

пах. Всегда доминировали побочные реакции токсического типа (у 25% больных СД-1 и у 22,9% больных СД-2). В подавляющем большинстве эти реакции имели обратимый характер и обычно не требовали изменения режима лечения. Они устранялись при кратковременном перерыве в лечении и при назначении витаминов и гепатотропных средств. У больных СД-1 побочные реакции чаще всего вызывали изониазид и рифампицин (9,4%). У больных СД-2 побочные реакции были связаны преимущественно со стрептомицином (11,4%).

Проведенный анализ эффективности интенсивной химиотерапии ТЛ у больных СД позволил сделать основной вывод о возможности, допустимости и удовлетворительной переносимости первого наиболее нагрузочного ее этапа. Результаты этой терапии оказались неодинаковыми у больных разными типами СД. Так, они были гораздо более благоприятными у больных СД-1 и достоверно ниже у больных СД-2. Можно полагать, что различия в эффективности терапии ТЛ у больных разными типами СД объясняются разницей в возрасте. Не вызывает сомнения тот факт, и это многократно подтверждено, что ТЛ у пожилых лиц, у которых и развивается СД-2, протекает гораздо тяжелее и хуже поддается терапии, чем ТЛ такой же по давности и протяженности у лиц молодого возраста.

Определенное влияние на результаты химиотерапии могли оказывать, кроме того, особенности процессов фармакокинетики изониазида, основного и наиболее действенного противотуберкулезного препарата. Между тем в мировой литературе отсутствуют сведения по особенностям его инактивации у больных СД.

Результаты наших исследований по этой проблеме показали, что слабый тип инактивации изониазида (его более медленное разрушение в организме) отмечался у больных СД-1 значительно чаще, чем у больных СД-2 (соответственно у 81,2 и 51,9%). Причиной этого можно считать характерное для больных обоими типами СД снижение активности процессов ацетилирования всех соединений, в том числе и изониазида. Отмеченные особенности метаболизма этого ведущего противотуберкулезного препарата приводят к нараста-

нию его активной фракции в крови. Они же могут способствовать более высокой эффективности химиотерапии туберкулеза у больных СД-1, нежели у больных СД-2.

Таким образом, проведенные исследования показали, что ТЛ, развивающийся у больных СД разных типов, отличается по патогенезу, ряду клинических и рентгенологических параметров, а также по течению и результатам лечения. Характерными особенностями ТЛ у больных СД-1 являются более острое начало и бурное прогрессирование, быстрое формирование обширных инфильтративных поражений с множественными небольшими полостями распада. ТЛ у больных СД-2 развивается преимущественно в первые годы после возникновения эндокринных нарушений в результате реактивации старых изменений, сохранившихся после перенесенной в прошлом инфекции. Характерными его особенностями являются подострое

или незаметное начало, менее быстрое прогрессирование и более позднее выявление при уже сформировавшихся немногочисленных более крупных кавернах.

Высокая эффективность вполне удовлетворительная переносимость больными СД стандартной химиотерапии ТЛ по схемам, рекомендованным ВОЗ, позволяют пересмотреть старое положение о невозможности интенсивного лечения данного контингента больных. Основной предпосылкой для успеха подобной терапии является непродолжительность первого нагрузочного этапа лечения. Более благоприятные результаты лечения у больных СД-1 нежели у больных СД-2, обусловлены не только особенностями патогенеза, своеобразием клинических проявлений ТЛ в этих группах и возрастными различиями между ними, но и существенно разницей в метаболизме изониазида у больных СД разных типов.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ. 2002

УДК 616.2-022.6-06:616-056.43]-085

Г. И. Дрынов, О. К. Иванюшина, А. М. Пискун

ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Аллергологический центр Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова

TREATMENT OF RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN PATIENTS WITH ALLERGIC DISEASES

G.I. Drynov, O.K. Ivanyushina, A.M. Piskun

The main directions in treatment of allergic patients with frequent respiratory diseases are discussed. The results of treatment of 148 patients with allergic rhinosinusitis and bronchial asthma of mild and medium severity are described. 75 patients of the first group and 73 patients of the second group received Sinupret and Tonzilgon, respectively. In combination with basic therapy of the main disease, the use of the drugs Sinupret and Tonzilgon was found to provide significant positive clinical result and long-term remission of the disease. In addition, it is noted that these drugs can be recommended as preparations of choice in case of antibiotic intolerance. It is shown that Sinupret and Tonzilgon are safe and efficacious remedies for solving the problem of therapy of respiratory infections in patients with asthma. These drugs can be used as components of combined therapy, monotherapy, and prophylaxis of these diseases.

Авторы излагают основные направления в лечении пациентов-аллергиков с частыми респираторными заболеваниями. Приводятся результаты лечения 148 больных, страдающих аллергическим риносинуситом, бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести. При лечении 75 пациентов 1-й группы использован синупрет, у 73 больных 2-й группы — тонзилгон. Установлено, что использование препаратов "Тонзилгон" и "Синупрет" в сочетании с базисной терапией основного заболевания позволяет добиться значительного клинического результата и длительной ремиссии заболевания. Кроме того, отмечено, что данные лекарственные средства могут являться препаратами выбора при непереносимости антибиотиков. Авторы показали, что синупрет и тонзилгон являются эффективными и безопасными средствами для решения проблем терапии респираторных инфекций у пациентов-астматиков как в качестве компонента при комплексном лечении, так и при монотерапии, а также для профилактики этих заболеваний.

Клиническим аллергологам-иммунологам, пульмонологом, а также врачам-терапевтам часто приходится сталкиваться с пробле-

мой лечения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у пациентов, страдающих аллергическими заболеваниями. ОРВИ

резко ухудшают течение основного заболевания у больных бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. Обострение бронхиальной астмы на фоне ОРВИ не только приводит к учащению и усилению выраженности симптомов, но и способствует утяжелению заболевания. Частые ОРВИ у тех, кто страдает аллергическим ринитом, могут провоцировать возникновение гиперреактивности бронхов на фоне инфекции и способствовать дебюту бронхиальной астмы. Кроме того, зачастую остро встает вопрос подбора медикаментозной терапии ОРВИ у пациентов с лекарственной непереносимостью.

Основными задачами при лечении данной категории больных являются: эффективный контроль симптомов основного заболевания, исключение приема непереносимых больным лекарственных препаратов, лечение респираторных инфекций и мероприятия по их профилактике.

Ведение пациентов-аллергиков с частыми респираторными заболеваниями включает следующие основные направления:

- исключение приема препаратов, оказывающих неблагоприятное влияние при наличии лекарственной непереносимости;
- базисная терапия имеющихся или возникших проявлений болезни безопасными препаратами под контролем состояния пациента.

Достаточно часто поводом для обращения пациентов к врачам является обострение основного заболевания на фоне респираторных инфекций. Требуется коррекция и усиление базисной терапии, а нередко и лечение осложнений. Наиболее серьезными для состояния пациентов с аллергическими ринитами и синуситами являются ОРВИ, осложненные пневмониями и бронхитами.

Кроме того, респираторные инфекции являются одной из наиболее распространенных причин ухудшения состояния пациентов с бронхиальной астмой и аллергической риносинусопатией. Наличие бронхоспазма, отека слизистой оболочки носа и бронхов, гиперпродукции бронхиального секрета с измененными реологическими свойствами способствует хронизации воспалительного процесса верхних и нижних дыхательных путей. Необходимость назначения антибактериальных препа-

ратов больным бронхиальной астмой возникает чаще всего в связи с такими инфекциями нижних дыхательных путей, как госпитальные и внегоспитальные пневмонии и инфекционные обострения хронических бронхитов. Вышеуказанные респираторные инфекции могут быть вызваны разнообразными формами возбудителей. Наиболее часто обнаруживаются такие микроорганизмы, как *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*. В последнее время большое значение приобрели *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*, которые все чаще являются этиологическим фактором инфекции нижних дыхательных путей. Персистенция этих возбудителей происходит и при хроническом тонзиллите.

Необходимость терапии респираторных инфекций у пациентов-аллергиков ввиду неблагоприятного воздействия на течение основного заболевания, бронхиальной астмы или аллергической риносинусопатии не вызывает сомнений. Кроме того, эта терапия должна быть адекватной и соответствовать принципам лечения данных заболеваний. А именно — способствовать восстановлению вентиляции и оттока из околоносовых пазух, оказывать секретолитическое, противовоспалительное и противоинфекционное действие, а также давать иммуномодулирующий эффект. Методики лечения, отвечающие этим принципам, требуют применения одновременно нескольких лекарственных препаратов, включая антибиотики. В настоящее время выбор антибактериального препарата для терапии инфекций дыхательных путей у астматиков и аллергиков затрудняется наличием как возрастающего уровня антибиотикорезистентности, так и значительной склонности у этой категории больных к аллергическим реакциям на данные препараты. К наиболее аллергенным препаратам можно отнести пенициллины и цефалоспорины, а также препараты группы тетрациклина и сульфаниламиды, которые являются к тому же и наиболее часто назначаемыми в терапевтической практике.

Помимо эффективности, проводимое лечение респираторной инфекции должно обеспечивать

отсутствие потенциального риска непереносимости лекарственного препарата.

Одними из широко применяемых в настоящее время являются растительные препараты "Тонзилгон" и "Синупрет".

Для синупрета подобрана уникальная комбинация растений, сочетание которых позволяет применять его для лечения воспалительных заболеваний дыхательных путей различной этиологии. Оказывая выраженное секретолитическое и противовоспалительное действие, он также обладает противоинфекционными и иммуномодулирующими свойствами, что соответствует вышеперечисленным задачам при лечении воспалительных заболеваний дыхательных путей.

Тонзилгон — также препарат растительного происхождения, в состав которого входят корень алтея, цветы ромашки, хвощ, тысячелистник, одуванчик, листья ореха и кора дуба. Обладает противовоспалительным, противоинфекционным и иммуностимулирующим эффектом, что также соответствует вышеперечисленным требованиям. Выпускается в двух формах: в виде капель для приема внутрь и драже.

Данная статья описывает возможные пути решения проблемы с позиций мирового опыта и собственных данных, накопленных в результате наблюдения пациентов с аллергическими заболеваниями, переносящих различные респираторные инфекции. В нашем исследовании мы поставили задачу разработки методики эффективной и безопасной терапии и профилактики ОРВИ у аллергиков.

Под нашим наблюдением в Аллергологическом центре ММА им. И. М. Сеченова с 2000 по 2002 г. находились 148 пациентов, страдающих аллергическим риносинуситом, бронхиальной астмой легкой и средней тяжести течения. В зависимости от назначенного препарата больных разделили на 2 группы. 75 пациентам 1-й группы лечение проводили синупретом. Остальные 73 пациента, получавшие тонзилгон, вошли во 2-ю группу. Далее представлена краткая клиническая характеристика пациентов обеих групп (табл. 1).

Обе группы пациентов сопоставимы по клинической характеристике, полу, возрасту. И в той и в другой больные страдали часты-

Таблица 1

Клиническая характеристика изучаемых групп

Показатель	Группа	
	1-я, n = 75 (100)	2-я, n = 73 (100)
Средний возраст, годы	38,9	41,1
Пол:		
мужской	21 (28)	19 (26)
женский	54 (72)	54 (74)
Аллергический риносинусит	21 (28)	20 (27,3)
Бронхиальная астма	16 (21,3)	16 (21,9)
Бронхиальная астма + аллергический ринит	38 (50,6)	37 (50,6)
Наличие аллергических реакций на антибиотики в анамнезе	24 (32)	22 (30,1)
Средняя частота ОРВИ за год	3,9	4,2
Среднее число курсов антибактериальной терапии за год	Не менее 2	Не менее 2
Наиболее часто применявшиеся ранее антибиотики	Пенициллиновый ряд, макролиды, тетрациклины	Пенициллиновый ряд, макролиды, тетрациклины

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3 в скобках указан процент.

Таблица 2

Степень тяжести бронхиальной астмы

Бронхиальная астма	Группа	
	1-я	2-я
Степень тяжести:		
легкая	35 (64,8)	34 (64,1)
средняя	19 (35,1)	19 (35,8)

редких респираторных проявлений, как умеренно эффективный — в случае уменьшения симптомов заболевания, как неэффективный — при отсутствии динамики симптомов (табл. 3).

Синупрет и тонзилгон являются высокоэффективными лекарственными средствами для лечения респираторных инфекций у аллергиков. Курсовое лечение приводит к обратному развитию симптомов респираторной инфекции — блокады носового дыхания, чихания, кашля, выделения из носа, отделения мокроты. Эффект проявляется с первых дней лечения и продолжает нарастать в последующие недели, что свидетельствует о целесообразности длительного применения препаратов.

Таким образом, исследование показало эффективность обеих препаратов в лечении ОРВИ у аллергиков. По результатам применения синупрета и тонзилгона различий между 2 группами больных бронхиальной астмой и аллергическим ринитом не обнаружено. При анализе клинических данных отмечено сокращение частоты ОРВИ и обострений хронических инфекций верхних дыхательных путей. Кроме того, выявлено уменьшение клинических проявлений бронхиальной астмы и аллергического ринита, непосредственно связанных с инфек-

Таблица 3

Оценка эффективности препаратов "Синупрет" и "Тонзилгон" пациентами

Оценка	Группа	
	1-я	2-я
0 — неэффективный	0	0
1 — умеренно эффективный	15 (20)	15 (20,5)
2 — эффективный	24 (32)	22 (30,1)
3 — высокоэффективный	36 (48)	35 (47,9)

ми ОРВИ (более 3 раз в год) на фоне аллергического риносинусита, бронхиальной астмы и сочетанной патологии бронхиальной астмы и аллергического ринита. Диагноз бронхиальной астмы и аллергического ринита у всех пациентов был поставлен на основании данных анамнеза, клинических проявлений заболевания, результатов специфического аллергологического, ЛОР- и общеклинического обследования. Общеклиническая программа включала общий и биохимический анализ крови, анализ мокроты, рентгенологическое исследование, оценку функции внешнего дыхания.

В 1-й и 2-й группах больных не менее 2 раз в год на фоне ОРВИ возникали инфекционные осложнения в дыхательных путях, требовавшие назначения антибактериальной терапии. При этом в обе группы вошли пациенты, имевшие в анамнезе аллергические реакции на антибиотики. Больным, которые получали лечение синупретом, так и тем, кто принимал тонзилгон, наиболее часто ранее назначались антибиотики пенициллинового, тетрациклинового ряда и макролиды.

В обе наблюдаемые группы мы включили пациентов с легкой и средней степенью тяжести бронхиальной астмы. Ниже представлены эти данные (табл. 2).

Соотношение пациентов-астматиков с легкой и средней степенью тяжести заболевания, получавших синупрет, сопоставимо с

соотношением пациентов из группы, где принимали тонзилгон.

Лечение проводили препаратами "Синупрет" и "Тонзилгон" в течение 3 мес. Затем в течение 6 мес после окончания курса лечения пациенты наблюдались в Аллергологическом центре ММА им. И. М. Сеченова. За время наблюдения случаи ОРВИ в обеих группах (148 человек) отсутствовали. Таким образом, был сделан вывод об эффективности данных препаратов как для лечения, так и профилактики ОРВИ.

В результате исследования мы выявили, что у всех пациентов на фоне терапии достигнут положительный клинический результат. При этом у 71 (47,9%) больного из 2 групп (148) результат лечения был охарактеризован как высокоэффективный. Эффективность терапии оценивали по 4-балльной шкале: 0 — неэффективное лечение; 1 — умеренно эффективное; 2 — эффективное; 3 — высокоэффективное.

Все пациенты вели ежедневные дневники наблюдения во вводный период (2 нед), в период лечения (3 мес) и по завершении курса лечения (2 нед), а затем — ежедневные дневники до окончания наблюдения (6 мес).

Результат лечения оценивался как высокоэффективный в случае полного купирования симптомов, связанных с инфекцией на фоне применения синупрета или тонзилгона, как эффективный — при сохранении у больного слабых и

ционным процессом в верхних дыхательных путях. Все 148 (100%) пациентов за период лечения жалоб на непереносимость обоих препаратов не предъявляли.

Следовательно, использование препаратов "Тонзилгон" и "Синупрет" в сочетании с базисной терапией основного заболевания позволяет добиться значительного положительного клинического результата и длительной ремиссии. Кроме того, данные лекарственные средства могут служить препаратами выбора при непереносимости антибиотиков. Применение

синупрета и тонзилгона в течение длительного времени показало отсутствие привыкания, присущего многим препаратам, и сохранение высокой эффективности на протяжении всего лечебного периода. Таким образом, синупрет и тонзилгон являются эффективными и безопасными средствами для решения проблем терапии респираторных инфекций в пациентов-астматиков как в качестве компонента при комплексном лечении, так и при монотерапии, а также для профилактики этих заболеваний.

ловой жизни в течение 3 мес и более из-за опасения осложнений крайне отрицательно сказывается на половой функции и тормозит процесс выздоровления.

В санатории для всех кардиохирургических больных разрабатывается индивидуальная программа сексуальной реабилитации, реализация которой рассчитана на год. Во время пребывания в здравнице и периодически после санаторного лечения осуществляется контроль за ходом восстановления сексуальной функции и определяется ее эффективность. В контроле принимают участие лечащие врачи, урологи, невропатологи и сексопатологи поликлиник, а также врачи санатория во время повторного прибытия больных на лечение.

В основу настоящего сообщения положены наблюдения за 105 больными. По возрасту они распределяются следующим образом: 30—40 лет — 32 (30,5%), 41—50 лет — 35 (33,5%), 51—60 лет — 29 (27,6%), 61 год и старше — 9 (8,5%) больных. У находившихся под наблюдением пациентов сразу после оперативного вмешательства на сердце отмечалось нарушение 2, 3 или 4 составляющих копулятивного цикла.

Через месяц после оперативного вмешательства на сердце наблюдались следующие нарушения половой функции: снижение либидо — у 61 (57,9%) больного, недостаточная, вялая эрекция — у 56 (53,2%), преждевременная эякуляция — у 30 (28,5%), бледный, невыразительный оргазм — у 25 (23,7%), ослабление всех составляющих полового цикла — у 10 (9,5%) больных.

Сроки восстановления полового влечения после оперативного вмешательства на сердце позволяют определить прогноз основного заболевания и перспективу восстановления половой функции. Чем раньше после операции появляется половое влечение и возобновляется регулярная половая жизнь, тем благоприятнее исход основного заболевания, быстрее и полнее восстанавливается половая функция. У 11 (10,4%) больных половое влечение появилось на 7—20-й день после операции на сердце, у 52 (49,5%) — на 31—40-й день, у 13 (12,3%) больных — на 41—50-й день. У 5 больных слабое половое влечение появилось лишь

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.69-02:616.12-089]-036.868

В. А. Косов, А. Л. Костюк, А. Н. Нагаткин, В. В. Пурогова

ПРОГРАММА СЕКСУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Центральный военный клинический санаторий "Архангельское", Московская область

Ишемическая болезнь сердца и кардиохирургическое вмешательство являются для человека сильным стрессом и оказывают выраженное психотравмирующее действие. Страдают все жизненные функции, в том числе и сексуальные. Поэтому больные, перенесшие операцию на сердце, нуждаются не только в физической, психологической, социальной, трудовой, метаболической, но и в сексуальной реабилитации. Последняя представляет собой комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление половой функции, и включает воздействия общего и специального характера. Первые укрепляют здоровье, улучшают состояние нервной, сердечно-сосудистой, респираторной, пищеварительной и мочевыделительной систем. Задача вторых — повысить половое влечение, улучшить эректильную функцию, увеличить продолжительность интимной близости и сделать более яркими оргастические переживания.

Восстановление половой функции предполагает применение сексуального питания, препаратов афродизиаков, половое просвещение, а также рекомендации по выбору позиции, оптимальному режиму и технике интимной близости. Неотъемлемой частью

сексуальной реабилитации является здоровый образ жизни.

После изучения состояния здоровья, сбора сексуального анамнеза и исследования половой системы с использованием специальных тестов, анкетирования и фиксированного интервьюирования для каждого больного разрабатывается программа сексуальной реабилитации, являющаяся важным элементом общих реабилитационных воздействий. Она учитывает характер оперативного вмешательства на сердце, возраст, сексуальный профиль, взаимоотношения с супругой, жилищные условия. Больному назначаются сексуальное питание, фитопрепараты, комплекс специальных физических упражнений и физиотерапевтических процедур, а также даются советы, когда и как предпринимать определенные действия для сексуального сближения, какие использовать формы и продолжительность прелюдий, позы, какими должны быть интенсивность полового акта и роль партнерши на всех этапах занятий любовью.

В течение 10 лет в Центральном военном клиническом санатории "Архангельское" находились на восстановительном лечении после кардиохирургических операций более 2500 больных. С накоплением опыта реабилитации было установлено, что воздержание от по-

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

МИОКАРДИТЫ

ЭНУРЕЗ У ДЕТЕЙ

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД
ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

ОПИСТОРХОЗ У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ

ЛЕЧЕНИЕ РИНИТА У ДЕТЕЙ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ДВА ВЕКА ИСЦЕЛЕНИЯ БОЛЯЩИХ
И УМНОЖЕНИЯ ЛЮБВИ

6

