

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к первому изданию	1
Предисловие к пятому изданию	4
МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ЭНДОСКОПИИ. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ	5
Оснащение рабочего места оториноларинголога	5
Исследование носа и околоносовых пазух	7
Передняя риноскопия	8
Задняя риноскопия	9
Исследование носового дыхания	11
Исследование обоняния (одориметрия)	12
Рентгенологическое исследование носа и околоносовых пазух	13
Диагностическая пункция (прокол) верхнечелюстной пазухи	14
Исследование глотки	15
Определение вкусовой чувствительности	17
Рентгенологическое исследование глотки	18
Исследование гортани	19
Прямая ларингоскопия	22
Фиброларингоскопия	24
Рентгенологическое исследование гортани	26
Исследование уха	26
Отоскопия	27
Исследование слуха	30
Исследование вестибулярной функции	44
Экспериментальные пробы	50
Рентгенологическое исследование	55
Трёхмерная диагностика в оториноларингологической практике (Зубарева А.А., Шавгулидзе М.А.)	58

Эндоскопические методы обследования ЛОР-органов (Долгов О.И.)	63
--	----

МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЕЙШИХ ЛОР-МАНИПУЛЯЦИЙ

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ЛОР-ОРГАНОВ

Мероприятия неотложной помощи при носовых кровотечениях	76
Мероприятия неотложной помощи при острых стенозах гортани	76
Мероприятия неотложной помощи при инородных телах ЛОР-органов	86
Мероприятия неотложной помощи и лечебная тактика при огнестрельных ранениях ЛОР-органов	96
Ранения носа и околоносовых пазух	102
Ранения глотки	106
Ранения гортани и трахеи	108
Ранения уха	111
Проводниковое обезболивание и лечебные блокады в оториноларингологической практике (Филимонов С.В., Бородулин В.Г.)	113

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ В ПОЛОСТИ НОСА

(Шахназаров А.Э.)	132
-------------------------	-----

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И КОСМЕТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ ПЕРЕГОРОДКИ И РАЗЛИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА. ПОКАЗАНИЯ, ПОДГОТОВКА

(Филимонов В.Н., Филимонов С.В., Летягин К.В., Шахназаров А.Э., Некрасов А.А.)	148
---	-----

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

НАРУЖНОГО УША

(Шахназаров А.Э., Некрасов А.А.) 157

КОНТУЗИОННАЯ ТРАВМА ЛОР-ОРГАНОВ

(Филимонов В.Н., Филимонов С.В.) 161

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

(Рябова М.А.) 169

ИММУНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

В ЛОР-ПРАКТИКЕ (Катинас Е.Б.) 181

Целесообразность иммунотерапии при
заболеваниях ЛОР-органов 182

Иммунологическое обследование 185

Иммунотропные препараты в ЛОР-практике 187

Цитокиновая терапия 198

Фотодинамическая терапия (Улунов М.Ю.) 204

Применение препаратов системной
энзимотерапии 208

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ

ПРАКТИКЕ 217

Болезни носа и околоносовых пазух 217

Фурункул носа 217

Острый ринит 218

Хронические насморки 231

Хронический катаральный (простой)
ринит 232

Хронический гипертрофический ринит 233

Хронический атрофический ринит 234

Вазомоторный и аллергический насморки 237

Вазомоторный ринит 241

Ринит беременных (Вертоголов А.Е.) 244

Аллергический ринит 250

Классификация аллергического ринита 251

Острый гнойный гайморит 255

Хронический гнойный гайморит 261

Риногенные глазничные и внутричерепные
осложнения 265

Болезни глотки 267

Острый фарингит 267

Ангина катаральная 268

Ангина лакунарная и фолликулярная 268

Местная терапия ангин с применением
современных препаратов 272

Паратонзиллярный абсцесс 274

Дифтерия глотки 276

Хронический тонзиллит 278

Хронический гипертрофический
фарингит 292

Хронический атрофический фарингит 294

Криохирургические методы лечения
хронического тонзиллита

(Лавренова Г.В., Баранская С.В.) 297

Криохирургические методы лечения
хронического фарингита 301

Криохирургическое лечение
вазомоторного ринита 302

Феномен храпа и синдром
апноэ-гипопноэ сна (Сопко О.Н.) 302

Болезни гортани 305

Острый ларингит 305

Ложный круп (подскладочный ларингит) 314

Хронический ларингит 318

Респираторный папилломатоз (Карпищенко С.А., Катинас Е.Б., Кучерова Л.Р.).....	333
Болезни уха	332
Отгематома.....	332
Перихондрит ушной раковины	332
Фурункул наружного слухового прохода.....	335
Острый диффузный наружный отит.....	338
Серная пробка	341
Острый средний отит	342
Экссудативный средний отит (Савенко И.В.).....	348
Острый мастоидит.....	356
Хронические гнойные средние отиты	358
Отосклероз.....	356
Болезнь Меньера.....	367
Нейросенсорная тугоухость.....	369
Шум в ушах (Бобошко М.Ю., Савенко И.В.).....	371
Хронический адгезивный средний отит.....	377
КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	379
Протокол оказания помощи при внезапной (клинической) смерти	382
Протокол оказания помощи при обструкции верхних дыхательных путей	387
Протокол оказания помощи при кровотечении из лор-органов	392
Протокол оказания помощи при анафилактическом шоке	394
РЕЦЕПТЫ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	397
Заболевания носа и околоносовых пазух	397
Болезни глотки	400

Болезни гортани.....	401
Болезни уха	403

ФИТОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА, ГОРЛА И НОСА	407
Фитотерапия при заболеваниях носа и околоносовых пазух.....	407
Острый ринит	410
Хронический ринит	410
Хронический суб- и атрофический ринит ...	411
Аллергическая риносинусопатия	412
Заболевания околоносовых пазух (синуситы)	413
Аденоиды, аденоидит	414
Фитопрепараты при заболеваниях глотки и гортани	414
Острый фарингит	414
Хронический фарингит	415
Хронический тонзиллит	418
Острый ларингит	420
Хронический ларингит	421
ФИЗИОТЕРАПИЯ ЛОР-ОРГАНОВ	424
Болезни носа и околоносовых пазух	430
Хронические риниты	434
Воспалительные заболевания околоносовых пазух	442
Болезни глотки	449
Болезни гортани.....	459
Болезни уха.....	465
Заболевания наружного уха	465
Заболевания среднего уха	472
Заболевания внутреннего уха	488

Аллергические заболевания ЛОР-органов	499
Невралгия и невриты в отоларингологии	506

**ПРИМЕНЕНИЕ АЭРОЗОЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ВЕЩЕСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....**

Заболевания носа и околоносовых пазух	509
---	-----

Заболевания глотки и гортани	519
------------------------------------	-----

ГАЛОТЕРАПИЯ.....

523

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ЭНДСКОПИИ. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

Для эндоскопического исследования ЛОР-органов в отдельной комнате (кабинете) или, по крайней мере, части комнаты должно быть оборудовано рабочее место оториноларинголога. Желательно, чтобы комната была длиною не менее 5 м, изолирована от внешнего шума, так как в ней производится исследование остроты слуха. В комнате должен находиться стол для размещения инструментов, необходимых для осмотра больного, два стула, кушетка, письменный стол.

Оснащение рабочего места оториноларинголога

1. Инструменты:

- воронки ушные № 1, 2, 3, 4, 5 (комплект);
- зеркала носовые;
- шпатели для языка металлические;
- зеркала гортанные и носоглоточные;
- ручка для ватодержателя, гортанных и носоглоточных зеркал;
- носовые и ушные зонды;
- пинцет ушной;
- баллон для продувания ушей (баллон Политцера);
- лобный рефлектор (Симановского);
- шприц ушной (Жанне);
- спиртовка;
- тазик почкообразный;

- ванночка эмалированная с крышкой, для инструментов;
- пилетки.

2. Медикаменты:

- 2-3% борный спирт;
- 0,1% раствор адреналина;
- 3% раствор перекиси водорода;
- 1% раствор йод-глицерина;
- 1% раствор азотнокислого серебра;
- 1% раствор бриллиантовой зелени;
- 5% раствор йода спиртовой.

3. Перевязочный материал:

- вата гигроскопическая;
- салфетки марлевые;
- турунды марлевые ушные.

В качестве источника света на столе для размещения инструментов должна находиться настольная электрическая лампа.

Врач и больной сидят друг против друга. Ноги врача и пациента должны быть сомкнуты и направлены в разные стороны. Столик с инструментами стоит слева от врача. Источник света помещается на нем с правой стороны от больного, на уровне его уха, несколько кзади от него. Наибольший эффект освещения достигается, когда источник света, ухо больного и глаза врача находятся в одной плоскости. Для направления света на осматриваемую область пользуются лобным рефлектором, закрепленным на лбу так, чтобы имеющееся в его центре отверстие находилось против левого глаза врача. Лобный рефлектор наведен на исследуемую об-

ласть правильно тогда, когда «зайчик» при взгляде обоими глазами и только левым глазом (правый закрыт) не смещается с места.

После использования каждый инструмент помещается в банку с тройным раствором. Затем инструменты моют теплой проточной водой и вытирают полотенцем, после чего их подвергают стерилизации кипячением или в жаровом шкафу и вновь применяют в работе. Гортанные и носоглоточные зеркала протираются спиртом или хранятся в банке со спиртом. Перевязочный материал стерилизуется в автоклаве. На столике инструменты должны находиться в эмалированной ванночке с крышкой; вата, марлевые турунды и салфетки – в стеклянных банках с притертыми пробками.

Исследование носа и околоносовых пазух

Перед исследованием следует внимательно расспросить больного о его жалобах в данный момент: боли в носу, затрудненное носовое дыхание, наличие патологического отделяемого, расстройстве обоняния и т.д. Затем выясняют время и условия возникновения и течения заболевания (острый или хронический процесс). Далее, учитывая, что некоторые заболевания носа могут быть следствием ряда как инфекционных болезней, так и заболеваний внутренних органов, нужно выяснить все предшествующие заболевания носа и определить их связь с бывшими или настоящими общими заболеваниями. Перед исследованием полости носа нужно обратить внимание на форму наружного носа (деформация), состояние преддверия носа (атрезия) и кожи этой области (фурункулез, экзема, сикоз и пр.). Исследо-

вание входа в нос производят, приподнимая кончик носа большим пальцем при отклоненной назад голове пациента.

Передняя риноскопия

Осмотр полости носа производят при искусственном освещении с помощью лобного рефлектора и носового зеркала. Носовое зеркало, удерживаемое в левой руке, осторожно вводят в закрытом состоянии в преддверие носа больного, затем, постепенно раздвигая бранши, расширяют ноздрю и несколько приподнимают ее кверху. Во избежание травмы перегородки носа и возникновения носового кровотечения из области Киссельбахова сплетения, носовое зеркало следует вводить только в подвижную часть носа до *apertura periformis*. Исследование необходимо проводить в такой последовательности. Сначала осматривают нижние отделы полости носа: дно полости носа, перегородку носа, нижнюю носовую раковину (нижний носовой ход). Для этого слегка опускают голову больного книзу, а ноздрю носовым зеркалом приподнимают кверху (первая позиция). Затем осматривают среднюю носовую раковину и остальную часть перегородки носа (средний носовой ход) при несколько запрокинутой голове больного кзади (вторая позиция). Для более удобного осмотра полости носа приходится слегка поворачивать голову больного в ту или другую сторону.

Для передней риноскопии у маленьких детей вместо носового зеркала можно пользоваться ушной воронкой. Осмотр глубоких отделов носа не-

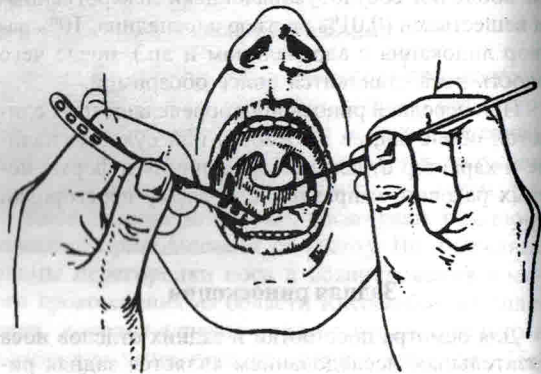
рван бывает затруднен из-за набухания слизистой оболочки носовых раковин. Для уменьшения в объеме последних применяют смазывание слизистой оболочки сосудосуживающими лекарственными веществами (0,01% раствор адреналина, 10% раствор лидокаина с адреналином и др.), после чего полость носа становится более обозримой.

При передней риноскопии определяют цвет слизистой оболочки, ее влажность или сухость, наличие и характер отделяемого, величину и форму носовых раковин, направление и форму перегородки и др.

Задняя риноскопия

Для осмотра носоглотки и задних отделов носа обязательным исследованием является задняя риноскопия. Проводят ее следующим образом: шпатель, взятым в левую руку, отдавливает передние две трети языка больного книзу, предлагая ему спокойно дышать. Согретое над пламенем спиртовки носоглоточное зеркальце, обращенное зеркальной поверхностью кверху, вводят в ротоглотку больного до задней стенки глотки, не касаясь последней, мягкого неба и корня языка, так как это вызывает рвотный рефлекс и мешает осмотру. При легких поворотах зеркальца в зеркальном отражении находят сошник. По обеим сторонам его — хоаны с лежащими в их просвете концами нижних и средних носовых раковин. Осматриваются также свод и боковые стенки носоглотки с плоточными отверстиями слуховых труб, которые находятся на уровне задних концов нижних носовых раковин.

Техника задней риноскопии



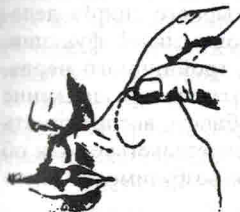
Задняя риноскопия не всегда удается, особенно у людей с повышенным глоточным рефлексом, а также у маленьких детей. В таких случаях прибегают к смазыванию слизистой оболочки задней стенки глотки и корня языка 2% раствором лидокаина, а у маленьких детей к пальцевому исследованию носоглотки. Для этого необходимо указательным пальцем левой руки вдавить щеку ребенка между зубами, а указательным пальцем правой руки быстро пройти за мягкое небо в носоглотку и ощупать хоаны, свод носоглотки и другие части. Во время исследования ребенка удерживает помощник.

Исследование носового дыхания

Для определения носового дыхания прежде всего наблюдают за лицом обследуемого: открытый рот служит признаком затрудненного носового дыхания. Для более точного определения предлагают пациенту дышать носом, при этом подносят попеременно к одной и другой ноздре ватную пушинку, марлевую ниточку или полоску бумаги, движение которых в струе выдыхаемого воздуха укажет на степень проходимости одной и другой половины носа. При этом по амплитуде движения «пушинки» носовое дыхание может быть расценено как «свободное», «удовлетворительное», «затрудненное» или «отсутствует».

Для исследования носового дыхания можно пользоваться зеркалом или полированной металлической пластинкой с ручкой (зеркало Гляцеля). Выдыхаемый теплый влажный воздух, конденсируясь на холодной поверхности пластинки или зеркала, образует пятна запотевания (правое и левое). По величине или отсутствию пятен запотевания судят о степени носового дыхания. Для точного определения проходимости воздуха через нос при научных работах пользуются риноанемометрией (ринопневмометрией): для этого применяют манометры различных модификаций,

с помощью которых определяют давление воздуха в носу и глотке во время дыхания.



Исследование носового дыхания «пушинкой» по Воячке

Исследование обоняния (одориметрия)

Наиболее частый и распространенный способ исследования обоняния заключается в распознавании обследуемым различных пахучих веществ. Для этой цели применяют следующие стандартные растворы в порядке восходящих по силе запахов:

Раствор №1 – 0,5% раствор уксусной кислоты (слабый запах).

Раствор №2 – винный спирт 70% (средней силы запах).

Раствор №3 – настойка валерианы простая (сильный запах).

Раствор №4 – нашатырный спирт (сверхсильный запах).

Раствор №5 – вода дистиллированная (контроль).

Указанные выше стандартные растворы необходимо хранить в стеклянных флаконах с притертыми пробками, помеченными соответствующими номерами. Исследуемому закрывают пальцем одну ноздрю и дают понюхать другой половиной носа из каждого флакона. При восприятии всех запахов – обоняние 1 степени, среднего и более сильных запахов – обоняние 2 степени, сильного и сверхсильного запахов – обоняние 3 степени. При восприятии только запаха нашатырного спирта делается вывод об отсутствии обонятельной функции, но сохранившейся функции тройничного нерва, так как нашатырный спирт вызывает раздражение веточек последнего. Неспособность воспринимать запах нашатырного спирта свидетельствует как об anosмии, так и об отсутствии возбудимости окончаний тройничного нерва.

Флакон с водой применяется для выявления диссиммуляции. Кроме эндоскопического обследования носа и околоносовых пазух, могут применяться дополнительные методы обследования, позволяющие уточнить характер и локализацию патологического процесса. Так, наличие воспалительных заболеваний околоносовых пазух можно заподозрить косвенно, определяя пальпаторно наличие боли в области передних стенок верхнечелюстных и лобных пазух. Болезненность при пальпации на месте выхода ветвей тройничного нерва указывает на неврит или невралгию, которые могут носить вторичный характер, и зависеть от наличия воспалительного процесса в соответствующей пазухе (чаще лобной). Более достоверные данные относительно состояния околоносовых пазух дают диафаноскопия и рентгенография.

Рентгенологическое исследование носа и околоносовых пазух

Обычное рентгенологическое исследование носа и околоносовых пазух может быть ограничено одной обзорной проекцией (подбородно-носовая проекция). Первым признаком патологического состояния полости носа или околоносовых пазух является потеря на рентгенограмме присущей им прозрачности – пневматизации (задержка рентгеновских лучей более плотной, чем воздух, средой).

При гнойном воспалении околоносовых пазух на рентгенограмме обнаруживается интенсивное затемнение одной из пазух или группы их.

Отечность или гипертрофию слизистой оболочки верхнечелюстной или лобной пазух можно опре-

БОЛЕЗНИ УХА

Отгематома – кровоизлияние в ушной раковине между хрящем и надхрящницей. Образуется в результате травмы или длительного давления на ушную раковину. Отгематома чаще всего бывает в верхней части передней поверхности ушной раковины и имеет вид припухлости красновато-синего цвета, которая покрыта нормальной кожей, при пальпации флюктуирует, безболезненна, если нет перелома хряща.

Лечение отгематомы состоит в пункции с отсасыванием содержимого (крови, лимфы с примесью крови) и введением нескольких капель 5% настойки йода с целью вызвать запускание полости. На 3-5 дней накладывают давящую повязку. Если такое лечение оказывается неэффективным, или появляются признаки нагноения гематомы, прибегают к вскрытию ее, промыванию полости раствором антибиотиков и дренированию раны.

Перихондрит ушной раковины. Возникает в результате проникновения инфекции в надхрящницу ушной раковины при механической и термической (ожоги, отморожения) травме. Чаще всего наблюдается гнойный перихондрит. Сильные боли в ухе отмечаются еще до появления изменений на ушной раковине. Затем становится заметным покраснение и припухание всей раковины, за исключением мочки, возникает флюктуация (скопление гноя между надхрящницей и хрящем), повышается температура тела.

В начальной стадии заболевания проводится общее и местное противовоспалительное лечение: антибиотики (**ровамицин, вильпрафен-солютаб и др.**), антигистаминные (**зиртек, диазолин, кларитин и др.**)

РОВАМИЦИН

(Rovamycin)

Фармакологическое действие:

Ровамицин - антибиотик – макролид с бактериостатическим эффектом. К нему чувствительны стрептококки (*Streptococcus spp*), менингококки (*N. Meningitidis*), хламидии (*Chlamidia spp*), лептоспиры (*Leptospira spp*), кампилобактеры (*Campylobacter spp*), золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), уреоплазма (*Ureaplasma urealyticum*); умеренно чувствительны: холерный вибрион (*Vibrio cholerae*), бактероиды (*Bacteroides fragilis*); нечувствительны: псевдомонасы (*Pseudomonas*), энтеробактер (*Enterobacteria-ceae*), метициллинрезистентные стафилококки.

Ровамицин эффективен в отношении внутриклеточных возбудителей, возможно, благодаря его способности накапливаться в макрофагах.

Ровамицин биотрансформируется в печени, с образованием активных метаболитов. Большая часть препарата выводится с желчью, и только около 14% с мочой.

Показания к применению:

- болезни ЛОР-органов, вызванные инфекциями чувствительными к спирамицину (синуситы, отиты, тонзиллиты);
- бронхолегочные заболевания, вызванные инфекциями чувствительными к спирамицину (острые и хронические бронхиты, пневмонии, в том числе, и вызванные атипичными микроорганизмами);
- болезни кожи, вызванные инфекциями чувствительными к спирамицину (рожа, абсцессы, флегмоны);
- заболевания мочеполовой системы, вызванные негонококковыми возбудителями;
- инфекции, которые передаются половым путем (хламидиоз, токсоплазмоз, сифилис, гонорея).

Способ применения:

В форме таблеток взрослым назначают Ровамицин по 3 млн. МЕ 2-3 раза в день (суточная доза 3 млн. МЕ). Для профилактики менингита препарат применяют в дозе 3 млн. МЕ 2 раза в сутки. Курс лечения - 5 дней.

Детям 150 тыс. МЕ на 1 кг массы тела в сутки, разделив суточную дозу на 2-3 приема. Для профилактики менингита, препарат назначают по 150 тыс. МЕ на 1 кг массы тела, разделив суточную дозу на 2-3 приема, курс лечения - 5 дней.

Для лечения острых состояний у взрослых, Ровамицин применяют в виде внутривенных инфузий. Для этого, содержимое флакона растворяют в 4 мл воды, затем в 100 мл 5% глюкозы, полученный раствор вводят внутривенно капельно, с небольшой скоростью, в течение часа. Дозу вводят из расчета 1.5 млн. 3 раза в сутки, при тяжелом течении инфекции, возможно введение по 3 млн. МЕ, с той же кратностью. Готовый раствор пригоден для введения в течение 12 часов. Курс лечения зависит от тяжести инфекции и состояния больного и может составлять от 7 до 10 дней.

Побочные действия:

Боли в подложечной области, тошнота, рвота, аллергические реакции, крайне редко - развитие перфорационного колита, флебита, преходящей гемолитической анемии, изменения ЭКГ (удлинение интервала Q-T), повышения уровня трансaminaз.

Противопоказания:

Препарат противопоказан при непереносимости любого из компонентов препарата, тяжелых поражениях печени, женщинам, в период кормления грудью.

Примечания:

Препарат может назначаться во время беременности.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

Нельзя назначать Ровамицин совместно с препаратами, которые могут вызвать мерцание или трепетание желудочков, такими как:

- противоаритмические средства класса Ia (хинидин, прокаинамид, дизопирамид);
- противоаритмические средства класса III (амиодарон, бретилия тозилат, соталол, нибентан);
- винкамин;
- эритромицин;
- цизаприд;
- сультоприд;
- нейрореплетиками (хлорпромазин, галоперидол, галоперид и др.) Если нельзя избежать такой комбинации, необходим строгий контроль ЭКГ.
- недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов;
- В-адреноблокаторы;
- клонидин.

При сочетанном приеме леводопы и Ровамицина, может потребоваться коррекция дозы леводопы, из-за снижения ее абсорбции и, соответственно, концентрации в плазме крови.

Передозировка:

Симптомы могут быть как со стороны органов пищеварения: тошнота, рвота, расстройство стула, так и со стороны сердечно-сосудистой системы: удлинение интервала Q-T.

Так как специфического антидота нет, показано только симптоматическое лечение.

Форма выпуска:

Таблетки, покрытые оболочкой 1.5 млн. МЕ № 16;
Таблетки, покрытые оболочкой 3 млн. МЕ № 10;
Лиофилизированный порошок для инъекций 1.5 млн. МЕ, во флаконе №1.

Дополнительно:

Не назначать женщинам, кормящим грудью, так как концентрация препарата в молоке может быть выше, чем концентрация в плазме крови.

Препарат не проникает в спинномозговую жидкость.

Нет необходимости в коррекции дозирования препарата у больных с почечной недостаточностью, так как большая часть препарата экскретируется через почки.

Не рекомендуется назначение Ровамицина у пациентов с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, из-за возможности возникновения гемолитической анемии.

...вание полуспиртовые компрессы, новокаиновые блокады с антибиотиками, УВЧ терапия, ультрафиолетовое облучение). При появлении признаков воспаления производят широкий разрез параллельно контурам ушной раковины с выскабливанием гноя, вскрытием абсцесса и удалением всех некротических участков хряща.

Фурункул наружного слухового прохода. Частое заболевание, возникающее в результате внедрения инфекции (чаще стафилококковой) в волосяные фолликулы и сальные железы при манипуляциях в наружном слуховом проходе различными предметами, особенно при наличии гноетечения из уха. Обычно, фурункул наружного слухового прохода встречается только в перепончато-хрящевом отделе, поскольку в коже костного отдела волосяные фолликулы и сальные железы отсутствуют.

Больные обращаются к врачу по поводу сильной боли в ухе, нередко отдающих в голову, шею, виски. Боли усиливаются при жевании (при локализации фурункула на передней стенке), надавливании на козелок и оттягивании ушной раковины.

При отоскопии у входа в наружный слуховой проход определяется конусовидный инфильтрат. При надавливании на его верхушке видна желтая точка, иногда гнойный стержень, а после отторжения последнего кратерообразное отверстие. Иногда припухлость мягких тканей может распространяться кпереди на височную область илизади на область сосцевидного отростка. При этом регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В таких случаях приходится дифференцировать фурункул с суперикулярным абсцессом при мастоидите.

В стадии инфильтрации ускоренному созреванию фурункула, а иногда купированию воспалительного

процесса способствуют полуспиртовые ватные тампоны, смоченные в 70% спирте, в область уха; введение в наружный слуховой ход ушных турунд, смоченных 3% борной кислотой, **гаразоном**, **полидексой**, **софрадексом** и др.; нанесение мазей (**тетрациклиновая**, **левомецилиновая**, **синтомициновая** и др.); тепло от лампы согревающего действия; ультрафиолетовыми лучами (субпороговая доза) кожи наружного слухового прохода, УВЧ-терапия. При резко выраженном воспалительном процессе с тенденцией к распространению на окружающие ткани назначают антибиотики широкого спектра действия. К вскрытию фурункула прибегают только тогда, когда он созрел и наличие гноя не вызывает сомнения. Для профилактики фурункулеза назначают **вобэнзим**, **нейромультивит**, **зостерин**, препараты улучшающие кишечную флору.

Острый диффузный наружный отит. Разлитое воспаление кожи наружного слухового прохода редко бывает первичным, чаще всего оно присоединяется к острому или хроническому гнойному воспалению среднего уха.

В начале заболевания больные жалуются на ощущение жара и боли в ушах, в дальнейшем присоединяется чувство заложенности уха, гнойные выделения с неприятным запахом. Температура тела обычно нормальная или слегка повышена.

При отоскопии определяется гиперемия и инфильтрация стенок наружного слухового прохода. Поверхность кожи мацерирована, покрыта гноем и спущенным эпидермисом. Барабанная перепонка также покрывается десквамированным эпидермисом и гноем. При этом может возникнуть подозрение на воспаление среднего уха. Однако при наружном отите слуховая функция или не страдает, или оказывается нарушенной незначительно.

ПОЛИДЕКСА

Лекарственная форма: капли ушные.

Состав: на 100 мл.

Действующие вещества:

Неомицина сульфат.....1г, что соответствует 650 000 ME.

Полимиксина В сульфат..... 1 000 000 ME.

Дексаметазон натрия метасульфобензоат...0,100 г.

Вспомогательные вещества: тиомерсал, лимонная кислота, 1N раствор гидроксида натрия, макроголь 80, полисорбат 80, очищенная вода q.s. до 100 мл.

Описание: прозрачная жидкость светло-желтого цвета, пенящаяся при размешивании.

Фармакотерапевтическая группа: антибиотик — аминогликозид и циклический полипептид+глюкокортикоид (комбинированный противовоспалительный препарат)

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Комбинированный препарат для местного применения в отоларингологии. Терапевтический эффект препарата Полидекса обусловлен противовоспалительным действием дексаметазона и антибактериальным действием антибиотиков неомицина и полимиксина В. При сочетании указанных антибиотиков расширяется спектр антибактериального действия на большинство грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих инфекционно-воспалительные заболевания наружного и среднего уха.

Неомицин активен в отношении *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*.

Полимиксин В активен в отношении грамотрицательных бактерий: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*.