И. ТУИШЕВ²,
д.м.н., проф. В.П. ПОТАНИН³, д.м.н., проф. Н.Б. АМИРОВ¹,
Р.П. ГУСЛЯКОВА⁴, к.м.н. И.Н. САФИН², к.м.н. И.Ю. ВИЗЕЛЬ¹,
к.м.н. А.В. ПОТАНИН³

В Республике Татарстан была реализована уникальная схема диагностики и лечения больных саркоидозом, соответствующая международным стандартам ведения этой группы больных. Был осуществлен перевод больных саркоидозом из противотуберкулезных учреждений в общую лечебную сеть, что уменьшило не только вероятность инфицирования и суперинфицирования этих больных микобактериями туберкулеза (в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью), но и вероятность рецидивирующего течения саркоидоза. Повысилась обращаемость этих больных за медицинской помощью, что почти в 2 раза увеличило выявляемость саркоидоза в Татарстане.

Саркоидоз – системный относительно доброкачественный гранулематоз неизвестной этиологии, характеризующийся скоплением активированных Т-лимфоцитов (CD4+) и мононуклеарных фагоцитов, образованием несекретирующих эпителиоидноклеточных неказеифицированных гранул [1].

История изучения саркоидоза связана со специалистами разных профессий. Выявлением саркоидоза, его названием и первыми десятилетиями изучения мы обязаны дерматологам. Так, в 1808 г. Робертом Виланом была впервые описана узловатая эритема. Первая зарисовка саркоидных изменений кожи датирована

1869 г. и принадлежит британцу Джонатану Хатчинсону. Французский дерматолог Эрнест Анри Бенье в 1889 г. впервые описал неблагоприятный кожный вариант течения саркоидоза – «ознобленную волчанку», или *lupus pernio*. Полное клиническое и гистологическое описание заболевания и его современное наименование – саркоидоз (греч. «подобный мясу») – дал норвежский дерматолог Цезарь Питер Бек в 1899 г. В 1909 г. Кристиан Фредерик Хеерфордт представил саркоидоз в ином свете – как лихорадку, увеит, паротит, которые иногда осложнялись параличами черепных нервов и плеоцитозом цереброспинальной жидкости. Поражение органов дыхания при саркоидозе было описано только в 1915 г. шведским дерматологом Йорганом Шауманом, он же описал и саркоидоз костного мозга. Единство всех локализаций саркоидоза было признано



в 1934 г. по инициативе французского дерматолога Люсьена-Мари Потрие, что и было утверждено съездом дерматологов в Страсбурге. В 1941 г. дерматолог из Швеции Ансгар Квейм, а в 1961 г. американец Луис Зильцбах выявили способность саркоидного антигена вызывать образование гранулем в коже других больных саркоидозом и разработали диагностическую пробу Квейма – Зильцбаха. В 1946 г. практический врач из Швеции Свен Лефгрэн определил симптомокомплекс одного из вариантов острого течения саркоидоза, проявляющегося узловатой эритемой, лихорадкой, полиартритом и внутригрудной лимфаденопатией (синдром Лефгрена). С 50-х гг. XX в. до наших дней систематизацией знаний о саркоидозе и интерстициальных процессах в легких занимается профессор Дэвид Джеймс, автор одной из основных мировых монографий по этой проблеме [1–3].

С 1987 г. существует Всемирная ассоциация по саркоидозу и легочным гранулематозам (WASOG), члены которой в 1999 г. создали первый международный согласительный документ по саркоидозу Statement on sarcoidosis, который пока является основополагающим при написании руководств и рекомендаций в разных странах мира [4]. Рекомендации по лечению саркоидоза, основанные на доказательствах, которые были подготовлены экспертами из Великобритании, Ирландии, Австралии и Новой Зеландии, впервые увидели свет в 2008 г. Лейтмотивом современных международных документов стали две позиции: во-первых, провести в короткие сроки диагностику и верификацию, во-вторых, лечить только тогда, когда болезнь начинает прогрессировать или угрожать жизни.

Учение о саркоидозе в России до 30-х гг. XX в. также было объектом исследований дерматологов. Болезнь расценивалась как гранулематоз, и первая кандидатская диссертация Л.А. Нерадова

была выполнена в клинике кожных болезней 1-го Московского медицинского института. Морфология саркоидоза была объектом диссертации Д.В. Покровского (ученика А.И. Струкова), в которой эпителиоидноклеточная гранулема была отождествлена с туберкулезом. Возможно, этот факт стал причиной того, что до 2003 г. саркоидоз в СССР и России был предметом изучения фтизиатров, а больных госпитализировали в противотуберкулезные диспансеры. Тем не менее классики отечественной медицины имели иную точку зрения. Так, И.В. Давыдовский (1958) относил саркоидоз к ретикулоэндотелиозам, И.А. Кассирский (1962) рассматривал это заболевание как доброкачественный гранулематоз. Первая отечественная монография по саркоидозу была подготовлена А.С. Рабеном в 1962 г. Авторы последующих ключевых монографий по саркоидозу – А.Е. Рабухин, А.Г. Хоменко – не отождествляли саркоидоз с туберкулезом. Более того, академик А.Г. Хоменко описал «микобактерии-ревертанты», обнаруженные в саркоидных гранулемах, которые не вызывали развития туберкулеза. В наши дни американский ученый Тревор Маршалл отстаивает роль внутриклеточных патогенов как триггеров развития саркоидоза и является противником применения системных глюкокортикостероидов, считающихся пока основной терапией этого заболевания [1–3].

Оказание помощи больным саркоидозом в Республике Татарстан проводилось в соответствии с общепринятыми положениями в стране. До 2003 г. саркоидоз был законодательно закреплен за фтизиатрией в VIII группе диспансерного учета. Большинство пациентов госпитализировались в диагностические отделения и получали системные глюкокортикостероиды одновременно с изониазидом, им внутривенно вводили тиосульфат натрия, назначали витамин Е и противома-

лярный препараты. Предпринимались попытки применять преднизолон курсами до 3 месяцев, однако именно в тот период в Москве была выполнена работа Б.И. Даурова, доказавшая, что такие короткие курсы стероидной терапии приводят к рецидивирующему течению заболевания. В это время международное сообщество кардинально изменило позицию саркоидоза в международной классификации болезней, исключило его из инфекционных заболеваний (МКБ-9) и отнесло к «Классу III. Болезни крови, кроветворных органов и

В Республике Татарстан была реализована уникальная схема диагностики и лечения больных саркоидозом, соответствующая международным стандартам ведения этой группы больных.

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм». В этот переходный период в Республике Татарстан была реализована уникальная схема диагностики и лечения больных саркоидозом, соответствующая международным стандартам ведения этой группы больных. В эту схему были включены кафедра фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета, Городской противотуберкулезный диспансер УЗ г. Казани, Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Межрегиональный клинко-диагностический центр Министерства здравоохранения Республики Татарстан и Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан. На этапе первичной диагностики существенную роль играла флюорография и противотуберкулез-



ные диспансеры. У ряда пациентов диагноз был верифицирован в НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, пациенты с рефрактерностью к лечению системными стероидами направлялись в Центральный НИИ туберкулеза РАМН для проведения экстракорпоральной терапии. Не менее важное значение в вопросах диагностики принадлежит комплексному обследованию пациентов с подозрением на эту патологию с привлечением высокотехнологичных методов диагностики, которые проводились на базе Межрегионального

Переход больных саркоидозом из противотуберкулезных учреждений уменьшил не только вероятность инфицирования и суперинфицирования этих больных микобактериями туберкулеза (в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью), но и вероятность рецидивирующего течения саркоидоза.

клинико-диагностического центра (г. Казань). Результаты этой работы получили одобрение академика РАМН А.Г. Чучалина на XI и XII Национальных конгрессах пульмонологов, на трех Европейских респираторных конгрессах.

Прекращение наблюдения больных саркоидозом в противотуберкулезных учреждениях на уровне всей страны имело серьезные обоснования. Во-первых, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается непростой, продолжается рост устойчивости микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам, становится актуальной проблема сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Это требует сегодня от фтизиатрической службы высочайшей степени концен-

трации средств и внимания специалистов на раннем выявлении бациллярного туберкулеза, изоляции этих больных и своевременного и рационального лечения больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Данные бактериологической лаборатории Республиканского клинического противотуберкулезного диспансера Минздрава Республики Татарстан в тот период показали, что каждый второй посев мокроты определяет устойчивость микобактерий к противотуберкулезным средствам, а среди вновь выявленных – каждый третий. Контакты с такими больными лицами, страдающими патологией иммунной системы или получающими иммунодепрессанты, противоречили основному принципу медицины – «не навреди». Роль фтизиатра на этапе первичной диагностики была и остается одной из ведущих, поскольку приоритетом в дифференциальной диагностике является социальная значимость и эпидемиологическая опасность заболевания, и исключение туберкулеза является первейшей задачей. Однако после исключения туберкулеза (желательно при амбулаторном обследовании) больной должен находиться в изоляции от бациллярных больных.

Во-вторых, «золотым стандартом» в диагностике саркоидоза является гистологическая верификация наличия неказеифицирующихся гранул, полученных из биопсийного материала. Последнее предусматривает кратковременное пребывание пациента в стационаре и проведение инвазивных процедур (трансбронхиальная биопсия, видеоторакоскопическая биопсия). В последнее десятилетие сильнейшее развитие получила торакальная и эндоскопическая хирургия, особенных успехов в этом направлении достигли онкологи Татарстана. Внутригрудная лимфаденопатия, характерная для больных саркоидозом, требует дифференциальной диагностики

с лимфомами и другими опухолями центральной локализации, с лимфогранулематозом. Онкологическая служба на местах имеет высококвалифицированных морфологов (патологов), способных не только диагностировать или исключить опухоль, но и верифицировать гранулематозное воспаление, описать его характер, оценить наличие и тип некротического процесса. В связи с этим в Республике Татарстан, наиболее часто именно в Республиканском клиническом онкологическом диспансере, происходит верификация диагноза без проведения пробного антибактериального или противотуберкулезного лечения, что обеспечивает экономию средств противотуберкулезной службы, устраняет риск инфицирования, сокращает время пребывания больного в условиях стационаров.

В-третьих, лечение саркоидоза требует квалифицированного и высокотехнологичного мониторинга, постоянного накопления достоверной информации, поскольку вопрос о тактике ведения этой группы больных не решен. Последний метаанализ хорошо контролируемых работ по применению системных стероидов при саркоидозе показал, что эти сильные препараты дают хороший краткосрочный эффект при лечении в течение 9 и более месяцев. Однако отдаленные результаты изначально леченных и нелеченных пациентов достоверно не различаются, есть работы, указывающие на меньшее число рецидивов при ремиссии без лечения (вероятность спонтанной ремиссии – до 70%). Абсолютными показаниями к назначению стероидов и/или цитостатиков считаются нарастание поражения легких со снижением их функции (прежде всего жизненной емкости и диффузии), поражение глаз, сердца и центральной нервной системы. Как это ни удивительно, при остром течении саркоидоза с синдромом Леффрена (артрит, узловатая эритема, лихорадка, внутригрудная



лимфаденопатия) международное соглашение по саркоидозу допускает применение системных стероидов только при тяжелом состоянии пациента. На сегодня уже нет сомнений, что противотуберкулезные препараты не влияют на течение саркоидоза. Они показаны лицам в виде химиопрофилактики при положительной пробе Манту (и/или посттуберкулезных изменениях в легких) при назначении иммунодепрессантов любых классов. У нас в стране препараты, содержащие гидразид изоникотиновой кислоты, назначают всем больным саркоидозом, находящимся в противотуберкулезных стационарах, с превентивной целью только потому, что пациент находится в контакте с больными туберкулезом.

В-четвертых, вопрос о месте пребывания больных саркоидозом имеет этическо-правовой аспект. При госпитализации в противотуберкулезный стационар и/или при проведении пробной противотуберкулезной терапии пациент должен подписать лист информированного согласия, в котором указана возможность заражения туберкулезом при пребывании в противотуберкулезном учреждении. При амбулаторном посещении фтизиатра в противотуберкулезном учреждении риск сохраняется, поскольку на консультативный прием может быть также направлен ранее не леченный или вновь выявленный бактериовыделитель. Опрос больных показал, что врач-фтизиатр в 75% удовлетворяет пациента по своим профессиональным и человеческим качествам, однако 93% сообщили, что посещение противотуберкулезных учреждений после исключения у них туберкулеза вызывает чувство тревоги и опасности, а медицинские документы со штампом противотуберкулезного учреждения создают проблемы на работе и в социальной среде пребывания пациента.

Все это стало причиной выработки единой стратегии и издания приказа Министра здравоохра-

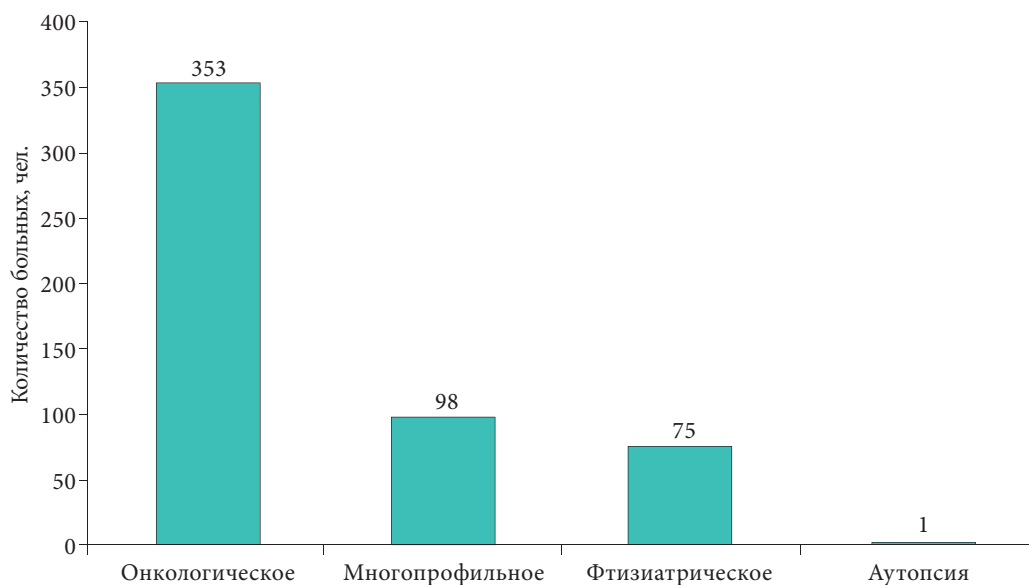


Рис. 1. Распределение больных саркоидозом по месту проведения морфологической верификации диагноза

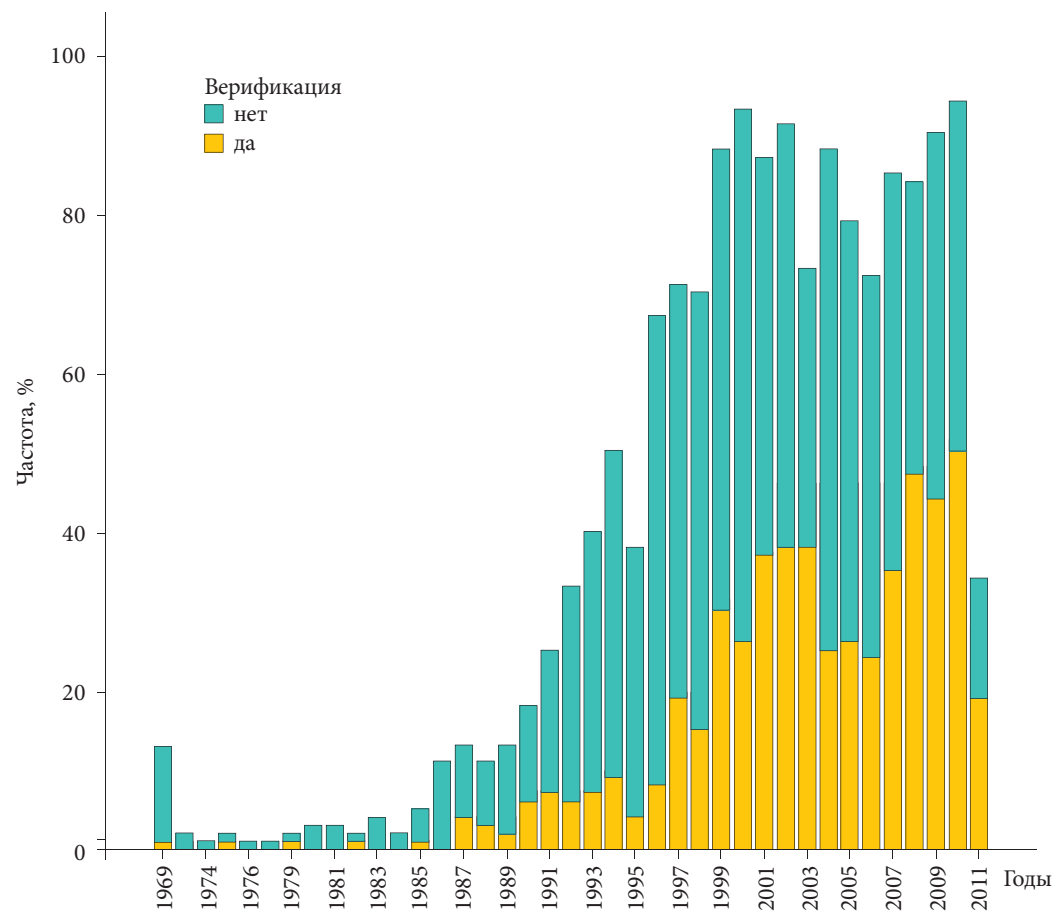


Рис. 2. Частота выявления и верификации саркоидоза в Республике Татарстан по данным на 1 июня 2011 г.

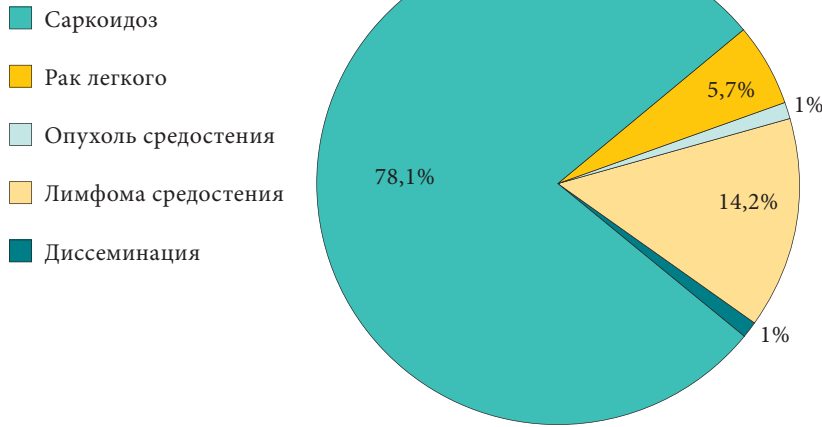


Рис. 3. Распределение первичных диагнозов у больных, которым после дообследования и биопсии был поставлен окончательный диагноз «саркоидоз»

нения Республики Татарстан от 09.02.2010 № 91 «Об организации оказания медицинской помощи больным саркоидозом». Создание регистра больных саркоидозом в 2011 г. позволило констатировать факт, что после перевода больных из противотуберкулезных учреждений в общую сеть их количество удвоилось. На 1 июля 2011 г. было выявлено 1537 пациентов (73,1% женщин и 26,9% мужчин) из 42 административных территорий Татарстана, распространенность составила 40,59 на 100 тыс. населения. У 527 пациентов (34,3%) диагноз был подтвержден гистологическим исследованием (69,8% женщин и 30,2% мужчин). В 67% верификация была проведена в онкологическом, в 18,6% – многопрофильном и 14,2% – во фтизиатрическом учреждении, в 1 случае диагноз был подтвержден при аутопсии. Из 321 пациента с синдромами внутригрудной лимфаденопатии и/или диссеминации, прошедшего видеоторакоскопическую биопсию в онкологическом учреждении, саркоидоз был диагностирован в 59,8%. Исследование показало рост распространенности саркоидоза в Татарстане и целесообразность инвазивной верификации диагноза.

В период с 2000 по 2011 г. в Татарстане были проведены диссертационные исследования по особенностям клиники саркоидоза в регионе, функциональным особенностям проявлений заболевания, оценке качества жизни этих больных, оценке эффективности лечения как гормональными средствами, так и альтернативными – пентоксифиллином и метатрексатом. Было опубликовано более 100 печатных работ, в том числе 2 монографии и 2 книги для больных саркоидозом (одна из них – в Голландии). Представленные диаграммы дают некоторое представление о популяции больных саркоидозом в Татарстане. Рисунок 1 свидетельствует о ведущей роли онкологической службы в дифференциальной диагностике лимфаденопатий. Рисунок 2 отражает частоту выявления и верификации саркоидоза. Очевиден рост выявления заболевания с 1997 г., когда кафедрой фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета совместно с Минздравом Татарстана были начаты исследования по эпидемиологии саркоидоза. Рисунок 3 отражает структуру диагнозов, которые были выставлены больным верифицированным сарко-

идозом на этапе первичной диагностики.

Таким образом, коллектив исследователей из Республики Татарстан стал одним из ведущих в стране по изучению саркоидоза. Большую роль сыграла активная позиция Министерства здравоохранения и руководителей лечебных учреждений, своевременно упорядочивших и организовавших помощь этой группе больных в учреждениях республиканского уровня. Итогом работы стало издание двух монографий – республиканского и федерального уровня, подготовка стандартов по ведению больных саркоидозом, издание учебного пособия для врачей, одобренного Российским респираторным обществом. Исследования подтвердили, что переход больных саркоидозом из противотуберкулезных учреждений уменьшил не только вероятность инфицирования и суперинфицирования этих больных микобактериями туберкулеза (в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью), но и вероятность рецидивирующего течения саркоидоза. Повысилась обращаемость этих больных за медицинской помощью, что почти в 2 раза удвоило распространенность саркоидоза в Татарстане. Работа в этом направлении в Татарстане продолжается, ее ключевыми направлениями являются:

- оценка отдаленного прогноза течения саркоидоза при различных подходах к наблюдению и лечению;
- особенности состояния сердечно-сосудистой, нервной, репродуктивной систем и зрения у больных саркоидозом;
- совершенствование методики выявления и мониторинга этой категории больных;
- образование по вопросам саркоидоза врачей общей практики, терапевтов, педиатров и врачей других специальностей;
- распространение опыта здравоохранения Татарстана в других регионах РФ. 🌀

Научно-практическая конференция

«Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины»

23 марта 2012 года

Председатели: профессор А.С. Лопатин, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗиСР РФ; чл.-корр. РАМН Г.З. Пискунов, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ.

Целью этой ежегодной конференции является обсуждение актуальных вопросов фармакотерапии заболеваний ЛОР-органов на основе принципов доказательной медицины. В программу конференции будут включаться только обзорные лекции по лечению конкретных нозологических форм либо обзоры основных фармакологических групп, использующихся в лечении болезней уха, горла и носа. В докладах будет дан критический анализ существующих методов лечения и популярных препаратов. В заключение каждого заседания – интерактивная дискуссия с аудиторией, в которой примут участие все докладчики.

Место проведения: здание Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36/9

По вопросам участия обращаться по телефонам: (495) 614-40-61, 614-43-63

и эл. почте: medicinet@mail.ru, www.medq.ru

Российский курс с международным участием

«Современная функциональная ринохирургия: 20 лет в России»

11–14 апреля 2012 года

Почетные гости: профессор Вольф Манн (Майнц, Германия), профессор Хайнц Штаммбергер (Грац, Австрия), чл.-корр. РАМН, профессор Г.З. Пискунов

Лекторы и хирурги: Д.Н. Капитанов (Москва), В.С. Козлов (Москва), А.С. Лопатин (Москва), О.А. Меркулов (Москва), С.З. Пискунов (Курск), Ю.Ю. Русецкий (Москва), А.В. Староха (Томск), С.П. Сысолятин (Москва), А.Л. Тимошенко (Ярославль), И.В. Бодрова (Москва), В.М. Авербух (Москва), П.А. Кочетков (Москва), А.А. Шиленков (Ярославль), А.В. Варьянская (Москва), Д.М. Савватеева (Москва).

Формат курса предусматривает лекции, интерактивные дискуссии, ежедневные трансляции операций, демонстрирующие базисные техники операций на околоносовых пазухах, а также вмешательства на основании черепа, орбите, клапане носа, закрытие перфораций перегородки носа и многое другое.

Основные темы: эндоскопическая ринохирургия в России: как все начиналось и где мы сейчас; подготовка и предоперационное обследование больных; компьютерная томография околоносовых пазух; хронический и полипозный риносинусит: теории патогенеза; базисные техники вмешательств на околоносовых пазухах; баллонная остеопластика; современные методы коррекции перегородки носа, эндоскопическая септопластика; перфорация перегородки носа; хирургия носовых раковин; хирургия клапана носа; одонтогенные синуситы: инородные тела, ороантральная фистула, осложнения синусифтинга; эндоскопическая хирургия носоглотки: аденоиды, постназальный синдром, сумка Торнвальда, патология слуховых труб; диагностика и лечение расстройств обоняния; хирургия слезоотводящих путей; декомпрессия орбиты и зрительного нерва; юношеская ангиофиброма носоглотки; хирургическое лечение опухолей гипофиза; опухоли переднего отдела основания черепа; диагностика и лечение назальной ликвореи; эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и основания черепа у детей; анестезиологическое пособие в ринохирургии; ведение послеоперационного периода, периоперационная фармакотерапия.

Место проведения конференции: Москва, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1,
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Университетская больница № 1

Регистрация на сайте www.rhinology.ru

Дополнительная информация по телефонам: (495)614-40-61, 614-43-63

и эл. почте: medicinet@mail.ru, www.medq.ru



Форум специалистов респираторной медицины

В Уфе в конце 2011 г. проходил XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания – один из наиболее авторитетных форумов для врачей пульмонологов, фтизиатров, оториноларингологов. Мы попросили прокомментировать итоги конгресса ведущих специалистов: д.м.н., профессора, зав. кафедрой фтизиопульмонологии Казанского медицинского университета Минздравсоцразвития России, главного пульмонолога Минздравсоцразвития Республики Татарстан, заслуженного врача Республики Татарстан А.А. ВИЗЕЛЯ и д.м.н., профессора, зав. кафедрой оториноларингологии ФПДО МГМСУ А.Ю. ОВЧИННИКОВА.

Уфа приняла Российский респираторный конгресс



Профессор
А.А. Визель

– Подготовка к XXI Национальному конгрессу по болезням органов дыхания началась еще весной, руководил ей академик А.Г. ЧУЧАЛИН, в режиме онлайн традиционно обсуждалась тематика школ и симпозиумов. В сентябре на Европейском респираторном конгрессе в Амстердаме президент будущего конгресса профессор Ш.З. ЗАГИДУЛЛИН блестяще представил Башкортостан и его достижения в медицине на стенде России. Российский респираторный конгресс проходил в Уфе впервые, хотя в Башкортостане работают очень

опытные и известные пульмонологи. В конгрессе принял участие 4821 врач из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Самары, Саратова, Казани, Томска, Сахалина, Владимира, Перми, Омска, Краснодара, Сургута, некоторых стран ближнего и дальнего зарубежья. С лекциями на конгрессе выступили ученые из США, Бельгии, Германии, Норвегии. В первый день состоялось 15 школ для врачей. В последующие дни было прочитано 20 лекций, проведено 4 клинических разбора, 62 симпозиума, проведено заседание экспертного совета Российского респираторного общества.

Хочется отметить живой интерес собравшихся, множество вопросов и желание продолжить общение по интернету. Ведущие специалисты нашей страны приняли активное участие в пленарных и симпозиальных заседаниях конгресса. Например, мы вместе с Г.В. ЛЫСЕНКО представили материалы по оказанию помощи больным внебольничной пневмонией в Татарстане. Симпозиум был хорошо продуман, и вместе с коллегами удалось сравнить ситуацию в Самаре, Башкор-

тостане, Екатеринбурге и Москве. Д.м.н., профессор РМАПО А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ блестяще рассказал о современных рекомендациях по ведению внебольничной пневмонии в России. Это особенно важно, поскольку пневмония – один из объектов современной модернизации здравоохранения. Мне довелось также провести занятия для фтизиатров по сочетанной патологии с ХОБЛ. В рамках конгресса состоялось совещание исполнительного комитета Российского респираторного общества, совещание для участников проекта GARD, состоялись конкурсы постеров и молодых ученых. Отмечу, что победителями стали представители медицинской школы Уфы. Прошло совещание исполнительного комитета Российского респираторного общества, на котором было определено место проведения следующего конгресса в 2012 г. – Москва, РАГС – традиционное место многих наших конгрессов.

В заключение отмечу, что в этом году я передал полномочия национального делегата России в Европейском респираторном обществе моему коллеге и другу – профессору Р.С. ФАССАХОВУ, главному аллергологу Татарстана.



XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания

Сделан акцент на сочетанной патологии верхних и нижних дыхательных путей

– Очередной XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания в этом году принимала Уфа. Как оториноларинголог, отмечу, что патологиям верхних дыхательных путей на конгрессе было уделено особое внимание. Полость носа и околоносовые пазухи представляют собой высокоорганизованную структуру, с тонкими и сложными механизмами регуляции, обладающую множеством специфических функций. Подобное морфофункциональное устройство формирует первый барьер на пути проникновения инфекции. Очевидна тонкая функциональная связь полости носа и околоносовых пазух с другими органами и системами, и в первую очередь – с бронхолегочной. Медицинская статистика последних лет убедительно свидетельствует о росте числа заболеваний носа и околоносовых пазух, причем увеличивается как общая заболеваемость риносинуситами, так и удельный вес этой патологии в структуре ЛОР-болезней. Тесные анатомические и физиологические связи между верхними и нижними дыхательными путями становятся причиной того, что рост заболеваемости риносинуситами сопровождается увеличением числа легочных заболеваний, и эту

тенденцию не удается нарушить, даже несмотря на совместные усилия ведущих экспертов всего мира. Эти данные, безусловно, необходимо учитывать при лечении больных с сочетанной патологией верхних и нижних дыхательных путей. Кроме того, отсутствие нормального носового дыхания вследствие аномально расположенных носовых структур (искривление перегородки носа, гипертрофия носовых раковин и др.) в немалой мере способствует нарушению состояния нижнего отдела дыхательного тракта. Целый ряд болезненных проявлений в отделах верхних и нижних дыхательных путей отличает коморбидность течения. Это обстоятельство обуславливает несомненную актуальность как для пульмонологов, так и оториноларингологов.

В рамках работы конгресса в Уфе состоялось несколько симпозиумов, обращенных именно к этой тематике. В частности, симпозиум «Респираторные инфекции: глаза терапевта, педиатра, ЛОР-врача и пульмонолога» был посвящен противовоспалительной и местной антибактериальной терапии инфекционных риносинуситов и воспалительной патологии легких. Симпозиум «Баланс эффективно-



Профессор
А.Ю. Овчинников

сти и безопасности антибактериальной терапии. Уроки доказательной медицины» освещал круг вопросов по проблеме адекватной системной антибактериальной терапии заболеваний верхних дыхательных путей и патологии бронхолегочной системы. Прозвучавшие доклады красноречиво показали, что адекватное купирование воспалительного процесса, локализованного в верхних дыхательных путях, является достаточно надежным путем к профилактике и лечению ряда легочных заболеваний. Именно поэтому непосредственным результатом разрабатываемых схем ведения больных с сочетанной патологией верхних и нижних дыхательных путей должно быть создание эффективного комплексного метода лечения, учитывающего этиопатогенетические аспекты данных заболеваний. ☺

NB

На открытии конгресса выступил президент Башкортостана, д.тех.н. Р.З. ХАМИТОВ. Он обратился с приветственной речью к участникам конгресса и обратил внимание собравшихся на актуальные и нерешенные проблемы здравоохранения Башкортостана. Участие президента Республики Башкортостан в церемонии открытия подчеркнуло высокий статус конгресса и определило конструктивную атмосферу дискуссий и научных сообщений. Академик РАМН, главный терапевт России, профессор А.Г. ЧУЧАЛИН подчеркнул серьезное отношение руководства республики к этому форуму респираторных врачей, который впервые проходил в Башкортостане.

В рамках работы конгресса были подробно рассмотрены основные проблемы взрослой и педиатрической пульмонологии, проведена фтизиатрическая школа, в течение всех дней конгресса работала секция торакальных хирургов. Большое внимание было уделено проблеме коморбидности, то есть сочетания нескольких заболеваний у пациента. Закономерно продолжал эту тематику съезд терапевтов Башкортостана, на котором проблема коморбидности обсуждалась с учетом региональных особенностей.

По данным сайта Российского респираторного общества www.pulmonology.ru



Новые горизонты терапии ХОБЛ: место ингибиторов фосфодиэстеразы-4

В сентябре 2011 г. компания «Никомед» зарегистрировала в России первый пероральный противовоспалительный препарат, целенаправленно воздействующий на хроническое специфическое воспаление дыхательных путей при ХОБЛ, – Даксас (рофлумиласт). В ходе симпозиума «Новые горизонты в терапии хронической обструктивной болезни легких: место ингибиторов фосфодиэстеразы-4», состоявшегося в рамках Национального конгресса по болезням органов дыхания, ведущие специалисты нашей страны обсудили нерешенные проблемы терапии ХОБЛ, роль ингибиторов фосфодиэстеразы-4 в лечении этого заболевания, а также представили данные клинических испытаний препарата Даксас, первого перорального селективного ингибитора фосфодиэстеразы-4.

Нерешенные вопросы в современной терапии ХОБЛ. Новые рекомендации по ведению пациентов с ХОБЛ

Академик РАН, директор НИИ пульмонологии ФМБА А.Г. ЧУЧАЛИН представил в своем докладе современное определение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). На сегодняшний день ХОБЛ – это заболевание, «развитие которого можно предотвратить, а при своевременном диагностировании успешно лечить». Патогномичным признаком ХОБЛ является ограничение воздушного потока, проходящего через дыхательные пути, которое может считаться лишь частично обратимым. Ограничение воздушного потока носит прогрессирующий характер, оно ассоциировано с абнормальным воспалительным процессом в дыхательных путях, возникающим в ответ на проникновение токсических или газообразующих субстанций ингаляционным путем. Возможности контроля этого воспаления открывают новые перспективы в терапии ХОБЛ.

Развитие ХОБЛ начинается с биохимических и клеточных нарушений, затем появляются морфологические изменения, далее идут патофизиологические проявления, в том числе снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). За ними следуют клинические проявления (одышка, кашель, мокрота), на этой стадии появляются обострения, которые в дальнейшем повторяются чаще и чаще, в итоге приводя к инвалидности и, далее, к летальному исходу.

Существенное влияние на тяжесть и исход ХОБЛ оказывают сопутствующие заболевания. Это могут быть легочные заболевания (туберкулез, рак легкого, бронхиальная астма, бронхоэктазия, пневмония, буллезная болезнь легких, адгезивный плеврит, аномалии развития и редкие болезни) и нелегочные (сердечно-сосудистые, эндокринологические или метаболические заболевания, болезни опорно-двигательного аппарата, психоэмоциональной сферы, желудочно-кишечного тракта).



Академик А.Г. Чучалин



Сателлитный симпозиум компании «Никомед»



Профессор З.Р. Айсанов

Ингибиторы фосфодиэстеразы-4: обоснование для клинического применения

Профессор З.Р. АЙСАНОВ (руководитель отдела клинической физиологии и клинических исследований ФГУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, д.м.н.) отметил, что воспаление играет центральную роль в патогенезе ХОБЛ. Дым и загрязняющие вещества вызывают первичное воспаление, которое переходит в хроническое и приводит к развитию системного воспаления, бронхоконстрикции, отеку, гиперпродукции слизи, формированию эмфиземы и, как следствие, ограничению проходимости дыхательных путей (рис. 1). Воспаление дыхательных путей возникает в самом начале развития ХОБЛ и прогрессирует по мере нарастания его тяжести (рис. 2). Важную роль в развитии воспаления в дыхательных путях играет фосфодиэстераза 4-го типа (ФДЭ-4) – фермент, который экспрессируется в ключевых воспалительных клетках, участвующих в патогенезе ХОБЛ. Воспаление при ХОБЛ специфично, что послужило отправной точкой для разработки препаратов – ингибиторов ФДЭ-4. Первый высокоселективный ингибитор ФДЭ 4-го типа, появившийся на мировом фармацевтическом рынке, – препарат Даксас (действующее вещество – рофлумиласт). Рофлумиласт путем подавления фермента ФДЭ-4 уменьшает активность разрушения цАМФ, что способствует поддержанию высоких внутриклеточных уровней цАМФ и снижению активности провоспалительных функций клеток. Благодаря длительному конечному периоду полувыведения активного метаболита препарата – N-оксида рофлумиласта – его можно принимать один раз в сутки. Противовоспалительные эффекты рофлумиласта изучали в четырехнедельном перекрестном исследовании 2007 г. D.C. Grootendorst и соавт., которые выявили, что рофлумиласт снижает уровни маркеров воспаления (лейкоцитов, нейтрофилов) в образцах мокроты (рис. 3).

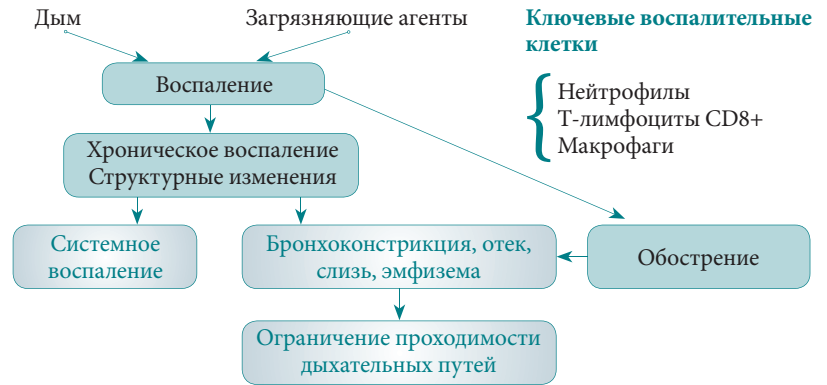


Рис. 1. Роль хронического воспаления в патогенезе ХОБЛ*

* Barnes P.J. Chemokines in COPD // Chronic Obstructive Pulmonary Disease / R.A. Stockley, S.I. Rennard, K. Rabe, B. Celli, eds. England: Blackwell Publishing, 2007. P. 860.

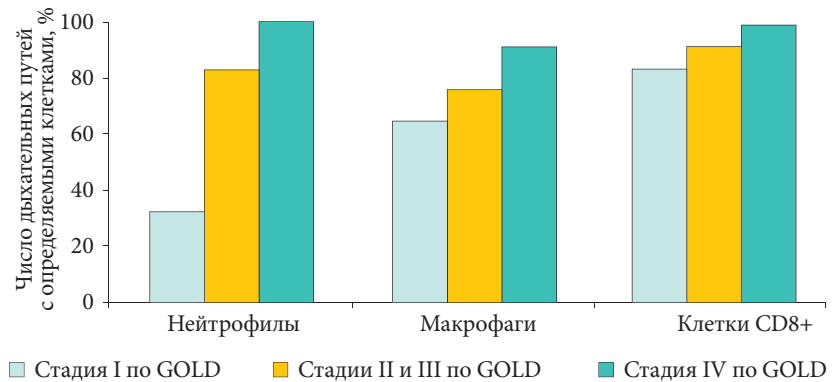


Рис. 2. Динамика воспаления по мере нарастания тяжести заболевания ХОБЛ*

* Hogg J.C. Why does airway inflammation persist after the smoking stops? // Thorax. 2006. Vol. 61. № 2. P. 96–97.

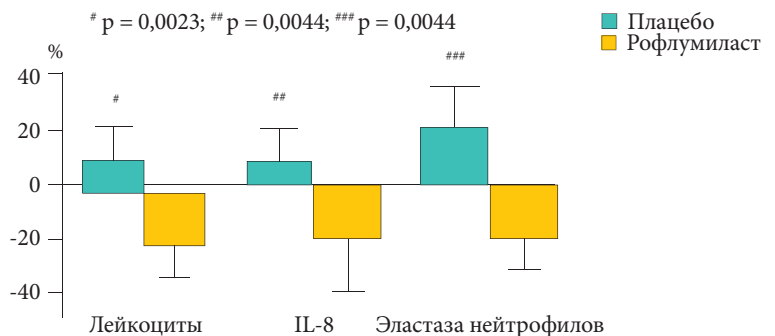


Рис. 3. Снижение уровня маркеров воспаления в образцах мокроты*

* Grootendorst D.C., Gauw S.A., Verhoosel R.M. et al. Reduction in sputum neutrophil and eosinophil numbers by the PDE4 inhibitor roflumilast in patients with COPD // Thorax. 2007. Vol. 62. № 12. P. 1081–1087.



Тактика назначения Даксаса больному ХОБЛ

Профессор Е.И. ШМЕЛЕВ (руководитель отдела пульмонологии Центрального НИИ туберкулеза РАМН, д.м.н.) отметил, что в настоящее время фенотипы ХОБЛ выделяют по следующим признакам: частота обострений, показатели ОФВ1, выраженность и обратимость бронхиальной обструкции, ответ на терапию, комплаенс, наличие сопутствующих заболеваний и др. Учитывая сложность и взаимообусловленность механизмов развития ХОБЛ, максимальный эффект при использовании противовоспалительной терапии можно ожидать у пациентов с фенотипом ХОБЛ, характеризующимся наличием выраженного воспалительного компонента. Основными клиническими маркерами воспаления при ХОБЛ являются частота обострений и продуктивный кашель (рис. 4).

Обострение – это изменение естественного течения болезни, проявляющееся усилением одышки, кашля и/или увеличением выделяемой мокроты, выходящих за пределы обычных ежедневных колебаний. Обострение характеризуется острым началом и может требовать коррекции терапии. Докладчик предложил слушателям представить влияние обострения на жизнь больного в виде спирали (рис. 5). Частые обострения способствуют прогрессированию заболевания и ухудшают качество жизни пациентов, повышают риск госпитализации, повторных обострений и летального исхода. У пациентов с частыми обострениями уровни воспалительных маркеров в фазе ремиссии более высокие. На повышенный риск обострения у пациента указывает наличие хронического продуктивного кашля.



Профессор Е.И. Шмелев

В ходе программы клинических испытаний рофлумиласта анализ объединенных данных выявил более низкую частоту обострений при лечении препаратом. Влияние рофлумиласта на частоту обострений было наибольшим у лиц с хроническим кашлем, сопровождающимся образованием мокроты.

В заключение профессор Е.И. Шмелев еще раз отметил, что рофлумиласт достоверно снижает частоту умеренных и тяжелых обострений. Наибольшая польза рофлумиласта была отмечена именно у пациентов с частыми обострениями в анамнезе. Прием рофлумиласта ассоциировался с меньшей частотой обострений и большим периодом времени между обострениями.

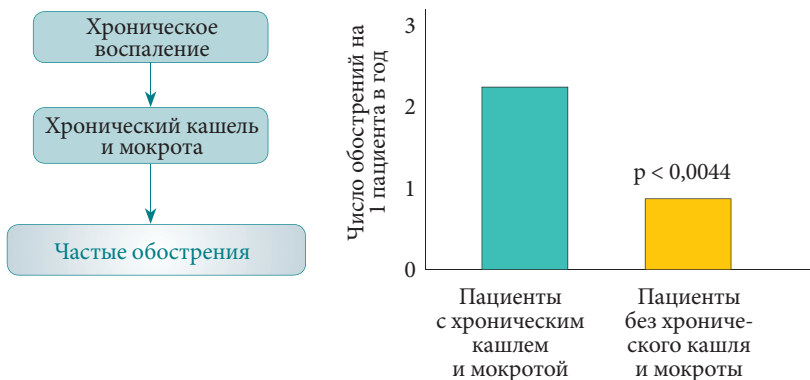


Рис. 4. Риск обострения у пациентов с хроническим кашлем и мокротой*

* Burgel P.R., Nesme-Meyer P, Chanez P. et al. Cough and sputum production are associated with frequent exacerbations and hospitalizations in COPD subjects // Chest. 2009. Vol. 135. № 4. P. 975–982.

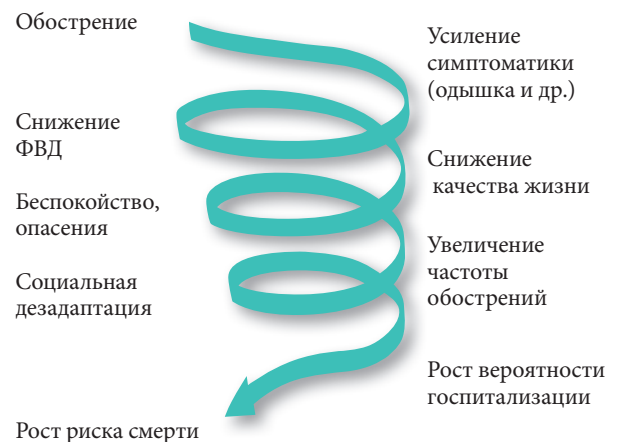
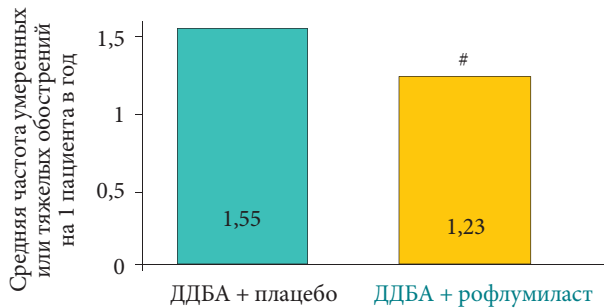


Рис. 5. Влияние обострений на течение ХОБЛ



Сателлитный симпозиум компании «Никомед»



* Снижение показателя на 21% (98% ДИ (-31)-(-9); p = 0,0011)

Рис. 6. Динамика снижения частоты обострений при терапии рофлумиластом*

* Hanania N.A, Brose M., Larsson T. et al. Efficacy of roflumilast in patients receiving concomitant treatments for chronic obstructive pulmonary disease over 12 months // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2010. Vol. 181. P. A4435.

Применение препарата Даксас в клинической практике

Одной из важнейших задач врача при выборе терапии ХОБЛ является сокращение частоты обострений заболевания, уменьшение прогрессирования воспалительного процесса и обеспечение максимально возможного при данном заболевании качества и продолжительности жизни пациента, подчеркнула к.м.н., доцент кафедры пульмонологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Н.П. КНЯЖЕСКАЯ. К сожалению, к врачам чаще всего обращаются больные на III–IV стадии ХОБЛ. Пациенты на I и II стадии предпочитают вести привычный образ жизни, а появившиеся симптомы ХОБЛ объясняют разными причинами – возрастом, передеанием, усталостью, недостатком физической активности.

На всех стадиях заболевания необходимо исключить факторы риска, проводить вакцинацию против гриппа, назначать короткодействующие бета-2-агонисты (КДБА) по потребности. Самым эффективным мероприятием, позволяющим снизить риск развития и прогрессирования ХОБЛ, является прекращение курения. По мере прогрессирования ХОБЛ (стадия II, «умеренная») рекомендуется добавление регулярного лечения бронходилататором длительного действия. На более поздних стадиях ХОБЛ (III и IV стадии, «тяжелая» и «крайне тяжелая») у пациентов с ОФВ1 после ингаляции бронходилататора < 50% от должной и наличием повторных обострений в анамнезе рекомендуется регулярное комбинированное лечение бронходилататором длительного действия, а также добавление ингаляционного кортикостероида. Отличительной чертой ХОБЛ является резистентность к стероидам. При выборе ингаляционных кортико-



К.м.н. Н.П. Княжеская

стероидов следует помнить, что их комбинация с пролонгированными бета-2-агонистами эффективнее, чем отдельный прием каждого препарата. На этих же стадиях можно рекомендовать и препарат со специфическим противовоспалительным действием – Даксас (рофлумиласт).

Благодаря воздействию на специфическое воспаление при длительной терапии Даксас улучшает функцию внешнего дыхания, что было показано в исследовании L.M. Fabri и соавт. У пациентов основной группы, которым были назначены тиотропий и Даксас, ФВД достоверно увеличилась на 80 мл по сравнению с большими контрольной группы, принимавшими тиотропий и плацебо. Совместный прием Даксаса с бронходилататорами длительного действия достоверно снижает частоту обострений (рис. 6).

Н.П. Княжеская подчеркнула хорошую переносимость Даксаса, доказанную в клинических исследованиях. Побочные эффекты препарата были чаще всего легкими или умеренными, возникали в основном в первые недели приема и обычно прекращались при продолжении приема препарата. Наиболее частыми нежелательными реакциями на Даксас были диарея (5,9%), снижение массы тела (3,4%) и тошнота (2,9%).

В заключение Н.П. Княжеская еще раз подчеркнула, что клинические исследования свидетельствуют о несомненно высоком потенциале Даксаса в лечении ХОБЛ. Наибольшую клиническую пользу от применения Даксаса можно ожидать у пациентов с частыми обострениями в анамнезе, то есть с высокой активностью воспалительного процесса. У пациентов этой группы Даксас улучшает функцию легких и значительно уменьшает частоту обострений при добавлении к терапии бронходилататорами. 🌀

Подготовил И. Смирнов

пульмонология



Пути достижения контроля бронхиальной астмы. Стратегия двойной противовоспалительной терапии

Современная концепция лечения бронхиальной астмы (БА) рассматривает в качестве основной цели терапии достижение контроля БА в каждом случае заболевания. Немаловажное значение при решении этой задачи имеет рациональная фармакотерапия. С высокой вероятностью контроля удастся достичь с помощью комбинированной терапии, включающей ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в сочетании с бета-2-агонистами длительного действия (ДДБА) или антилейкотриеновыми препаратами (АЛТР). В последнее время все большее значение в патогенезе бронхиальной астмы придается лейкотриеновому пути воспаления и роли антагонистов лейкотриеновых рецепторов в лечении заболевания. Эти и другие вопросы подробно рассматривались на симпозиуме компании MSD «Пути достижения контроля бронхиальной астмы. Стратегия двойной противовоспалительной терапии», состоявшемся в рамках XXI Национального конгресса по болезням органов дыхания.

Что такое контроль бронхиальной астмы и почему не всегда его удается достичь

Как отметил д.м.н., профессор кафедры пульмонологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова А.В. ЕМЕЛЬЯНОВ, главной целью терапии бронхиальной астмы является контроль над заболеванием. О том, что контроль БА достижим, стали говорить после публикации в 2004 г. результатов двойного слепого годичного исследования GOAL, которое показало, что у больных, получавших комбинированную терапию, вероятность достижения контроля была выше, чем у пациентов, находившихся на монотерапии. Международные документы рекомендуют применять методы терапии БА, ориентированные на уровень контроля, а не на степень тяжести заболевания (которая определяется до начала лечения заболевания). Под контролем понимается степень уменьшения или исчезновения различных проявлений клинической астмы под влиянием проводимого лечения. В последние годы особое внимание уделяется



Профессор А.В. Емельянов



Сателлитный симпозиум компании MSD

не только контролю текущей ситуации, но и оценке будущего риска: возможность развития обострений, нестабильного течения, снижения легочной функции, побочных эффектов лекарственных препаратов и т.д. Другой важный вопрос: можно ли прогнозировать состояние больного в будущем на основании того, насколько успешно контролировалась астма вчера и сегодня? В зависимости от частоты возникновения симптомов (как дневных, так и ночных), потребности больных в ингаляциях короткодействующих бронхолитиков, показателей функции внешнего дыхания выделяют контролируруемую, частично контролируемую и неконтролируемую БА. J. Bousquet и P. Kuna использовали математическую модель А. Маркова, позволяющую прогнозировать вероятность какого-либо события в будущем. Полученные результаты показывают: у 70% пациентов с контролируемой астмой заболевание будет контролируемым и в дальнейшем, у 20% может перейти в частично контролируемую БА, у небольшой части больных – в неконтролируемую БА. У 70% больных с частично контролируемой астмой сохранится тот же уровень контроля, у 10% заболевание будет контролируемым, у 18% – перейдет в неконтролируемую астму. Если исходно астма не контролируется, то в 90% случаев контроль остается на том же низком уровне, без лечения вероятность перехода такой астмы в контролируемую очень мала. Таким образом, чем лучше контролируется заболевание, тем ниже риск развития обострения у пациентов в будущем. Отечественные и зарубежные исследования убедительно демонстрируют, что, к сожалению, в большинстве случаев полный контроль БА не достигается. Так, исследование AIRE (2000) показало, что в 94,7% случаев контроль не отвечает критериям контроля GINA. Исследование INSPIRE выявило, что у 51% больных контроль астмы не отвечает критериям GINA, несмотря на применение ИГКС (в виде монотерапии) и даже комбинированной терапии ИГКС и ДДБА. Негативную роль играют неправильный подбор дозы препарата, невозможность больных посещать специалистов. В результате отсутствие контроля ведет к повышению стоимости лечения и снижает качество жизни. В реальной клинической практике оценка контроля БА должна быть простой и универсальной, чтобы можно было быстро оценить эффект от применения различных способов лечения и лекарственных препаратов. Очень важно, чтобы такую оценку могли выполнить не только специалисты-пульмонологи, но и терапевты. За рубежом разработаны два специальных опросника, которые переведены на русский язык и валидированы у пациентов. Опросник Asthma Control Test (ACT) состоит из пяти основных вопросов. Чем больше пациент набирает баллов по этому опроснику, тем выше контроль течения заболевания. ACT

может быть использован как у взрослых, так и у детей. При использовании другого опросника – Asthma Control Questionnaire (ACQ-5) – чем выше сумма баллов, тем хуже контроль. Сравнительные исследования показали, что между этими опросниками существует высокая корреляция – 0,9. Таким образом, в практике можно использовать оба варианта. На достижение контроля астмы отрицательно влияет наличие сопутствующих заболеваний (аллергический ринит, синусит, ожирение). Так, аллергический ринит снижает качество жизни больных, способствует развитию обострений, увеличивает частоту обращений за неотложной помощью и может стать причиной госпитализации. Столь же вредное воздействие способны оказать сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, хроническая обструктивная болезнь легких, которая у части пациентов может сочетаться с БА, и курение. Большое значение имеет дисциплинированность больных, а именно соблюдение врачебных рекомендаций (в настоящее время распространен термин «комплаентность», или «комплаенс»).

Комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов с Сингуляром предпочтительна у детей до 4 лет; у больных с сочетанием БА и аллергического ринита; у пациентов с аспириновой БА (встречается в основном у взрослых людей); у курильщиков; при наличии побочных эффектов от ДДБА; при отсутствии контроля астмы, несмотря на использование ингаляционных стероидов и ДДБА.

Широко используемый сегодня метод лечения БА – применение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). Другим распространенным способом лечения является комбинированная терапия ИГКС и длительно действующими бета-2-агонистами (ДДБА). Клинические исследования показывают, что такая комбинированная терапия повышает эффективность лечения пациентов, страдающих БА. В последнее время все чаще используют сочетание ИГКС, а также комбинаций ИГКС + ДДБА, и антилейкотриеновых препаратов, например монтелукаста (Сингуляра). Такая комбинация позволяет повысить эффективность лечения.

пульмонология



XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания

Комбинация ИГКС с Сингуляром предпочтительна в следующих случаях:

- у детей до 4 лет;
- у больных с сочетанием астмы и аллергического ринита;
- у пациентов с аспириновой БА (встречается в основном у взрослых людей);
- у курильщиков;
- при наличии побочных эффектов от ДДБА;
- при отсутствии контроля астмы, несмотря на использование ингаляционных стероидов и ДДБА.

Монтелукаст (Сингуляр) может быть использован у больных в качестве монотерапии и в комбинации с ИГКС либо в тройной комбинации с ИГКС и ДДБА.

В заключение профессор А.В. Емельянов еще раз подчеркнул, что достижение контроля астмы – основная цель лечения этого заболевания. В этом врачу могут помочь опросники АСТ и АСQ-5. При неконтролируемой астме важно проанализировать причины, которые препятствуют достижению контроля, включая правильность диагноза, степень дисциплинированности больных, наличие сопутствующих заболеваний. Комбинированная терапия, включающая ИГКС или ИГКС и ДДБА или антилейкотриеновые препараты, в сравнении с монотерапией ИГКС или комбинацией ИГКС + ДДБА, позволяет достичь контроля астмы у большего числа больных.

Результат применения монтелукаста в базисной терапии больных бронхиальной астмой различной степени тяжести

Продолжил тему подбора рациональной фармакотерапии д.м.н., профессор кафедры фтизиопульмонологии Уральской государственной медицинской академии, президент Российского респираторного общества И.В. ЛЕЩЕНКО. Он отметил, что лечение БА только путем применения ИГКС невозможно. Гораздо эффективнее использовать комбинацию ИГКС с ДДБА или двойную противовоспалительную терапию ИГКС с антилейкотриеновыми препаратами.

В подтверждение своих слов профессор Лещенко привел результаты собственного исследования, целью которого была оценка клинико-функциональной и лабораторной эффективности антагонистов лейкотриеновых рецепторов при БА различной степени тяжести. Участники исследования, страдающие БА, были разделены на группы с учетом тяжести заболевания и терапии, полученной ранее:

- 1) больные с легкой персистирующей астмой (n = 23), ранее получавшие терапию низкими дозами ингаляционных стероидов;



Профессор И.В. Лещенко

- 2) больные с легкой персистирующей астмой (n = 32), не принимавшие лекарственных средств;
- 3) больные с астмой средней тяжести (n = 77), ранее принимавшие средние дозы ИГКС;
- 4) больные с тяжелой астмой (n = 33), получавшие предшествующую терапию высокими дозами ИГКС.

В клиническом исследовании группе 1 назначили монтелукаст (10 мг/сут), суточную дозу ИГКС в первый месяц сократили вдвое, а затем отменили. Группу 2 получала монтелукаст (10 мг/сут) в качестве монотерапии. Группу 3 разделили на 2 подгруппы – основную, в которой больные в дополнение к ИГКС принимали монтелукаст, и контрольную, пациентам которой были назначены ИГКС в сочетании с ДДБА. Группу 4 также разделили на основную подгруппу (ИГКС, системный стероид и монтелукаст) и контрольную (ИГКС, системный стероид и ДДБА). Было проведено сравнение групп 1 и 2, в группах 3 и 4 сопоставлялись результаты основных и контрольных подгрупп. Оценка проводилась 1 раз в месяц в течение полугода.

Группу 1 с контролируемым течением астмы перевели с ИГКС на монтелукаст с целью выяснить, поддерживает ли монтелукаст контролируемое течение заболевания. По результатам исследования, в группе 1 контролируемое течение заболевания сохранялось, интенсивность воспаления была невысокой, но имела тенденцию к увеличению. Монотерапия монтелукастом поддерживала контролируемое течение болезни в данной небольшой группе пациентов, но оказывала не столь мощный противовоспалительный эффект, как ИГКС. В группе 2 оценивались клинико-функциональные показатели.



Сателлитный симпозиум компании MSD

Так, у всех больных было выявлено улучшение состояния, однако уровень эозинофилов в мокроте был выше, чем у больных 1-й группы. Он снизился через 6 месяцев, но не до уровня, определяемого у пациентов 1-й группы.

В группе 3 исходные показатели были хуже, чем в первых двух группах. Через три месяца и в основной, и в контрольной подгруппах удалось достичь контролируемого течения заболевания. Однако уровень эозинофилов, отражающий интенсивность воспаления, был достоверно ниже в основной группе (получавшей монтелукаст), тогда как потребность в применении бета-2-агонистов короткого действия оказалась ниже у пациентов контрольной группы, где применялось сочетание ИГКС с ДДБА.

У больных 4-й группы с тяжелым течением астмы в начале исследования частота суточного использования короткодействующих бета-2-агонистов достигала 4–5 раз в сутки. Повышенный уровень эозинофилов отмечен и в основной, и в контрольной подгруппах. Через 3 месяца наблюдалось его достоверное уменьшение. В подгруппе, получавшей тройную противовоспалительную терапию, уровень эозинофилов был ниже, чем в контрольной группе, получавшей двойную терапию.

«Таким образом, – подвел итог профессор И.В. Лещенко, – антагонисты лейкотриеновых рецепторов (в частности монтелукаст) в некоторых случаях (при легкой астме) могут назначаться в виде монотерапии как альтернатива низким дозам ИГКС. В исследованных нами небольших группах достигался определенный клинический эффект при менее выраженном действии на уровень эозинофилов. При оценке результатов всегда важно принимать во внимание и размер группы пациентов, и исходное состояние, и фенотип заболевания, и многие другие факторы. Наши данные также показали, что монтелукаст можно рассматривать как эффективное дополнение к терапии ингаляционными или системными ГКС у больных среднетяжелой и тяжелой БА соответственно».

Бронхиальная астма сегодня. Приоритетные задачи диагностики и лечения

Академик РАМН, директор НИИ пульмонологии А.Г. ЧУЧАЛИН отметил, что середина 1990-х гг. – период, когда во многом изменились подходы к терапии БА. Была разработана программа «Глобальная инициатива по бронхиальной астме» (Global Initiative for Asthma, GINA) с целью развития взаимодействия между врачами, лечебными учреждениями и официальными инстанциями и распространения информации о подходах к лечению больных БА, а также для того, чтобы обеспечить внедрение результатов научных исследований в стандарты лечения БА. Впервые на международном уровне было принято современное



Академик А.Г. Чучалин

положение о том, что астма – хроническое заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей. Такой подход привел к формированию концепции базисной противовоспалительной терапии, включающей комбинацию ИГКС и ДДБА.

Академик А.Г. Чучалин подчеркнул, что Россия – первая страна в мире, разработавшая национальную программу лечения астмы (1995–2005). Большое внимание было уделено правильной трактовке болезни, диагностическим критериям, определению степени тяжести БА, международным рекомендациям по лечению и образовательным программам для врачей и пациентов. Были приняты важные документы формулярной системы и выработаны рекомендации по различным аспектам БА. За очень короткое время наши специалисты быстро освоили и внедрили современные международные рекомендации, которые позволили изменить качество жизни больных астмой. С 1995 г. российские медики сформулировали около 40 клинических рекомендаций по аспириновой астме, методам гипосенсибилизации, медикаментозной терапии, определению инвалидности и др. Начиная с 2007 г. российские врачи принимали участие в симпозиумах по определению уровня контроля течения бронхиальной астмы и других болезней. Академик А.Г. Чучалин призвал пульмологов не останавливаться на достигнутом. Перед специалистами стоит серьезная проблема – индивидуализировать лечение больных. «Это означает, что нужно учитывать абсолютно все – общее состояние больного, качество дыхания, функции дыхания, объем медикаментозной терапии», – подчеркнул А.Г. Чучалин.

пульмонология



XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания

К сожалению, результаты монотерапии глюкокортикостероидами и комбинированной терапии ИГКС и ДДБА оказались недостаточными для полного подавления воспаления. В последнее время все активнее применяется комбинация ИГКС и ДДБА с антилейкотриеновым препаратом – монтелукастом (Сингуляром). А.Г. Чучалин выразил уверенность в появлении в клинической практике новых, еще более совершенных лекарственных препаратов.

Почему АЛТР заняли свое место рядом с ИГКС в терапии астмы

Все больше внимания при разработке подходов к лечению бронхиальной астмы уделяется самостоятельному лейкотриеновому пути воспаления, который имеет важное значение в патогенезе БА. Профессор, зав. кафедрой клинической аллергологии РМАПО Л.А. ГОРЯЧКИНА напомнила, что лейкотриены способны вызвать сокращение гладкой мускулатуры стенки бронха, отек дыхательных путей, гиперсекрецию слизи, гиперреактивность дыхательных путей.

Профессор Л.А. Горячкина отметила, что ИГКС блокируют синтез практически всех медиаторов воспаления и эффекты медиаторов, чувствительных к кортикостероидам. Однако и при системном, и при местном, в том числе ингаляционном, применении их влияние на лейкотриеновый путь воспаления и опосредованные лейкотриенами симптомы БА не до конца изучено и, по-видимому, незначительно. Применение же АЛТР патогенетически обосновано тем, что антагонисты лейкотриеновых рецепторов, селективно блокируя цистеинил-лейкотриеновый рецептор 1, подавляют множественные эффекты медиаторов аллергии, активированных клеток, формирующих как локальное, так и системное воспаление. Одним из наиболее современных, удобных, хорошо изученных в клинических исследованиях антагонистов лейкотриеновых рецепторов, с наименьшим количеством побочных эффектов, является монтелукаст (Сингуляр). Этот препарат в России разрешен к применению детям с 2 лет, в США и странах Европы – детям с 6 месяцев при бронхиальной обструкции. В клинических исследованиях доказано, что антагонисты лейкотриеновых рецепторов обеспечивают дополнительный терапевтический эффект у больных, у которых не достигается полный эффект при применении ГКС. При достижении стабилизации состояния возможно снижение дозы ингаляционных стероидов. У некоторых пациентов с астмой Сингуляр (монтелукаст) может являться альтернативой низким дозам топических стероидов. Так, в проведенном в Германии исследовании MONICA, в котором приняли участие 290 клиник и 1681 человек, пациентам, у которых не было эффекта от приема топических стероидов или комбинированных препаратов, к текущей терапии до-



Профессор Л.А. Горячкина

бавляли антагонист лейкотриеновых рецепторов. У 83,2% больных отмечалось улучшение контроля заболевания. Л.А. Горячкина привела результаты другого исследования, проведенного в Великобритании. Была отобрана группа пациентов, у которых монотерапия топическими стероидами оказалась неэффективной. Одним пациентам добавляли к терапии антагонисты лейкотриеновых рецепторов, другим – длительно ДДБА. Оценка результатов производилась по мини-опросникам, которые заполняли больные. После 2 месяцев лечения было показано, что антагонисты лейкотриеновых рецепторов и ДДБА были эквивалентны друг другу при назначении в качестве дополнительной терапии к ИГКС.

В заключение профессор Горячкина еще раз подчеркнула, что АЛТР могут использоваться в монотерапии при легкой БА, являясь альтернативой низким дозам ИГКС. При любой степени тяжести астмы добавление монтелукаста у пациентов, получающих ИГКС, и даже у пациентов, получающих комбинированную терапию ИГКС и ДДБА, обеспечивает дополнительный терапевтический эффект. При достижении стабилизации состояния возможно постепенное снижение дозы ИГКС. Следует также помнить о высоком профиле безопасности монтелукаста и совместимости его с любыми препаратами, рекомендованными в лечении БА. Кроме того, приверженность детей к лечению Сингуляром значительно выше, чем к лечению ИГКС, поскольку это таблетированная форма, а не ингалятор, и частота применения препарата – всего один раз в сутки. ☺

Подготовил Г. Ермаченков

КОНТРОЛЬ АСТМЫ ВО ВСЕ СЕЗОНЫ^{3*}

**НОВОЕ:
СИНГУЛЯР^{®†}**
**для пациентов
с астмой
и аллергическим
ринитом^{1,2}**



**Для лечения пациентов с астмой
и аллергическим ринитом,
которым показан СИНГУЛЯР^{®†}**

ТАБЛЕТКА В ДЕНЬ
СИНГУЛЯР[®]
(монтелукаст натрия, MSD)

**Инструкция для специалистов по медицинскому применению лекарственного
препарата СИНГУЛЯР^{®†} / SINGULAIR^{®†}**

Торговое название: СИНГУЛЯР[®].

Международное непатентованное название: монтелукаст.

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой / таблетки жевательные.

Состав. 1 таблетка, покрытая оболочкой, содержит:

Активное вещество: монтелукаст – 10 мг, 5 мг, 4 мг.

Фармакотерапевтическая группа: лейкотриеновых рецепторов блокатор.

Код АТХ: R03DC03.

Показания к применению. Профилактика и длительное лечение бронхиальной астмы у взрослых и детей начиная с 2 лет, включая предупреждение дневных и ночных симптомов заболевания, лечение аспириносensивных пациентов с бронхиальной астмой и предупреждение бронхоспазма, вызванного физической нагрузкой. Купирование дневных и ночных симптомов сезонных аллергических ринитов (у взрослых и детей с 2 лет) и постоянных аллергических ринитов (у взрослых и детей с 2 лет).

Противопоказания. Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. Детский возраст до 2 лет.

Применение при беременности и лактации. СИНГУЛЯР следует применять при беременности и в период кормления грудью, только если ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода или ребенка.

Способ применения и дозы. Внутри 1 раз в сутки независимо от приема пищи. Для лечения бронхиальной астмы СИНГУЛЯР следует принимать вечером. При лечении аллергических ринитов доза может приниматься в любое время суток – по желанию пациента. Пациенты, страдающие астмой и аллергическими ринитами, должны принимать одну таблетку СИНГУЛЯРа один раз в сутки вечером.

Взрослые в возрасте 15 лет и старше с астмой и/или аллергическим ринитом. Доза для взрослых и детей старше 15 лет составляет одну таблетку 10 мг в сутки. **Дети в возрасте от 6 до 14 лет с астмой и/или аллергическими ринитами.** Дозировка для детей в возрасте 2-5 лет составляет одну жевательную таблетку 4 мг в сутки.

Общие рекомендации. Пациенту следует продолжать принимать СИНГУЛЯР как в период достижения контроля за симптомами астмы, так и в периоды ее обострения. Для пожилых пациентов, пациентов с почечной недостаточностью, с легкими или среднетяжелыми нарушениями функции печени, а также в зависимости от пола специального подбора дозы не требуется.

Назначение СИНГУЛЯРа одновременно с другими видами лечения астмы.

СИНГУЛЯР можно добавлять к лечению пациента бронходилататорами и ингаляционными кортикостероидами.

Побочное действие. В целом, СИНГУЛЯР хорошо переносится. Побочные эффекты обычно вызывают легкими и, как правило, не требуют отмены лечения. Общая частота побочных эффектов, о которых сообщалось при применении СИНГУЛЯРа, сопоставима с таковой для плацебо: реакции гиперчувствительности; необычные яркие сновидения; галлюцинации; сонливость; раздражительность; возбуждение, включая агрессивное поведение; утомляемость; бессонница; парестезия/гипестезия и очень редко – судорожные припадки; тошнота, рвота, диарея, боли в животе; головная боль; артралгия; миалгия; мышечные судороги; тенденция к усилению кровоточивости, образованию подкожных кровоизлияний; сердцебиение; отеки.

Передозировка. Данные о симптомах передозировки при приеме СИНГУЛЯРа пациентами с бронхиальной астмой в дозе, превышающей 200 мг/сут, в течение 22 недель и в дозе 900 мг/сут в течение 1 недели не выявлено. Имеются сообщения об острой передозировке монтелукаста у детей (прием не менее 150 мг препарата в сутки). Клинические и лабораторные данные при этом свидетельствуют о соответствии профиля безопасности СИНГУЛЯРа у детей профилю его безопасности у взрослых и пожилых пациентов.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. СИНГУЛЯР можно назначать вместе с другими лекарственными средствами, традиционно применяемыми для профилактики и длительного лечения бронхиальной астмы.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: СИНГУЛЯР не рекомендуется назначать для лечения острых приступов бронхиальной астмы. При остром течении астмы пациентам следует назначать лекарственные препараты для проведения купирующей и предупреждающей приступы астмы терапии. СИНГУЛЯРОМ нельзя резко заменять ингаляционные и пероральные глюкокортикостероиды.

Влияние на способность управлять автомобилем или движущимися механизмами. Данные, свидетельствующие о том, что прием СИНГУЛЯРа влияет на способность управлять автомобилем или движущимися механизмами, не выявлено.

* Многоцентровое, двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование с участием 831 пациента в возрасте 15–85 лет с астмой, имеющего в анамнезе сезонный аллергический ринит. СИНГУЛЯР^{®†} назначали по одной таблетке 10 мг на ночь (n = 415). Плацебо получили 416 пациентов. Основной конечной точкой была ежедневная оценка симптомов ринита: дневные и ночные симптомы.

Литература: 1. ARIA at-a-glance. Allergic Rhinitis Pocket Reference. www.whiar.org. 2. Bousquet J, van Cauwenberge P, Ait Khaled N, et al. Pharmacologic and anti-IgE treatment of allergic rhinitis ARIA update (in collaboration with GA2LEN). Allergy 2006;61:1086–1096. 3. Philip G, Nayak AS, Berger WE, et al. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. Curr Med Res Opin. 2004;20:1549–1558.

Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с Полной инструкцией для Врачей.



ООО «МСД Фармасьютикалс»: Россия, 115093, Москва, ул. Павловская, д. 7, стр. 1. Тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94. www.merck.com
Copyright © Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Уайтхаус-Стейшн, Нью-Джерси, США. Все права защищены.
†СИНГУЛЯР[®] – зарегистрированная торговая марка Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, 02-2013-SGA-02-2011-RUS-014-JA

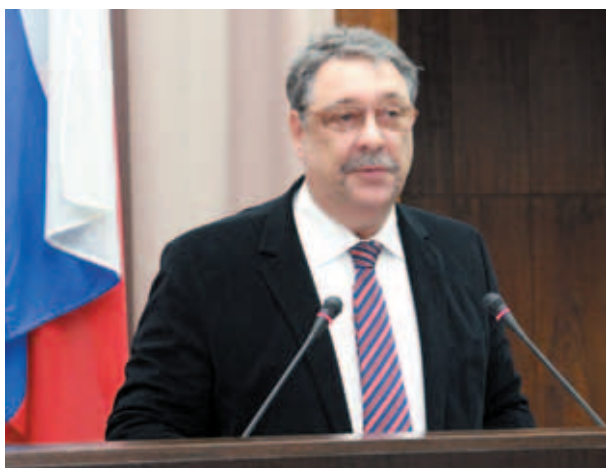


Российская оториноларингология: достижения и перспективы

Организаторы ежегодного Всероссийского конгресса оториноларингологов ставят своей целью совершенствование профессиональных знаний и повышение квалификации оториноларингологов всей страны. В этом году врачи съехались в Москву уже в десятый раз. Традиционно на обсуждение были вынесены наиболее актуальные проблемы специальности.

Открывая юбилейный конгресс, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН Т.И. ПАЛЬЧУН отметил, что уже 10 лет врачи-оториноларингологи из разных регионов России встречаются для того, чтобы представить опыт диагностики и лечения больных, оценить свои успехи, и это служит стимулом для развития дисциплины на местах.

Д.м.н., профессор, директор ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» Н.А. ДАЙХЕС в приветственном слове подчеркнул, что форум, ставший традиционным, с каждым годом приобретает все большую значимость не только для Москвы, но и для регионов. В настоящее



Профессор Я.И. Накатис

время оториноларингология переживает переломный этап развития, и от того, какие принципы сейчас будут заложены, во многом зависит будущее специальности. Профессор Н.А. Дайхес наметил несколько ключевых задач, к решению которых надо стремиться. Во-первых, необходимо развивать Российское общество оториноларингологов. Был сформирован рабочий президиум общества, есть все основания для того, чтобы наладить продуктивную работу. Во-вторых, особое внимание следует уделить высокотехнологичной помощи в оториноларингологии, очень важно распространять ее в регионы. ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» располагает тремя филиалами, в скором времени откроется четвертый. Создание филиалов позволило сделать специализированную помощь доступной для пациентов в различных административных округах, кроме того, работа филиалов способствует сглаживанию отставания регионов от центра. В-третьих, нужно обратить внимание на подготовку кадров, особенно в регионах, поддерживать начинающих врачей, желающих заниматься оториноларингологией. В-четвертых, вернуть в специальность реконструктивную и пластическую хирургию, операции по онкологическим заболеваниям ЛОР-органов, потому что, по мнению профессора Н.А. Дайхеса, оториноларингологи должны заниматься хирургией головы и шеи в полном объеме.

Главный специалист Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор Я.И. НАКАТИС поблагодарил организаторов конгресса, которые ежегодно делают огромную работу, намечая наиболее актуальные



«Наука и практика в оториноларингологии»

темы для обсуждения, приглашая специалистов, собирая материал. Профессор Я.И. Накатис рассказал, что при главном специалисте Минздравсоцразвития был сформирован Экспертный совет по оториноларингологии, куда вошли специалисты-оториноларингологи, руководители профильных учреждений и главные внештатные специалисты регионов. Результатом совместной работы стало принятие и утверждение Порядка оказания медицинской помощи населению по профилям «оториноларингология» и «сурдология и оториноларингология». Порядок еще будет изменен и дополнен, но это документ, с которым могут и должны работать врачи на местах. Еще одна важная часть работы главного специалиста – создание протоколов лечения (стандартов). Как отметил профессор Я.И. Накатис, необходимо сначала утвердить протокол оснащения медицинского учреждения в зависимости от его категории. Трудно требовать от специалиста, например, выполнения магнитно-резонансной томографии в 3 из 10 случаев при каком-то заболевании, если в учреждении нет аппарата для МРТ и врач не может следовать стандарту по сугубо техническим причинам. В оснащении учреждений большую помощь могут оказать сами врачи. В условиях обязательного и добровольного медицинского страхования каждый заведующий отделением должен считать, сколько зарабатывает его коллектив, потому что «правильное руководство учреждением в целом и каждым отделением в частности позволит приобретать необходимое оборудование».

В приветствии д.м.н., профессор Г.А. ТАВАРТКИЛАДЗЕ отметил, что Всероссийский конгресс – один из самых значительных форумов для оториноларингологов, на котором обсуждаются современные достижения в области высоких технологий и который дает возможность проявить себя и молодым врачам, и опытным специалистам.

Всех участников конгресса ожидала напряженная работа на пленарных заседаниях, научных симпозиумах, образовательных школах для практикующих врачей, которые были посвящены наиболее важным практическим и теоретическим проблемам специальности. Большое внимание было уделено проблемам внедрения инновационных медицинских технологий, безопасности и эффективности применения новых лекарственных средств, совершенствованию помощи больным с онкологическим поражением головы и шеи, развитию и совершенствованию малоинвазивных методов диагностики и лечения. Кроме того, выступления ведущих специалистов были посвящены острой и хронической очаговой и общей инфекции в оториноларингологии, современным подходам к диагностике, антибактериальному, хирургическому и общему лечению заболеваний органов верхних дыхательных путей, равновесия и слуха. Были затронуты также



Профессор Н.А. Дайхес



Профессор Г.А. Таварткиладзе

вопросы обучения студентов и последипломного образования врачей-оториноларингологов. В этом году образовательные школы для молодых оториноларингологов и практических врачей (в том числе семейных, участковых) были организованы по новым методам диагностики и лечения в оториноларингологии и достижениям детской оториноларингологии.

Отметим, что Всероссийский конгресс оториноларингологов – представительное событие, ожидаемое в профессиональном сообществе. Специалистам предоставляется возможность обсудить с коллегами насущные научные научно-практические проблемы, познакомиться с самыми современными лекарственными средствами для лечения ЛОР-заболеваний, новинками медтехники и врачебного инструментария, оценить научные работы молодых ученых. Традиционно в рамках конгресса прошла выставка современных лекарственных средств, медицинского оборудования, были представлены специализированные медицинские издания. 🌀

оториноларингология



Оптимизация схем терапии заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух

Острые и хронические риносинуситы по-прежнему остаются одними из самых распространенных заболеваний дыхательных путей. В рамках симпозиума, организованного компанией «Инвар», ведущие отечественные специалисты обсуждали проблемы терапии острого и медикаментозного риносинусита, а также острого экссудативного отита у детей. Проанализировав сложившуюся практику лечения, они призвали для оптимизации лечения включать в схему терапии секретостимулирующие препараты с доказанной клинической эффективностью, например, лиофилизат сока и экстракта свежих клубней цикламена (препарат Синуфорте).

Практика лечения хронических риносинуситов в современной России

В рамках национального проекта ХРОНОС Российским обществом ринологов был организован опрос оториноларингологов нашей страны с целью про-анализировать практику проведения диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с хроническим риносинуситом. Д.м.н., профессор, зав. кафедрой болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, президент Российского общества ринологов А.С. ЛОПАТИН в своем докладе представил данные первой – фармакоэпидемиологической – части исследования. В этом исследовании приняли участие оториноларингологи стационаров и поликлиник 16 российских городов, которым необходимо было заполнить специально подготовленные регистрационные карты.

Прежде всего, профессор А.С. Лопатин напомнил, что хронический риносинусит следует отличать от острого. Острый риносинусит длится менее 12 недель и заканчивается обычно разрешением всех симптомов и полным выздоровлением. Продолжительность хронического риносинусита составляет более 12 недель, воспаление сопровождается затруднением носового дыхания, выделениями из носа, иногда головными болями и потерей обоняния. Одной из задач исследования было выяснить, на основании каких данных оториноларингологи России ставят диагноз «хронический риносинусит».



Профессор А.С. Лопатин

Результаты опроса показали, что врачи поликлиники руководствуются анамнезом, жалобами и часто данными рентгенографии. Специалисты в стационарах располагают дополнительными диагностическими возможностями (риноскопия, эндоскопия, компьютерная томография), которые они активно используют для постановки диагноза.

Вопросы, задаваемые врачам в рамках исследования, касались также принципов лечения хронического риносинусита и, конечно, применения антибиотикотерапии. Как показал опрос, более 50% вра-



Сателлитный симпозиум компании «Инвар»

чей оптимальным антибиотиком для стартовой терапии считают амоксициллин + клавулановую кислоту, что соответствует международным рекомендациям. Реже используются кларитромицин и цефтриаксон. В качестве препаратов резерва при обострениях хронического риносинусита чаще всего назначаются кларитромицин и левофлоксацин. При этом абсолютное большинство врачей предпочитают назначать антибиотики перорально. Из препаратов системного действия в дополнение к антибиотикам чаще других применяют муколитики, на втором месте – антигистаминные препараты, на третьем – системные кортикостероиды. Из препаратов местного действия при хроническом риносинусите наиболее часто назначают сосудосуживающие средства, реже муколитики (главным образом, препарат Синуфорте), а третье место занимают интраназальные глюкокортикостероиды.

В 2005–2006 гг. 86% российских врачей считали необходимым проведение пункции больным хроническим риносинуситом. Опрос показал, что за 5 лет практически ничего не изменилось: 80% врачей в стационарах и 70% врачей в поликлиниках до сих пор остаются приверженцами этого метода. В некоторых случаях пункция действительно необходима для уточнения этиологии заболевания и подбора соответствующей антибактериальной терапии. Как свидетельствуют данные опроса, большинство врачей при проведении пункции вводят в верхнечелюстную пазуху антисептики, антибиотики, муколитики и кортикостероиды.

Фармакотерапия при хроническом риносинусите не всегда бывает успешной. Опрос показал, что московские врачи довольно часто прибегают к хирургическому лечению, тогда как в других городах нашей страны оториноларингологи в большей степени склоняются к консервативному лечению. Основными показаниями к хирургическому вмешательству, по мнению российских врачей, являются внутричерепные и внутриглазные осложнения. Профессор А.С. Лопатин также выразил обеспокоенность по поводу значительной популярности радикальной операции на околоносовых пазухах как средства борьбы с хроническим риносинуситом. Как выявил опрос, ее поддерживает почти треть российских врачей, правда, сторонников функциональной эндоскопической синусотомии среди оториноларингологов все-таки большинство (68%).

«В каких случаях оториноларингологи полагают, что заболевание удалось вылечить? Согласно опросу, большинство врачей считают признаком выздоровления разрешение клинических симптомов, и в подтверждение того, что пазухи действительно санированы, назначают контрольную рентгенографию или компьютерную томографию», – подытожил первые результаты опроса в рамках проекта ХРОНОС профессор А.С. Лопатин.

Современные принципы стартовой терапии воспаления слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух

Профессор кафедры оториноларингологии ИГМСУ, д.м.н. А.Ю. ОВЧИННИКОВ отметил широкое распространение риносинусита: он является причиной от 36 до 43% всех госпитализаций в ЛОР-стационар. В 10–15% случаев риносинусит переходит в хроническую форму.

Фармакотерапия гнойного риносинусита включает применение различных лекарственных средств: интраназальных глюкокортикостероидов, антибактериальных препаратов, деконгестантов, муколитиков. Профессор А.Ю. Овчинников призвал не злоупотреблять применением системных антибиотиков. Это может привести к широкому распространению устойчивых штаммов бактерий. Переоценка практическими врачами эффекта системных антибиотиков объясняется высокой частотой спонтанного выздоровления пациентов при острых инфекциях и ошибочным мнением, что системные антибиотики предотвращают развитие бактериальной суперинфекции при вирусных заболеваниях.

Призвав ограничить употребление антибиотиков, профессор А.Ю. Овчинников в то же время обратил внимание коллег на тысячелетний опыт фитотерапии, которая успешно развивается сегодня. Одним из высокоэффективных фитотерапевтических средств является препарат Синуфорте, содержащий лиофилизированный экстракт из сока клубней цикламена европейского (*Cyclamen*



Профессор А.Ю. Овчинников

оториноларингология



X Российский конгресс оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии»

еигораеус), лекарственные свойства которого были хорошо известны еще в Древней Греции. Синуфорте можно использовать как стартовый препарат для лечения острого бактериального риносинусита. Прием препарата способствует увеличению скорости мукоцилиарного транспорта вследствие изменения реологических свойств слизи. Кроме того, Синуфорте имеет высокий профиль безопасности. Целесообразно использовать препарат Синуфорте в комбинации с системной антибактериальной терапией.

Профессор Овчинников рассказал об исследовании, проведенном в 2009 г. совместно с А.С. Лопатиным, с целью определения клинической эффективности и безопасности применения препарата Синуфорте в режиме комплексной терапии в комбинации с системными антибиотиками и деконгестантами у пациентов с острым бактериальным риносинуситом. В исследовании приняли участие 50 человек, которые были рандомизированы в основную и контрольную группы. Пациенты основной группы в течение 8 дней получали препарат Синуфорте в комплексе с амоксициллином + клавулановой кислотой и деконгестантами. Пациентам контрольной группы были назначены только амоксициллин + клавулановая кислота и деконгестанты. А.Ю. Овчинников привел итоговые данные эффективности лечения (рис. 1).

Результаты показали, что в основной группе эффект в большинстве случаев был оценен как «отличный» и «хороший». В исследовании также оценивалась выраженность дискомфорта при приеме препарата. Итоговая оценка переносимости препарата показала, что из 25 пациентов 19 согласились бы повторить курс терапии Синуфор-

те и ни один человек не отказался от повторного применения.

Таким образом, препарат Синуфорте обоснованно может считаться препаратом выбора для стартовой терапии острого бактериального риносинусита, в том числе в комбинации с системными антибиотиками в случае необходимости их назначения. Синуфорте обладает высокой эффективностью и вызывает минимальное количество побочных явлений. Профессор А.Ю. Овчинников отметил также, что использование адекватной комплексной терапии позволяет не только добиться эрадикации возбудителя, но и в ряде случаев отказаться от пункционного метода лечения.

Активная мукоstimуляция при острых риносинуситах у детей

Профессор, д.м.н. Т.И. ГАРАЩЕНКО (ФНКЦ ЛОР ФМБА РФ) отметила, что частота развития отита и острого ринита при ОРВИ у детей очень высока. По статистике, у 90% заболевших ОРВИ в первые дни появляются признаки поражения околоносовых пазух, у 65% детей ОРВИ осложняется отитами. Вирусный, бактериальный, аллергический ринит, а также другие заболевания дыхательных путей сопровождаются ринореей. Слизеобразование является физиологическим процессом. Очищение полостей от слизи происходит с помощью мукоцилиарного транспорта, однако при ОРВИ мукоцилиарная система верхних дыхательных путей и среднего уха повреждается. Именно поэтому назначаемые препараты должны способствовать удалению секрета и обеспечению дренажа околоносовых пазух. Существуют различные группы мукоактивных препаратов, которые влияют на разные фазы воспаления. По механизму действия они делятся на мукорегуляторы, муколитики/мукокинетики и мукоstimуляторы. Основными свойствами мукоstimулятора Синуфорте являются рефлекторная стимуляция секреции в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух, секретолитический эффект, уменьшение отека во всех отделах слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух и среднего уха, активация кровообращения в слизистой оболочке, нормализация мукоцилиарного транспорта, положительное влияние на мукозальный иммунитет.

Профессор Т.И. Гаращенко привела данные собственного исследования 2009 г. (в соавт. с М.Р. Богомильским и О.А. Денисовой), целью которого была оценка эффективности различных доз препарата Синуфорте при использовании его однократно в сутки в качестве мукоактивного средства в составе 6–8-дневной стандартной терапии острого риносинусита и экссудативного отита. Кроме того,

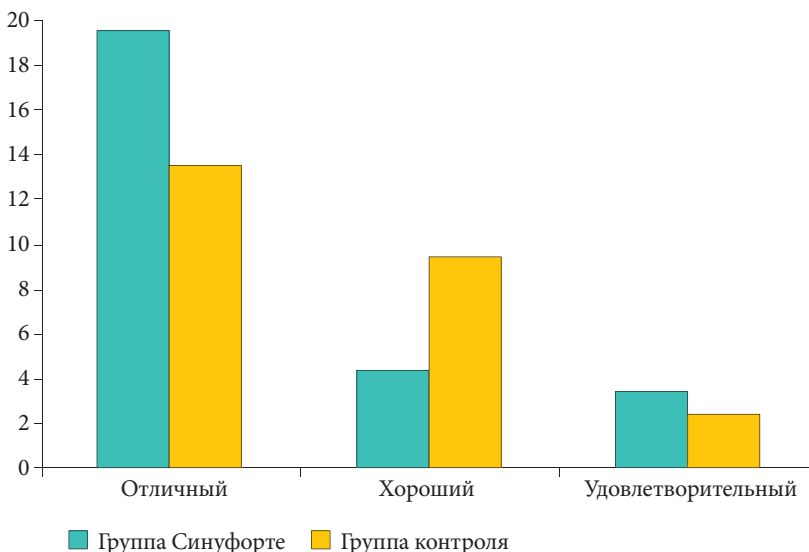


Рис. 1. Итоговая оценка эффективности лечения



Сателлитный симпозиум компании «Инвар»



Профессор Т.И. Гаращенко

в исследовании оценивалось противорецидивное действие препарата Синуфорте, частота и спектр нежелательных явлений, обусловленных приемом препарата. Результаты показали, что при использовании препарата Синуфорте в сочетании со стандартной терапией сроки клинического выздоровления детей сократились. Быстрее уменьшалась выраженность ринореи, улучшалось носовое дыхание. Кроме того, было установлено, что удаление секрета из среднего уха при лечении Синуфорте происходило быстрее.

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности препарата Синуфорте для лечения острых риносинуситов, в том числе сопровождающихся экссудативными средними отитами. В сроки наблюдения ни в одной группе обследованных больных рецидива заболевания не отмечалось. Сравнение результатов лечения в основных и контрольной группах показывает, что активная стимуляция слизистой оболочки препаратом Синуфорте в комплексе со стандартными методами консервативного лечения уменьшает необходимость проведения дренажных процедур, сокращает длительность антибактериальной терапии и сроки восстановления функциональной активности слизистой оболочки полости носа. При использовании препарата Синуфорте ни у одного ребенка не отмечено нежелательных явлений.

Профессор Г.И. Гаращенко в заключение отметила, что мукоактивная терапия при развитии острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей и среднего уха является обязательной частью протокола лечения.

Новые возможности терапии медикаментозного ринита

Профессор, д.м.н., В.С. КОЗЛОВ (ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ) зав. ЛОР-отделением напомнил участникам симпозиума, что медикаментозный ринит – это патологическое состояние слизистой оболочки носа, возникающее вследствие применения некоторых лекарственных средств. Клинически медикаментозный ринит характеризуется затруднением носового дыхания и наличием психологической зависимости от препарата. На долю медикаментозного ринита приходится 12,5% от общего числа больных с заболеваниями носа и придаточных пазух и 1% от всех ЛОР-заболеваний.

В основе развития медикаментозного ринита лежат нарушения функции нейромышечного аппарата сосудов слизистой оболочки с преобладанием парасимпатического компонента и связанный с этим застой крови в расширенных кавернозных телах носовых раковин, что приводит к развитию отека, набуханию слизистой оболочки носа и затруднению носового дыхания. Таким образом, ведущую роль в развитии медикаментозного ринита играет нарушение баланса вегетативной нервной системы и повышение парасимпатической активности. Медикаментозный ринит обычно развивается, если пациент долго принимает какой-нибудь препарат, вследствие чего возникает психологическая зависимость от него. Наиболее часто медикаментозный ринит могут вызвать лекарственные средства, действующие на периферические альфа- и бета-адренорецепторы (местные сосудосуживающие препараты, гипотензивные препараты). Причиной могут стать и другие медикаменты: препараты йода, оральные контрацептивы, седативные препараты, антидепрессанты, средства, повышающие мужскую потенцию, и др. Однако чаще всего возникновение медикаментозного ринита вызывают назальные деконгестанты.

Активная стимуляция слизистой оболочки препаратом Синуфорте в комплексе со стандартными методами консервативного лечения уменьшает необходимость проведения дренажных процедур, сокращает длительность антибактериальной терапии и сроки восстановления функциональной активности слизистой оболочки.

оториноларингология



Таблица 1. Эффективность курса лечения медикаментозного ринита препаратом Синуфорте

Жалобы	Доля пациентов до лечения (%)	Доля пациентов после лечения (%)
Затруднение носового дыхания	93	12
Головная боль	43	15
Выделения из носа	94	6
Нарушение обоняния	25	0

Точный механизм развития медикаментозного ринита при длительном приеме деконгестантов не известен. Скорее всего, длительная вазоконстрикция вызывает вторичную вазодилатацию в результате снижения чувствительности альфа-адренорецепторов к эндогенному норадреналину и экзогенным сосудосуживающим средствам. Длительная стимуляция пресинаптических нервных окончаний при продолжительном использовании назальных деконгестантов ведет к дисбалансу вегетативной иннервации полости носа (нарушение тонуса сосудов, развитие отека слизистой носа) и снижает чувствительность слизистой оболочки к вводимым извне назальным деконгестантам.


Пациентам следует рекомендовать отказаться от сосудосуживающих препаратов, применять контрастный носовой душ. Помочь может прием беллатаминала 1 раз в день вечером перед сном и/или топических глюкокортикостероидов (400 мг/сут) на протяжении не менее чем 1 месяца. Наконец, при необходимости возможно проведение хирургического вмешательства.

Профессор В.С. Козлов отметил, что альтернативой всем этим методам может стать 15-дневный курс лечения препаратом Синуфорте. Он привел результаты исследования, целью которого была оценка эффективности, безопасности и переноси-



Профессор В.С. Козлов

мости препарата Синуфорте при курсовом применении в течение 15 дней у пациентов с диагнозом «медикаментозный ринит», а также обоснование расширения показаний к применению препарата. Всего для лечения отобрали 40 больных обоего пола в возрасте от 15 до 60 лет. Все они длительное время (не менее 1 месяца) принимали деконгестанты и находились в той или иной степени зависимости от этих препаратов. Из 40 человек полный курс лечения Синуфорте прошли 34 пациента. Были также изучены отдаленные результаты лечения на 45-й и 72-й день после курсового применения Синуфорте. Результаты лечения представлены в таблице 1.

Как показали в дальнейшем контрольные визиты, курс лечения Синуфорте позволил полностью излечить большинство больных, которые принимали деконгестанты менее года. Среди пациентов, принимавших деконгестанты от 1 до 6 месяцев, выздоровели 13 человек из 18, а среди тех, кто использовал деконгестанты от 6 до 12 месяцев, – 6 человек из 8. Таким образом, установлена высокая эффективность курсовой терапии (15 дней) медикаментозного ринита препаратом Синуфорте у больных, применявших деконгестанты до 12 месяцев. Помимо отказа от деконгестантов, у исследуемых больных существенно улучшились функциональные показатели дыхательной и транспортной функций полости носа. Профессор В.С. Козлов отметил, что эффективность Синуфорте зависит от длительности применения деконгестантов. Однако проведенное исследование позволяет рекомендовать препарат Синуфорте для лечения пациентов с диагнозом «медикаментозный ринит». 

Подготовил И. Смирнов

Установлена высокая эффективность курсовой терапии (15 дней) медикаментозного ринита препаратом Синуфорте у больных, применявших деконгестанты до 12 месяцев. Помимо отказа от деконгестантов, у исследуемых больных существенно улучшились функциональные показатели дыхательной и транспортной функций полости носа.



При гайморите начни лечение с Синуфорте®!



Для лечения воспаления полости носа и околоносовых пазух

Для взрослых и детей с 5 лет

Синуфорте® – натуральный лекарственный препарат для лечения воспалительных заболеваний носа, околоносовых пазух и среднего уха

- Обладает выраженным противоотечным действием
- Эффективно дренирует все околоносовые пазухи
- Ускоряет процесс выздоровления
- Предотвращает развитие осложнений
- Подходит для стартовой терапии острого риносинусита

www.sinuforte.ru

Производитель «Хартингтон Фармасьютикал С.Л.», Испания для ООО «Инвар», Россия. Тел/факс: (495) 962 16 62, www.invar.ru info@invar.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Лечение заболеваний ЛОР-органов с позиции современной медицины

Заболевания ЛОР-органов сохраняют медицинскую и социальную значимость в связи с распространенностью и тяжестью течения. Согласно статистике, более половины пациентов, обращающихся за помощью в медицинские учреждения, составляют больные с ЛОР-патологией. В конце 2011 г. в здании Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского прошла IV Научно-практическая конференция оториноларингологов Центрального федерального округа «Актуальное в оториноларингологии». Главными темами научной программы конференции стали вопросы использования новых технологий в оториноларингологии, стандартизации лечения синуситов, современные аспекты профилактики и лечения заболеваний ЛОР-органов у детей и др. Своим опытом и новейшими знаниями по этим вопросам поделились ведущие специалисты крупнейших клиник и научных центров страны.

В 2011 г. исполняется 20 лет с того дня, когда в нашей стране была проведена первая операция по кохлеарной имплантации. Как отметил в своем приветственном слове профессор Я.А. НАКАТИС (д.м.н., зав. курсом оториноларингологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного медицинского университета, главный внештатный оториноларинголог Минздравсоцразвития России, засл. врач РФ), в последние годы инвалиды по слуху ощутили реальную государственную поддержку, получая возможность бесплатно ставить кохлеарные импланты и, следовательно, избавляться от глухоты. «За три последних года было поставлено имплантов больше, чем за все предыдущие 17 лет. В этом году, например, выделено 1400 квот на бесплатную установку кохлеарных имплантов глухим детям и взрослым», – отметил он. По данным профессора Я.А. Накатиса, на сегодняшний день на тысячу здоровых детей рождается один глухой ребенок. Благодаря современным технологиям в клиниках уже делаются операции по установке имплантов годовалым детям, что позволяет им, избавившись от глухоты в раннем возрасте, быть полностью социально адаптированными к моменту поступления в школу. Однако, как известно, в благополучном исходе важная роль принадлежит послеоперационной реабилитации пациента, поэтому назрела острая необходимость в создании регистра детей, которым были установлены кохлеарные импланты. «Если говорить в целом о разработанном Порядке оказания оториноларингологической помощи, то, как бы мы ни относились к протоколам,



Профессор Я.А. Накатис

стандартам лечения, они позволили регламентировать нашу работу, стандартизировать помощь. Стандартизация достигается благодаря упорядочению аттестации специалистов, что тоже важно, потому что квалификация специалиста может оцениваться на этапах ее правильной аттестации», – пояснил он в заключение.



«Актуальное в оториноларингологии»

ЛОР-клиника МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, бесспорно, является центром по оказанию высокотехнологичной помощи всем больным Московской области с различной ЛОР-патологией. В докладе о новых технологиях, применяющихся для их лечения в клинике, профессор В.М. СВИСТУШКИН (д.м.н., руководитель ЛОР-клиники, зав. кафедрой оториноларингологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского) акцентировал внимание участников конференции на использовании излучения гольмиевого лазера для изменения формы реберного хряща с целью создания трансплантата для ларинготрахеопластики. Как известно, одним из методов лечения рубцовых стенозов и трахеи являются многоэтапные реконструктивно-пластические операции. Однако после подобных вмешательств часто остается дефект передней, а в ряде случаев и боковых стенок трахеи. «В нашей клинике для армирования передней и боковой стенок дыхательной трубки используется трупный реберный хрящ. Открытие эффекта релаксации напряжений в хрящевой ткани под неразрушающим лазерным воздействием привело к разработке нового метода изменения формы хрящей. Метод позволяет получать произвольную конфигурацию хряща без его деструкции», – констатировал докладчик. Таким образом, в результате многолетних экспериментов на животных был разработан метод неинвазивного изменения формы хрящевой ткани под действием излучения высокоэнергетических лазеров. В 2010 г. в ЛОР-клинике МОНИКИ совместно с Институтом проблем лазерных и информационных технологий РАН был начат эксперимент на свиных реберных хрящах с целью создания трансплантата для ларинготрахеопластики в условиях *in vitro*. Для изменения формы хрящевой ткани использовали импульсно-периодический гольмиевый лазер (2,099 мкм), для которого были определены пороги мощности лазерного излучения и оптимальные режимы воздействия. Смоделированные хрящевые образцы в виде полуколец трахеи сохраняли свою форму в физиологическом растворе при температуре +4 °С в течение месяца. В ближайшее время планируется проведение экспериментов в условиях *in vivo*.

Профессор С.В. РЯЗАНЦЕВ (д.м.н., зам. директора по научной и координационной работе ФГБУ «СПбНИИ ЛОР») затронул в своем выступлении проблему стандартизации лечения синуситов в нашей стране. «Мы обсуждаем ее начиная с 2007 г., но вопрос о стандартах по-прежнему остается открытым. Сложность заключается в том, что нужно уложиться в “прокрустово ложе”, которое предлагает Минздравсоцразвития России, и использовать только те препараты, которые входят в группу для льготного обеспечения», – отметил доклад-



Профессор С.В. Рязанцев

чик. В настоящее время существуют как международные, так и российские методические рекомендации лечения острых синуситов, однако российские рекомендации в международные стандарты не попадают в связи с характером наших научных исследований. По словам профессора С.В. Рязанцева, мы отличаемся от Евросоюза даже по статистическим показателям заболеваемости: если там острые синуситы регистрируются у 13% населения, то у нас – у 1,3%. «Рекомендации EPOS, к сожалению, не совсем применимы в наших условиях, потому что такие наши традиционные методы, как топические деконгестанты, муколитики, фитотерапия, промывание солевыми растворами, в них не вошли, но указаны такие спорные методы, как системная кортикостероидная терапия», – уточнил он. В работе над новыми стандартами терапии синуситов серьезным камнем преткновения стал вопрос о пункционном лечении, которым, согласно исследованию 2007 г., пользуются 97% российских оториноларингологов. «Однако в новые стандарты данный метод не войдет, поскольку мы категорически против введения любых лекарственных средств в околоносовые пазухи», – констатировал профессор С.В. Рязанцев. В заключение он подчеркнул, что основные разработки новых стандартов лечения синуситов уже готовы, и выразил надежду на то, что в течение года они будут рассмотрены и утверждены Минздравсоцразвития России. В настоящее время в лечении острых фарингитов активно используются препараты, обладающие иммунонаправленным действием. Поскольку в 70% случаев острый фарингит имеет вирусную этиологию, особый интерес представляет влияние таких препаратов на систему интерферонов. Не менее

оториноларингология



IV Научно-практическая конференция оториноларингологов ЦФО РФ

оториноларингология

важным аспектом применения иммуностропных препаратов у пациентов с острыми фарингитами является способность лимфоидной ткани глотки к ответу на иммунонаправленное медикаментозное воздействие. Профессор Н.А. АРЕФЬЕВА (д.м.н., кафедра оториноларингологии ФГУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава) в своем выступлении опиралась на результаты проведенного в клинике исследования, целью которого явилась сравнительная оценка эффективности препаратов с иммунонаправленным действием для местного и системного применения в лечении больных с острыми фарингитами. В исследовании приняли участие 65 пациентов, которых разделили на три группы: пациенты первой группы получали Гексализ, второй – Тонзилгон Н, а пациенты третьей группы принимали Стрепсилс, не обладающий иммуностропным действием. У большинства больных (67,69%) острый фарингит сопровождался активацией интерфероновой системы на местном уровне. Для оценки эффективности проведенного курса лечения отмечали частоту рецидивов острого фарингита в течение года. До лечения частота рецидивов в первой группе составляла 28%, во второй – 30%, в третьей – 25%. Оценка отдаленных результатов лечения показала, что частота рецидивов заболевания в течение года у пациенток первой группы составила 24% (6 человек), второй – 15% (3 человека), третьей – 40% (8 человек). «Следовательно, достоверное уменьшение частоты рецидивов заболевания было отмечено только у больных второй группы, принимавших препарат с иммунонаправленным действием для системного применения», – уточнила докладчик.

Необходимость нормализации носового дыхания является объективной. При деформации перегородки носа выполняются различные операции (по Киллиану, по Воячеку и др.), для каждой из них имеются свои показания и технические особенности. Профессор В.И. ЕГОРОВ (д.м.н., начальник оториноларингологического отделения ФГУ «3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневского МО РФ») познакомил участников конференции с применяемым в отделении новым вариантом выполнения септопластики. «Определенная трудоемкость и не всегда достаточная эффективность некоторых манипуляций при септопластике послужили для нас причиной обратить внимание на новое поколение уже известного полимерного материала – политетрафторэтилена (ПТФЭ), который успешно применяется не только ангиохирургами, но и в офтальмологии, и в челюстно-лицевой хирургии», – уточнил докладчик. В настоящее время производятся импланты из ПТФЭ седьмого поколения. Пластины ПТФЭ легко моделируются ножницами или скальпелем, материал не меняет форму, гипоаллергенен. Вы-

сокая устойчивость материала к бактериальной контаминации, хорошая химическая инертность и пространственное строение создают благоприятные условия для остеогенеза в толще импланта. По мнению профессора В.И. Егорова, результаты проведенных в отделении операций дают основание сделать вывод о целесообразности применения данной методики.

Хронический тонзиллит занимает одно из ведущих мест в структуре воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Как отметил в начале своего выступления профессор А.Н. НАСЕДКИН (д.м.н., кафедра оториноларингологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского), внедрение в клиническую практику новых методов лечения позволяет улучшить результаты лечения больных хроническим тонзиллитом. Один из них – фотодинамическая терапия (ФДТ), основанная на взаимодействии целенаправленного лазерного излучения и фотосенсибилизатора. В ЛОР-отделении МОНИКИ проведено обследование и лечение методом ФДТ 80 больных в возрасте 18–67 лет, страдающих различными формами хронического тонзиллита, с длительностью заболевания от 1 года до 38 лет. Комплексное клиничко-лабораторное исследование пациентам проводилось при поступлении, спустя 2–3 недели после курса лечения и через 1–1,5 года. Курс лечения составил от одной (простая форма хронического тонзиллита) до двух или трех процедур (при токсико-аллергической форме) с интервалами между процедурами в 3–5 дней. У 27 больных были достигнуты хорошие результаты лечения, у 36 пациентов – удовлетворительные. Результаты лечения больных гнойно-воспалительными заболеваниями методом ФДТ показали его высокую эффективность, возможность повторного проведения, что обусловлено отсутствием резистентности микробной флоры к данному воздействию.

Базальноклеточный рак отличается высокой заболеваемостью, превышающей по темпам роста другие злокачественные новообразования. По словам В.В. АНДРЮХИНОЙ (к.м.н., клиника челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского), в большинстве случаев расположение опухоли приходится на открытые участки тела, причем наиболее частым местом расположения базалиомы является нос (23–48%). В ряде клинических случаев базальноклеточный рак растет очень быстро и приводит к деструкции подлежащих тканей, формированию выраженных функциональных и косметических дефектов, неоперабельности. В отделении челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ под наблюдением находились 90 пациентов с базальноклеточным раком в области носа и ушной раковины, 65 из них были с локализацией в области носа, у 25 пациентов опухоль располагалась на ушной раковине. 35 пациентам с локализацией



«Актуальное в оториноларингологии»

в области носа и 15 пациентам с опухолью в области ушной раковины было проведено криолазерное лечение, 30 больным с опухолью в области носа и 10 – в области ушной раковины провели криохирургическое лечение. Оценивались ближайшие и отдаленные результаты криохирургического и криолазерного лечения базалиомы по трехбалльной системе. Хорошим признавался результат, при котором была достигнута полная резорбция опухоли с сохранением косметического и функционального состояния анатомической области. Удовлетворительный результат характеризовался полной резорбцией опухоли с замещением ее нормотрофическим рубцом, при этом после лечения отмечался косметический или функциональный дефект при локализации опухоли в критической зоне челюстно-лицевой области и шеи. Неудовлетворительный результат характеризовался продолженным ростом опухоли после лечения или рецидивом опухоли. Ближайшими считались результаты через 4–5 недель после лечения, отдаленными – от года до 10 лет после вмешательства. Полученные результаты криохирургического лечения в послеоперационном периоде были следующими: хороший результат был достигнут в 75% случаев, удовлетворительный – в 10%, неудовлетворительный – в 15%. При криолазерном лечении хороший результат был достигнут в 85% случаев, удовлетворительный – в 10%, неудовлетворительный – в 2%. Таким образом, оба метода показали свою высокую эффективность, однако криолазерное лечение оказалось положительно результативнее. Пациентам, у которых после криохирургического лечения продолжался рост базалиомы, была проведена криолазерная терапия.

По данным доцента И.В. АНДРЕЕВОЙ (к.м.н., старший научный сотрудник НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии), различными формами ринита страдают более 50% беременных женщин. «Вопреки распространенному представлению о том, что ринит – это закономерно развивающееся состояние при беременности, выделяются несколько форм клинко-патогенетических ринитов, и на первое место я поставила бы аллергический ринит, как наименее выявляемый и хуже всего поддающийся лечению в конкретной практической медицине», – уточнила докладчик. Лечение ринита у беременных следует проводить с учетом потенциальной опасности препарата для плода и для самой женщины, индивидуальной чувствительности и переносимости, его нужно начинать в максимально ранние сроки (первый триместр не является противопоказанием к назначению препаратов). Антигистаминные препараты при беременности назначаются на ограниченный срок по строгим показаниям, чаще лишь при системных проявлениях



К.м.н. И.В. Андреева

поллиноза, основой же терапии средних и тяжелых форм аллергического и неаллергического ринита являются интраназальные глюкокортикостероидные препараты. «В течение 10 лет мы работаем в рамках Северо-Западного центра по диагностике и лечению аллергических заболеваний у беременных и профилактике этой группы болезней у их детей. При анкетировании беременных в женских консультациях оказалось, что аллергический ринит относится к наиболее распространенным аллергическим заболеваниям и его симптомам присутствуют у 25% женщин, а диагноз поставлен только 6% беременных. Результаты нашего исследования позволили сделать следующие выводы: при беременности преобладает отечный компонент, почти отсутствует эффект от деконсенсатов, кроме того, быстро возвращаются симптомы после отмены топических кортикостероидов, то есть это заболевание нуждается в длительном лечении», – констатировала И.В. Андреева. Тактика лечения аллергического ринита у беременных включает промывание носовых ходов водно-солевыми растворами и использование назальных спреев глюкокортикостероидных препаратов. Эффект лечения оценивается через 2 недели, при отсутствии эффекта необходима замена препарата.

В целом программа конференции была чрезвычайно насыщенной и отличалась разнообразием научных подходов к диагностике и ведению больных с различными заболеваниями ЛОР-органов. Огромный интерес к ней со стороны медицинского сообщества ЦФО лишний раз подтвердил тот факт, что конференция вносит существенный вклад в распространение актуальной научной информации среди широкого круга оториноларингологов. 🌀

Подготовила С. Евстафьева

оториноларингология



Преимущества препаратов растительного происхождения

В Воронеже с успехом прошла научно-практическая конференция «Современный взгляд на проблемы профилактики и лечения часто и длительно болеющих детей». Одним из организаторов конференции выступила немецкая фармацевтическая компания «Бионорика», разрабатывающая стандартизованные лекарственные препараты из растительного сырья высокого качества. Председательствовали на конференции заместитель директора по научной работе Научного центра здоровья детей РАМН, д.м.н., профессор Л.С. НАМАЗОВА-БАРАНОВА и главный педиатр Воронежской области М.М. КИНЬШИНА. Почетным гостем был профессор из Германии доктор Михаэль ПОПП.

Проблема профилактики и лечения часто и длительно болеющих детей остается одной из самых значимых в современной педиатрии. Частые, длительные и тяжелые респираторные инфекции вызывают снижение активности иммунитета и способствуют формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Кроме того, частые заболевания могут привести к расстройствам физического и нервно-психического развития детей, социальной дезадаптации ребенка и другим печальным последствиям.

Открывая конференцию, М.М. Киньшина подчеркнула, что во всех регионах России проблема частых респираторных заболеваний, которые способствуют формированию группы часто болеющих детей, стоит очень остро. Необходимо внедрять и использовать новые и современные технологии профилактики и лечения таких больных.



Профессор
Л.С. Намазова-
Баранова

Ведущий специалист отечественной педиатрии профессор Л.С. Намазова-Баранова отметила, что респираторные заболевания у детей чаще всего обусловлены вирусной инфекцией и поэтому не требуют назначения антибиотиков. Однако некоторые педиатры по привычке продолжают назначать антибактериальные препараты при первых признаках респираторной инфекции, особенно если у ребенка наблюдается повышенная температура тела. При этом они не учитывают, что антибиотики вовсе не обладают противовирусным действием, а вызывают угнетение естественной иммунной защиты. Безусловно, назначать медикаменты заболевшим детям необходимо, но нужно тщательнее подходить к выбору лекарств. В частности, на Западе уже давно и успешно применяют лекарственные препараты растительного происхождения, которые прошли многочисленные клинические испытания и доказали свою эффективность и безопасность. Профессор Л.С. Намазова-Баранова продемонстрировала данные клинических исследований по применению стандартизованных препаратов из высококачественного растительного сырья. Продолжила обсуждение проблемы заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор кафедры педиатрии педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Г.И. СМИРНОВА, которая привела современные данные о тактике ведения часто болеющих детей в острый период респираторной инфекции (ОРИ). Учитывая особенности патогенеза ОРИ у детей, основными направлениями терапии в острый период болезни кроме общетерапевтических мер (постельный режим, обильное питье, диета, богатая витаминами) являются этиотропное лечение с использованием противовирусных препаратов, противовоспалительная терапия и симптоматическое



«Современный взгляд на проблемы профилактики и лечения часто и длительно болеющих детей»

лечение. Профессор Г.И. Смирнова подчеркнула, что принятие решения о необходимости использования жаропонижающих препаратов у детей при ОРВИ не должно быть основано только на результатах измерения температуры тела ребенка. Необходимо комплексно оценивать все клинические симптомы и самочувствие ребенка и использовать безопасные средства. Антибиотики должны назначаться строго по показаниям и только при наличии выраженных признаков бактериальной инфекции. Важным патогенетически обоснованным и обязательным звеном лечения ОРВИ у детей является противовоспалительная терапия, направленная на подавление воспаления при размножении вирусов в респираторном тракте, которая назначается с первых часов респираторной инфекции. С этой целью необходимо использовать современные эффективные и безопасные лекарственные средства растительного происхождения, например, такие как Синупрет, Тонзилгон Н и Бронхипрет.

В выступлении к.м.н. Т.В. КУЛИЧЕНКО (врач аллерголог-иммунолог отделения диагностики и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей РАМН) были рассмотрены вопросы диагностики и лечения тяжелой бактериальной инфекции при ОРВИ у детей. Были четко обоснованы показания к назначению эффективных антибиотиков при бактериальной природе ОРВИ у детей.

Продолжила дискуссию д.м.н., проф. Т.В. СТЕПАНОВА, она подчеркнула значимость проблемы лимфаденопатии у часто болеющих детей, ведущей причиной формирования которой становятся очаги хронической инфекции носоглотки. Для санации таких очагов и улучшения дренажа профессор Т.В. Степанова посоветовала использовать препараты растительного происхождения (Синупрет, Тонзилгон Н).

Зав. кафедрой педиатрии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета, главный детский нефролог Санкт-Петербурга профессор М.В. ЭРМАН рассказал, что инфекция мочевой системы у детей занимает второе место по частоте после инфекции респираторной системы. Профессор М.В. Эрман предложил формуляр препаратов для лечения инфекции мочевыводящих путей в амбулаторных условиях, который включает антибактериальные и лекарственные препараты, в том числе растительного происхождения (Канефрон Н).

Д.м.н., профессор А.Н. ЦЫГИН, руководитель нефрологического отделения Научного центра здоровья детей РАМН, представил данные о частоте и причинах рецидивирующей инфекции мочевыделительной системы у детей. Он напомнил, что, назначая лечение, следует учитывать опасность формирования резистентности микрофлоры к антибиотикам и поэтому целесообразно включать в комплексную терапию фитопрепараты.

Перед российскими врачами выступил гость из Германии, руководитель компании «Бионорика» профессор



Профессор
Г.И. Смирнова



Профессор
Михаэль Попп

Михаэль ПОПП. Он рассказал об огромном опыте по производству и внедрению лекарственных препаратов, которые не вызывают устойчивости со стороны возбудителей заболеваний и не имеют противопоказаний. Особенность лекарств от «Бионорика» – их растительное происхождение. При этом, как отметил профессор М. Попп, эти препараты не имеют ничего общего с биологически активными добавками. Это именно лекарства, прошедшие многочисленные испытания и применяющиеся во многих странах мира, где в антибиотиках давно разочаровались. Для многих стало настоящим открытием то, что многие из препаратов «Бионорика» разрешены в качестве безвредных стимуляторов Международным олимпийским комитетом. Однако основной областью их применения остается лечение и профилактика респираторных вирусных инфекций, даже у грудных детей.

Таким образом, 170 врачей – педиатров и детских нефрологов – из Воронежской области, а также из Белгорода, Липецка, Старого Оскола познакомились с мнением ведущих специалистов о стратегии диагностики, лечения, профилактики наиболее актуальных детских заболеваний. Особое внимание докладчики уделили безопасным и эффективным препаратам растительного происхождения. 🌀



Комплексный подход к терапии ОРВИ у детей: какие препараты выбрать

Клуб «Оциллобус» существует только первый год, однако уже успел привлечь внимание врачей-профессионалов и всех тех, кому небезразлично собственное здоровье. На третьей встрече участники клуба обсуждали актуальную тему – как укрепить защитные силы организма в период зимних холодов, при этом особое внимание было уделено здоровью детей. В качестве экспертов выступили д.м.н., профессор, член-корр. РАМН М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ (зав. кафедрой детской оториноларингологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова) и д.м.н. Е.Ю. РАДЦИГ (профессор кафедры детской оториноларингологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова).

ЛОР-патологии рассматриваются в рамках отдельного направления медицины, однако оториноларингологи ежегодно вовлекаются в борьбу с последствиями сезонных эпидемий ОРВИ. Специалисты отмечают, что количество осложнений со стороны ЛОР-органов вследствие недолеченных ОРВИ за последние годы резко возросло. По статистике, число синуситов увеличилось с 5–10% до 10–20%. Практически каждый ребенок до 3 лет переносит от 1 до 2 случаев острого среднего отита, 70–80% детей, обратившихся за медицинской помощью к оториноларингологу, имеют уже запущенную стадию заболевания. По мнению д.м.н., профессора М.Р. Богомильского, полностью оградить детей от респираторных вирусных инфекций «не только невозможно, но и не нужно. Именно благодаря перенесенным ОРВИ постепенно формируются иммунитет



Профессор М.Р. Богомильский

ребенка и его невосприимчивость к идентичным, но, возможно, более тяжелым вирусным инфекциям в будущем. Однако исключительно важно, чтобы эти эпизоды болезни протекали сравнительно легко, без осложнений, и не были слишком частыми». При правильном лечении респираторной вирусной инфекции выздоровление наступает в среднем через 7–10 дней, а допустимая частота заболеваний ограничена 5–6 эпизодами в год для дошкольников и 3 – для школьников. Более продолжительные или частые болезни уже несут в себе риск осложнений.

Так, у детей в возрасте от 6 недель до 6 месяцев ОРВИ, как правило, осложняются отитами. Во многом это связано с анатомическими особенностями: у детей до года слуховая труба короче и шире, при чихании и кашле инфекция может попадать в полость среднего уха, в результате чего развивается отит. Воспаление может протекать довольно долго, так как слуховая труба становится отечной, суживается, что вызывает застой инфицированной слизи в барабанной полости. Другим распространенным осложнением у маленьких детей является синусит. Синуситы у детей раннего возраста (до 3 лет) нередко протекают бессимптомно, что обусловлено неполным развитием придаточных пазух носа в этом возрасте. Осложнение начинает проявлять себя уже позже, когда ребенок идет в школу. Именно поэтому следует всегда долеживать ребенка до полного выздоровления. Нередки у детей осложнения со стороны верхнечелюстной пазухи. Как правило, гайморит у детей – это следствие насморка, поэтому следует начинать лечение при первых симптомах насморка. Одним из наиболее серьезных осложнений у детей является этмоидит, когда воспалительный процесс распространяется на слизистую оболочку ячеек решетчатого лабиринта, который обычно сочетается с поражением других придаточных пазух носа. Первым признаком этого



В помощь врачу-оториноларингологу

грозного заболевания является отек в области верхнего и нижнего века, что, к сожалению, часто принимается за конъюнктивит. Главными симптомами этмоидита являются постоянная головная боль и болезненность в области корня носа и глазницы. У многих детей в воспалительный процесс при ОРВИ часто включаются аденоиды, в результате чего развивается аденоидит. Из-за воспаления в носоглотке лимфоидной ткани появляются боль и гнусавость голоса, повышается температура тела, возникает ощущение першения и сухости в горле, затем появляется отделяемое из носа. У детей старших возрастных групп и взрослых самыми опасными осложнениями считаются бронхиты – воспалительный процесс слизистой бронхов. Основными симптомами воспаления являются кашель (сухой или надсадный), повышенная температура тела, боль за грудиной, хрипы, выделение мокроты (при остром бронхите она имеет вид прозрачной жидкости без гноя, при хроническом – с гноем).

Кашель, ринит, ларингит, синусит и некоторые другие заболевания респираторного тракта, которые зачастую воспринимаются как обособленные патологии, могут развиваться и на фоне ОРВИ. Заражение происходит через слизистые оболочки верхних дыхательных путей, и инфекционно-воспалительные процессы могут начинаться сразу в нескольких органах дыхания (полость носа, околоносовые пазухи, глотка, гортань).

Огромное значение играет выбор эффективных и безопасных средств, особенно если речь идет о комплексной терапии с использованием препаратов различных фармацевтических групп, в том числе и антибиотиков. Естественно, что врачи склоняются к выбору препаратов, которые имеют хорошую переносимость и меньшее количество противопоказаний, а также уделяют особое внимание минимизации нежелательных проявлений терапии в тех случаях, когда избежать их полностью невозможно. В практике ЛОР-врача могут использоваться разнообразные категории лекарств: антибактериальные и противовоспалительные, антигистаминные и противовирусные, антисептики и топические стероиды. Поскольку различные ЛОР-заболевания являются либо симптомом (ринит, фарингит), либо осложнением ОРВИ (синусит, отит, ларингит), то необходим комплексный подход и к их лечению, и к профилактике. Для этих целей могут использоваться лекарственные средства различных групп (противовирусные, антибактериальные, противокашлевые, мукоактивные, деконгестанты и многие другие), в том числе и в различных комбинациях. При этом помимо эффективности стоит помнить и о безопасности принимаемых лекарственных средств, особенно в профилактических целях. Это позволяет снизить риск возникновения нежелательных эффектов и лекарственного взаимодействия. Как от-



Профессор Е.Ю. Радциг

Благодаря перенесенным ОРВИ постепенно формируется иммунитет ребенка и его невосприимчивость к идентичным, но, возможно, более тяжелым вирусным инфекциям в будущем.

метила д.м.н., профессор Е.Ю. Радциг, «при лечении ринита на фоне ОРВИ можно использовать таблетки от насморка Коризалия в сочетании со средствами элиминационной терапии (капли, спреи), а также с приемом препарата Оциллококцидум. Если на фоне ОРВИ у ребенка появилась охриплость, то к приему препарата Оциллококцидум стоит добавить таблетки Гомеовокс. Если ведущим симптомом ОРВИ является кашель или он сохраняется после окончания приема аллопатического лекарственного средства, можно назначить сироп Стодаль, как изолированно, так и в сочетании с вышеупомянутыми препаратами (зависит от конкретной клинической ситуации)». Стоит отметить, что в состав сиропа Стодаль входят компоненты направленного действия и на сухой, и на влажный кашель, а Гомеовокс – это единственное в России лекарственное средство, специально рекомендованное для лечения и профилактики ларингитов. Оба эксперта подчеркнули в своих выступлениях, что своевременное начатое лечение способствует облегчению степени тяжести болезни и снижает риск осложнений.

По материалам AG Loyalty

оториноларингология



Литература

В.В. ВИШНЯКОВ, Э.В. СИНЬКОВ

Комплексное лечение пациентов с острым риносинуситом

1. *Лопатин А.С.* Острый риносинусит. Всегда ли необходимо назначение антибиотиков? // Мед. кафедра. 2002. № 4. С. 50–54.
2. *Gwaltney J.M.* Acute community-acquired sinusitis // Clin. Infectious Disease. 1996. Vol. 23. № 6. P. 1209–1225.
3. *Wald E.R.* Management of acute bacterial sinusitis in children // Infection diseases and antimicrobial therapy of the ears? Nose and throat / J.T. Johnson, V.L. Yu, eds. 1997. P. 333–340.
4. *Дергачева В.С., Кочетков П.А., Бондарева В.Ю.* Лечение острого гайморозтмоидита Синупретом // Consilium medicum. 1999. T. 7. № 10. С. 23–24.
5. *Корпухина Н.А., Гаращенко Т.И.* Результаты применения препарата Синупрет при лечении некоторых заболеваний ЛОР-органов у детей // Тезисы VII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2000.
6. *Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Пискун А.М.* Лечение респираторных вирусных инфекций у больных с аллергическими заболеваниями // Медицинская помощь. 2002. № 6. С. 19–22.
7. *Магомедов М.М., Полякова Т.С., Владимирова Е.Б.* Улучшение динамики репаративных процессов в верхнечелюстных пазухах после радикального хирургического лечения на фоне применения препаратов Синупрет и Ринофлуимуцил // Тезисы IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2002. С. 272.

В.В. ВИШНЯКОВ, А.М. КОРНИЕНКО, Р.А. КОРНИЕНКО
Обоснование выбора нейротропных комплексов Мильгамма и Мильгамма композитум при лечении нейросенсорной тугоухости

1. *Морозова С.В.* Нейросенсорная тугоухость: основные принципы диагностики и лечения // РМЖ. 2001. № 15. С. 662–663.
2. *Чистякова В.Р., Ковищенко Ю.Д.* Возможности восстановления слуха в остром периоде нейросенсорной тугоухости в детском возрасте // Лечащий врач. 1999. № 4. С. 16–18.
3. *Ших Е.В.* Витаминный статус и его восстановление с помощью фармакологической коррекции витаминными препаратами: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 36 с.
4. *Спиричев В.Б.* Витамины, витаминоподобные и минеральные вещества: справочник. М., 2004. 230 с.
5. *Корниенко А.М., Корниенко Р.А.* Применение витаминов и витаминно-минеральных комплексов в оториноларингологии // Российская оториноларингология. 2011. № 2 (51). С. 149–153.
6. *Singleton C.K., Martin P.R.* Molecular mechanisms of thiamine utilization // Curr. Mol. Med. 2001. Vol. 1. № 2. P. 197–207.
7. *Va A.* Metabolic and structural role of thiamine in nervous tissues // Cell. Mol. Neurobiol. 2008. Vol. 28. № 7. P. 923–931.
8. *Gibson G.E., Zhang H.* Interactions of oxidative stress with thiamine homeostasis promote neurodegeneration // Neurochem. Int. 2002. Vol. 40. № 6. P. 493–504.
9. *Loew D.* Pharmacokinetics of thiamine derivatives especially of benfothiamine // Int. J. of Clin. Pharmacol. and Therap. 1996. Vol. 34. № 2. P. 47–50.
10. *Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И.* Витамины группы В в неврологической практике // Международный неврологический журнал. 2008. № 2. С. 89–93.
11. *Mooney S., Leuendorf J.E., Hendrickson C. et al.* Vitamin B6: a long known compound of surprising complexity // Molecules. 2009. Vol. 14. № 1. P. 329–351.
12. *Markle H.V.* Cobalamin // Crit. Rev. Clin. Lab. Sci. 1996. Vol. 33. № 4. P. 247–356.

13. *Mauro G.L., Martorana U., Cataldo P. et al.* Vitamin B12 in low back pain: a randomised, double-blind, placebocontrolled study // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2000. Vol. 4. № 3. P. 53–58.

Н.В. ОРЛОВА

Современные подходы к лечению бронхиальной астмы

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007 г.) / Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина М.: Атмосфера, 2008. 100 с.
2. *Овчаренко С.И.* Бронхиальная астма: диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. 2002. № 17. С. 766.
3. *Княжеская Н.П., Потапова М.О.* Диагностика, классификация и принципы лечения бронхиальной астмы с учетом современных рекомендаций GINA-2002 // Трудный пациент. 2003. № 3. С. 3.
4. *Мачарадзе Д.Ш.* Бронхиальная астма и остеопороз: некоторые аспекты современной терапии // Лечащий врач. 2010. № 6. С. 52–55.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 3-е изд., испр. и доп. М.: Атмосфера, 2008. 108 с.
6. *Ledford D.K.* Omalizumab: overview of pharmacology and efficacy in asthma / Expert. Opin. Biol. Ther. 2009. Vol. 9. № 7. P. 933–943.

А.А. ВИЗЕЛЬ, А.В. БОНДАРЕВ, И.Ю. ВИЗЕЛЬ
Инородное тело в левом нижнедолевом бронхе: дифференциальный диагноз с ХОБЛ

1. Top ten causes of death: fact sheet // World Health Organization. URL: http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf. 2008.
2. Стандарты по диагностике и лечению больных хронической обструктивной болезнью легких (ATS/ERS, пересмотр 2004 г.) / Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2005. 96 с.
3. *Arias Cruz A., González Díaz S.N., Galindo Rodríguez G. et al.* Bronchial foreign body as a differential diagnosis for asthma. Report of a case and review of the literature // Rev. Alerg. Mex. 2002. Vol. 49. № 3. P. 95–98.
4. *Takenaka M., Hanagiri T., Ono K. et al.* Management of patients with bronchial foreign bodies // J. УОЕН. 2011. Vol. 33. № 2. P. 157–161.
5. *Friege B., Friege L., Pelz J. et al.* Bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation: preclinical differential diagnostic and emergency treatment // Anaesthesist. 2009. Vol. 58. № 6. P. 611–622.

А.А. ВИЗЕЛЬ, А.С. СОЗИНОВ, А.З. ФАРРАХОВ, Р.И. ТУИШЕВ, В.П. ПОТАНИН, Н.Б. АМИРОВ, Р.П. ГУСЛЯКОВА, И.Н. САФИН, И.Ю. ВИЗЕЛЬ, А.В. ПОТАНИН
Оказание медицинской помощи больным саркоидозом в Республике Татарстан

1. *Дауров Б.И.* Саркоидоз. М.: Оверлей, 2006. 264 с.
2. Саркоидоз: от гипотезы к практике / Под ред. А.А. Визеля. Казань: Изд-во «Фэн» Академии наук РТ, 2004. 348 с.
3. Саркоидоз: монография / Под ред. А.А. Визеля (серия монографий Российского респираторного общества; гл. ред. серии Чучалин А.Г.). М.: Атмосфера, 2010. 416 с.
4. *Hunninghake G.W., Costabel U., Ando M. et al.* Statement on sarcoidosis // Amer. J. Crit. Care Med. 1999. Vol. 160. № 2. P. 736–755.

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН



ТОЛЬКО НОВИНКИ!

ТОЛЬКО ЛУЧШЕЕ!

ТОЛЬКО У НАС!

Мы выбрали для вас самые популярные книги по пульмонологии и оториноларингологии. Не тратьте время на поиск книг в магазинах своего города, воспользуйтесь нашим предложением или виртуальным магазином на сайте www.webmed.ru.

Приобрести книгу у нас быстро и просто – позвоните по телефону (495) 234-07-34 доб. 195, 190 или отправьте бланк заказа по факсу: (495) 234-07-34 доб.194 или по электронной почте: medbooks@webmed.ru

ДОСТАВКА

курьером (для Москвы)
курьером (для регионов, данная услуга
предоставлена EMS-Почта России)
почтой (для регионов)

ОПЛАТА

наличными курьеру (для Москвы)
наличными курьеру (для регионов)
предоплата (оплата квитанции
в любом отделении Сбербанка России)

Стоимость доставки рассчитывается индивидуально в зависимости от веса книги и региона.

• Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа •



Платательщик:

юридическое лицо

физическое лицо

Выберите способ оплаты:

наличными (для Москвы)

наличными (для регионов)

предоплата

ФИО/ Полное название организации _____

ФИО и должность руководителя для оформления договора _____

(заполняется юр. лицами)

ИНН/КПП (заполняется юр. лицами) _____

Почтовый адрес для доставки с индексом _____

Телефон, факс (с кодом города) _____

Адрес электронной почты (e-mail) _____

Заказ _____

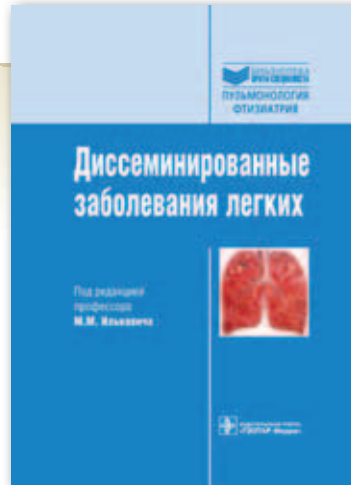


Цена 728 руб.
(без учета доставки)

Респираторная медицина. Секреты клинических разборов

Бэйкер Э., Лай Д.
Перевод с англ. / Под ред.
С.И. Овчаренко.
ГЭОТАР-Медиа, 2010.
464 с., обложка

В книге наряду с фундаментальными основами респираторной медицины описываются и разбираются случаи из клинической практики, а также даются важные рекомендации по обследованию пациента. Авторы специально выбрали больных с распространенными заболеваниями, с которыми могут столкнуться на практике все врачи, несмотря на специализацию. Охвачены разнообразные клинические проявления респираторных заболеваний.



Цена 812 руб.
(без учета доставки)

Диссеминированные заболевания легких

Под ред. М.М. Ильковича.
ГЭОТАР-Медиа, 2011.
480 с., переплет

В книге представлены основные заболевания и синдромы, проявляющиеся рентгенологическим синдромом легочной диссеминации. В пульмонологии эта группа заболеваний является наиболее сложной в диагностическом плане: ошибочный диагноз ставится в 80% случаев. Особое внимание в книге уделено альвеолитам и гранулематозам, которые в последние годы все чаще встречаются в работе врача. Наряду с этим в книге нашли отражение поражения легких при диффузных болезнях соединительной ткани, лекарственные и профессиональные заболевания легких, системные васкулиты с поражением органов дыхания, легочные диссеминации опухолевой природы, болезни накопления.



Цена 2100 рублей
(без учета доставки)

Оториноларингология: Национальное руководство (+ CD)

Под ред. В.Т. Пальчуна.
ГЭОТАР-Медиа, 2009.
960 с., переплет

Руководство включает в себя всю основную информацию, необходимую врачу для непрерывного последиplomного образования. В отличие от большинства других руководств, в данном руководстве равное внимание уделено профилактике, диагностике, фармакотерапии и немедикаментозным методам лечения. В книге отражены общие и частные вопросы оториноларингологии, рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний ЛОР-органов. В подготовке настоящего издания участвовали ведущие специалисты-оториноларингологи России.



Цена 2100 рублей
(без учета доставки)

Пульмонология: Национальное руководство (+ CD)

Под ред. А.Г. Чучалина.
ГЭОТАР-Медиа, 2009.
960 с., переплет

В книге обсуждаются общие и частные вопросы пульмонологии, даются рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний органов дыхания. В подготовке настоящего издания в качестве авторов-соавторов и рецензентов участвовали ведущие сотрудники НИИ пульмонологии ФМБА РФ, ЦНИИ туберкулеза РАМН, Института иммунологии ФМБА РФ, Санкт-Петербургского государственного университета, Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова и других медицинских учреждений России. Руководство включает всю основную информацию, необходимую врачу для непрерывного последиplomного образования.

А также:

№	НАЗВАНИЕ	АВТОРЫ	ГОД ИЗДАНИЯ	ИЗДАТЕЛЬСТВО	ЦЕНА, РУБ.
1	Воспалительные заболевания гортани и их осложнения: Руководство. 176 с., обложка	Пальчун В.Т., Лапченко А.С., Муратов Д.Л.	2010	ГЭОТАР-Медиа	532
2	Реабилитация при заболеваниях органов дыхания. 352 с., обложка	Малявин А.Г., Епифанов В.А., Глазкова И.И.	2010	ГЭОТАР-Медиа	630
3	Ринит. 424 с., переплет	Лопатин А.С.	2010	Литтерра	728
4	Пульмонология: Клинические рекомендации. 2-е изд., перераб. и доп. 336 с., обложка	Под ред. А.Г. Чучалина	2009	ГЭОТАР-Медиа	490
5	Клиническая патология гортани: Руководство-атлас. 160 с., переплет	Дайхес Н.А.	2009	МИА	896
6	Оториноларингология. Материалы к клиническим лекциям: Руководство. В 5 т. Том 1. 352 с., переплет	Дайхес Н.А.	2010	МИА	756
7	Руководство по аудиологии и слухо-протезированию. 240 с., переплет, иллюстрации	Дайхес Н.А.	2009	МИА	756
8	Воспалительные заболевания гортани и их осложнения: Руководство. 176 с., обложка	Пальчун В.Т., Лапченко А.С., Муратов Д.Л.	2010	ГЭОТАР-Медиа	532

Для юридических лиц

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7723809029	КПП 772301001	Сч. №	40702810700000000536
Получатель ООО «Медфорум-Альфа»			
Банк получателя ОАО «Промсвязьбанк» Москва		БИК	044525555
		Сч. №	30101810400000000555

СЧЕТ № 10/П от «__» _____ 2012 г.

Заказчик:

Плательщик:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1	Подписка на журнал «Эффективная фармакология. Пульмонология и оториноларингология»	шт.	6	200-00	1200-00
Итого:					1200-00
Без налога (НДС).					-
Всего к оплате:					1200-00

НДС не облагается.

Всего к оплате: Одна тысяча двести рублей 00 копеек.

Руководитель предприятия
Главный бухгалтерРоманенко А.Е.
Макарова О.М.

Для физических лиц

Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «Медфорум-Альфа» (наименование получателя платежа) 7723809029 (ИНН получателя платежа) № 40702810700000000536 (номер счета получателя платежа) ОАО «Промсвязьбанк» Москва (наименование банка и банковские реквизиты) к/с 30101810400000000555 БИК 044525555 Оплата подписки на журнал «ЭФТ. Пульмонология и оториноларингология» (6 номеров) (наименование платежа) Дата _____ Сумма платежа: 1200 руб. 00 коп. Информация о плательщике: _____ Адрес доставки: _____ (ФИО, адрес, телефон) Плательщик (подпись) _____
Кассир	
Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «Медфорум-Альфа» (наименование получателя платежа) 7723809029 (ИНН получателя платежа) № 40702810700000000536 (номер счета получателя платежа) ОАО «Промсвязьбанк» Москва (наименование банка и банковские реквизиты) к/с 30101810400000000555 БИК 044525555 Оплата подписки на журнал «ЭФТ. Пульмонология и оториноларингология» (6 номеров) (наименование платежа) Дата _____ Сумма платежа: 1200 руб. 00 коп. Информация о плательщике: _____ Адрес доставки: _____ (ФИО, адрес, телефон) Плательщик (подпись) _____
Кассир	

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!

даксас®

рофлумиласт

**ПЕРВЫЙ ПЕРОРАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННО
ВОЗДЕЙСТВУЮЩИЙ НА ВОСПАЛЕНИЕ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ
ПУТЯХ ПРИ ХОБЛ**

**ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ
ТЕРАПИЯ ХОБЛ
У ПАЦИЕНТОВ
С ЧАСТЫМИ
ОБОСТРЕНИЯМИ
В АНАМНЕЗЕ**

- ▶ Единственный селективный ингибитор фосфодиэстеразы-4
- ▶ Снижает частоту обострений¹
- ▶ Улучшает функцию легких²
- ▶ Только 1 таблетка в день

**Первый
в новом
классе**



Nycomed: a Takeda Company

даксас®

рофлумиласт

Действуя глубже – достигает больше

¹ Hanania N.A., Brose M., Larsson T. et al. Am J Respir Crit Care Med 2010; 181:A4435.

² Fabbri L.M., Calverley PMA, Izquierdo-Alonso J.L. et al. Lancet 2009; 374:695-703

Даксас: регистрационное удостоверение № ЛП-000573

Информация для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Полная информация в инструкции по применению.

ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентэ»: 119048, Москва, ул. Усачёва, 2, стр. 1. Тел.: (495) 933 5511, факс.: (495) 502 1625, www.nycomed.ru.