

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	6
БЛАГОДАРНОСТИ	9
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ	10
ГЛАВА 1. ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОЙ РЕЦЕПТУРЫ	11
1.1. Правила выписывания рецептов	11
1.2. Стандартные рецептурные сокращения	14
1.3. Способы введения лекарственных веществ	16
1.4. Осложнения и побочные действия лекарственной терапии, вопросы ятрогении	21
ГЛАВА 2. ФАРМАКОТЕРАПИЯ В СУРДОЛОГИИ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	28
2.1. Дисфункции слуховой трубы, тубоотиты	28
2.2. Экссудативный средний отит	57
2.3. Адгезивный отит	73
2.4. Отосклероз	76
2.5. Сенсоневральная тугоухость	79
2.5.1. Острая сенсоневральная тугоухость	81
2.5.2. Психогенная тугоухость	86
2.5.3. Хроническая сенсоневральная тугоухость	88
2.6. Кохлеовестибулярные расстройства. Лабиринтопатии	95
2.7. Субъективный ушной шум	105
2.7.1. Лечение острого субъективного ушного шума	106
2.7.2. Лечение при хроническом субъективном ушном шуме	108

ГЛАВА 3. ГИРУДОТЕРАПИЯ	119
------------------------------	-----

3.1. Показания для гирудотерапии в сурдологической практике	120
3.2. Возможные общие и местные осложнения при проведении лечения медицинскими пиявками	122
3.3. Гирудотерапия при негнойной патологии внутреннего уха и субъективном ушном шуме	123
3.4. Общие рекомендации по лечению медицинскими пиявками	125
3.5. Системные эффекты гирудотерапии	126
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	129
СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	131

ГЛАВА 2 ФАРМАКОТЕРАПИЯ В СУРДОЛОГИИ- ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Основной целью данного справочника является изложение принципов фармакотерапии негнойных заболеваний внутреннего уха, из которых преимущественное внимание уделено различным по этиологии и клиническому течению формам сенсоневральной тугоухости и эндогенного шума в ушах.

Вместе с тем, в сферу интересов сурдолога подпадает не только эта патология, но и ряд других отиатрических заболеваний. Таким образом, наряду с негнойными острыми и хроническими заболеваниями внутреннего уха, признано целесообразным рассмотреть вопросы лечения тубоотитов, экссудативных и адгезивных отитов. Наряду с фармакотерапевтическими средствами мы посчитали оправданным изложить распространенные немедикаментозные средства консервативной терапии.

2.1. Дисфункции слуховой трубы, тубоотиты

При лечении дисфункций слуховой трубы различного генеза используется целый арсенал физиотерапевтических,

медикаментозных и хирургических методов воздействия в различных комбинациях или отдельно. Консервативные методы включают в себя, наряду с фармакотерапией, различные варианты механотерапии (продувания слуховых труб, пневмомассаж барабанных перепонок, эндоауральное баровоздействие, массаж глоточных устьев слуховых труб); физиотерапию (трансназальную и трансбубарную электростимуляцию, электро- и фонофорез, лазеротерапию), лечебную физкультуру (кинезитерапию для улучшения функции мышц, открывающих слуховую трубу), гирудотерапию.

Использование медикаментозных средств подразумевает как местное, так и общее их применение в соответствии с формой и стадией патологического процесса в слуховой трубе и барабанной полости. Наряду с этим должно проводиться лечение базовых предрасполагающих патологических состояний и развившихся осложнений. Прежде всего, необходима санация носа, околоносовых пазух и носоглотки с целью устранения основной причины тубарной дисфункции.

Общая фармакотерапия тубоотитов включает применение противовоспалительных средств, муколитиков, по показаниям — **противоаллергических, антибактериальных, общеукрепляющих препаратов, иммуномодуляторов.**

Назначение **противовоспалительных и анальгезирующих** препаратов показано при болевом синдроме.

При сопутствующих простудных заболеваниях целесообразно использование комбинированных средств: для взрослых — Ринза, Лемсип, Колдакт флю плюс (Coldact flu plus) с анальгезирующим, жаропонижающим, противоаллергическим и сосудосуживающим действием:

Rp.: Caps. «Coldact flu plus» N 10
D.S. По 1 капсуле каждые 12 часов в течение 1–3 дней; для взрослых и детей старше 6 лет — Фервекс (Fervex).

При тубоотитах у детей рекомендуется использование суспензии ибупрофена (Нурофен для детей), хорошо купиру-

ющего боль в ухе. Дозировка Нурофена для детей зависит от возраста и массы тела ребенка. Разовая доза составляет 5–10 мг/кг массы тела ребенка 3–4 раза в сутки. Максимальная суточная доза не должна превышать 30 мг/кг массы тела. Дозирование осуществляется шприцом-дозатором, входящим в комплектацию препарата, с учетом концентрации ибупрофена 20 мг/мл суспензии. Применение многокомпонентного биорегуляционного препарата **Траумель С** в схеме лечения в качестве противовоспалительного средства с высоким профилем безопасности и клинически доказанной эффективностью является обоснованным и актуальным. Траумель С зарегистрирован в России в виде ампул, таблеток, капель, применяемых с 12 лет для комплексной терапии воспалительных заболеваний различных органов и тканей. Траумель С оказывает многоцелевое действие на различные медиаторы воспаления, регулируя процесс наиболее физиологичным для организма путем и способствуя восстановлению гомеостаза в пораженных органах и тканях. При этом он не подавляет Циклооксигеназы (ЦОГ), что важно для полноценного завершения воспалительного процесса, как защитной реакции организма, и предупреждения хронизации воспаления.

Назначают таблетки/капли (с 12 лет) — по 1 таблетке/10 капель 3 раза в день не менее 3–4 недель. При выраженном воспалительном процессе внутримышечно 2–3 раза в неделю 2 недели.

К сосудосуживающим средствам общего действия относятся Фринозол (Phenylephrine + Cetirizine); Ринопронт (Rhinopront), содержащий фенилэфрин и карбиноксамин и обладающий пролонгированным действием на слизистой оболочке носа при оральном применении. Детям в возрасте старше 1 года препарат назначается внутрь в виде сиропа, а детям от 12 лет и взрослым — в виде капсул по 1 капсуле утром и вечером.

Rp.: Caps. «Rhinopront» N 10
D.S. По 1 капсуле 2 раза в день.

Из муколитиков общего действия при сопутствующих ринитах и ринофарингитах используют различные препараты. Амброксол (Амбробене, Амброгексал, Амбросан, Амбросол), Флюдитек уменьшают вязкость мокроты, увеличивает содержание сурфактантов, улучшает мукоцилиарный транспорт.

Rp.: Tab. «Ambrobene» 0,03 N10
D.S. По 1 табл. 2–3 раза в день.

Ацетилцистеин (АЦЦ, АЦЦ-100, АЦЦ-200, АЦЦ-лонг, Флуимуцил) разжижает мокроту и облегчает ее отделение.

Rp.: Tab. Acetylcysteinini 0,2
D.t.d. N 20
S. По 1 табл. 2–3 раза в день.

Rp.: Fluimucili 0,2
D.t.d. N 30 in granulato
S. Принимать 2 раза в день до еды, растворив в стакане воды.

Бронхосан (**Bronchosan**), содержащий бромгексин и смесь пяти эфирных масел, разжижает вязкую мокроту, усиливает моторную функцию мерцательного эпителия, обладает анальгезирующим, спазмолитическим, отхаркивающим, противовоспалительным и противомикробным действием.

Rp.: Gtt. «Bronchosan» 25,0
D.S. По 20 капель 4 раза в день внутрь.

Респеро Миртол (Respero Myrtol) содержит натуральные эфирные масла и обладает антимикробным, секретолитическим действием, увеличивает активность реснитчатого эпителия.

Rp.: Caps. «Respero Myrtol» N 20
D.S. При остром процессе — по 1 капсуле за 30 мин до еды 4 раза в день; при хроническом заболевании — 2 раза в день.

Геделикс содержит экстракт плюща вьющегося, оказывает противовоспалительное, ранозаживляющее, антиокси-

двигательное, а также секретолитическое действие. Флавоноиды улучшают микроциркуляцию, проявляют гепатопротекторные свойства, повышают диурез, способствуют выведению солей мочевой кислоты.

Rp: Sirupi «Hedelix» 100, 0

D.S. Применять по 5 мл сиропа 3 раза в день.

Rp: Gtt. «Hedelix» 50, 0

D.S. По 25 капель 3 раза в день. Курс лечения 2–6 недель.

Мукопронт (Бронкатар, Мукодин, Флуифорт), действующим веществом которого является Карбоцистеин (Carbocistein), нормализует вязкость секрета и восстанавливает мукоцилиарный транспорт. Детям препарат назначается в виде сиропа: в возрасте от 1 месяца до 2,5 лет — по 50 мг 2 раза в сутки; в возрасте от 2,5 до 5 лет — по 100 мг 2 раза в сутки; старше 5 лет — по 200–250 мг 3 раза в сутки. Для взрослых препарат используется в капсулах по 375 мг; первоначальная дозировка составляет по 2 капсулы 3 раза в сутки, а после достижения клинического эффекта — по 1 капсуле 3–4 раза в сутки.

Rp.: Caps. «Mucopront» 375 mg N 20

D.S. По 1 капсуле 3–4 раза в сутки.

Циннабсин (Cinnabsin) — гомеопатический препарат, обладающий противовоспалительным, иммуностимулирующим действием. Назначают внутрь, медленно рассасывая, за полчаса до или через полчаса после еды. Детям от 3–6 лет следует перед приемом растворить таблетку в небольшом количестве жидкости или давать в измельченном виде, под язык. При острых заболеваниях взрослым и детям старше 12 лет — по 1 табл. каждый час (но не более 12 раз в день) до наступления улучшения, затем — по 1–2 табл. 3 раза в день (до полного выздоровления). Детям 3–6 лет — по 1 табл. каждые 2 ч (но не более 6 раз в день) до наступления улучшения, затем — по 1/2 табл. 3 раза в день до полного

выздоровления; детям 6–12 лет — по 1 табл. каждый час (но не более 7–8 раз в день) до наступления улучшения, в дальнейшем — по 1 табл. 2 раза в день до полного выздоровления. При хроническом течении болезни — по 1 табл. 3 раза в день до улучшения состояния. Детям 3–6 лет — по 1/2 табл. 3 раза в день, 6–12 лет — по 1 табл. 2 раза в день. Курс приема для предотвращения рецидивов — до 2 месяцев.

При дисфункциях слуховых труб на фоне вазомоторных и аллергических ринитов применяется препарат Монтелукаст (Сингуляр), обладающий мощным противовоспалительным действием (10 мг по 1 таб. в день в течение 28 дней), а также комбинированный препарат Монтелизир, содержащий монтелукаст и левоцетиризин.

В ряде случаев при тубоотитах возникает необходимость назначения антибактериальных, противоаллергических, иммуностимулирующих препаратов системного действия, однако чаще они используются при экссудативных средних отитах, лечение которых описано ниже, в разделе 2.2.

Местная фармакотерапия тубоотитов включает трансназальное, транстубарное и эндауральное введение лекарственных препаратов.

Трансназально при катаральных тубоотитах применяются капли или спреи с сосудосуживающим, антибактериальным, противовоспалительным, муколитическим, иммуностимулирующим действием. Среди сосудосуживающих средств местного действия в настоящее время используются:

Адрианол (Adrianol) в виде назальных капель, содержащих фенилэфрин (Phenylefrine) и трамазолин (Tramazoline). Вязкая консистенция раствора увеличивает продолжительность действия препарата и предохраняет слизистую оболочку носа от высыхания. Детям в возрасте до 1 года назначают по 1 капле в каждую ноздрю, от 1 до 5 лет — по 2 капли 3 раза в сутки, детям старше 5 лет и взрослым — по 1–3 капли в каждую ноздрю 4 раза в сутки.

Rp.: Gtt. «Adrianoli» 10, 0

D.S. По 1–3 капли в каждую ноздрю 4 раза в день.

2.4. Отосклероз

Консервативное лечение отосклероза не может ни улучшить слух, ни остановить патологический процесс. Однако оно может затормозить нарастание сенсоневрального компонента тугоухости, способствовать стабилизации активности отосклеротического очага в капсуле лабиринта, уменьшению ушного шума и повышению общего тонуса организма, что оказывает психотерапевтический эффект и иногда приводит к субъективному улучшению слуха.

Общее лечение показано при активном отосклеротическом процессе. Инактивирующая терапия проводится у пациентов с кохлеарным отосклерозом, а также с активным тимпанальным и смешанным отосклерозом, выявленным на основании клинических данных или интраоперационно. Клиническими признаками активности отосклероза являются: молодой возраст (16–45 лет), положительные симптомы Шварца и Лемперта, прогрессирующее ухудшение показателей аудиометрии в динамике, плотность отосклеротических очагов менее 900 ед. Нш (по данным КТ височных костей с денситометрией) или обнаружение активных очагов отоспонгиоза в ходе хирургического вмешательства. При наличии не менее 3-х из выше перечисленных признаков отосклеротический процесс считается активным.

Инактивирующая терапия включает назначение азотсодержащих бифосфонатов в сочетании с препаратами фтора и кальция, а также витамином D.

Бифосфонаты (Фосамакс) понижают активность остеокластов и тормозят резорбцию костной ткани, способствуя интеграции кальция в костную ткань.

Rp.: Tab. «Fosamax» 0,5 N 20

D.S. По 1 табл. 1 раз в неделю в течение 3 месяцев.

Препараты фтора (натрия фторид, Fluossen, натрия флуорат, Ossin, Osteopor-F и др.) стабилизируют кальций в процессе минерализации, индуцируют остеогенез путем стимуляции остеобластов, уменьшают резорбцию кости, повышают ее устойчивость к действию остеокластов.

Rp.: Tab. «Fluossen» (Natrii fluoridi) 0,025 N 100

D.S. По 1 табл. в день в течение 3 месяцев

Можно использовать фтористый натрий (Natrium fluoride) в виде порошка: 1,5 г растворить в 0,5 литра кипяченой воды (30–45 мг в сутки), принимать по 1 ч. ложке 3 раза в день после еды.

Следует помнить, что большие дозы препаратов фтора нельзя назначать в местностях, эндемичных по флюорозу, при содержании фтора в питьевой воде свыше 1,5 мг/л.

Из препаратов кальция назначают глюконат кальция по 0,5 г 3 раза в день после еды.

Rp.: Tab. Calcii gluconatis 0,5 N 20

D.S. По 1 табл. 3 раза в день (перед едой).

Некоторые авторы рекомендуют применение карбоната или глицерофосфата кальция.

С целью регуляции кальциево-фосфорного обмена необходимо назначение витамина D, например, препарата Альфа Д3-Тева (Alpha D3-Teva) по 1 капсуле 1 раз в день, который увеличивает минерализацию костной ткани и повышает ее упругость за счет стимулирования синтеза белков матрикса кости.

Проводится не менее двух курсов описанной выше комплексной терапии в течение 3-х месяцев с перерывом в 3 месяца. Для контроля эффективности проводится тональная пороговая аудиометрия, отомикроскопия, КТ височных костей. При недостаточном эффекте проводится еще 1–2 курса с перерывом в 3 месяца.

Кроме перечисленных средств, возможно использование комбинированного препарата Фосаванс, который содержит два действующих вещества: алендроновую кислоту (бифосфонат) и колекальциферол (витамин D3).

Есть сведения о целесообразности применения препаратов, содержащих фосфор, в том числе упомянутого выше глицерофосфата кальция, а также фитина:

Rp.: Tab. Phytini 0,5 N 20

D.S. По 1 табл. 3 раза в день в течение 6–8 недель.

Есть патогенетически обоснованное мнение, что в механизме запуска отосклероза может быть задействовано хроническое железодефицитное состояние, а компенсация сидеропении может тормозить активность отосклероза. В этой связи некоторые авторы предлагают вместе с перечисленными выше средствами назначать препараты железа. Драже «Ферроплекс» содержит 50 мг сульфата железа и 30 мг аскорбиновой кислоты.

Rp.: Dr. «Ferroplex» N 100

D.S. По 1 драже 3 раза в день после еды в течение 1–2 месяцев.

Капсулы «Фенюльс» содержат сульфат железа и комплекс витаминов («С», «В1», «В2», «В6», «В5»).

Rp.: Caps. «Fenuls» N 10

D.S. По 1 капсуле в сутки после еды в течение 1–2 месяцев.

При доказанной сидеропении парентерально назначают Феринжент, ампулы 1 мл. По 1 ампуле внутривенно капельно медленно на 250 мл физиологического раствора 1 раз в неделю, 4–6 инъекций.

Есть сообщения о благотворном влиянии на замедление патологического процесса гепатопротекторов, в частности, эссенциале, хофитола.

Имеют значение условия труда (следует избегать работы, связанной с повышенным шумом и вибрацией), климатические условия (на больных благоприятно влияет горный и степной климат и отрицательно — морской). Полезны прогулки, занятия спортом, молочно-растительная диета с ограничением соли, богатая витаминами.

Местно на ранних стадиях отосклероза проводят механотерапию (продувания слуховых труб, пневмомассаж, эндауральное баровоздействие). Из физиотерапевтических методов

применяют токи д`Арсонваля, электрофорез сульфата магния, фторида натрия, йодида калия, аскорбиновой кислоты.

Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 5% — 100,0

D.S. Для эндаурального электрофореза.

Rp.: Sol. Natrii fluoride 1% — 100,0

D.S. Для эндаурального электрофореза.

Rp.: Sol. Kalii iodidi 5% — 20,0

D.S. Для эндаурального электрофореза.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 0,5% (1%) — 100,0

D.S. Для эндаурального электрофореза.

Следует отметить, что основным методом восстановления слуха у больных отосклерозом является оперативное вмешательство — стапедопластика. В случаях, когда хирургическое лечение противопоказано, прибегают к помощи слуховых аппаратов.

2.5. Сенсоневральная тугоухость

По существующим представлениям, из 5–8% населения, имеющих нарушения слуха, 74–75% страдают сенсоневральной тугоухостью. Более половины из них находятся в работоспособном возрасте. Как правило, термин сенсоневральная (нейросенсорная) тугоухость включает в себя патологию не только рецепторного, но и нейронального отделов слухового анализатора.

Рассматриваемая форма слуховых расстройств является полиэтиологической. К числу значимых этиологических факторов развития внезапной и острой СНТ относятся инфекционные заболевания, токсические воздействия (острые интоксикации, в том числе бытовые и промышленные; лекарственные ятрогенные повреждения ототоксическими препаратами, к которым относятся аминогликозидные антибиотики, «петлевые» диуретики, противоопухолевые препараты, нестероидные противовоспалительные препараты и др.), за-

болевания органов кровообращения (сердечно-сосудистые, нарушения мозгового кровообращения преимущественно в вертебро-базиллярном бассейне, нарушения реологических свойств крови и др.), дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (унковертебральный артроз С1-С4, спондилез, спондилолистез с клинической картиной «синдрома позвоночной артерии»), генетическая моногенная патология и генетическая предрасположенность к отрицательному воздействию факторов окружающей среды.

Не менее 20% случаев сенсоневральной тугоухости обусловлены интоксикационными воздействиями, к числу которых следует отнести и ототоксичные медицинские препараты, в частности, антибиотики аминогликозидного ряда (неомицин, гентамицин, канамицин, мономицин, амикацин и др.). Их токсическое действие проявляется не только при парентеральном введении, но и при применении в виде кожных аппликаций, при закапывании ушных капель, содержащих антибиотики аминогликозидного ряда. В последние годы в связи увеличением распространения онкологической патологии значительно чаще стали встречаться случаи тугоухости вызванные применением цитостатических препаратов (в первую очередь группы цисплатина, а также циклофосфида). Ототоксичными свойствами обладают и противомалярийные средства (хинин, хинидин), «петлевые» диуретики (фуросемид), салицилаты, трициклические антидепрессанты, целый ряд промышленных веществ (метилловый спирт, анилин, фтор, ртуть, мышьяк).

Большую роль в развитии сенсоневральной тугоухости играют травмы черепа и лабиринта (механические, огнестрельные, барические, акустические, лучевые). При травмах черепа встречаются как прямые механические повреждения внутреннего уха, так и не прямые, вследствие вторичных нарушений мозгового кровообращения и развития гипоксии в улитке.

Акустическое воздействие может привести к острой или хронической травме лабиринта. В частности, постоянное воздействие производственного шума может приводить

к развитию профессиональной тугоухости, имеющей свои клиничко-аудиологические отличия от классической сенсоневральной тугоухости. Более опасными в этом отношении являются импульсные шумы. Постоянное воздействие на орган слуха окружающего бытового шума может также привести к хронической акустической травме периферического звена слухового анализатора. Основным механизмом развития шумовых форм тугоухости становятся формирование и прогрессия дегенеративно-дистрофических изменений на уровне нейроэпителиальных структур спирального органа.

Известны генетически детерминированные формы сенсоневральной тугоухости, как врожденной, так и приобретенной. К числу первых относятся доречевые формы аутосомно-рецессивной (коннексиновой) тугоухости и глухоты, к последним — генетически детерминированная индивидуальная чувствительность к воздействию ототоксических препаратов (антибиотиков аминогликозидного ряда, препаратов цисплатина).

В зависимости от времени, прошедшего с момента снижения слуха до начала лечения в клинике, различают острую (до 1 месяца), подострую (от 1 до 3-х месяцев) и хроническую (свыше 3-х месяцев) стадии заболевания.

2.5.1. Острая сенсоневральная тугоухость

Больные, страдающие острой сенсоневральная тугоухостью (ОСНТ), подлежат комплексному обследованию с участием терапевта, невропатолога, отоневролога и ЛОР-врача, психотерапевта, врача лучевой диагностики. Необходимо сопоставлять данные аудиологических исследований с результатами отоневрологического и рентгенологического обследования с целью исключения заболеваний центральной нервной системы (патологии мосто-мозжечкового угла, объемных процессов головного мозга, арахноидита, болезни Меньера, синдрома Лермуайе, вертебро-базиллярной недостаточности).

Степень нарушений в слуховом анализаторе и быстрота их возникновения существенно влияют на исход заболевания и