

# Итоги ежегодной конференции Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов: единство науки и практики

**20-22 мая в ТОК «Судак» (г. Судак, АР Крым) состоялась ежегодная традиционная весенняя конференция Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов «Современные методы диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов».**

Ранее форумы, посвященные оториноларингологии, проводились в различных уголках живописного крымского полуострова: г. Севастополе и Ялте, Керчи и Алуште, Симферополе и Евпатории... Однако именно г. Судак, который в этом году отмечает свой 1800-летний юбилей, стал традиционным местом встречи и, без преувеличения, уже родным для ученых, практических врачей, организаторов здравоохранения, представителей фармацевтического бизнеса, деятельность которых связана с оториноларингологией.

О высоком уровне мероприятия свидетельствуют насыщенность научной программы (за 2 лекционных дня в рамках 4 заседаний было представлено около 100 устных и 20 постерных докладов; проведен круглый стол по оптимизации протоколов лечения новообразований носовой полости и околоносовых пазух), проблематика предложенных к обсуждению тем, интерес со стороны зарубежных экспертов (в этом году гостями форума стали специалисты из России, Швеции, Молдовы), поддержка на государственном уровне. Одними из основных принципов организации конференции являются оптимальное сочетание науки и практики, возможность интеграции инновационных методик в повседневную клиническую работу.

Формат конференции предполагал не только профессиональную активность врачей, но и возможность посетить выставку медицинской техники и ЛОР-инструментария, лекарственных препаратов и профильной литературы, обмен опытом с коллегами, интересную культурную составляющую (желающие могли принять участие в обзорной экскурсии к Генуэзской крепости, насладиться живописной природой «кипарисового моря» в солнечной россыпи Крыма) и целебным морским воздухом, мелодичными выступлениями народной артистки Украины Елены Басаргиной, заслуженного артиста Украины Сейтабла Меметова, джазмена, лауреата международных конкурсов Эдуарда Волкова).

Активное участие в организации мероприятия приняли сотрудники кафедры оториноларингологии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского; с приветственным словом к присутствующим обратились депутат Верховной Рады Украины Борис Давыдович Дейч, проректор по научной работе КГМУ им. С.И. Георгиевского, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Владимирович Кубышкин, заведующий кафедрой отоларингологии КГМУ им. С.И. Георгиевского, доктор медицинских наук, профессор Александр Васильевич Завадский, главный оториноларинголог АР Крым Анатолий Григорьевич Балабанцев. Роль ведущей праздничного концерта блестяще исполнила заведующая кафедрой украиноведения КГМУ им. С.И. Георгиевского, кандидат филологических наук Юлия Юрьевна Сугрובה.

В рамках мероприятия прозвучало множество интересных докладов; краткий

обзор некоторых мы представляем вниманию читателей.

Кроме ценной практической информации, эти доклады содержали и ответы на важный вопрос: что помогает врачам ежедневно совершать чудеса, которых так ждуют от них пациенты?

Итак, секрет успеха — это...

## ...глубокие знания и клиническое мышление



**Междисциплинарной проблемы — лечения невралгии тройничного нерва (НТН) — коснулся профессор кафедры оториноларингологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук Федор Алексеевич Тышко.**

Докладчик подчеркнул, что распространенность данной патологии составляет 30-50 случаев на 100 тыс. населения, количество пациентов с НТН в мире достигает 1 млн человек. Заболевание чаще встречается у женщин, дебютирует в возрасте 40-50 лет.

Выделяют типичную и нетипичную формы. Для типичной характерны:

- иррадиирующая боль в области всех ветвей тройничного нерва (ТН), преимущественно в дневное время;
- интенсивный односторонний болевой синдром, сходный с электрическим разрядом, длительностью до 2 мин;
- самопроизвольное либо обусловленное раздражением триггерных зон возникновение боли;
- отсутствие боли в межприступный период;
- рефлекторное сокращение жевательных мышц в виде тонических судорог.

Нетипичная форма характеризуется возникновением парестезий (в 30-35% случаев), постоянной тупой ноющей болью в области зубов или челюсти, гиперемией, отеком лица, слезотечением, ринореей, гиперсаливацией, невротическими расстройствами.

НТН классифицируют на идиопатическую и симптоматическую (может быть представлена центральной (обусловлена патологией сосудов и наличием опухоли) и периферической (вследствие заболеваний придаточных пазух носа, травм, заболеваний зубочелюстной системы) формами).

Медикаментозная терапия, включающая антиконвульсанты, антидепрессанты, анальгетики, вазоактивные препараты, блокады ветвей ТН с помощью анестетиков, плазмаферез, гемосорбцию, физиотерапевтические методы, растительные средства, демонстрирует эффективность только в 25% случаев; при этом достигнутый результат является нестойким.

Наиболее часто используемым хирургическим методом является микроваскулярная декомпрессия (операция Джаннета): разделение корешков ТН и близлежащих кровеносных сосудов с помощью

тефлоновой амортизирующей прокладки после краниотомии с использованием микроскопа и малоинвазивных инструментов (эффективность — 62-92%).

К малоинвазивным вмешательствам относят радиочастотную ризотомию (подведение к тройничному ганглию адекватно разогретого электрода с целью разрушения части волокон ТН); баллонную компрессию (подведение, раздувание и кратковременная экспозиция баллона в области ТН, что обеспечивает разрушение части его волокон за счет механического давления); стереотаксическую радиохирургию (γ-облучение вызывает деструкцию ТН; необходимо несколько сеансов); глицериновую ризотомию (чрескожное введение глицерина под рентгенконтролем в тригеминальную цистерну через овальное отверстие основания черепа).

Профессор Ф.А. Тышко привел данные собственных наблюдений 9 больных в возрасте 40-50 лет после перенесенной гайморотомии. Через 3-6 мес после вмешательства у всех пациентов возникли жалобы на интенсивный болевой синдром, по поводу которого была назначена фармакотерапия (на фоне лечения боль несколько уменьшалась). Всем участникам была выполнена реоперация (гайморотомия). Эффективность вмешательства составила 100%, у 6 больных патологические симптомы исчезли на 6-10-й день послеоперационного периода, у 2 — спустя 1-1,5 мес, у 1 пациента — через 6 мес.

Накопленные данные и практический опыт свидетельствуют о преимуществе хирургических методик в лечении НТН.

## ...ловкость рук и ювелирное мастерство



Опыт коррекции наружного отдела носового клапана (НК) поделился заведующий отделением ЛОР-воспалительных заболеваний ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Колосийченко НАМН Украины» (г. Киев), кандидат медицинских наук Дмитрий Александрович Зинченко. Его доклад, находящийся на стыке отоларингологии и пластической хирургии, был проиллюстрирован показательным видеороликом и серией фотографий и вызвал огромный интерес у присутствующих.

Ученый отметил, что большинство монографий и работ посвящены расширению внутреннего отдела НК (к нему относят септальный хрящ (СХ), каудальный отдел треугольного хряща, передний конец нижней носовой раковины), тогда как пластик его наружного отдела (состоит из колумеллы, латеральной ножки крыльчатого



хряща, дна преддверия носа) уделяется недостаточно внимания.

НК представляет собой самое узкое место носовой полости: во время вдоха и выдоха он обеспечивает около 50% носового сопротивления. Согласно законам физики НК стремится к спадению/сужению; полного спадения в норме не происходит благодаря упругости крыльчатого хряща. Если отрицательное давление в носовой полости сильнее упругости, возникает коллапс крыльчатого хряща. Сужение наружного отдела НК наблюдается также при искривлении каудального отдела СХ.

После удаления выступающего каудального отдела СХ кончик носа теряет упругость, в случае большого размера носа есть риск его спадения и нарушения эстетики.

В отделении, руководителем которого является Д.А. Зинченко, разработана простая в исполнении методика пластики наружного отдела НК. Ученый предлагает выкраивать из удаленного СХ трансплантаты (они используются в дальнейшем): относительно ровный лоскут для повышения упругости колумеллы и выпуклые участки для армирования крыльчатого хряща.

После обработки верхней переходной складки спиртом через мягкие ткани в направлении колумеллы аккуратно вводится «москит», раздвигая медиальные ножки хряща. Инструмент продвигается медленно, чтобы избежать выведения наружу через кожу и формирования слишком длинного туннеля (при его создании следует ориентироваться на размеры хрящевого лоскута). Затем следует определить верхний край туннеля и ввести лоскут аутоотопального хряща с помощью «москита» между медиальными ножками нижних латеральных хрящей; потребность в фиксации отсутствует (раневой канал в месте основания колумеллы изогнут на 90 градусов, что делает механическое выпадение трансплантата невозможным; прошивание можно проводить в случае изначального искривления медиальных ножек).

Такое вмешательство обеспечивает упругость кончика носа, адекватное носовое дыхание. Если имеется тенденция к спадению крыльев носа, рекомендуется армирование: выполняется узенький краевой разрез лезвием 15-го размера под наружным краем крыла носа (подкожно), создание кармана. Выпуклостью, обращенной вверх, в карман вводится лоскут аутоотопластного хряща и полностью в него погружается; аналогичные манипуляции осуществляются с противоположной стороны. На месте разрезов обязательно накладываются швы (обычные витые), поскольку при растампировании носа возможен выход трансплантатов из карманов. Снятие швов выполняют, как правило, на 5-6-й день.

Д.А. Зинченко акцентировал внимание на том, что за 4 года на базе отдела выполнено 122 вмешательства с использованием указанной методики (у 70 пациентов с искривлением каудального отдела перегородки носа, у 32 больных со слабостью латеральных ножек крыльчатых хрящей, у 20 — с сочетанной патологией). Спустя 1 мес после операции все пациенты отмечали улучшение носового дыхания; в 1-й группе регистрировались достоверное увеличение площади сечения наружного отдела НК, отсутствие случаев провисания кончика носа, во 2-й — отсутствие коллапса крыльчатых хрящей, в 3-й — все указанные признаки, что позволяет классифицировать описанный метод как высокоэффективный, безопасный (выход трансплантата произошел только в 1 случае из 122) и экономически доступный способ улучшения носового дыхания.

Докладчик указал также на различия описанного вмешательства и сходной методики, разработанной профессором А.Е. Белоусовым (г. Санкт-Петербург, РФ), предполагающей на 1-м этапе фиксацию лоскута к *spina nasalis*, что противоречит принципам пластической хирургии.

#### ...силы природы



**Заведующий кафедрой оториноларингологии с курсом хирургии головы и шеи Ивано-Франковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Василий Иванович Попович**

Попович представил вниманию присутствующих результаты изучения применения препарата Синупрет в составе комплексной терапии пациентов с аспириновой триадой (аспириновым назальным полипозом — АНП) в послеоперационном периоде.

Он отметил, что причины и механизмы развития АНП окончательно не ясны и требуют дальнейшего изучения. В настоящее время указанную патологию трактуют как метаболическое заболевание, обусловленное генетически детерминированным дефектом конститутивной циклооксигеназы — ключевого фермента метаболизма ненасыщенных жирных кислот; хирургическое лечение рекомендовано в крайних случаях, поскольку является симптоматической терапией. Под влиянием метаболических изменений в послеоперационном периоде нарушается физиологическая регенерация; отек, обусловленный накоплением продуктов метаболизма, в сочетании с персистирующим эозинофильным воспалением создают идеальные условия для дальнейшего прогрессирования патологического процесса. Перечисленные особенности обуславливают потребность в проведении ранней послеоперационной реабилитации, направленной на ликвидацию реактивных изменений.

Патогенетически обоснованным является назначение в раннем послеоперационном периоде лекарственных средств, обладающих антисептическими, противовоспалительными и противомикробными

эффектами, и муколитиков, которые создают возможности для физиологического очищения послеоперационных полостей и способствуют репаративной регенерации слизистой оболочки носа и пазух. Широким спектром терапевтических возможностей — секретолитическим, противовоспалительным и противоотечным влиянием — характеризуется препарат Синупрет.

Целью выполненной работы являлось изучение эффективности использования растительного препарата Синупрет («Бионорика») в раннем послеоперационном периоде у пациентов с АНП. 60 больных в возрасте 21-60 лет (женщин и мужчин 64 и 36% соответственно), перенесших вмешательство по поводу полипозного риносинусита, были разделены на основную (местная терапия + Синупрет) и контрольную (только местная терапия) группы.

Местная терапия включала туалет носа, анемизацию носовой полости, ирригационную терапию водными солевыми растворами и применялась с 1-го по 10-й день послеоперационного периода. Оценка эффективности лечения осуществлялась на 1, 3, 7-й и 10-й день.

В 1-й день терапии все пациенты предъявляли жалобы на отсутствие носового дыхания и наличие патологических выделений из носа. На 10-й день после проведенного лечения указанные симптомы сохранились у 36,7% пациентов контрольной и только у 3,4% больных основной группы. Кроме того, всем участникам выполняли пикфлоуметрию (до и после анемизации), по результатам которой оценивали динамику восстановления функции носового дыхания и соответствие показателей таковым в норме. Оказалось, что у пациентов с АНП даже после осуществления хирургического вмешательства и при отсутствии субъективных жалоб на нарушение носового дыхания показатели пикфлоуметрии не достигали нормальных значений.

На 10-й день от начала терапии в основной группе пациентов исследования, полученные при выполнении исследования до и после анемизации, совпадали; в отношении участников контрольной группы подобная тенденция отсутствовала.

Включение Синупрета в состав послеоперационного лечения позволило ускорить срок назначения противорецидивной терапии: ее применение стало возможным с 10-го дня послеоперационного периода, тогда как в контрольной группе — не ранее чем через 14 дней от начала лечения.

Наличие стойкой назальной обструкции является специфическим признаком АНП и обосновывает необходимость назначения большого соответствующей терапии. Использование фитопрепарата Синупрет в раннем послеоперационном периоде способствовало более быстрому и значимому улучшению функции носового дыхания по сравнению с таковым в контрольной группе, сокращало сроки назначения противорецидивной терапии эндоназальными кортикостероидами и обеспечивало благоприятные условия для ее проведения.



**Руководитель лаборатории патофизиологии и иммунологии ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Колюмиченко НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Олег Феодосиевич Мельников**

рассмотрел аспекты влияния фитопрепарата Имупрет на факторы противовирусного иммунитета *in vitro*, частично *in vivo* в условиях нормы и иммунодефицита.

По дизайну проведенное на базе учреждения исследование являлось экспериментальным проспективным (с параллельными

Продолжение на стр. 34.



Bionorica®



## Синупрет®

В лікуванні нежитю та синуситу

- Знімає запалення слизової оболонки носа
- Розріджує густий слиз та сприяє його виведенню
- Прискорює одужання та захищає від ускладнень

Синупрет® форте, Синупрет® сироп містять екстракти: трави щавлю (*Herba Rumicis*), трави вербени (*Herba Verbenae*), коренів горечавки (*Radix Gentianae*), квіток бузини (*Flores Sambuci*), квіток з чашечкою (*Flores Primulae cum Calycibus*). Рослинні компоненти, що входять до складу препарату, чинять комплексний вплив, що виявляється у секретолітичній дії, протизапальному та протинабряковому ефектах. Препарат регулює секрецію та зменшує набряк тканин. Відновлює дренаж та вентиляцію навколосових пазух, усуває закладеність носа, нормалізує захисну функцію епітелію дихальних шляхів. Показання. Гострі та хронічні запальні захворювання придаткових пазух носа.

Синупрет сироп: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/03/01 від 01.09.10 року. Синупрет форте: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/04/01 від 01.09.10 року. Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика (Німеччина).

ТОВ "БІОНОРИКА" м. Київ, вул. Мініна, 9  
тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01  
e-mail: office@bionorica.com.ua

## Итоги ежегодной конференции Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов: единство науки и практики

Продолжение. Начало на стр. 32.

группами) рандомизированным моноцентровым открытым и предполагаемым активным контролем. Экспериментальный материал составили клетки миндалин пациентов с хроническим тонзиллитом и аденоидитом и крысы линии Wistar. В условиях *in vitro* оценивали фенотип клеток CD56, активность фагоцитоза, продукцию интерферонов; *in vivo* – активность естественных киллеров в норме и при иммунодефиците, активность фагоцитоза, клеточность лимфоидных органов, клеточный состав периферической крови.

При оценке цитолитической активности учитывались количество и функциональность клеток; было выявлено, что во 2-м разведении цитолитическая активность была достоверно выше, т. е. может иметь место дозозависимый эффект Имупрета. Действие фитопрепарата было сопоставимым с таковым дибазола в отношении синтеза интерферона  $\alpha$  и  $\gamma$ .

*In vivo* активность естественных киллеров под влиянием Имупрета превышала таковую при использовании сока эхинацеи и глутамила-триптофана; также были сравнимы показатели восстановления клеточного состава при влиянии Имупрета и глутамила-триптофана при преимуществе растительного средства в отношении обмена гормонов тимуса – изменения их баланса отсутствовали.

Наблюдалось достоверное восстановление фагоцитарной активности в условиях *in vivo* при использовании Имупрета. Препарат оказывал положительное влияние на клеточный состав крови в норме, в частности увеличивал содержание

лимфоцитов, тогда как прием циклофосфана сопровождался выраженным угнетающим влиянием. Имупрет также восстанавливал клеточность вилочковой железы и селезенки после введения иммунодепрессантов.

Профессор О.Ф. Мельников подчеркнул, что полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии Имупрета на факторы противовирусного иммунитета, восстановление клеточных показателей после индукции иммунодефицита и подтверждают целесообразность использования данного средства для коррекции иммунного дефицита при заболеваниях ЛОР-органов.

...внимание, тщательный уход, вера в успех



Живой отклик присутствующих вызвал доклад Юнаса Карлинга (Швеция) – логопеда, около 40 лет занимающегося проблемами восстановления голоса и легочного дыхания у пациентов, перенесших тотальную ларингэктомию. Более подробно с методикой установки протезов участники смогли ознакомиться в рамках сателлитного симпозиума.

Тотальная ларингэктомию сопровождается потерей голоса (пациент сохраняет способность воспроизводить только некоторые звуки), что, безусловно, представляет собой существенную психологическую травму. Существует 3 основных способа восстановления голоса: пищеводный голос (чревовещание), электрогортань

(использование вибрирующего электронного аппарата для преобразования колебаний мышц дна полости рта в голос), обеспечение условий для трахеопищеводной речи (создание трахеопищеводной фистулы и использование голосового протеза с целью предотвращения попадания пищи и жидкости в легкие); ввиду схожести созданного голоса с естественным предпочтительным является последний метод. При закрытии трахеостомы и выдохе воздух проходит через голосовой протез в пищевод, при этом возникает звук, который и является новым голосом больного. В дальнейшем его можно трансформировать в членораздельную речь.

В 1990 г. был представлен голосовой протез Provox1 (устанавливается ретроградно), в 1997 г. – Provox2 (предусматривает антероградное введение), недавно на рынке появился представитель нового поколения протезов – Provox Vega с системой одноразового использования SmartInserter для установки и замены голосового протеза (выполнен из каучука и фторопласта). Его преимущества – создание максимального воздушного потока за счет увеличения внутреннего диаметра без изменения наружного, наличие 3 размеров и аксессуаров для очистки (ершика Provox Brush и помпы Provox Flush). Следует отметить, что такой протез не является постоянным и требует периодической замены. Необходимо также, чтобы каждый пациент имел заглушку Provox Vega Plug для закрытия протеза в случае возникновения его трещины по краям.

С голосовыми протезами можно сочетать следующие устройства:

- Provox FreeHands HME (позволяет говорить без закрытия пальцем трахеостомы);
- Provox HME (тепло- и влагообменник);
- Provox LaryTube и Provox LaryButton (для поддержания сужающихся стом и удерживания реабилитационных устройств).

Дополнительную адгезию голосового протеза можно обеспечить путем использования пластырей Adhesive (представлены пластыри 4 типов, 3 разных степеней адгезивности, круглой и овальной формы, сроком действия 24, 36 или 48 ч).

«Восстановление голоса – это гораздо больше, чем просто закрытие трахеостомы пальцем», – подчеркнул Юнас Карлинг. Использование данной методики позволяет человеку безопасно принимать душ, кушать и делиться своими мыслями с миром.

Свое выступление докладчик сопроводил видеосюжетом, продемонстрировавшим результаты использования голосовых протезов у членов так называемых голосовых клубов – обществ, созданных для поддержки людей, перенесших ларингэктомию: во время исполнения ими песни «Я люблю тебя, жизнь» на глазах у присутствующих в зале поневоле выступали слезы. И не возникало сомнений: то, что происходит на экране, – действительно чудо, ставшее возможным благодаря мастерству и самоотдаче людей в белых халатах.

Подготовила Ольга Радучич

## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

### Аритмии как триггер обострения ХОЗЛ

Иногда обострения хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) развиваются без видимой причины. В то же время у пациентов с ХОЗЛ нередко фиксируют гетерогенные реполяризации и аритмии. Учитывая тесную взаимосвязь между сердцем и легкими, авторы данного исследования предположили, что недиагностированные аритмии могут быть триггерами обострения ХОЗЛ.

Чтобы проверить эту гипотезу, исследователи провели электрокардиографию (ЭКГ) 30 пациентам с обострением ХОЗЛ и сравнили ее результаты с данными ЭКГ этих же больных в стабильной фазе. Для оценки гетерогенности предсердной реполяризации использовали показатели дисперсии зубца Р, желудочковой реполяризации – дисперсии интервала QT. Частыми обострения считали в случае наличия  $\geq 2$  эпизодов в год.

Средний возраст пациентов составил  $70,3 \pm 11,8$  года. Дисперсия зубца Р была достоверно больше в период обострения по сравнению с таковой в стабильной фазе ( $56,7 \pm 19,2$  vs  $47,7 \pm 15,9$  мс;  $p=0,009$ ). Отмечена также тенденция к большей дисперсии QTc ( $108,3 \pm 61,7$  vs  $90,3 \pm 47,0$  мс;  $p=0,13$ ) во время обострения по сравнению с таковой в стабильной фазе. У 16 пациентов (53%) имели место частые обострения. Зафиксирована статистически значимая разница по величине интервала PR в стабильную фазу между лицами с частыми обострениями ХОЗЛ и без таковых ( $163,9 \pm 17,4$  vs  $145,1 \pm 22,8$ ;  $p=0,02$ ). Дисперсия зубца Р в стабильной фазе была также выше у пациентов с частыми обострениями, но разница с таковой у группы лиц без частых обострений не достигла статистической значимости ( $52,6 \pm 18,8$  vs  $42,2 \pm 9,8$  мс;  $p=0,06$ ).

В заключение авторы отмечают, что дисперсия зубца Р более выражена во время обострения ХОЗЛ по сравнению с таковой в стабильной фазе; данный показатель выше у пациентов с более частыми обострениями. Это не доказывает, но позволяет предположить, что дисперсия зубца Р является предиктором обострений ХОЗЛ. Она может стать новым объектом для прогнозирования, профилактики и лечения обострений ХОЗЛ.

Bhatt S.P., Nanda S., Kintzer J.S., *Respir Med.* 2012 May 15.

### Когнитивная дисфункция у пациентов с ХОЗЛ

На ведение пациентов с ХОЗЛ расходуются значительные ресурсы систем здравоохранения. Чтобы повысить эффективность лечения и оптимизировать затраты, было предложено более активно вовлекать самих пациентов в процессы мониторинга их состояния и лечения. Однако необходимо принимать во внимание различия в когнитивных способностях пациентов. Целью данной работы было оценить

распространенность и степень выраженности когнитивных нарушений у пациентов с ХОЗЛ, а также связь между тяжестью ХОЗЛ и показателями когнитивных функций.

Был проведен систематический обзор литературы, поиск которой осуществляли с помощью баз данных Medline, PsychINFO, Cochrane Library, EMBASE, CINAHL и SweMed до июля 2010 г. Отбирали исследования, в которых принимали участие пациенты с ХОЗЛ; были релевантные конечные точки – показатели когнитивных функций по нейропсихологическим тестам; оценивалась степень тяжести ХОЗЛ.

Критериям включения соответствовали 15 исследований с участием в общей сложности 655 пациентов с ХОЗЛ и 395 лиц из групп контроля. Исследования показали, что у больных ХОЗЛ имеет место нарушение когнитивных функций по сравнению с таковым у здоровых лиц соответствующего возраста, хотя при этом уровень функционирования у первых лучше, чем у пациентов с болезнью Альцгеймера. Отмечена достоверная корреляция между степенью тяжести ХОЗЛ, оцениваемой с помощью показателей функции легких и газового состава крови, и выраженностью когнитивной дисфункции, но только у пациентов с тяжелым ХОЗЛ.

Авторы обзора пришли к выводу, что у пациентов с тяжелым ХОЗЛ может иметь место когнитивная дисфункция, однако клиническое значение этих нарушений пока неизвестно. Будущие исследования должны быть сосредоточены на оценке последствий когнитивной дисфункции в повседневной жизни больных ХОЗЛ. Авторы также обращают внимание на то, что подходы к лечению пациентов с тяжелым ХОЗЛ, при которых необходима высокая степень самоконтроля, могут потребовать специальной поддержки.

Schow L. et al., *Respir Med.* 2012 May 11.

### Влияние системных кортикостероидов на прогноз ВП

Внебольничная пневмония (ВП) является широко распространенным и потенциально опасным заболеванием. В последние годы контроль воспаления предлагается как новый терапевтический подход при ВП. Целью проспективного обсервационного исследования испанских ученых было оценить влияние системных кортикостероидов на смертность пациентов, госпитализированных с ВП.

В исследовании приняли участие 257 пациентов, госпитализированных с ВП (179 (69,6%) мужчин и 78 (30,4%) женщин). Средний возраст больных составил  $72 \pm 15$  лет. Госпитальная летальность и смертность через 30 дней после выписки из стационара составили 10,2%, общая смертность за 90-дневный период – 14,8%. Не было установлено корреляции между использованием системных кортикостероидов и риском смерти. Применение кортикостероидов также не влияло на продолжительность пребывания в стационаре и частоту повторной госпитализации.

Таким образом, в этом исследовании было показано, что лечение системными кортикостероидами при ВП не обеспечивает снижения смертности, не сокращает продолжительность пребывания в стационаре и не влияет на риск повторных госпитализаций.

Fernandez-Herranz J. et al., *Rev Clin Esp.* 2012 May 21.

Подготовила Наталья Мищенко