

Таблица 3. Эффективность лечения САР назонекс-спреем

Эффект	Количество больных	
	По мнению врача	По мнению пациента
Отличный	27 (54,0%)	27 (54,0%)
Очень хороший	9 (18,0%)	9 (18,0%)
Хороший	7 (14,0%)	7 (14,0%)
Удовлетворит.	5 (10,0%)	6 (12,0%)
Плохой (без эфф.)	2 (4%)	1 (2%)
Всего	50	50

Побочное действие лекарственного препарата отмечено у 4 больных в виде жжения и сухости слизистой носа, носоглотки в течение 4-5 дней, по поводу чего, больным назначались капли стерильного оливкового масла в носовые ходы.

Выводы

Назонекс-спрей является современным топическим глюкокортистероидом, быстро купирующим симптомы аллергического риносинусита, при минимальном количестве побочных эффектов.

Более высокая эффективность действия назонекс-спрея в комплексе с антигистаминным средством.

Применение Назонекс-спрей требует строгого соблюдения режима дозирования и продолжительности курса лечения, из-за возможного раздражения слизистой оболочки полости носа и глотки.

Перед применением назонекс-спрея целесообразно очистить слизистую оболочку носа.

Литература

1. Findlay S., Huber F., Garcia J., Huang L. Efficacy of once-a-day intranasal administration of triamcinolone acetonide in patients with seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy* 1992; 68:228-32.
2. Wihl J-A. Topical corticosteroids and nasal reactivity. *Eur J Respir Dis Suppl* 1982; 122:205-10.
3. Mygning N. Glucocorticosteroids and rhinitis. *Allergy* 1993; 48:476-90.
4. Mygning N., Johnsen N.J., Thomsen J. Intranasal allergen challenge during corticosteroid treatment. *Clin Allergy* 1977; 7:69-74.
5. Storms W., Bronsky E., Findlay S. et al. Once daily triamcinolone acetonide nasal spray is effective for the treatment of perennial allergic rhinitis. *Ann Allergy* 1991; 66:329-33.
6. Umland S.P., Narhebn D.K., Razac B.C. et al. Effects of mometasone furoate and other glucocorticoids on cytokine production from cultured peripheral blood CD4+ T-cells. *J Allergy Clin Immunol* 1996; Vol.97:288.
7. Therattil J., Cyavarría V., Cosachov J. et al. The effect of mometasone furoate on early and late phase inflammation in patients with seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; Vol.78:129.
8. Brannan M.D., Seiberling M., Culter D.L. et al. Lack of systemic activity with intranasal mometasone furoate. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997:78-154.
9. Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. Опыт применения назонекса у больных аллергическим ринитом. *Рос.ринология* 1999; 1:53-6.
10. Drouin M., Yang W.H., Bertrand B. et al. Once daily mometasone furoate aqueous nasal sprays is as effective as twice daily beclomethasone dipropionate for perennial allergic rhinitis patients. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1996; Vol.77:153-60.
11. Hebert J.R., Nolop K., Lutsky B. Once daily mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex) in seasonal allergic rhinitis: An active- and placebo-controlled study. *Allergy* 1996; Vol.51:569-76.
12. Новиков Д.К. Клиническая аллергология. Минск; 1991.
13. Сергеев Ю.В., Новиков П.Д. Опыт применения современных антигистаминных средств в дерматологической практике. *Иммунопатология, аллергология и инфектология* 2001; 2:56-63.

Применение препарата Терфалин в ступенчатой терапии отомикоза

Бестембеков С.Т.

Военная поликлиника Пограничной службы КНБ РК

Отмикоздың сатылы емдеуне Терфалин препараты қолдануы Бестембеков С.Т.

Біз зерттеуге сыртқы құлақтың қабынуы отомикозбен 34 (23 әйелдердің және 11 еркектердің) емделушінің жағдайын көрген болдық. Осы науқастардың 10 күндерден 10 айға дейін үндеуге кәсіби аурудан ұзақтық болған. Аурулар 19 жасан 58 жасқа дейін толған. Науқастарға Терфалин препаратты 1% иіс майды сатылы қолдану өткіздік және 1% спрей қолданды. Диагноз микологиялық зерттеумен растаған болды.

Бұл терапияда науқастарды 8, 14, 21 тәулікте ем пайдасын тексердік. 8-ші тәулікте 26 (76, 5%) ауруның қабынуы толық

кетті. Осы ауру қоздырушыда бақылау микологиялық зерттеуде айқындалған болмады. Ісін қызару құбылыстарға 14-е тәулікке толық тоқтағаны 7 (20, 6%) ауруда болды, 28-е тәулікке тағыда 1 (2,9 %) ауру толық емделді. Саңырауқұлақтар қайтадан микологиялық зерттеуде ерекшелуген болмады. Емнен бастаудан кейін 6 айдан 9 айға дейін барлық аурулар байқалды. Кәсіби ауру 2 (5,8%) науқаста қайталанды. Терфалин - иіс май 1% препараты және 1%-спрей - саңырауқұлақ этиология сыртқы құлақтың қабынуы жергілікті ем үшін тиімді және қауіпсіз құралмен келіп жатыр.

В настоящее время микозы настолько широко распространены, что с уверенностью можно сказать – все люди в течение жизни имеют контакт с их возбудителями – грибами. Лишь около 5% всех микозов являются первичными заболеваниями, в остальных случаях это вторичные процессы, развивающиеся на фоне основных расстройств и болезней становиться лишь при определенных условиях: когда у человека снижена сопротивляемость, ослаблен иммунитет. Это бывает при нарушении обмена веществ, авитаминозе, хронических заболеваниях, чаще при диабете. Предрасполагающими факторами отомикоза являются: длительное лечение антибиотиками и гормонами.

Чаще грибами поражается наружный слуховой проход, так как он выстлан кожей, а в первую очередь грибами поражается кожа. По нашим данным, отомикоз диагностируют примерно в 50% случаев от всех диагностированных микозов ЛОР-органов. Удельный вес отомикоза среди отитов другой локализации составляет 18,5%- 21,5% у взрослых и 24,5%-

26,3% у детей

В структуре отитов грибковой этиологии преобладает наружный грибковый отит (62%), грибковый средний отит (20%), грибковый средний послеоперационный отит (17%) и грибковый мiringит (1%).

Основными возбудителями отомикоза являются плесневые грибы родов *Aspergillus* (65%), *Penicillium* (10%) и дрожжеподобные грибы рода *Candida* (24%). В 15% случаев присутствует сочетанное поражение уха грибами родов *Aspergillus* и *Candida*. В основном все эти виды грибов относятся к группе условно-патогенных и вызывают заболевание только при определенных условиях, предрасполагающих развитие и размножение грибов, обеспечивая их переход от сапрофитии к патогенности.

Возникновению грибкового поражения уха предшествуют микротравма (чаще в результате неправильного туалета наружного слухового прохода), купание в открытых водоемах, длительное местное использование глюкокортикоидных и

антибактериальных препаратов.

При отомикозе больные жалуются на боль, зуд в ухе, ощущение «заложенности», чувство «переполнения» в слуховом проходе, снижение слуха, наличие окрашенных выделений из слухового прохода, цвет и консистенция которых соответствуют виду гриба-возбудителя, что, однако, не всегда является патогномичным признаком. Например, при экзематозной форме грибкового отита пациент жалуется на сухость кожи лабевидной ямки и слухового прохода и образование на ней сухих корочек.

Клиническая картина при отомикозе не всегда позволяет однозначно поставить диагноз, за исключением аспергиллеза, когда в слуховом проходе при эндоскопии или отомикроскопии обнаруживается воздушный мицелий. Клиническая картина при микотическом поражении наружного уха следующая: жидкие выделения (при кандидозе), образование корочек, пробок в наружном слуховом проходе (при аспергиллезе). У отдельных больных в острой стадии отомикоза – повышенная чувствительность ушной раковины, заушной области и наружного слухового прохода. При всех формах микотического наружного отита тугоухость не выявляется или имеет незначительную тугоухость по кондуктивному типу.

Терапия микотических заболеваний ЛОР-органов представляет известные трудности и не всегда бывает достаточно эффективной, несмотря на применение современных противогрибковых препаратов.

Лечение наружного грибкового отита начинают с применения местных противогрибковых препаратов. При отсутствии эффекта имо присоединяют системные противогрибковые препараты. При лечении больных с отомикозом необходимо учитывать все условия, при которых возникло заболевание, с целью их возможного устранения: отмена антибиотиков, проведение комплексного общеукрепляющего лечения, витаминотерапия. Кроме того, важно учитывать роль аллергии в патогенезе заболевания, поскольку грибы обладают выраженными аллергенными свойствами и, следовательно, одновременно с противогрибковой терапией нужно проводить и десенсибилизирующую. Непременным условием местной терапии является предварительная тщательная очистка уха от патологического отделяемого. Туалет уха производится только врачом при помощи аттикового зонда и ватника, смоченного антимикотическим препаратом. Тщательному туалету уха придается большое значение, поскольку даже незначительное количество микотических масс заметно удлиняет длительность лечения и, соответственно, удлиняет сроки выздоровления. Местное лечение антимикотическими препаратами проводится не менее 3-4 нед под еженедельным лабораторным контролем. Критерием эффективности является полное клиническое излечение в течение 1 месяца, подтвержденное как клинической картиной, так и отрицательными результатами повторного микологического исследования.

Целью настоящего исследования

было изучение эффективности и безопасности терапии наружного грибкового отита и отомикоза различными формами препарата Терфалин: 1% крем и 1% спрей. Терфалин (активное вещество - тербинафина гидрохлорида 300 мг), противогрибковый препарат, производное аллиламина, обладает широким спектром противогрибкового действия. В терапевтических концентрациях тербинафин оказывает фунгицидное действие на дерматофиты, дрожжеподобные грибы и некоторые диморфные грибы. Активен в отношении дрожжевых грибов, в зависимости от их вида, может быть фунгицидной или фунгистатической. Механизм действия связан с ингибированием грибкового фермента скваленаэпоксидазы, что приводит к блокаде биосинтеза эргостерина, важнейшего компонента клеточной мембраны гриба, и накоплению сквалена внутри клеточной стенки, что оказывает токсическое действие на гриб. Испытания *in vitro* показали, что фермент скваленаэпоксидаза дерматофита в 4000 раз более

чувствителен к тербинафину, чем скваленаэпоксидаза млекопитающих. При наружном применении активен в отношении *Candida albicans*, *Epidermophyton floccosum*, *Scopulariopsis brevicaulis*.

При наружном применении крема всасывается менее 5% дозы. Присутствие тербинафина в системном кровообращении минимально. Связывание с белками плазмы крови составляет 99%. Быстро проникает в дермальный слой кожи и накапливается в липофильном роговом слое. После аппликации крема Стах тербинафина в роговом слое достигалась через 4ч. Если продолжительность лечения составляет от 1 до 7 дней, T1/2 тербинафина из рогового слоя повышается в 3 раза.

После разового нанесения концентрация препарата в коже сохраняется на уровне, превышающем МИК, в течение 4 суток. Крем дольше остается на поверхности кожи, и это его качество можно использовать не только для лечения, но и для профилактики рецидива заболевания. Тербинафин не оказывает влияния на систему цитохрома P450 у человека и, соответственно, на метаболизм гормонов или других лекарственных препаратов.

Материал и методы исследования

В наше исследование были включены 34 пациента (23 женщин и 11 мужчин) с отомикозом наружного слухового прохода, в возрасте от 19 до 58 лет с длительностью заболевания до обращения от 10 дней до 10 месяцев. Все пациенты предъявляли жалобы на боль, зуд, снижение слуха, выделения из уха, ощущение «заложенности» в пораженном ухе. Предшествующее противогрибковое лечение больным не проводилось. Всем больным провели осмотр пораженного уха с применением эндоскопа. Установлены гиперемия и инфильтрация кожи слухового прохода, наличие в просвете слухового прохода специфического отделяемого, гиперемия барабанной перепонки, экзематозные изменения кожи слухового прохода. Была проведена также микологическая диагностика обследуемых, включавшая микроскопию нативного и окрашенного препаратов, посев на среду Сабуро с последующим определением чувствительности к противогрибковым препаратам местного действия.

В результате микологической диагностики были установлены возбудители: *Candida albicans* (26), *Candida krusei* (1), *Candida guilliermondi* (1), *Aspergillus fumigatus* (5).

После установления диагноза всем пациентам была назначена ступенчатая терапия препаратом Терфалин - 1% кремом и 1% спреем.

В первые 7 суток лечения применяли 1% крем Терфалин в виде 30-минутных аппликаций 2 раза в день, утром и вечером и 1% спрея 1 раз в день на 15 минут днем. Начиная с 8-х суток проводили противорецидивное лечение: терфалин-крем 1 раз в день в течение 3 недель, затем 1 раз в день терфалин-спрей в течение 2 недель.

Результаты этой терапии оценивались на 8, 14, 28-й сутки после начала лечения. В конце курса лечения (8-й и 28-й дни) проводили микробиологическую диагностику. На фоне проведенной терапии препаратом терфалин у 34 (100%) больных, начиная с 4-го дня лечения, уменьшался болевой синдром, проходила «заложенность» уха, значительно уменьшились инфильтрация и гиперемия наружного слухового прохода, а также количество отделяемого в нем. Сохраняющиеся симптомы классифицированы как «остаточные явления» наружного отита. На 8-е сутки у 26 (76,5%) больных воспаление полностью купировалось. При контрольном микологическом исследовании у данных больных возбудитель выявлен не был. На 14-е сутки воспалительные явления полностью купировались у 7 (20,6%) больных, на 28-е сутки еще у 1 (2,9%) больного. При повторном микологическом исследовании грибы выделены не были.

Все пролеченные больные наблюдались от 6 до 9 месяцев после начала лечения. Заболевание рецидивировало у

2 (5,8%) пациентов на 4-ый и 6-ой месяц от начала лечения. При микологическом исследовании выявлены грибы рода *Aspergillus*. После повторного курса терапии с использованием терфалин-крема удалось достичь излечения.

Анализ проведенных исследований свидетельствует, что

1. Препарат Терфалин- крем и -спрей - является эффективным и безопасным средством для местного лечения наружного отита грибковой этиологии.
2. Применение Терфалин-крема и -спрея снижает число рецидивов грибкового процесса.
3. Ступенчатая терапия отомикоза наружного слухового прохода с применением двух форм препарата Терфалин позволяет эффективно и быстро ликвидировать грибковую инфекцию.
4. Терфалин-крем рекомендуется в качестве средства предупреждения рецидива после перенесенного отомикоза.
5. Исходя из того, что отомикоз склонен к рецидивированию, необходимо наблюдать больных в течение 6 месяцев и про-

водить курс профилактического лечения.

Литература

1. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б. Современные принципы лечения и профилактики отомикоза. Пробл. мед. микол. 2008; 10 (2): 58.
2. Шадрин Г.Б. Воспалительные заболевания послеоперационной полости среднего уха грибковой этиологии. Усп. мед. микол. 2007; 10 (8): 224-5.
3. Кунельская В. Я. Микозы в оториноларингологии. - М.: Медицина, 1989. - 320 с.
4. Сметник В. П., Марченко Л. А., Чернуха Г. Е. Опыт применения Микофлюкана (флуконазола) для лечения кандидозного вульвовагинита // Лечащий Врач. - 2004. - № 2. - С. 2 - 3.
5. Крюков А.И., Кунельская В.Я., Петровская А.Н. и др. Микоз послеоперационной полости среднего уха. Методические рекомендации. М., 2003; 2: 21.
6. Крюков А.И., Туровский А.Б., Димова А.Д., Шадрин Г.Б. Микозы в оториноларингологии. *Consilium Medicum* 2004; 6 (4): 56,(8): 224-5.
7. Справочник Видаль. Лекарственные средства в Казахстане. 2007, стр: Б-444.

Опыт лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Аршимова М.Б.

Городская поликлиника №1, г. Алматы

УДК 616.61-002.3

Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруын емдеу

Аршимова М.Б.

№1 қалалық емдеуханасы, Алматы қ.

Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруынысы бар науқастарда Пантопразолды (контролок) қолдану тиімділігі көрсетілген.

Проблема эффективности и безопасности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) до настоящего времени не утратила своей актуальности, несмотря на все расширяющийся спектр применяемых препаратов, имеющих в распоряжении врача. Во многом это обусловлено тем, что ГЭРБ – это заболевание «всей жизни», при котором уровень самоизлечения очень низкий, а уровень рецидивирования очень высокий (вероятность рецидива - 90% в течение года, при отсутствии поддерживающего лечения) [1]. Следовательно, чрезвычайно важным аспектом терапии ГЭРБ на современном этапе, который до сих пор не в полной мере учитывается, соблюдение сроков медикаментозного лечения: основного курса лечения – 8-12 недель, поддерживающей терапии – 6-12 месяцев. Нами было предпринято исследование целесообразности и эффективности применения Пантопразола (Контролока) в комплексном лечении ГЭРБ 2 и 3 стадии в период обострения болезни.

В сравнительное исследование были включены 34 пациента в возрасте от 27 до 68 лет с эндоскопически позитивной ГЭРБ 1, 2 и 3 стадией. Критериями исключения были: хронические заболевания печени и почек, беременность.

Комплексная терапия ГЭРБ включала изменение режима и характера питания, исключение строго горизонтального положения во время сна (необходимо поднять головной конец кровати на 15 см), что снижает число рефлюксных эпизодов и их продолжительность, так как повышается эзофагеальное очищение за счет силы тяжести; а также применение антацидных, прокинетики средств или сукралфата, витамины, седативную терапию, физиолечение, лечебную физкультуру.

В программу обследования входило: общий и биохимический анализ крови (общий белок, АСТ, АЛТ, билирубины, мочевины, креатинин), коагулограмма, флюорография, ЭКГ, Эзофагодуоденоскопия (при необходимости биопсия).

Efficiency Using Pantoprazol For Treatment Gastroesophagorephlux Disease

Arshimova M.B.

It is shown efficiency using Pantoprazol (Kontrolok, company «Nycomed»), for treatment Gastroesophagorephlux disease.

Результаты и обсуждение

Клинические симптомы ГЭРБ до начала и через 10 дней пребывания в дневном стационаре представлены в таблице:

Показатель	Больные с ГЭРБ, до лечения	Больные с ГЭРБ, после лечения
Изжога	34	2
Отрыжка	33	4
Срыгивание	31	12
Одинофагия	14	0
Дисфагия	18	0
Фарингиты, ларингиты	21	14
Кариес передних резцов	34	34
Кашель	26	8
Боль в груди	7	0

Все больные в обеих группах были выписаны в сроки от 8 до 12 дней после пребывания в стационаре с улучшением с рекомендациями дальнейшего амбулаторного лечения и приема антисекреторных препаратов в течение 6-12 месяцев. При этом побочные эффекты практически не наблюдались.

Таким образом, Пантопразол (Контролок) достаточно эффективен в комплексном лечении ГЭРБ, что позволяет в соответствии с имеющимися литературными данными назначать его при эмпирической терапии ГЭРБ в составе комплексного лечения и считать его препаратом первоочередного выбора при лечении ГЭРБ, в виду отсутствия значимых побочных эффектов.

Литература

1. *Избранные лекции по гастроэнтерологии. Под редакцией В.Т.Ивашкина, А.А.Шептулина. Москва- 2002г., 85 с.*