

Московский
государственный медико-
стоматологический
университет,
кафедра ЛОР-болезней,
Москва

Современные методы консервативного лечения больных с хроническим декомпенсированным ТОНЗИЛЛИТОМ

Д.м.н. В.Н. Костюк, д.м.н., проф. В.В. Вишняков

Синусит в настоящее время является одним из наиболее распространенных заболеваний человека. В среднем, у взрослых наблюдается 3–4 простуды в год, а у детей — 6–10. Синусит может развиваться в любом возрасте.

Хронический тонзиллит является распространенным заболеванием среди всех групп населения, особенно среди детей и лиц молодого возраста [6]. При длительном течении данного заболевания происходят нарушения иммунного статуса, что ведет к обострениям этого заболевания и способствует переходу процесса в более тяжелую форму, а также коррелирует с более выраженными изменениями иммунного статуса [1].

Многие авторы считают, что хронический тонзиллит является клиническим признаком вторичного иммунодефицитного состояния организма, при котором возникают иммунопатологические реакции и происходит угнетение ряда факторов неспецифической резистентности и иммунитета. Это в конечном итоге приводит к разобщению в деятельности местных и системных защитных сил организма, не способных справиться с патологическим очагом в миндалинах и к развитию метатонзиллярных осложнений [9]. При консервативном лечении больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом традиционные методы лечения часто дают кратковременный клинический эффект. По нашему мнению,

это связано с тем, что они не предусматривают коррекции нарушений иммунной системы. Успехи в лечении больных с хроническим тонзиллитом в значительной мере связаны с комбинацией различных методов воздействия на небные миндалины и на состояния иммунореактивности организма, а также с внедрением в клиническую практику новых методов лечения [8, 5].

В настоящее время получил распространение метод лечения больных хроническим тонзиллитом с использованием физического воздействия на миндалины с помощью низкочастотного ультразвука. Для этого используется аппарат «Тонзиллор». Этот аппарат позволяет санировать миндалины путем отсасывания патологического содержимого из лакун с одновременным их промыванием антисептическим раствором и воздействием низкочастотного ультразвука. Однако, положительный эффект от данного лечения оказывается кратковременным.

Полученные данные об участии небных миндалин в иммуногенезе определили формирование новых подходов к лечению больных с хроническим тонзиллитом. Обнаружение при хроническом тонзиллите вторичной иммунологической недостаточности предопределило новое направление в лечение этих больных, способствующее восстановлению иммунной функции небных миндалин [10, 4]. У части больных с хроническим тонзиллитом недостаточная эффективность терапии может быть обусловлена потерей миндалинами репаративных способностей с одной стороны и наличием вторич-

ного иммунодефицита с другой [1]. В этой связи представляется актуальным применение в комплексном лечении хронического тонзиллита препаратов с выраженным иммуностимулирующим эффектом. Имеющиеся в настоящее время различные средства для коррекции иммунитета — препараты микробного ряда, тимомиметики обладают рядом недостатков: они угнетают кроветворение, противопоказаны при тяжелых заболеваниях почек [3]. В комплексном консервативном лечении мы использовали иммуномодулирующий препарат Полиоксидоний. Он обладает иммуномодулирующим, детоксикационным действием и повышает иммунную резистентность организма [7]. Иммуностимулирующее действие препарата определяется его влиянием на макрофагальное звено иммунитета и на усиление антителообразования. Полиоксидоний активирует миграцию макрофагов, повышает их переваривающую способность в отношении патогенных микроорганизмов [2]. Кроме того, данный препарат ведет к увеличению эффективности кооперативного взаимодействия лимфоцитов в реакциях антителообразования, а также позволяет предотвратить срыв противоинфекционного иммунитета в случае истощения резервных возможностей макрофагального звена при длительно текущем инфекционном процессе, который лежит в основе хронического тонзиллита. Также Полиоксидоний обладает высокими адсорбционными возможностями, проявляющимися в выраженной детоксикационной способности.

Материалы и методы

Нами проведено обследование и лечение 35 больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита.

Декомпенсация хронического тонзиллита характеризовалась рецидивами ангины, подчелюстным лимфаденитом или синдромом тонзиллогенной интоксикации (периодический субфебрилитет, боль в суставах и в сердце непосредственно после обострения хронического тонзиллита, а в межангинный период — слабость, адинамия).

Во время осмотра ЛОР-органов обращали внимание на степень выраженности воспалительного процесса, размер небных миндалин и их консистенцию, наличие в лакунах патологического секрета или казеозных масс. Пальпаторно определяли регионарные лимфатические узлы (их величину, спаянность с окружающими тканями, болезненность при пальпации).

Больные были разделены на две группы:

1-я группа контрольная (n=15) — больные с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, которым проводили консервативное лечение с помощью аппарата «Тонзиллор». Производили отсасывание содержимого из лакун небных миндалин с одновременным промыванием их антисептическим раствором фурацилина и воздействием низкочастотного ультразвука. Терапия включала 10 сеансов, лечение проводилось каждый день.

2-я группа основная (n=20) — больные с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, которым проводили комплексное лечение ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор» и иммуностимулирующим препаратом Полиоксидоний, который применялся внутримышечно в дозировке 6 мг по схеме: в 1-, 4-, 7-, 10-, 13-й дни введения. При данной схеме лечения курсовая доза составила 30 мг.

Всем больным проводили клинические, иммунологические исследования до начала лечения и через 1 мес после окончания лечения. Наблюдение за больными осуществлялось в течение года.

Для оценки результатов консервативного лечения больных мы использовали шкалу критериев эффективности лечения, разработанную В.А. Попой в 1987 г. и дополненную нами:

— ухудшение состояния, под которыми понималось ухудшение течения хронического тонзиллита после лечения;

— без эффекта — больные, у которых не произошло изменений в клинических проявлениях после лечения, в период наблюдения и фарингоскопическая картина осталась без изменений;

— удовлетворительный результат — незначительное улучшение, после проведенного лечения уменьшилась частота и выраженность явлений декомпенсации хронического тонзиллита;

— хороший результат — больные, у которых исчезли явления тонзиллогенной интоксикации, не было рецидивов заболевания, а местные признаки хронического тонзиллита стали менее выражены;

— отличный результат — длительная ремиссия, отсутствие как признаков декомпенсации, так и местных симптомов хронического тонзиллита.

Иммунологическое обследование больных проводили в соответствии со стандартными тестами, рекомендованными ВОЗ (1980, 1987) и проблемной комиссией МЗ РФ по оценке иммунного статуса человека и эпидемиологии иммунодефицитов (1988).

Проводимое обследование включало определение количественных и функциональных показателей клеточного и гуморального звена иммунитета, фагоцитарной активности нейтрофилов, содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Оценивали: относительное (в %) и абсолютное (число клеток в 1 мкл) содержание Т-лимфоцитов (CD3+ клетки), их иммунорегуляторных субпопуляций Т-хелперов/индукторов (CD4+ клетки) и Т-цитотоксических/эффекторов (CD8+ Т-клетки) и их соотношение, которое показывало величину иммунорегуляторного индекса (ИРИ = CD4+ / CD8+), а также относительное и абсолютное содержание естественных киллеров (CD16+). Функциональную активность клеточного звена иммунитета оценивали по количеству Т-лимфоцитов, экспрессирующих на своей поверхности рецептор к интерлейкину-2 (ИЛ-2) (CD25+ клетки) и количеству антигенов HLA-DR (HLA-DR+ клетки).

Гуморальное звено иммунитета включало оценку относительного и абсолютного содержания В-лимфоцитов, концентрации иммуноглобулинов классов IgG, IgA, IgM в сыворотке крови с использованием моноспецифических сывороток методом радиальной иммунодиффузии в геле по Mancini G., Carbonara A. (1965).

Определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) осуществляли по методике Федосеевой В.Н. (1993).

Оценку фагоцитоза осуществляли по абсолютному числу и фагоцитарной активности нейтрофилов крови. Фагоцитарную активность определяли по их поглотительной способности убитой взвеси *St. aureus*. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием метода вариационной статистики и метода парных сравнений (разностный метод) с вычислением средней арифметической (M), средней ошибки средней величины (m), степени вероятности (P). Сравнение средних значений двух выборок производилось с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверным считалось различие более 95% (p<0,05). В таблице указаны средние арифметические значения соответствующего параметра и его средняя ошибка (M m).

Обсуждение полученных результатов

Выявление частоты клинических признаков декомпенсации хронического тонзиллита через 1 мес после лечения только ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор», показало достаточно высокую его эффективность. Количество больных с тонзиллогенной интоксикацией через 1 мес после лечения снизилось в 3,3 раза (66,6 12,0% до лечения и 20 10,0% после) (p<0,01), с подчелюстным лимфаденитом в 2,9 раза (53,3 12,8% до лечения и 18,2 9,9% после) (p<0,05). Процент больных с местными признаками хронического тонзиллита, такими как болевые ощущения в глотке, уменьшился в 3 раза (60,0 12,6% до лечения и 20 10,3% после) (p<0,05), процент больных с казеозно-гнойным содержимым лакун небных миндалин — в 5,5 раз (73,3 11,3% до лечения и 13,3 8,7 после) (p<0,01).

Эффективность лечения только ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор» у больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом представлена на рис. 1.

Положительный клинический эффект через 1 мес после проведенного лечения только ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор» (куда отнесли «отличные» и «хорошие» результаты лечения) мы наблюдали у 66,7% больных этой подгруппы. Через 1 год после проведенного лечения только ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор», у значительной части больных возобновились про-

явления хронического тонзиллита, положительный эффект наблюдался только у 26,6% больных, причем отличного результата не было отмечено ни у одного больного.

Процент больных с тонзиллогенной интоксикацией увеличился через 1 год в 2,3 раза: с 20 10,3 до 46,6 12,8% ($p>0,05$). Процент больных, у которых в отдаленном периоде диагностировали обострения хронического тонзиллита в виде ангины, уменьшился в 1,3 раза: с 80,0 10,6 до 60,2 12,0% через 1 год ($p>0,05$). Процент больных, у которых в отдаленном периоде выявляли симптомокомплекс «рецидивы ангины + тонзиллогенная интоксикация», уменьшился всего в 1,2 раза с 66,6 12,0 до 20 10,3% через 1 год после лечения ($p>0,05$), а количество больных с наличием подчелюстного лимфаденита — в 1,2 раза с 53,3 12,8% до лечения и 43,8 12,8% в отдаленном периоде ($p>0,05$).

До начала лечения при исследовании иммунного статуса у больных 1-й группы был выявлен дисбаланс иммунорегуляторных клеток за счет снижения относительного количества CD4+ клеток, иммунорегуляторного индекса (ИРИ), относительного содержания В-лимфоцитов, а также выявлено снижение всех классов иммуноглобулинов, ФИ, ФЧ и абсолютного фагоцитарного показателя. В то же время у них были повышены абсолютный показатель CD8+ клеток, количество палочкоядерных нейтрофилов, показатель ЦИК.

Через 1 мес после проведенного лечения у больных группы сравнения мы не обнаружили статистически значимого иммуномодулирующего эффекта, а через 1 год было отмечено снижение показателей относительного содержания CD4+ клеток до 36,9 1,6% ($N=39-50$) ($p>0,05$), CD3+ клеток до 57,9 1,6% ($N=60-75$) и снижение содержания IgG до 10,9 0,6 ($N=12-14$) ($p>0,05$). Иммунологические показатели фагоцитарного звена иммунного статуса или не изменились, или незначительно снизились по сравнению с исходно сниженными значениями. Таким образом, клинический эффект от лечения только ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор» носил временный, нестойкий характер. В отдаленном периоде (через 1 год) эффективность его снизилась. Через 1 мес после лечения только ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор», при описанной выше клинической эффективности мы не выявили достоверной нормализации большинства показателей иммуно-

логического статуса. Это может служить критерием в прогнозировании стойкости клинического эффекта. Эффективность комплексной терапии у больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом представлена на рис. 2.

Применение препарата Полиоксидоний в основной группе больных в сочетании с ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор» способствовало увеличению сроков ремиссии у этих больных в течение года и в дальнейшем к сокращению курсов лечения и уменьшению сеансов терапии в течение одного курса. Также у этих пациентов уменьшилось количество обострений хронического тонзиллита в виде ангины, причем у большинства пациентов в течение 1 года мы не наблюдали обострений данного заболевания.

Так если у пациентов контрольной группы курсы консервативной терапии нужно было проводить 3-4 раза в год, то в основной группе выраженный эффект достигался уже после первого курса лечения, что способствовало увеличению периода между повторными курсами терапии. В дальнейшем у больных основной группы мы ограничились 1-2 курсами в год.

Это способствовало уменьшению затрат и времени на лечение у пациентов, что значительно повысило не только качество их жизни, но и желание проводить лечение.

В основной группе через 1 мес после проведенной комплексной терапии положительный эффект мы наблюдали у 75% больных.

В отдаленном периоде положительный клинический эффект сохранился у 68,8% больных, что в 2,5 раза больше, чем при лечении больных только ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор».

При обострении хронического тонзиллита, которое проявлялось в виде ангины, применение препарата Полиоксидоний способствовало более легкому течению заболевания. Так, по нашим наблюдениям, в течение года у 7 больных контрольной группы наблюдалось среднетяжелое течение ангины, у одного легкое течение, а у одного тяжелое. Острый период с фебрильной лихорадкой и выраженным болевым симптомом в горле у них наблюдался 5,7±1,6 дней. Таким больным проводилась антибактериальная терапия не менее 10 дней. У большинства больных в постангинном периоде наблюдались явления тонзиллогенной интоксикации не менее двух недель.

У пациентов основной группы рецидивы ангины наблюдались в более легкой форме, с субфебрильной температурой и менее выраженным болевым симптомом в горле, причем данная симптоматика была у них 2,8±1,3 дня.

Применение препарата Полиоксидоний не исключало антибактериальную терапию, но это позволяло ограничить применение антибиотиков в течение 5—7 дней. Явления тонзиллогенной интоксикации в постангинном периоде мы наблюдали только у 2 больных этой группы. В последствие этим больным была выполнена двусторонняя тонзилэктомия.

У пациентов основной группы было меньше дней нетрудоспособности (8,7±1,8 дней) по сравнению с пациентами контрольной группы (12±4,4 дня). Таким образом, применение данного препарата оказывает не только выраженный клинический эффект, но и предпочтителен с экономической точки зрения.

При применении препарата Полиоксидоний в комплексной консервативной терапии больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом мы наблюдали выраженный иммуномодулирующий эффект. Происходило повышение исходно сниженных показателей и нормализация исходно повышенных показателей различных звеньев иммунологического статуса. Показатель относительного содержания CD4+ клеток через 1 мес после комплексной терапии нормализовался — 43,2 2,1 ($N=39-50$) ($p<0,05$). Произошла нормализация исходно сниженных: относительного и абсолютного показателя В-лимфоцитов — 8,3 0,6% и 202 16, ($N=8-12$) и $N=150-300$ соответственно) ($p<0,05$), нормализация всех классов иммуноглобулинов ($p<0,05$), ФЧ — 4,8 0,2 ($N=4-7$) ($p<0,01$) и повышение показателя ФИ до 66,1 1,4% ($N=70-80$) ($p<0,05$). Повышенное до лечения количество палочкоядерных нейтрофилов и ЦИК нормализовались — 5,4 1,0 ($p<0,01$) и 335 32 ($p<0,01$) соответственно. По отношению к исходно нормальным показателям иммунного статуса через 1 мес после лечения эффект был различным. Так, не было обнаружено динамики показателей лейкоцитов, абсолютного содержания лимфоцитов, абсолютного и относительного содержания CD3+ клеток и количества клеток, экспрессирующих на своей поверхности рецепторы к HLA-DR АГ. Однако, произошло увеличение относительного содержания лимфоцитов до 40,3 2,4% ($N=25-40$) ($p>0,05$).

ПОЛИОКСИДОНИЙ®

АЗОКСИМЕРА БРОМИД

ИННОВАЦИОННЫЙ препарат комплексного действия:
ИММУНОМОДУЛЯТОР ДЕТОКСИКАНТ АНТИОКСИДАНТ

ЛОР

ГИНЕКОЛОГИЯ
УРОЛОГИЯ

ПЕДИАТРИЯ

ИММУНОЛОГИЯ

ИММУНОМОДУЛЯТОР
ДЕТОКСИКАНТ
АНТИОКСИДАНТ

АЛЛЕРГОЛОГИЯ

ХИРУРГИЯ

ДЕРМАТОЛОГИЯ

ТЕРАПИЯ

Применение Полиоксидония способствует:

- Более быстрой нормализации общих и местных клинических симптомов
- Купированию болевого синдрома
- Сокращению сроков лечения
- Ранним положительным изменениям при инструментальных методах исследований
- Нормализации СОЭ, лейкоцитоза, лейкоцитарной формулы, иммунологических показателей
- Увеличению длительности ремиссии



Полиоксидоний®

Включен в перечень ЖНВЛС

(Распоряжение правительства РФ от 29 марта 2007г. №376-р)

*Жизненно Необходимые и Важнейшие Лекарственные Средства



Группа Компаний

ПЕТРОВАКС

Препараты будущего – сегодня

В отдаленном периоде (через 1 год) было отмечено, что иммуномодулирующий эффект, достигнутый при использовании препарата Полиоксидоний в комплексном лечении больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, у большинства показателей сохранился, а увеличенные показатели относительного содержания лимфоцитов, относительного и абсолютного содержания CD16+ клеток, а также CD25+ клеток, несущих на своей поверхности рецепторы к IL-2, нормализовались.

В то же время мы отметили увеличение количества ЦИК и фагоцитарного числа и снижение относительного содержания В-лимфоцитов, IgA и IgG (табл. 1).

Следует отметить, что нормализация подавляющего большинства иммунологических показателей коррелировала со стойким улучшением состояния больных и выраженным положительным клиническим эффектом от данного комплексного консервативного лечения.

Таким образом, при лечении больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом ультразвуковым аппаратом «Тонзиллор», через 1 мес после лечения отмечается выраженный клинический эффект только у 66,7% больных, при этом достигнутый результат имеет временный и нестойкий характер (через 1 год результат сохраняется только у 26,6% больных). После проведенного лечения не происходит нормали-

зации большинства показателей иммунного статуса.

При комплексном консервативном лечении больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом препаратом Полиоксидоний и ультразвуковым облучением небных миндалин аппаратом «Тонзиллор» определяется стойкий выраженный клинический и иммунологический эффект: через 1 мес после лечения он наблюдается у 75,0% больных и через 1 год сохраняется у 68,7% больных. При этом включение в схему терапии Полиоксидония позволяет сократить период нетрудоспособности с $12,0 \pm 4,4$ до $8,7 \pm 1,8$ дней, снизить длительность курса антибиотиковой терапии с 10 до 5—7 дней, что несомненно выгодно с экономической точки зрения.

см. литературу на стр. 77

Таблица 1.

Результаты иммунологического исследования больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита до и после лечения (M+m), %.

Субпопуляции иммунологического статуса	Норма	До лечения	После лечения	
			контрольная группа	основная группа
Кол-во лейкоцитов	4000—9000	7103 ± 901	6411 ± 476	6500 ± 1152
Кол-во палочко-ядерных нейтрофилов	1—6	9,45 ± 1,40	7,5 ± 1,59	8,12 ± 1,08
Кол-во лимфоцитов	25—40	33,6 ± 4,17	37,2 ± 2,97	33,1 ± 5,87
Кол-во Т-лимфоцитов (CD3+)	60—75	68,0 ± 3,46	62,2 ± 2,26	67,2 ± 2,95
Кол-во Т-хелперов (CD4+)	39—50	39,6 ± 4,78	37,8 ± 3,21	45,5 ± 3,19
Кол-во Т-супрессоров/эффекторов (CD8)	19—35	19,6 ± 2,42	21,6 ± 2,5	24,7 ± 1,36
Иммунорегуляторный индекс	1,8—2,0	1,97 ± 0,19	1,8 ± 0,25	1,87 ± 0,18
NK-клетки	10—17	15,6 ± 2,86	14,8 ± 2,67	15,9 ± 3,56
Показатель ИЛ-2	1—5	3,0 ± 1,03	3,08 ± 0,40	2,51 ± 0,83
Показатель HLA-DR	8—15	9,0 ± 1,18	13,4 ± 1,78	10,1 ± 1,36
Кол-во В-лимфоцитов	8—12	6,7 ± 1,06	8,1 ± 1,71	8,3 ± 0,94
IgG	12—14	13,5 ± 0,89	10,9 ± 0,77	12,6 ± 1,21
IgA	2,1—2,9	1,79 ± 0,2	2,0 ± 0,24	2,4 ± 0,27
IgM	1,3—1,7	1,5 ± 0,18	1,2 ± 0,07	1,77 ± 0,07
ЦИК	до 500	425 ± 67,5	372,7 ± 43,4	320 ± 62
Фагоцитарный индекс	70—80	50,1 ± 3,72	51 ± 4,40	66,1 ± 1,99
Фагоцитарное число	4—7	3,2 ± 0,22	3,23 ± 0,17	4,8 ± 0,57

В.М. Свистушкин, Г.Н. Никифорова

Проблема аллергического ринита в настоящее время

- Ильина Н.И. Рос ринология 1999; 1: 23—24
- Ильина Н.И. Польнер С.А. Con medicum 2001; 3(8): 384—393.
- Ильина Н.И., Козлов В.С., Павлова К.С. и др. Рос. аллергологический журнал 2009; 1: 85—89.
- Лопатин А.С. РМЖ 2002; 10(17): 761—766,
- Лопатин А.С. Con medicum 2004; 6(4),
- Лусс Л.В. Лечащий врач. 2002; 4: 24—28.
- Лусс Л.В. РМЖ 2003; 11: 12.
- Протокол ведения больных. Алергический ринит (Утв. Минздрав-соцразвития РФ 28.04.2006)
- Ушкалова Е.А. Трудный пациент 2005; 6.
- Феденко Е.С. Consillium medicum 2004; 3: 4.
- Федоскова Т.Г. РМЖ 2007; 15(7): 608—611.
- Хайтов Р.М., Богова А.В., Ильина Н.И. Иммунология 1998; 3: 4—9.
- ARIA. Allergic rhinitis and its impact on asthma. WHO initiative, 2001.
- ARIA. Allergic rhinitis and its impact on asthma. WHO initiative, 2008.
- Bachert C., El-Akkad T. Annals of Allergy Asthma Immunol 2002; 89: 292—297.
- Carney A., Davis A. J Laryngol Otol 1998; 112: 1019—1030
- Cirillo I., Vizzaccaro A., Tosca M.A. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2003; 35: 204—207
- IVAX Pharmaceuticals. Fluticasone propionate 50 microgram nasal spray. The clinical review 2005. May.
- Handley D., Magnetti A., Higgins A. Exp Clin Invest Drags 1998; 7(7): 1045—1054.
- Howarth P.H., Wilson S., Lau L. Clin Exp Allergy 1991; 21 (Suppl 21): 3—15.
- Malling H.J. Allergy. 1998; 53(5): 461—72.
- Philip G., Malmstrom K., Hampel F.C.Jr. Clin Exp Allergy 2002; 32: 1020—1028.
- Varney V.A., Edwards J., Tabbah K. Clin Exp Allergy. 1997; 27(8): 860—867.

В.В.Вишняков

Лечение острого синусита

- Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит. Этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М., 2009.
- Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М., 2008.
- European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 // Rhinology. 2007. Supplement.

А.Ю.Овчинников, Е.А. Шевцов, М.А. Панякина

Место респираторных фторхинолонов в лечении больных гнойным гайморитом, протекающим на фоне бронхиальной астмы

- Глазников Л.А., Пониделко С.Н. Новости оторинолар и логопат 2001; 4 (28): 82—86.
- Лайко А.А., Бредун А.Ю. Российская ринология 2005; 2: 188.
- Лопатин А.С. Consilium medicum 2002; 4: 4:186—188.
- Овчинников А.Ю. Место, значение и роль воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в возникновении, течении и лечении сочетанной патологии верхних и нижних дыхательных путей. Автореф. дис. ... док. мед. наук. М, 2005.
- Пискунов Г.З. Клиническая ринология. М: Миклош, 2002: 390 с.
- Пониделко С.Н., Позняк А.Л. Новости оторинолар и логопат 2001; 4 (28): 67—71.
- Сакович А.Р. Синуситы: клинко-эпидемиологический анализ. http://bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=1603:2009-10-13-09-17-50&catid=116:32009&Itemid=196
- Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Овчинников А.Ю. и др. Рос оторинолар 2004; 3 (10): 150—152.
- Страчунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. Consilium medicum 2001; 3: 8: 23—25.
- Яковлев С.В., Яковлев В.П. Левофлоксацин — новый антимикробный препарат группы фторхинолонов. М: Дипак, 2006. 240 с.
- Шиленкова В.В., Козлов В.С., Шиленков А.А.Справочник поликлинического врача 2004; 2: 47—50.
- Яковлев С.В., Яковлев В.П. Consilium medicum 2001; 1.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI / WHO Workshop, 2001.19 p.

О.В. Зайцева

Диагностика и лечение кохлеовестибулярных нарушений

- Бабияк В.И., Гофман В.Р. Новости оториноларингологии и логопатологии 2000; 4: 3—11.
- Гринчук В.И. Головокружение и проблемы оториноларингологии. В кн.: Мат-лы научно-практической конференции «Головокружение: современные аспекты диагностики и терапии». М 1999; 2—7.
- Еремина Н.В., Гришук В.Н. Роль активного выявления вестибулярных расстройств у населения в реализации программы реабилитации больных. В кн.: Мат-лы XVI съезда оториноларингологов РФ. М 2001; 293—296.
- Кадымова М.И., Полякова Т.С., Владимиров Т.Н. Вестн оторинолар 1998; 5: 49—50.
- Морозова С.В. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2003; 2: 1: 105—110.
- Портенко Е.Г., Добрынин К.Б.Новости оториноларингологии и логопатологии 2000; 2: 55—57.
- Пригун П.П. Головокружения. Минск: Беларусь 1988; 3, 5, 18—20, 20—22.
- Хилов К.Л. Функция органа равновесия и болезнь передвижения. Л: Медицина 1969; 278 с.
- Храппо Н.С. Возможности реабилитации больных нейросенсорной тугоухостью. Тез. докл. VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург 1990; 470—472.
- Шеремет А.С. Consilium medicum. Приложение «Головокружение» 2001; 3—9.
- Бертон М.Дж. Лечащий врач 1999; 4: 58—60.
- Colledge N.R., Barr-Hamilton R.M. BMJ 1996; 313: 788—792.
- El-Kashlan H.K., Shepard N.T., Asher A.M. Laryngoscope 1998; 108: 311—319.
- Fukuda T. The stepping test. Acta. Ftalaryngologica (Stokh) 1959; 50: 95—108.
- Monsell E.M., Furman J.M., Herdman S.J Otolaryngol-Head-Neck-Surg 1997; 117: 394—398.
- Ohinata Y. Am Otol Rhinol Laryngol 1997; 106: 1: 27—32.
- Timmerman H. Acta Otolaryngol (Stockh) 1994; 513: 28—32.
- Yardley L., Britton J., Lear S. Behav Res Ther 1998; 33: 4: 435—439.
- Meyer J.S., Mathew N.T., Hartmann A., Rivera V.M.. J Clin Pharmacology 1974; 14.
- Tighilet B., Lyonard J., Lacour M. J Vest Res 1995; 5: 53—66.



В.М. Свистушкин, Г.Н. Никифорова

Возможности мукоактивной терапии в лечении больных ОРЗ

1. Делягин В.М., Быстрова Н.Ю. Антибактериальные и мукоактивные препараты. М: Алтус, 1999.
2. Ермакова И.Н. Педиатрия 2007; 1: 93—100.
3. Ермакова И.Н., Мизерницкий Ю.Л. Педиатрия 2008; 2: 123—125.
4. Зайцева О.В. Педиатрия 2007; 1: 33—37.
5. Мизерницкий Ю.Л. Отхаркивающие и муколитические средства в терапии бронхолегочных заболеваний у детей. В кн.: Фармакотерапия в педиатрической пульмонологии. Под ред. С.Ю.Каганова. М: Медпрактика-М, 2002; 123—140.
6. Карпунин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. СПб: Гиппократ, 2000: 180.
7. Митин Ю.В., Гомза Я.Ю. Исследования эффективности мукоактивного препарата Флюдитек у больных с острым гнойным средним отитом и синуситом. ЖУНГБ, 2005.
8. Федосеев Г.Б., Жихарев С.С. Основные механизмы защиты бронхолегочной системы. В кн.: Болезни органов дыхания. Под ред. Н.В. Путова. Т.1. М: Медицина, 1989; 112—143.
9. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. Рязань, 2000.

В.В. Вишняков, В. Н. Костюк

Современные методы консервативного лечения больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом

1. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Современные подходы к оптимизации лечения больных хроническим тонзиллитом // Проблемы иммунологии в оториноларингологии: материалы Всероссийск. симпоз. СПб, 1994. С. 5—7.
2. Иванова А.С. Экспериментальное изучение специфической (иммунотомодулирующей) и общей фармакологической активности «полиоксидония» и его лекарственной формы: отчет института иммунологии МЗ и МП РФ. М., 1994.
3. Клячко Л.Л., Анхимова Е.С. Показатели иммунитета в прогнозировании течения хронического тонзиллита // Проблемы иммунологии в оториноларингологии: материалы Всеросс. симпоз. СПб., 1994. С. 12—13.
4. Константинова Н.П., Морозова С.В. Практикующий врач. 1999. №12. С. 4—6.
5. Пономарев Л.Е. Лечение детей с хроническим тонзиллитом с использованием немедикаментозных физических факторов: автореф. дисс... док. мед. наук. Краснодар, 2000.
6. Преображенский Б.С., Попова Г. Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания. М., 1970. С. 384
7. Хайтов Р.М., Пинегин Б.В. Практикующий врач. №9.1997. С. 5—13.
8. Хмельницкая Н.М., Клячко Л.Л., Анхимова Е.С. и др. Новости оториноларингологии и логопатологии. 1997. С. 73.
9. Черныш А.В., Гофман В.Р. Хронический тонзиллит как вторичный признак иммунодефицитного состояния организма // Материалы 15 Всероссийского съезда оториноларингологов. 1995. Т. 2. СПб. С. 163—166.
10. Черныш А.В. Клинико-иммунологические аспекты хронического тонзиллита: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб, 1996. 36 с.

Ю.Л. Солдатский, Е.К. Онуфриева, Т.Г. Завикторина, И.Е. Погосова, С.Ф. Гаспарян, С.Н. Попова

Взаимосвязь между хронической патологией верхних отделов дыхательных путей и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

1. Алексеева О.П., Пикулев Д.В., Долбин И.В. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Нижний Новгород: НГМА, 2006. 76 с
2. Баранов А.А., Щербаков П.Л. Вопросы современной педиатрии 2002; 1: 1: 12—16.
3. Белоусов С.С., Муратов С.В., Ахмад А.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлюкс. Нижний Новгород: НГМА, 2005. 120 с.
4. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Коваленко А.А. и др. Кислотозависимые состояния у детей. М., 1999. 112 с.
5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пособие для врачей. М., 2005. 30 с.
6. Осадчук М.А., Усик С.Ф., Чиж А.Г. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике клинициста. Саратов: СГМУ, 2004. 196 с.
7. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей (клиника, диагностика, лечение): Метод. рек. СПб, 2000. 32 с.
8. Щербаков П.Л. Русский медицинский журнал 2007; 9: 2: 42—47.
9. Barbero G.J. Gastroesophageal reflux and upper airway disease. Otolaryngol Clin North Am 1996; 29: 1: 27—38.
10. Book D.T., Rhee J.S., Toohill R.G., Smith T.L. Laryngoscope 2002; 112: 8: 1399—1406.
11. Chang A.B., Lasserson T.J., Kiljander T.O. BMJ 2006; 332: 1: 11—17.
12. DeMeester T.R., Wang C.I., Wernly J.A. J Thoracic Cardiovascular Surg 1980; 79: 5: 656—670.
13. DeMeester T.R., Chandrasoma P. Ann Rev Med 1999; 50: 469—506.
14. Ford C.N. JAMA 2005; 294: 12: 1534—1540.
15. Johnston N., Ross P.E., Bulmer D. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003; 112: 1606—1609.
16. Koufman J.A. Laryngoscope 1991; 101: 4 (Suppl. 53): 78.
17. Postma G.N. Ann Otol Rhinol Laryngol 2000; 109: 10 (Suppl.184): 10—14.
18. Rosbe K.W., Kenna M.A., Auerbach A.D. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery 2003; 129: 1213—1220.
19. Rozmanic V, Velepik M., Ahel V. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34: 3: 278—280.
20. Sontag S.J. Am J Med 1997; 103: 5A: 84—90.
21. Stavroulaki P. Int J Pediatr Otolaryngol 2006; 70: 579—590.
22. Tauber S., Gross M., Issing W.J. Laryngoscope 2002; 112: 5: 879—886.

Е.Ю. Радциг

Лечение и профилактика ЛОР-осложнений ОРВИ у детей

1. Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин А.М. Педиатрия. 2006; 1: 24—27.
2. Селькова Е.П., Учайкин В.Ф., Шумилов В.И. и др. Организационно-методические подходы к совершенствованию профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ. Русский мед журн 2002. Репринт: 3—7.
3. Гончарова О.В. Приложение «Педиатрия» к журналу Consilium medicum, №1, 2010. С. 12—16.
4. Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика острых респираторных заболеваний (Пособие для врачей). М 2001: 14 с.
5. Богомильский М.Р., Самсыгина Г.А., Минасян В.С. острый средний отит у новорожденных и грудных детей. Монография. М 2007; 190 с.
6. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Хронический аденоидит у детей. Методическое пособие. М 2009; 38 с.
7. Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Богомильский М.Р. Ирригационная терапия в профилактике сезонной заболеваемости у детей в дошкольных организованных детских коллективах. Педиатрия им Сперанского 2009; 1: 8. Гаращенко Т.И., Шишмарева Е.В. Cons. medicum 2004; 2: 46—48.
9. Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Гаращенко М.В. Cons. medicum 2005; 3: 61—65.
10. Кюлев А.И. Ирригационная терапия верхних дыхательных путей. М: Медицина, 1987.