

гемостаза у больных в критических состояниях по уровню фибринопептида А и D-димера. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – № 2. – С. 73–76.

14. Маджуга А. В., Сомонова О.В., Елизарова А. Л., Свиридова С.П., Мазурина, О.Г., Кашия Ш.Р. Нарушения системы гемостаза у онкологических больных с массивной интраоперационной кровопотерей // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 5. – С. 50–52.

15. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Баймурадова С. М., Акиншина С. М.. Тромбофилия и здоровье женщины. // Сибирский медицинский журнал. – 2006. – №5(21). – С. 6–8.

16. Мальков О.А., Долгих В.Т., Лукач В.Н. Комплексная профилактика тромботических осложнений у больных колоректальным раком на этапах хирургического лечения // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 5. – С. 52–54.

17. Марри Р., Греннер Д., Мейес П., Родуэлл В. Биохимия человека: В 2-х томах. Т.2. Пер. с англ.: – М.: Мир, 1993. – 384с.

18. Ноздрачев Ю. И. Турбидиметрический

анализ полимеризации фибрина в плазме крови. // Вестн. интенсив. тер. – 1995. – № 1. – С. 17–22.

19. Система гемостаза [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cmd-online.ru/help/articles/detail.php.ID=111739>.

20. Синдром Диссимирированного внутрисосудистого свертывания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://studentport.su/referast/ptint.php>.

21. Фермилен Ж. и Ферстраге М. Гемостаз, пер. с франц., М., 1984.

22. Шиффман Ф.Д. Патофизиология крови: Пер. с англ. – М., СПб., 2000. – С. 191-253.

23. Bui T.H., Wramsby H. Micromanipulative assisted fertilization till clinical research. Hum Reprod. – 1996. – №11(5). – P. 921–924.

24. Ciavarella D., Reed R. L. et. al. // Br. J. Haematol. – 1987. – Vol. 67. – № 3. – P. 365–368.

25. Masuda S., Hattori A., Matsmoto H., Miyazawa S., Natori Y., Mizutani S., Tsujimoto M. In volvemnt of the V<sub>2</sub> receptor in vasopressin stimulated translocation of placental leucine aminopeptidase / oxytocinase in renal cells // Eur J. Biochem. – 2003. – Vol. 270, № 9. – P. 1988–1994.

## СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОМ ВОСПАЛЕНИИ

Насыров В.А., Ормокоева С.И.

Эта статья показывает достаточное количество высоких результатов после использования раствора «Элюдрил».

## THE WAYS OF TREATMENT OF OROPHARYNGEAL INFLAMMATION.

Nasirov V.A., Ormokeeva S.I.

This article shoves enough amount of high results after using the solution “Eludril” for oropharyngeal inflammation.

Инфекционные заболевания ЛОР-органов – весьма обширная группа воспалительных заболеваний, каждое из которых человек переносит несколько раз в жизни. В эту группу входят воспалительные болезни околоносовых пазух (синуситы), глотки и миндалин (фарингиты, ангины) и среднего уха (отиты). Значение этих заболеваний определяется их чрезвычайной распространенностью, особенно в детском возрасте (1,2). Медико-социальная значимость

воспалительных заболеваний небных миндалин обусловлена высокой распространенностью среди населения. При этом их частота у детей занимает одно из первых мест в детской патологии, что связано с анатомическими и физиологическими особенностями верхних дыхательных путей.

Расположение небных миндалин на стыке дыхательного и пищеварительного путей является причиной того, что они чаще

все подвергается инфицированию при проникновении возбудителей с воздухом или пищей по сравнению с другими лимфоидными образованиями глотки. У детей еще мало развита лимфоидная ткань, находящаяся в толще слизистой оболочки всего респираторного тракта. Именно поэтому на первое место в защите организма от возбудителей инфекционных заболеваний выходят лимфоидные образования глотки (3,4,5). При инфекционном поражении небных миндалин выявляется, как правило, их гипертрофия и реакция регионарных лимфоузлов. Фарингиты и тонзиллиты обусловлены сочетанием бактериальной и вирусной этиологии и их преобладающее влияние в значительной мере зависит от числа эпидемиологических факторов, таких как возраст пациента, время года и географическая зона.

С практической точки зрения острые тонзиллиты и фарингиты у детей и взрослых – это две разные нозологии. Острые тонзиллиты у детей в 40% вызываются бактериями, причем основными возбудителями являются стрептококки группы А, ассоциированные с развитием иммунологически опосредованных осложнений. У взрослых пациентов в 90% случаях острые тонзиллиты и фарингиты имеют чаще всего вирусную этиологию и не требуют проведения антибактериальной терапии (6,7,8).

Несмотря на разнообразие причин, инфекции дыхательных путей характеризуются одной общей чертой – воспалением. Инфекция и воспаление не просто взаимосвязаны: они усиливают друг друга, приводя к порочному кругу, который способствует развитию длительной патологии.

Воспаление – это нормальная реакция слизистой оболочки ротоглотки на инфекцию, которая направлена на уничтожение вирусов и бактерий, осуществляемая сложными гемодинамическими и клеточными механизмами. Развитие воспаления включает гемодинамические нарушения, изменения проницаемости сосудов и клеточную инфильтрацию пораженной области (9,10,11). Быстрое и массивное поступление клеток, мигрирующих из кровотока в область воспаления, обусловлено полиморфонуклеарными клетками, лимфоцитами и макрофагами. Макрофаги играют при воспалении основную роль, поскольку они осуществляют комплексные иммунные реакции слизистой оболочки ротоглотки, начиная с ранних стадий (рис.1)

Хроническое воспаление это благоприятный фон для повторных инфекций респираторного тракта. Длительное присутствие высокоактивных макрофагов в месте воспаления приводит к неконтролируемой воспалительной

### Макрофаг несущий антиген на своей поверхности

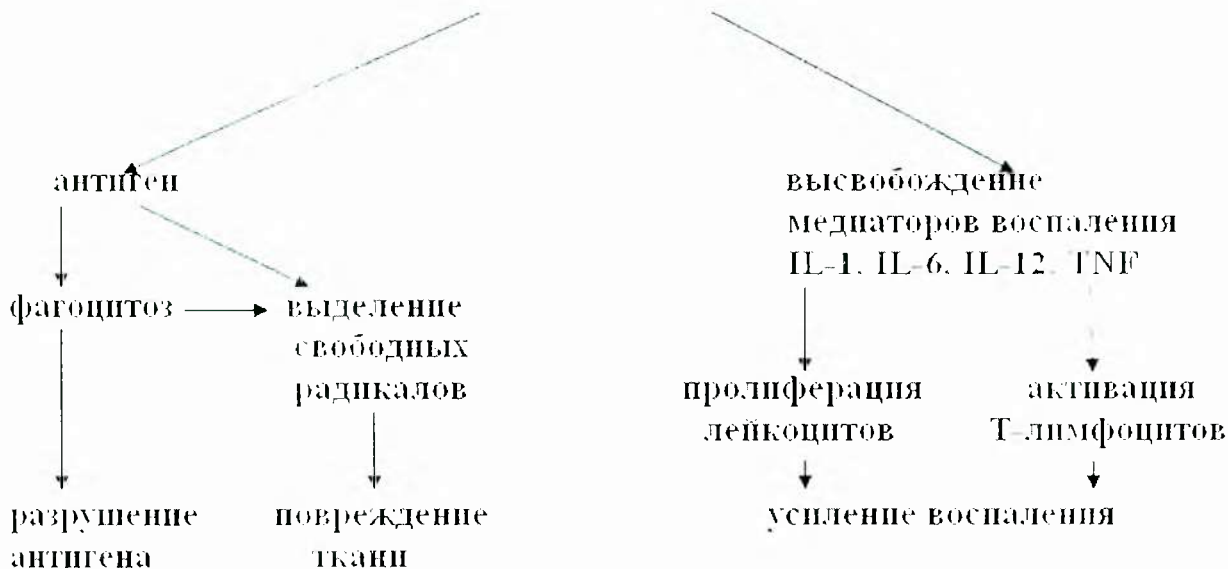


Рисунок 1. Физиологическая реакция на бактериальную инфекцию

реакции. Хроническое воспаление вызывает пагубное повреждение тканей, тем самым прокладывая путь для дальнейшей инфекции и продолжения болезни и в конечном итоге развивается суперинфекция слизистой оболочки дыхательных путей, которая вызывает всплеск воспалительной реакции, формируя порочный круг инфекции – воспаления.

Основными жалобами пациентов при обращении к врачу являются боли в горле и дисфагия которая заставляет их обращаться за медицинской помощью. Другие симптомы – першение в горле, кашель и раздражение – чаще встречаются при фарингите вирусного происхождения. Симптомы фарингита, вызванного бета-гемолитическим стрептококком группы А, представлены как общей симптоматикой – повышенной температурой, так и местной симптоматикой в виде налета на миндалинах, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов.

Прогноз и течение фарингитов и тонзиллитов зависит от уровня неспецифической резистентности как всего организма, так и тканей вовлеченных в воспалительный процесс. Широкое применение антибиотиков привело к развитию устойчивых штаммов бактерий. В связи с чем при местной профилактике и лечении фаринготонзиллитов предпочтение следует отдавать антисептическим препаратам, способным менять характер воздействия на клеточные факторы воспаления.

Целью данной работы явилось изучение эффективности применения препарата «Элюдрил» при лечении острых фарингитов и тонзиллитов.

Было обследовано 394 пациента, в возрасте от 12 до 56 лет, из них 45 больных с острой фолликулярной и лакунарной ангиной, 324 пациентов с вирусными фарингитами, 25 пациентов с язвенными стоматитами. Клинический диагноз выставлен на основании анамнеза, жалоб пациентов, клинических симптомов. У всех пациентов проводили общеклинические и бактериологические исследования.

В зависимости от проведенного местного лечения пациенты были разделены на две

группы. I группа пациентов получала лечение препаратом «Элюдрил», который использовали в виде полосканий 2 раза в день. Для этого на полстакана теплой кипяченной воды добавляли 2 чайные ложки раствора «Элюдрил». Во II группе проводили традиционное лечение. Продолжительность лечения определялась наличием жалоб и объективных симптомов заболевания.

Для лечения воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта активно используют антисептические и антибактериальные средства для местного применения, из них наиболее изученным и безопасным антисептическим препаратом является хлоргексидин, который обладает широким антибактериальным спектром и не индуцирует резистентность микроорганизмов. Бактериостатическое действие хлоргексидина проявляется в концентрации 0,01% и менее, а бактерицидное – в концентрации более 0,01%. Фунгицидное действие – при концентрации 0,05%. Вирулицидное действие (в отношении липофильных вирусов) – проявляется при концентрации 0,01-1%. Особенно интересны лекарственные формы хлоргексидина, способные создать депо в зоне аппликации и, следовательно, действовать длительно. Таким препаратом является средство «Pierre Fabre Medicament» раствор для полоскания полости рта «Элюдрил».

Раствор для полоскания полости рта «Элюдрил» – эффективный раствор, имеющий уникальный многокомпонентный состав. Помимо хлоргексидина, в его состав входит хлорбутанол – контактный анестетик, обеспечивающий продленную анальгетическую активность с фунгицидным эффектом, натрия докунат – обволакивающее вещество, которое обеспечивает длительность действия элюдрила и спирт – антибактериальное вещество, усиливающее активность хлоргексидина. Также в состав раствора входит ароматизирующий эксципиент, который способствует тому, что элюдрин оказывает дезодорирующее действие.

В I группе в результате проведенного лечения достоверно уменьшалась выраженность острых клинических симптомов. На второй день

у 91% пациента проходил болевой синдром, к 3-4 дню на 82 % уменьшались воспалительные явления. К седьмому дню лечения наступало выздоровление практически у всех пациентов. Отмечалась прекрасная переносимость препарата «Элюдрил» всеми пациентами, аллергических реакций отмечено не было.

Во второй группе, получавших традиционное лечение, улучшение было только к девятому дню.

На основании полученных результатов было объективно доказано, что антисептический препарат «Элюдрил», используемый для полоскания полости рта и глотки имеет выраженное антисептическое, противовоспалительное и обезболивающее действие. Побочных действий препарата «Элюдрил» мы не обнаружили. Препарат «Элюдрил» можно рекомендовать практикующим ЛОР-врачам для лечения острых фарингитов, ангин, вирусных и кандидозных поражений слизистой полости рта, а также для профилактики послеоперационных воспалительных осложнений.

#### Список литературы:

1. Ушаков. Р.В., Царев В.Н., Чувилкин В.И. Современные принципы применения антибактериальных препаратов для лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. *Стоматология для всех.* -1999. №4-с.31-37.

2. Щербакова М.Ю., Белов Б.С. А-стрептококковый тонзиллит: современные аспекты // *Педиатрия.* 2009. Т. 88, № 5. С. 127-135.

3. Diphtheria in a highly immunized population / R. Sheffer, E. Marva, R. Mimon[etal.]// *Harefuah.* 2008. Vol. 139. P. 106-108.

4. Сарычев А.М. Особенности клинических проявлений и иммунопатогенеза хронической Эпштейна-Барр вирусной инфекции у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2005. 26 с.

5. Чиквашвили Ф.Д. Клинико-социальная характеристика стрептококковой инфекции у детей в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2000. 17 с.

6. Клиническая характеристика инфекционного мононуклеоза / Л.И. Зиновьева, А.С. Оберт, И.В. Иванов [и др.] // *Журнал инфектологии.* 2010. Т. 2, № 3. С. 86-87.

7. Громада Н.А. Хронический тонзиллит и его влияние на течение других заболеваний. *Вестник КРСУ.* 2003, № 7, с.28-32.

8. Исхаки Ю.Б. О роли патологии ЛОР-органов в возникновении и развитии некоторых заболеваний у детей. *Матер.2-съезда детских врачей Таджикистана.* Душанбе, 1981, с.26-28.

9. Ташбаев К.Т. Клинико-иммунологическая характеристика вирусных гепатитов А и В у детей, страдающих хроническим тонзиллитом. Автореф. дисс. канд. мед. наук., Ташкент, 1990.- 20 с.

10. Быкова В.П. Патология внутренних органов у больных ангиной и хроническим тонзиллитом. *Рос. Ринол.* -2001. -№2-3. -С.12-13.

11. Овчинников А.Ю. и др. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания. *Медиц. реферат. журн.* -Т.7. -1999.- №7.