

Файман Б.А., Кошелев Ю.А.

Облепиховое масло и его применение в медицине. Барнаул. Алт., кн. изд-во, 1975.

72 с.

Книга посвящена применению облепихового масла в медицине. Описаны химические и фармакологические свойства этого препарата. Изложены результаты некоторых физико-химических свойств нативного, пастеризованного и стерилизованного масла, выпускаемого Бийским витаминным заводом. Приведены результаты 440 опытов, которые подтверждают антибактериальные свойства этого препарата.

Кроме того, здесь собраны все доступные литературные данные о применении облепихового масла в клинической практике, освещены результаты наблюдений при лечении больных гайморитом, фарингитом, ларингитом и после тонзиллэктомии.

Книга рассчитана на практических врачей и широкий круг читателей.

Алтайское книжное издательство, 1975.

СОДЕРЖАНИЕ

[Введение](#)

[Химико-фармакологическая характеристика облепихового масла](#)

[Антибактериальные свойства облепихового масла](#)

[Применение облепихового масла в медицине](#)

[Лечебное значение облепихового масла в гинекологии](#)

[Опыт применения облепихового масла при некоторых кожных заболеваниях](#)

[Применение облепихового масла в офтальмологии](#)

[Облепиховое масло при лечении ожогов](#)

[Эффективность облепихового масла при лечении язвенной болезни](#)

[Лечение больных глоссальгией облепиховым маслом](#)

[Применение облепихового масла при лечении некоторых лорзаболеваний](#)

[Лечение облепиховым маслом больных гайморитом](#)

[Применение облепихового масла при лечении операционных ран после тонзилэктомии](#)

[Применение облепихового масла при лечении больных хроническим фарингитом и ларингитом](#)

[Заключение](#)

[Литература](#)

ВВЕДЕНИЕ

Современная медицина располагает огромным количеством лекарственных препаратов. Число их с каждым годом увеличивается.

Открытие антибиотиков создало новую эру в медицине. Сфера действия этих препаратов все более расширяется путем создания новых антибиотиков, обладающих новым антибактериальным качеством в борьбе со стафилококковыми инфекциями, антигрибковым, противовирусным и даже противоопухолевым действием.

Следует отметить, однако, что антибиотикотерапия, являющаяся важнейшим компонентом в комплексе лечебных мероприятий при многих заболеваниях, не всегда оказывается достаточно эффективной. Упорство течения заболевания, частота обострений, развитие устойчивой микрофлоры, обусловленные частым и не всегда рациональным применением антибиотиков, побочные действия препаратов (сенсбилизация организма) — все это заставляет искать новые лекарственные средства.

Неисчерпаемым источником получения новых лекарственных средств является растительная флора. Великие русские ученые С.П. Боткин и И.П. Павлов положили начало экспериментальному изучению отечественных растительных препаратов. Изыскание новых лекарственных препаратов растительного происхождения является актуальной проблемой современной медицины.

Ученые всех стран мира изучают многие сотни растений, выделяют из них активные соединения, которые стремятся применить в медицине. Кроме того, на основе современных достижений науки в медицине глубоко изучаются и известные народные средства.

Среди растений, применяемых в народной медицине, заслуживает внимания облепиха. Еще в древние времена было подмечено, что ягоды облепихи и выжатый из нее сок обладают целебным действием.

Первые попытки применить облепиху и ее продукты при лечении различных болезней уходят своими корнями в тибетскую медицину. Однако, в клинической практике при лечении различных воспалительных заболеваний ягоды облепихи и ее масло стали применять в последние 20-25 лет, а в оториноларингологии лишь отдельными специалистами с 1963 года.

Объясняется это, по-видимому, тем, что имеется очень мало сведений о масле облепихи как о лекарственном препарате, а также и тем, что промышленная выработка облепихового масла впервые стала осуществляться только с 1957 года в Алтайском крае на Бийском витаминном заводе.

Один из авторов книги первым среди отоларингологов с 1965 года широко стал применять и внедрять во врачебную лорпрактику облепиховое масло. При этом он углубил изучение его физико-химических свойств и антибактериального действия, в частности на стафилококки и протей.

Авторы выражают надежду, что опыт лечения облепиховым маслом, обобщенный в данной работе, будет использован практическими врачами и среди лечебных средств этот препарат займет достойное место.

ХИМИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЛЕПИХОВОГО МАСЛА

О масле облепихи и некоторых его свойствах было известно более 100 лет назад. В русской литературе о нем впервые сообщил в 1850 году С. Щукин в статье «Ягода облепиха и вновь открытое облепиховое масло», опубликованной в трудах Вольного экономического общества. Данный автор получил из плодов облепихи ярко окрашенное масло, которое, по его мнению, придает плодам и облепиховой наливке ананасный запах. С. Щукин использовал это масло в

качестве приправы к салату. Он даже полагал, что им можно заменить привозное прованское и кедровое масла.

Но в последующие 75 лет в литературе мы не нашли каких-либо сведений об облепиховом масле. Возможно, здесь сыграло роль распространенное в Западной Европе, в особенности во Франции и Швейцарии, мнение о ядовитости плодов облепихи и непригодности их для употребления в пищу. Т.Т. Трофимов (1967) приводит следующий оригинальный случай. Руссо, находясь около Гренобля на экскурсии с местным ботаником, привел его в явное смущение, съев несколько плодов облепихи, так как ботаник считал их ядовитыми.

Такой взгляд на плоды облепихи хорошо был известен профессору ботаники И.О. Шиховскому (1850). Он отмечал, что, по исследованиям профессора Сантагала (1844), плоды облепихи содержат жирное вещество наркотического свойства. Сантагала в опытах на собаках показал, что после дачи животным 12 граммов этого масла они в течение нескольких часов испытывали слабость. Указание о наркотических действиях облепихового масла приводится и в позднейших статьях об облепихе (В.А. Девятыми, Д.А. Ободовская, 1955; Д.А. Ободовская, 1957), хотя после Сантагала это положение никем не было проверено.

Сведения о масле облепихи как о лекарственном препарате пока незначительны, опубликованных работ по этому вопросу чрезвычайно мало, но зато имеется довольно обширная литература об облепихе, написанная витаминологами, ботаниками, биохимиками (Э.Э. Керн, 1927; М. Крылов, 1933; С.Е. Землинский, 1951; И.Ф.Цыцын, 1962; К. Доброхотова и В. Чудинов, 1965).

Облепиха (*Hipporhae*) относится к семейству лоховых (*Elaeagnaceae*). Она известна населению с давних времен. Еще в древней Греции молодые ветви и листья облепихи применялись для лечения больных лошадей. Лошади быстро прибавляли в весе, шерсть их лоснилась, отсюда и самое название рода *hippos* – лошадь, *phas* – блестеть, лосниться. Видовое латинское название состоит из двух слов: *rhamnos* – колючий и *eidos* – вид (И.М. Пржевальский, 1883; А.П. Русалеев, 1934; Б.А. Александров, 1966).

Облепиха — преимущественно растение степной зоны земного шара и распространена в Европе, Азии, Австралии и Северной Америке. В СССР широко распространена в Средней Азии, Западной и Восточной Сибири, на Кавказе, в Молдавии и южных районах Восточной Европы. В пределах Сибири ее ареал охватывает Алтай, Саяны и Забайкалье (И. И. Яковлев-Сибиряк, 1947; В. Г. Минаева, 1960; Ж. 14. Гатин, 1963; Е. Е. Шишкина, 1965; А. Д. Турова, 1967).

Па Алтае облепиха растет по берегам рек Катунь, Обь, Бий, Чулышмана и Инь (В.В. Сапожников, 1949; Е.Ф. Кирсанина и П.Е. Мельник, 1959).

К климатическим и почвенным условиям облепиха нетребовательна. В диком состоянии она произрастает главным образом па освещенных влажных песчаных местах, в степных балках, по берегам рек, в горных долинах, на островах и в пойменных лесах (В.А. Девятинин и М.П. Захарова, 1955).

В СССР известны четыре основные разновидности облепихи: сибирская, казахстанская, узбекистанская и кавказская. Они различаются между собой по высоте растения и цвету плодов.

Основное биологическое отличие облепихи, произрастающей в Сибири, от вышеуказанных ее разновидностей – это высокая зимостойкость куста. Ботаническая спелость плодов облепихи (полное их окрашивание) в Сибири наступает в конце августа-начале сентября. Но в это время плоды содержат много кислот и дубильных веществ, а накопление сахаров еще далеко не закончено. Поэтому приятными на вкус плоды становятся значительно позже, по мере их дальнейшего созревания.

В. О. Казанцев (1959), Г. Г. Юрова (1959), Е. Е. Шишкина (1964, 1965) установили, что плоды облепихи, выращенные на Алтае, обладают максимальной С-витаминной активностью во второй половине августа, после чего начинается ее резкое снижение.

Сотрудниками Всесоюзного научно-исследовательского витаминного института (ВНИВИ) и В. О. Казанцевым (Бийский витаминный завод) отмечено, что количество каротина по мере созревания плодов облепихи значительно увеличивается. В. О. Казанцев установил, что в плодах алтайской облепихи накопление каротина достигает максимального уровня в октябре, тогда как в августе при наступлении ботанической спелости плодов его содержание в 1,5–2 раза меньше. Замораживание плодов облепихи не приводит к снижению количества каротина.

Исследования В. О. Казанцева показали, что масло в плодах облепихи также достигает максимума в октябре. Относительное содержание масла в плодах облепихи со времени наступления ботанической спелости и до конца октября увеличивается примерно на 20–25%. Определение времени наивысшего накопления витамина С и каротина имеет большое практическое значение.

В связи с тем, что накопление масла и каротина достигает максимума в октябре, сбор плодов облепихи, предназначенных для выработки масла, целесообразно начинать с середины октября.

В Сибири облепиху собирают глубокой осенью и даже зимой. Плоды облепихи собирают следующим образом: под кустом расстилают рогожу или мешковину, нагибают ветки и, поколачивая по ним палкой, сбивают ягоды. Либо срезают ветки с плодами и сбивают их, но при таком сборе сильно повреждаются кусты (Б. А. Александров).

В 1927 году и затем в последующие годы В. Н. Ручкин, разрабатывая наиболее рациональный рецепт приготовления вина из облепихи, которая в связи с общим развитием плодоводства в Западной Сибири стала охотно вводиться в культуру, начал исследовать химический состав ее плодов. Данный автор установил, что в 100 мл сока, отжатого из мороженых плодов облепихи, полученных из Красноярска, содержатся (в процентах):

вода	91,53
сухие вещества	8,47
в том числе: инвертный сахар	3,36
кислота яблочная	2,49
азотистые вещества	0,98
зола общая	0,65
сок (удельный вес)	1,038

Тем же автором установлено, что в семенах облепихи содержатся (в процентах):

вода – 6,45, азотистые вещества – 24,38, жир – 12,13, пентазоны – 14,90, дубильные вещества – 9,37, клетчатка и неопределенные вещества – 31,37.

Кроме того, установлено, что крахмала и сахара в семенах облепихи нет.

В лаборатории Алтайской опытной станции садоводства Е.Е. Шишкиной (1965, 1968) подробно исследован химический состав облепихи из различных районов страны: алтайской – с верховьев реки Катунь, чулышманской – плоды собраны в зарослях притока реки Чулышмана (Горный Алтай), саянской – отборные формы Красноярской опытной станции, тянь-шаньской – из Средней Азии и даурской – из Читинской области.

По исследованиям, проведенным В. А. Девяткиным и М. П. Захаровой, в плодах облепихи содержится 98–303 мг% витамина С. По данным систематических исследований В.А. Девяткина и Д.А. Ободовской (ВНИВИ), в алтайской облепихе содержится от 8,6 до

272,5 мг% аскорбиновой кислоты. Г.Г. Юрова исследовала содержание витамина С в плодах облепихи и установила, что оно составляет от 54 до 197 мг% во время их ботанической спелости.

По данным В. Н. Букина (1941), в плодах облепихи содержится 121 мг% аскорбиновой кислоты, а по Л.О. Шпайдману (1950) – даже до 500 мг%. По-видимому, вышеуказанные авторы изучали образцы облепихи, произрастающие в различных районах нашей страны.

В образцах алтайской облепихи содержание витамина С колебалось от 39 до 316,16 мг% во время ботанической спелости плодов и от 26 до 101,15 мг% во время их полной спелости (Е.Е. Шишкина). Ею же отмечена устойчивость аскорбиновой кислоты в соке при его нагревании, что объясняется отсутствием в плодах облепихи аскорбиноксидозы.

Наряду с витамином С в плодах облепихи найдено значительное количество каротина. Каротин в облепихе растворен в масле плодовой мякоти, которому он придает интенсивно оранжевую окраску.

По данным Д. А. Ободовской, в плодах разновидностей алтайской облепихи (урожая 1945–1950 гг.) каротин составляет 0,9–10,9 мг%. Наименьшее количество каротина содержится в желтоплодной разновидности и наибольшее – в красноплодной облепихе. Среднее количество каротина в облепихе составляет 1,8–3,9 мг%. Установлено, что содержание каротина в одних и тех же формах облепихи в разные годы значительно колеблется.

Из всех плодовых и ягодных культур облепиха наиболее богата каротином.

Исследования лаборатории ВНИВИ показали, что в алтайской облепихе содержится от 14,3 до 80 мг% витамина Е (токоферол), который сконцентрирован в очень большом количестве в масле плодовой мякоти (100–160 мг%) и семян (105–120 мг%).

В.И. Девятнин, Д.А. Ободовская и другие, систематически исследуя большое число образцов свежих и замороженных плодов алтайской облепихи, показали, что, кроме витамина С, каротина и токоферолов, плоды облепихи содержат витамины В₁, В₂, В_с, Р.

Большой интерес представляет нахождение в плодах облепихи аскорбиновой кислоты и витаминных веществ, являющихся синергистами в животном организме.

Плоды облепихи очень ценны с пищевой точки зрения: они обладают приятным кисло-сладким вкусом и особым ананасным ароматом. Еще в XVIII веке население Сибири использовало их для приготовления киселя, варенья, джема, соков, желе, пастилы, мармелада, сладких консервов, наливок, настоек и вин. По отзывам современников, большинство этих изделий имеет прекрасные вкусовые качества.

В народной медицине употребляют простой отвар плодов для лечения болезней желудка. Плоды, заваренные вместе с листьями, применяют как средство для борьбы с ревматизмом. Отвар семян – хорошее слабительное средство. При выпадении волос и облысении, а также в косметическом отношении отвары из плодов и веток облепихи используют для внутреннего и наружного употребления. Плодами облепихи как болеутоляющим и противочинготным средством успешно пользуются в народе. Облепиху применяют также в лечебной практике тибетской медицины (Л.Н. Уткин, 1933; В.П. Михалюк, 1967; А.П. Попов, 1967; А.А. Хотина, 1967; Д. Иорданов и др., 1968).

В 1957 году в Горно-Алтайском педагогическом институте К.Н. Королева и др. изучали влияние сока облепихи на заживление ожогов у животных и на регенерацию поврежденной ткани. Данные авторы добились ускорения заживления ран путем орошения их соком облепихи. Ими также отмечен хороший терапевтический эффект применения этого сока при ожогах.

В последние 20-25 лет облепиха приобрела большое народнохозяйственное значение из-за содержащегося в ней комплекса витаминов и облепихового масла, вырабатываемого не

только из семян, но и из мякоти плодов (В.Н. Георгиевский и Е.П. Тупольская, 1944; И.И. Яковлев-Сибиряк, 1954; Ж.В. Ширшова, 1958; В.И. Верещагин, К.А. Соболевская, И.Я. Якубова, 1959; К.А. Соболевская, 1961; М.Д. Шуминская и В.Н. Карпович, 1963).

Промышленная выработка облепихового масла впервые в мире осуществлена, как уже отмечалось, в Алтайском крае на Бийском витаминном заводе.

За период с 1949 по 1955 год сотрудниками центральной научно-исследовательской лаборатории Росвитаминпрома совместно с сотрудниками Бийского витаминного завода было разработано несколько схем комплексной переработки плодов облепихи.

Наиболее рациональным и приемлемым оказался способ, разработанный и внедренный В.О. Казанцевым (1959). Сущность этого способа состоит в диффузном вытеснении облепихового масла другими растительными маслами (рафинированным подсолнечным или кунжутным). Технологическая схема этого способа состоит в следующем: первоначально плоды измельчают на плододробилке и подвергают прессованию в гидравлических прессах, где происходит двукратный отжим сока. Часть масла, содержащегося в плодах, выделяется вместе с соком.

Сок затем отстаивается, масло всплывает на поверхность, после чего его отделяют декантацией и последующим сепарированием при температуре 40-50°C, в результате чего получается натуральное чистое пресловое масло. Однако выход преслового масла незначителен (10-15% содержащегося в плодах). В лучшем случае путем преслования удается выделить 30% масла.

Далее идет вторая фаза добывания масла – получение его из оставшегося после преслования жмыха. Жмых дробят и сушат, затем помещают в специальную батарею, обрабатывают подогретым до температуры 50-65°C растительным маслом. Облепиховое масло из жмыха растворяется в рафинированном кунжутном или подсолнечном масле. Процесс диффузии длится 2 часа, затем кунжутное масло, обогащенное облепиховым, переводят в следующий диффузор батареи, заполненный жмыхом, где оно еще более обогащается. Этот процесс повторяется до 22 раз, что позволяет извлечь до 98% масла, содержащегося в плодах облепихи. Отбор готового диффузного масла проводят из последнего диффузора, после чего его фильтруют, смешивают с пресловым маслом и подают на расфасовку. Расфасованное облепиховое масло завод поставляет в качестве лечебного препарата.

Облепиховое масло – маслянистая жидкость краснооранжевого цвета с характерным запахом и вкусом, присущим плодам облепихи. В 1927 году В. Н. Ручкин выделил из плодовой мякоти, семян и коры облепихи жирные масла различного состава (см. табл.).

Кроме того, масло плодовой мякоти содержит линолевую кислоту, масло семян – линолевую и линоленовую.

Характеристика масла, полученного из плодов, семян и коры облепихи

Физико-химический состав масла	Источники получения масла		
	плодовая мякоть	семена	кора
Содержание, %	2,00	12,13	3,06
Кислотное число	7,35	4,42	9,60
Число омыления	190,00	192,5	189,2
Эфирное число	182,7	188,1	179,6
Йодное число по Гюбле	76,5	138,2	–

Йодное число по Морюшесу	76,8	138,4	56,3
Йодное число по Рейхерту-Мейселю	0,79	0,58	–
Ацетильное число	16,4	10,4	
Неомыляемое число	3,66	1,78	–
Оксикислоты	0,79	0,61	–
Гексабром-проба	0	19,58	–
Удельный вес	0,92435	0,92783	–
Температура застывания	–6,4°	–20,0°	– 12,0°
Показатель преломления	1,4642	1,4739	1,4639

Д. А. Ободовская подробно изучала биохимические свойства облепихового масла. Наряду с изучением его физических свойств был тщательно исследован витаминный и кислотный состав. Д. А. Ободовская выявила следующие физико-химические константы масла плодовой мякоти и семян облепихи (см. табл.).

Из таблицы видно, что масла плодовой мякоти и семян заметно различаются по физико-химическим свойствам.

В. Г. Кириллов и соавторы (1955) по физико-химическим константам облепиховых масел приводят такие данные: масло из плодовой мякоти облепихи имеет йодное число 63,6, родановое – 68,15; масло из семян соответственно 111,29 и 82,0.

Изучая характеристику масел из различных образцов облепихи, полученных различными способами,

Физико-химические константы облепихового масла, полученного из плодовой мякоти и семян по Д. А. Ободовской

<i>Показатели</i>	<i>Масло из плодовой мякоти</i>	<i>Масло из семян</i>
Удельный вес при 20°	0,9137–0,9215	0,950
Коэффициент преломления при 20°	1,470	–
Кислотное число	3,2–6,2	4,4
Число омыления	195–200	199,0
Йодное число	74,9	155,0
Родановое число	61,5	95,7
Неомыляемые вещества, %	3,28	1,85

Д.А. Ободовская определила в них следующее количество каротина, каротиноидов и витамина Е (см. табл.).

<i>Масло</i>	<i>Каротин, мг%</i>	<i>Сумма каротиноидов, мг%</i>	<i>Витамин Е, мг/%</i>
Из плодовой мякоти	19,0–62,0	230,0–300,0	100–160,0
Из семян	3,02	-	105,0–120,0

Из приведенных данных видно, что масло из плодовой мякоти богато каротиноидами и каротином, тогда как в масле из семян содержится незначительное количество каротина и отсутствуют каротиноиды. Витамином Е богаты масло из семян (до 120 мг%) и масло, полученное из плодовой мякоти (до 160 мг%). Сочетание каротина и витамина Е ценно не

только с физиологической точки зрения, оно также обеспечивает устойчивость масла, сохранность в нем каротина при содержании в различных температурных условиях и различной таре. В. Г. Кириллов и Д. А. Ободовская, изучая кислотный состав масла, приводят следующие данные в процентах (см. табл.).

Кислоты масла	Источники получения масла			
	плодовая мякоть		семена	
	по Кириллову	по Ободовской	по Кириллову	по Ободовской
Линолевая	нет	16,44	32,28	49,8
Линоленовая	3,73	нет	4,01	19,2
Олеиновая	77,79	53,1	61,73	17,1
Насыщенные	24,01	32,8	8,98	14,0
Неомыляемые	3,73	3,23	–	–

В. Н. Ручкин (1929) также приводит данные исследования кислотного состава масла (см. табл.).

Кислоты масла	Источники получения масла		
	кора	плодовая мякоть	семена
Линоленовая	0	0	14,63
Линолевая	0	10,5	12,31
Изолинолевая	0	0	20,69
Олеиновая	62,6	63,4	41,47
Пальмитиновая	–	10,4	10,90
Стеариновая	37,4	0	10,90

Облепиховое масло (образца Бийского завода) применялось нами в качестве терапевтического препарата. В литературе нет данных о физико-химических свойствах облепихового масла, выпускаемого Бийским витаминным заводом. В.Г. Кириллов, Д.А. Ободовская, В.Н. Ручкин и др., изучая физико-химические свойства облепихового масла, приводят разноречивые данные. Свойства масла зависят от сорта облепихи, времени и места сбора, способа выделения масла и т. д.

Мы изучили физико-химические свойства нативного препарата облепихового масла (образец Бийского завода), а также изменение этих свойств в зависимости от действия пастеризации и стерилизации.

Нами проведено сравнительное изучение трех образцов масла: нативного, пастеризованного и стерилизованного. Характеристика масла давалась по показателям (коэффициенту рефракции, удельному весу, кислотному и йодному числам, числу омыления, эфирному числу и содержанию каротина и каротиноидов), которые являются общепринятыми (Д.А. Ободовская, В. Н. Ручкин).

Полученные экспериментальные данные сведены в общую таблицу.

Характеристика нативного, пастеризованного и стерилизованного облепихового масла по ряду показателей

Изученные показатели масла	Образцы масла		
	нативное	пастеризованное	стерилизованное
Коэффициент рефракции	1,4718	1,4718	1,4718
Удельный вес	0,9420	0,9420	0,9280
Кислотное число	13,31	13,52	13,21
Йодное число	76,14	76,14	76,14
Число омыления	182,6	182,8	187,0
Содержание каротина, мг%	52	52	52
Содержание каротиноидов, мг%	220	220	220

Из таблицы видно, что чистота и однородность препарата, характеризуемые коэффициентом рефракции, не менялись при пастеризации и стерилизации. Для всех исследуемых образцов масла коэффициент рефракции оставался постоянным. Удельный вес нативного и пастеризованного образцов масла равнялся 0,9420. Несколько уменьшился удельный вес стерилизованного препарата (0,9280). Незначительные изменения произошли в содержании свободных кислот в результате пастеризации и стерилизации. Определение кислотного числа для каждого образца масла проводили несколько раз, затем подсчитывали среднее арифметическое значение. Кислотные числа препаратов отличались незначительно. А йодное число оказалось одинаковым для всех исследуемых образцов.

Полученные результаты физико-химических констант нативного препарата масла несколько отличались по отдельным показателям (кислотному числу, числу омыления, эфирному числу, коэффициенту рефракции) от данных других исследователей (В.Н. Ручкина, Д.А. Ободовской, В.Г. Кириллова); это можно объяснить различными образцами исследуемого масла, т. е. зависимостью его физико-химического свойства, как ранее уже отмечалось, от географических условий произрастания и сорта облепихи, а также от способа выделения масла.

Как известно, эффективность лечебного действия масла обусловлена богатством и разнообразием входящих в его состав биологически активных веществ: каротиноидов, стеаринов, токоферолов (Е.Е. Шишкина; Л.О. Шпайдман; и др.).

Процессы пастеризации и стерилизации существенно не меняют физико-химических показателей масла, а такие константы, как коэффициент рефракции, йодное число, содержание каротиноидов, сохраняют свое постоянное значение. Поэтому мы считаем, что облепиховое масло, применяемое нами как терапевтический препарат, может подвергаться процессам пастеризации и стерилизации, не утрачивая при этом своей биологической активности и лечебного действия.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ОБЛЕПИХОВОГО МАСЛА

В немногих работах сообщается о противовоспалительном и бактерицидном действии облепихового масла (А.Т. Ведмеденко; С.К. Гуревич; Л.Н. Юдкина; и др.).

А.И. Шапиро и О.К. Филиппов (1947) показали антибактериальное действие облепихового масла на тифозную и паратифозные сальмонеллы, дизентерийную, кишечные бактерии и некоторые анаэробы.

Мы поставили перед собой задачу выявить антибактериальное действие облепихового масла на гноеродные микроорганизмы. Представляло определенный интерес изучить действие масла на стафилококк и протей, которые, как известно, высокоустойчивы к действию антибиотиков (Е.С. Шведова, Б.В. Илинская, В.С. Нестеров, 1968; Е.С. Шведова, В.С. Нестеров, А.М. Хованова, А.Г. Глущенко, Б.В. Илинская, 1968; Е.С. Шведова, В.С. Нестеров, А.М. Хованова, А.Г. Глущенко, Б.В. Илинская, В.И. Караульных, С.А. Новик, 1968; и др.).

Предварительно определялась обсемененность облепихового масла микроорганизмами. В качестве контроля использовали подсолнечное масло, химический состав которого наиболее близок к облепиховому.

Высевы производились на мясо-пептонный и кровяной агары. Па эти же среды производились высевы и из подсолнечного масла.

Всего исследовано 20 образцов облепихового масла четырех производственных серий с кислотным числом от 13,4 до 13,6 и 10 образцов подсолнечного. Свежее облепиховое масло ни в одном опыте не дало роста микроорганизмов. Высев подсолнечного масла из запечатанных бутылок после суточной инкубации в термостате также не дал роста.

Затем была поставлена серия опытов по определению действия облепихового масла на чистые культуры стафилококка и протей. Контролем служило подсолнечное масло.

Изучено действие масла на три штамма стафилококка и два штамма мирабильного протей, выделенных от больных с различными гнойными процессами на кафедре микробиологии Алтайского медицинского института. Масло стерильно разливалось в пробирки по 4 мл. Одновременно готовились по стандарту взвеси микробов, содержащие по 1 и 2 млн. микробных тел суточных культур стафилококка или протей в 1 мл. В пробирки с маслом вносилось по 0,1 мл той или иной взвеси, после чего часть из них инкубировалась в термостате при 37°C, другие же оставались при комнатной температуре. В течение 4 суток периодически производились высевы газоном на плотные питательные среды. Подсчитывалось количество выросших колоний. В опытах со стафилококком использовали мясо-пептонный агар, а для протей – среду Плоскирева с целью устранения ползучего роста. Всего проделано 440 опытов. Из них со стафилококком 270 и 170 с протеем.

Действие облепихового масла при инкубации в термостате изучалось на 100 опытах, причем в 60 пробирок вносилось по 100 тыс. микробных клеток и в 40 – по 200 тыс. Высевы на питательную среду показали, что уже через сутки в трех опытах отсутствовал рост стафилококков, в 39 отмечались только единичные колонии. Пробирки с облепиховым маслом, содержавшие по 200 тыс. микробных 'клеток, дали рост в 29 опытах, и одна пробирка была стерильной. После двух- и трехсуточной инкубации бактериостатическое действие облепихового масла усиливается, и на четвертые сутки практически все пробирки, взятые в опыт, становятся стерильными.

Выдерживание пробирок при комнатной температуре (60 – по 100 тыс. и 20 – по 200 тыс. микробных клеток) показало, что стерилизующее действие масла при этом проявляется слабее. Даже на четвертые сутки высевы па питательную среду дают рост микробов в виде единичных колоний.

Опыты с подсолнечным маслом поставлены по такой же методике, как и с облепиховым. Влияние масла на стафилококк изучалось при температуре термостата в 50 пробах и в 40 – при комнатной температуре. Результаты опыта показывают, что подсолнечное масло не оказывает бактериостатического действия па стафилококк на протяжении четырехсуточного наблюдения при внесении 100 и 200 тыс. микробных клеток.

С протеем поставлено 170 опытов. В 110 пробах изучено действие облепихового масла и в 60 – подсолнечного. При 37°C и дозе микробов 100 тыс. уже после суточной инкубации в 26 пробах рост на питательной среде не отмечался и в 8 зарегистрированы единичные колонии.

На вторые сутки рост отсутствовал в 36 опытах и в 4 были единичные колонии. При внесении 200 тыс. микробных тел антибактериальное действие облепихового масла на протей также резко выражено. Стерилизация масла через сутки произошла в 12 пробах и па третьи сутки наблюдения – в 19 опытах из 20.

Инкубация при комнатной температуре в течение четырех суток показывает, что стерилизация масла произошла лишь в одной пробирке и единичные колонии найдены в 10 посевах. Все остальные 39 пробирок дали сплошной рост микробов на питательной среде.

С подсолнечным маслом поставлено 60 опытов (30 при 37°C и 30 при комнатной температуре). В результате оказалось, что подсолнечное масло ни в тех, ни в других условиях не оказывает влияния на жизнедеятельность протей в течение всего срока наблюдения.

Таким образом, проведенные бактериологические исследования, показывают, что облепиховое масло обладает выраженным антибактериальным действием. Антибактериальное действие облепихового масла па стафилококк и протей ярче выражено при температуре 37°C. Подсолнечное масло не обладает антибактериальными свойствами.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЛЕПИХОВОГО МАСЛА В МЕДИЦИНЕ

В литературе опубликован ряд сообщений, отражающих данные о лечебных свойствах облепихового масла. По мнению ряда авторов, оно обладает высокой биологической активностью, способствует ускорению эпителизации и оказывает стимулирующее действие на гранулирование длительно не заживающих ран. Помимо этого, оно обладает болеутоляющим, противовоспалительным и бактерицидным действием. В последнее время облепиховое масло находит все большее применение в медицине: с лечебно-профилактической целью его применяют внутрь и наружно без предварительной стерилизации, а с кислотностью 4,5 оно может вводиться и внутримышечно.

До применения масла облепихи в клинике его терапевтическую активность изучали на экспериментальных животных (Л.Н. Юдкина). На основании эксперимента было установлено, что масло облепихи при подкожном введении оставляет инфильтраты па месте инъекции его. Что касается применения его внутримышечно и местно, то каких-либо изменений патологического характера при этом не наблюдали.

В литературе имеются данные (Е.Г. Пухальская, М.Ф. Петрова, Г.П. Меньшикова, 1960) о значительном торможении роста различных экспериментальных опухолей животных под действием экстракта из коры облепихи.

Лечебное значение облепихового масла в гинекологии

Облепиховое масло с успехом применяется в гинекологической практике. А.М. Фой и С.Д. Попова (1946) применяли облепиховое масло у 100 больных с эрозиями шейки матки и пролежнями влагалищной части матки при пролапсе. У всех больных отмечен положительный результат лечения.

Н.Я. Гусакова-Федорова и Е.Д. Селезнева (1955) применяли облепиховое масло при фолликулярных эрозиях шейки матки и цервицитов. До начала лечения брали у больных мазки на трихомонад и гонококк Нейс-сера, а также определяли степень влагалищной чистоты и флору влагалища. Производились анализы крови и мочи. После лечения мазки исследовались повторно.

Лечение проводилось по следующей методике. Шейку матки обнажали при помощи зеркал, очищали от слизистых выделений ватным шариком, смоченным теплой дистиллированной водой, затем вытирали, сухим ватным шариком. Во влагалище вводили и плотно прижимали к

эрозированной поверхности тампон, обильно смоченный облепиховым маслом. Через 16–24 часа этот тампон извлекали. Процедуры проводились ежедневно. Общее число их в среднем составило от 8 до 12. Результаты лечения эрозии шейки матки оказались лучшими после того, как одновременно с применением тампонов, смоченных облепиховым маслом, стали производить обработку шеечного капала облепиховым маслом. Это вызывало более быструю эпителизацию эрозии.

Обычно через 3-4 дня после начала лечения на эрозированной поверхности появлялись белесоватые островки плоского эпителия, увеличивавшиеся с каждым днем. Отечность шейки матки и кровоточивость эрозии быстро исчезали. После 8–12 процедур у большинства больных наступала полная эпителизация эрозии, лишь у некоторых она заканчивалась через 2-3 недели после лечения. К концу лечения бактериоскопические анализы показали наличие I-II степени чистоты влагалища, полное исчезновение стрептококков и стафилококков, а также трихомонад, если они были обнаружены до лечения.

Метод лечения прост, не вызывает никаких неприятных ощущений и осложнений, может широко применяться в амбулаторных условиях. Лечение непродолжительное, эпителизация наступает за 8-12 дней, а иногда и быстрее. Результаты лечения стойкие.

Полученные данные свидетельствуют о том, что облепиховое масло является эффективным средством при лечении эрозий шейки матки и цервицитов.

Облепиховое масло не обладает токсическими и раздражающими слизистые оболочки свойствами, поэтому оно может быть рекомендовано для лечения эрозий шейки матки у беременных женщин.

Опыт применения облепихового масла при некоторых кожных заболеваниях

Л.Н. Юдкина (1954) на основании двенадцатилетнего опыта клинического изучения облепихового масла рекомендует его для широкого применения в дерматологической практике независимо от возраста больных.

Под наблюдением автора было 220 больных с различными кожными заболеваниями в возрасте от 5 до 70 лет и давностью заболевания от 1 месяца до 22 лет. Масло вначале применяли внутрь в дозе не более 1 мл в день и местно на пораженные участки кожи в виде 1-2% мази, приготовленной из этого препарата. В последующем масло вводили внутримышечно по 4-6 мл в день (его вначале пастеризовали и перед впрыскиванием подогревали).

Мази, содержащие более 5% облепихового масла, вызывали раздражение кожи. Наблюдения данного автора показали, что у больных флегмонозным акне, экземой, чешуйчатым лишаем, болезнью Дарье, а также при хейлитах и язвенной волчанке неизменно отмечался терапевтический эффект, превосходящий результаты лечения этих дерматозов каротином и другими препаратами. Наилучшим эффектом при острой экземе обладает 5% мазь из масла облепихи, которая быстро снижает эритему, отек, боль и жжение. У больных нейродермитами, чешуйчатым лишаем и другими хроническими дерматозами облепиховое масло приводит к быстрому рассасыванию инфильтратов, прекращению шелушения, эпителизации трещин, исчезновению зуда и иногда к нормализации нарушенного А-витаминного баланса.

Кроме того, Л.Н. Юдкина применяла облепиховое масло при заболеваниях полости рта (эрозии, эскориации, трещины), высыпаниях на генитальной и анальной областях, при этом у больных наблюдалось симптоматическое улучшение и отмечалась быстрая эпителизация пораженных участков кожи.

При флегмонозной акне облепиховое масло автор применяла внутримышечно по 1-3 мл на инъекцию, а на пораженные участки кожи накладывались повязки с мазью, содержащей 5%

облепихового масла. При этом заметно улучшилось общее состояние, уплощались узлы и прекращалось новое высыпание элементов. Побочных явлений от лечения маслом облепихи у больных не наблюдалось, но в ряде случаев от инъекции этого препарата появились инфильтраты па месте инъекции и повышение температуры, которая затем нормализовалась через 1-2 дня. От внутреннего применения масла облепихи никаких побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта не отмечалось.

При изучении отдаленных результатов лечения со сроком наблюдения от 6 месяцев до 2 лет автор установила, что у большинства больных наступило стойкое клиническое выздоровление.

Применение облепихового масла в офтальмологии

Об успешном применении облепихового масла в офтальмологии впервые сообщил С.К. Гуревич (1956).

Автор на большом материале (101 случай) показал благотворное влияние облепихового масла при многих поражениях переднего отдела глаза. Больные были разделены па две группы. В первую входил 61 больной, из них 12 с проявлениями гипо- и авитаминоза А и 49 без явных проявлений витаминной недостаточности, во вторую группу – 40 больных с ожогами век, конъюнктивы и роговицы.

В первой группе больных трахомой было 33, розацеакератитом – 12, базедовой болезнью с роговичными и внутриглазными проявлениями – 4, больных скро-фулезным кератитом и страдающих фликтенами с изъязвлениями – 5, с другими поражениями роговой оболочки – 7.

Помимо обычного обследования глаз, у больных проводилось исследование конъюнктивального отделяемого, мочи и мокроты на наличие слущенных эпителиальных клеток. У части больных, кроме того, до и после лечения проверялись темновая адаптация и содержание в крови каротина и витамина А.

Облепиховое масло применялось в виде инстилляции (через 1-3 часа или 2-3 раза в сутки); в форме 10-20% глазной мази (2-3 раза в сутки); внутримышечно (1-2 мл ежедневно через 1-2 дня по 8-15 инъекций па курс в комбинации с инстилляциями и без них) и перорально (из расчета 1 мл масла па 10 кг веса больного, не менее 3 и не более 10 мл в сутки).

Наилучший терапевтический эффект лечения облепиховым маслом получен при розацеакератите. Лечение больных трахомой в течение 1,5-2 месяцев в большинстве случаев давало хорошие результаты.

Хорошие результаты также получены у больных с ожогами глаз. Из 40 больных (56 глаз) с ожогами известью (13 глаз), кислотами (19 глаз), термическими ожогами (16 глаз) и комбинированными (8 глаз), тяжелые ожоги и ожоги средней тяжести были у 14 больных (20 глаз), у 6 больных (8 глаз) – тяжелейшие ожоги с распространенным некрозом конъюнктивы век и глазного яблока, с некрозом и изъязвлением почти всей роговой оболочки.

В первые дни применялось закапывание масла каждый час, затем закапывание масла пли закладывание 10–20% облепиховой мази через 3 часа, некоторым больным это делалось в комбинации с внутримышечными инъекциями или пероральным приемом. Ни у кого не отмечалось вторичной инфекции, а у больных, у которых инфекция была при поступлении, лечение облепиховым маслом довольно скоро ее устраняло. Эпителизация кожи и конъюнктивы шла быстро, после заживления получались нежные, порой едва заметные рубчики. Роговичные помутнения заметно уменьшались, а иногда и полностью рассасывались. Ни у кого не развилось симблефарона пли заметного укорочения сводов. Закапывание облепихового масла быстро купировало светобоязнь и успокаивало боли. Даже

в относительно запущенных случаях при запоздалой госпитализации получался удовлетворительный эффект.

В результате лечения ожогов облепиховым маслом острота зрения у больных значительно поднялась.

Для контроля за эффективностью действия облепихового масла автор использовал данные темновой адаптации, представляющей собой один из наиболее чувствительных клинических тестов, отражающих витаминный баланс организма и в основном недостаточность витамина А.

А.Т. Ведмеденко (1959) провела сравнительное изучение регенеративных свойств облепихового масла в эксперименте, затем в клинике. У контрольной группы лечение проводили путем закапывания 30% раствора альбуцида.

Проведенные экспериментальные исследования и клинические наблюдения свидетельствуют о мощном регенеративном свойстве облепихового масла, преобладающем над регенеративными свойствами 30% раствора альбуцида при лечении больных с язвой роговицы.

Облепиховое масло при лечении ожогов

Н.А. Акулинин (1958) отмечает хороший эффект от применения облепихового масла при лечении ожогов кожи.

Под наблюдением В.В. Власова (1970) находилось 122 человека с ожогами I, II и III А степени, которых лечили облепиховым маслом. Больные были в возрасте от 12 до 43 лет. Мужчин было 120 (98,4%), женщин – 2 (1,6%). Травмы возникли на производстве у 30% пострадавших, в быту – у 70%. Термические ожоги (92%) преобладали над химическими (7%). Ожоги I и II степени были у 110 человек (90,2%), III А степени – у 12 (9,8%). Площадь ожогов занимала до 10% поверхности тела у 96 больных (79%), более 10% – у 26 (21%). Ожоги локализовались на лице в 30% случаев, на верхних конечностях – в 46, на нижних – в 18 и на прочих областях тела – в 6%.

Для лечения пострадавшие поступали в лечебные учреждения в первые часы после травмы с наложенными сухими повязками. Общее состояние большинства больных было удовлетворительным, у 11 человек (9%) диагностирован шок легкой степени.

Обезболивание начинали с введения 1 мл 1 % раствора морфина, а затем орошали ожоговую поверхность 1% раствором новокаина. При шоке осуществляли комплекс противошоковых мероприятий.

Туалет ожоговой поверхности выполняли по А.А. Вишневскому: бритье покровов в окружности ожогов, смазывание кожи вокруг ожога настойкой йода, очищение обожженной поверхности влажными марлевыми тампонами и вскрытие пузырей у основания с сохранением отслоившегося эпидермиса. Для лечения применяли облепиховое масло Бийского витаминного завода.

Методика применения масла состояла в следующем: марлевые салфетки пропитывали маслом, отжимали их и одним слоем укладывали на обработанную ожоговую поверхность. Салфетки закрепляли легкими повязками. Если не возникало нагноения ожоговой раны, повязку снимали или заменяли на 8-12-е сутки, когда обычно наступало заживление. При лечении ожогов открытым способом (преимущественно ожогов лица) после туалета ожоговые поверхности орошали облепиховым маслом, а в последующем это орошение производили 1-2 раза в сутки.

Кроме того, пострадавшим вводили противостолбнячную сыворотку, димедрол, хлористый кальций, делали паранефральные новокаиновые блокады, назначали снотворные и обезболивающие средства, а при обширных ожогах – антибиотики. Больные получали витаминизированную высококалорийную пищу. Таким образом, облепиховое масло использовалось в комплексе мероприятий, направленных на лечение поверхностных ожогов кожи.

Течение заболевания характеризовалось повышением температуры тела, учащением пульса, ухудшением сна и аппетита, увеличением числа лейкоцитов в периферической крови. Однако сдвиги показателей общего состояния больных были кратковременными и нормализовались к 5-7 суткам после травм.

Острые боли в участках ожогов беспокоили больных в 1-2-е сутки после травмы. Отек тканей в участках ожогов не исчезал в течение 5-7 суток. Лимфорея сохранялась на протяжении 3-4 суток. Заживление ожогов без нагноения наступило у 79 человек (64%), т. е. у большинства больных. При таком заживлении после исчезновения отека тканей и лимфорей в участках ожогов формировались тонкие сухие струпы, под которыми наступала эпителизация раневой поверхности. Нагноение ожоговой раны возникло у 43 человек (36%), из них у 6% при ожогах I-II степени и у 30% при ожогах III А степени. Нагноение сопровождалось большим отеком тканей и обильным отделением гноя на протяжении 10-12 суток. В участках ожогов при исследовании обнаружена полиморфная микрофлора с преобладанием стафило- и стрептококков, которая быстро становилась антибиотикоустойчивой. Лечение больных продолжалось в среднем при ожогах I-II степени 8,8 суток, при ожогах III А степени – 24,1 суток. Все больные выздоровели. Из осложнений следует отметить крапивницу у 5 человек (4%).

Автор, сравнивая полученные результаты с другими, считает, что облепиховое масло оказалось эффективным при лечении поверхностных ожогов кожи, однако оно не имеет особых преимуществ перед другими средствами терапии.

Облепиховое масло применяется как профилактическое средство для уменьшения дистрофических изменений стенки пищевода при лучевой терапии рака этого органа, а также при лучевых поражениях кожи. При лучевой терапии рака пищевода облепиховое масло назначают перорально по половине столовой ложки 2-3 раза в день в течение всего курса лечения, затем еще 2-3 недели после его окончания. При лучевых поражениях кожи язвенная поверхность в течение нескольких дней обрабатывается антибиотиками, чаще всего раствором пенициллина. При наличии толстых неснимающихся налетов последние удаляют ножницами или острой ложкой. На очищенную поверхность капают облепиховое масло и накладывают через день марле-ватную повязку. Лечение продолжается до появления грануляций (М.Д. Машковский, 1960; В.П. Калашников, 1960; И.Ф. Цыцын, 1962).

Эффективность облепихового масла при лечении язвенной болезни

Эффективность лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки облепиховым маслом изучала И.М. Городецкая (1959) в клинике внутренних болезней Алтайского медицинского института. Во всех случаях диагноз заболевания был подтвержден рентгенологически. Язва 12-перстной кишки была обнаружена у 29 больных, язва желудка – у 5, и у 3 больных имелся язвенный процесс в желудке и 12-перстной кишке. Среди обследованных было 34 мужчины и 3 женщины. В возрасте до 25 лет было 2 человека, от 25 до 40 лет – 14, старше 40 лет – 21 человек.

Исследование проводилось на больных с большой давностью заболевания, частыми и длительными обострениями. По давности заболевания больные распределялись следующим образом: до 1 года – 4 человека, от 2 до 6 лет – 9, более 7 лет – 24 человека. У 12 человек

боли носили постоянный характер и у 25 – приступообразный. У большинства больных наблюдались диспептические явления различного характера. Тошнота отмечена у 12 человек, рвота – у 16.

Все больные в период лечения находились на диетическом питании, принимали облепиховое масло по 1 чайной ложке 3 раза в день перед едой в течение 17, а некоторые 34 дней.

При оценке эффективности лечения учитывалась динамика основных клинических проявлений страдания и веса больных. Помимо этого, до и после лечения исследовалась секреторная функция желудка.

В первые 3-4 дня лечения облепиховым маслом большинство больных жаловались на усиление изжоги и кислой отрыжки. Автор полагает, что это обусловлено содержанием в облепиховом масле значительного количества свободных жирных кислот. Нейтрализация кислотности масла устраняет фазу начального обострения у язвенных больных. Для этого одновременно с облепиховым маслом больным следует давать жженую магнезию или четверть стакана 2% раствора соды. Еще лучше добавлять соответствующее количество раствора соды в облепиховое масло и смешивать их взбалтыванием перед употреблением.

В результате такого лечения у части больных наблюдалось улучшение уже в первую неделю приема облепихового масла, тогда как терапия не нейтрализованным маслом приводила к улучшению через 10-15 дней. Последнее характеризовалось уменьшением диспепсических явлений, ослаблением боли, нормализацией аппетита. Лишь у одного больного было отмечено резкое ухудшение состояния: усиление боли, рвоты, отрыжки, изжоги, что заставило отказаться от лечения его облепиховым маслом. Следует отметить у ряда больных благоприятное влияние облепихового масла на боль. При повторном рентгенологическом обследовании у большинства больных отмечалось исчезновение воспалительного вала, а у 15 человек наступило исчезновение «ниши». Следует, однако, отметить, что у части больных, у которых после лечения отмечено исчезновение «виши», через несколько недель или месяцев имело место новое обострение язвенной болезни.

Для уточнения вопроса о влиянии облепихового масла на секреторную функцию желудка было проведено дополнительное исследование желудочного содержимого после однократного введения этого масла в виде пробного завтрака. Оказалось, что облепиховое масло на секреторную функцию желудка существенно не влияет.

На основании полученных данных автор делает следующие выводы:

1. Облепиховое масло при систематическом приеме его внутрь способствует в ряде случаев улучшению состояния больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, что проявляется ослаблением или исчезновением боли, изжоги, отрыжки и других симптомов страдания.
2. Кислотность желудочного содержимого при лечении облепиховым маслом у большинства больных существенно не меняется.
3. Лучший лечебный эффект оказывает облепиховое масло, свободные жирные кислоты которого предварительно нейтрализуются щелочью.
4. Облепиховое масло может быть использовано в комплексной терапии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Лечение больных глоссальгией облепиховым маслом

Г.В. Масленникова (1968) получила хорошие результаты, применяя облепиховое масло при лечении глоссальгии. Для введения его в полость рта использовали аэрозольный метод. В виде мелких капелек оно хорошо всасывается слизистой оболочкой. Перед орошением

препарат подогрели. На курс лечения назначали 10 процедур. Орошение проводили ежедневно по 10 минут. Такое лечение назначали только после обследования желудочно-кишечного тракта и общего состояния

организма, В случае обнаружения заболеваний внутренних органов проводилось их лечение. Кроме того, предварительно санировали полость рта.

Облепиховым маслом лечили 153 больных, страдающих глоссальгией. Подавляющее большинство их составили лица женского пола в возрасте старше 40 лет. 79 человек ранее лечились различными методами, дававшими кратковременное улучшение. В большинстве случаев первые 2-3 процедуры приводили к обострению всех явлений глоссальгии. Кроме того, появлялось чувство ссаждения слизистой оболочки щек, неба, зева. Но после 4-5 процедур наступало улучшение, нараставшее с каждым сеансом. К концу лечения либо совсем проходили явления глоссальгии, либо наступало улучшение. В процессе лечения и вскоре после него в местах атрофии нитевидных сосочков наблюдалось выраженное разрастание их, уменьшение или исчезновение участков, дескваляции эпителия. Через 2-3 недели после курса терапии у большинства больных слизистая оболочка приходила в нормальное состояние, исчезала сухость во рту.

Из таблицы, в которой представлены ближайшие и отдельные результаты лечения глоссальгий облепиховым маслом, видно, что большинство больных выздоровело. Реже наблюдалось значительное улучшение при сохранении быстро проходящего жжения в языке, а еще реже – улучшение. И лишь нескольким больным лечение не принесло облегчения. У части больных полное выздоровление наступало не сразу после лечения, а лишь через некоторое время. Положительный эффект лечения у подавляющего большинства больных носил стойкий характер. Только у некоторых лиц наблюдался рецидив заболевания или ухудшалось общее состояние. Через 3 месяца после лечения рецидив был зарегистрирован у 5 больных, через 6 месяцев – у 4 и через год – у 5.

Результаты лечения больных глоссальгией облепиховым маслом даны в таблице

Срок обследования	Всего больных	Число лиц, полностью выздоровевших	Число лиц со значительным улучшением состояния здоровья	Число лиц с улучшением состояния здоровья	Число лиц без существенных изменений состояния здоровья
Сразу после курса лечения	153	64	69	16	4
через 3 месяца	127	86	28	10	3
полгода	123	87	25	5	6
год	94	52	33	8	1

Автору удалось установить, что эффект лечения облепиховым маслом значительно превышает лечебный эффект, полученный при других методах терапии. Это видно из анамнестических данных, полученных у больных, которых в прошлом лечили комбинацией различных методов (новокаиновая блокада, полоскание и т. д.).

Такое лечение не обеспечило стойкого положительного эффекта у больных. Повторная терапия этих больных орошениями языка облепиховым маслом в подавляющем большинстве случаев приводила либо к выздоровлению, либо к значительному улучшению.

По-видимому, основной причиной, обуславливающей лечебное действие облепихового масла, является действие его на процессы обмена в эпителиальной ткани. Об этом свидетельствуют результаты чисто химического исследования. Автором обнаружено, что под влиянием облепихового масла в слизистой оболочке языка возрастает содержание

нуклеиновых кислот и мукополисахаридов, а в базальном слое эпителия усиливается деление клеток. Это обусловлено действием биологически активных веществ, содержащихся в облепиховом масле.

Анализ результатов лечения больных глоссальгией облепиховым маслом дает основание сделать заключение, что данный лекарственный препарат, действуя на процессы обмена в слизистой оболочке языка, обеспечивает стойкий положительный эффект.

Применение облепихового масла при лечении некоторых лорзаболеваний

В доступной нам литературе мы нашли две работы, посвященные применению облепихового масла в оториноларингологии. В.Г. Коноплева (1963) применяла облепиховое масло для лечения больных атрофическими и субатрофическими назофарингитами.

Под наблюдением находились 25 больных в возрасте от 7 до 50 лет. Среди больных преобладали лица женского пола. Из 25 человек было двое детей в 7-летнем возрасте. Профессии наблюдаемых больных были различны: педагоги, певцы, рабочие заводов, домашние хозяйки и т. д.

При первичном осмотре со стороны лорорганов у них отмечались резкое истончение слизистой оболочки полости носа и глотки, бледность и сухость ее. Лечение проводилось амбулаторно. До лечения они подвергались следующему обследованию: проводился общий анализ крови, реакция Вассермана, биохимическое исследование крови (на содержание калия, кальция, на липоидный обмен). Кроме того, проводился анализ крови на содержание в ней каротина и витамина А. Исследовалась моча, измерялось кровяное давление.

В результате обследования больных до лечения установлено, что в крови больных атрофическим назофарингитом витаминный баланс, как правило, нарушен: витамин А и каротин обнаруживаются в лучшем случае в виде следов, чаще всего они отсутствуют. При биохимическом анализе крови отмечается повышенное содержание кальция, понижение липоидного обмена. Лейкопении и понижения кровяного давления не отмечалось.

Методика лечения сводилась к следующему. Ежедневно слизистую оболочку носа и глотки смазывали ватным тампоном, пропитанным маслом облепихи и, кроме того, больному давали внутрь данный препарат по 3 г на прием ежедневно. Спустя некоторое время больные отмечали уменьшение чувства сухости в полости носа и глотки, прекращение головных болей, улучшалось носовое дыхание, повышалась работоспособность. В конце курса лечения объективно изменялось состояние и внешний вид слизистой оболочки, последняя принимала нормальную розовую окраску, заметно увлажнялась, уменьшалось количество корок, а у некоторых больных они исчезали совсем.

После лечения облепиховым маслом процент содержания каротина и витамина А в крови увеличивался. Курс лечения продолжался от 10 дней до 1,5 месяца. Автор рекомендует более широко применять облепиховое масло при лечении больных с различной лорпатологией.

Е.Г. Михлин и другие (1968) применяли облепиховое масло с профилактической и лечебной целью рабочим, занятым в производстве дивинилнитрального каучука.

Нами получен хороший эффект от применения облепихового масла при лечении некоторых лорзаболеваний. Под наблюдением находились 400 больных: 100 с различными формами челюстного синюита, 100 больных с различными формами хронического фаринголарингита и 200 после тонзиллэктомии.

Лечение облепиховым маслом больных гайморитом

Воспалительные заболевания верхнечелюстной пазухи (гайморит) развиваются чаще, чем воспаления других придаточных пазух носа (М.Д. Кажлаев, 1928; Б.С. Преображенский, 1956; и др.), и занимают видное место в лорпатологии (М.Д. Кажлаев, 1928; М.Д. Зимонт, 1949; М.П. Лисовская, 1954; и др.).

Известные до настоящего времени методы лечения больных гайморитом, в том числе и хирургические вмешательства, нередко не приводят к излечению данного заболевания (Л.Е. Комендантов, 1928; В.В. Шакуров и др., 1934; А.Г. Файн, 1941; М.А. Пархамовский, 1965; и др.).

Поиски новых методов терапии воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух, особенно вызываемых антибиотикорезистентными микроорганизмами, имеют большое практическое значение.

В настоящее время в клинике среди многочисленных консервативных методов лечения гайморитов видное место отводится введению различных лекарственных веществ в гайморовы пазухи, особенно антибиотиков (А.Г. Лихачев, 1946; Н.Л. Гершанович, 1947; Б.С. Преображенский, 1951).

В отечественной и зарубежной литературе консервативным методам лечения воспаления верхнечелюстной пазухи посвящены работы ряда авторов. Еще Н.И. Пирогов в 1852 году вскрывал пазуху через зубные лунки одного или двух коренных зубов, затем вспрыскивал йодистый настой и карболовую кислоту (цит. по И.П. Виноградову и А.М. Геселевич, 1953).

Одни из консервативных методов лечения в настоящее время имеют историческое значение, другие – сугубо регионарное (морская вода), третьи – поисковое (мед, настой зверобоя), четвертые – малодоступны широкому кругу практических врачей.

Учитывая вышеизложенное, мы сочли целесообразным исследовать терапевтический эффект от введения в верхнечелюстные пазухи облепихового масла при лечении больных гайморитом, в частности изучить, оказывает ли облепиховое масло лечебное действие на воспаленную слизистую оболочку пазухи, установить, при каких клинических формах гайморита наиболее эффективно действие облепихового масла, выявить реакцию организма на введение облепихового масла путем наблюдения за динамикой течения заболевания, проследить отдаленные результаты лечения данным препаратом различных клинических форм воспаления верхнечелюстных пазух.

Под нашим наблюдением находились 100 больных различными формами гайморита, леченных облепиховым маслом. В качестве контроля была взята вторая группа больных гайморитом, также 100 человек. Лечение у них проводили путем промывания пазух дезинфицирующими растворами с последующим введением лекарственных веществ, в том числе и растворов антибиотиков. Часть больных контрольной группы получала антибиотики внутримышечно, сульфамидные препараты, физиолечение, сосудосуживающие средства в нос и десенсибилизирующую терапию.

Подавляющее большинство больных, леченных облепиховым маслом, приходится на возраст 18-25 лет (75 человек), аналогичного возраста больные в контрольной группе составляют 72 человека.

При подразделении больных по характеру воспалительного процесса в верхнечелюстных пазухах на отдельные группы мы пользовались классификацией, предложенной профессором Б.С. Преображенским.

Среди больных, леченных облепиховым маслом, острый гнойный гайморит диагностирован у 16 (у 8 больных процесс был двусторонним). Хронический гнойный гайморит выявлен у 64 больных (двусторонний процесс у 14), пристеночно-гиперпластический – у 12 (у 2 процесс

двусторонний) и полипозно-гнойный гайморит – у 8 больных (у 1 больного процесс двусторонний).

При сравнении клинических форм гайморита у двух вышеуказанных групп больных видно, что у контрольной группы хронический гайморит выявлен несколько реже, чем у больных, леченных облепиховым маслом (соответственно 58 и 64), а пристеночно-гиперпластический несколько чаще (соответственно 16 и 12 больных).

Обследование больных проводилось по следующему плану: выяснение анамнестических данных, общеклиническое и отоларингологическое обследование, рентгенография придаточных пазух носа (при необходимости и контрастное исследование), диагностическая пункция, лабораторные исследования (клинический анализ крови и мочи), бактериологическое исследование микрофлоры секрета пазух. У части больных определяли чувствительность выделенной микрофлоры к облепиховому маслу.

Больные, леченные облепиховым маслом, в соответствии с длительностью заболевания гайморитом распределялись следующим образом: до 1 года – 26, от 1 года до 2 лет – 19, от 2 до 3 лет – 23, от 3 до 5 – 15 и более 5 лет – 17 больных.

Больные контрольной группы в соответствии с длительностью заболевания распределялись: до 1 года – 21, от 1 года до 2 лет – 16, от 2 до 3 лет – 30, от 3 до 5 лет – 18, более пяти лет – 15.

Из числа обследованных больных, леченных облепиховым маслом, па головные боли жаловались 77, боли в области верхнечелюстной пазухи – 18, в области лба – 21 и в области переносья – 17 больных. На затрудненное носовое дыхание жаловались 84 человека, периодическое закладывание носа – 26, выделения из носа – 94 человека, нарушение обоняния – 27 больных. При передней риноскопии набухлость слизистой оболочки носа, особенно средних раковин, отмечена у 79, атрофия ее у 9 больных. У 70 больных в носовых ходах обнаружен гной, у 18 – слизисто-гнойный экссудат, а у 5 больных – слизь.

Всем больным было произведено рентгенологическое исследование придаточных пазух носа. Данные рентгенографии отражены в таблице.

Данные рентгенологического исследования гайморовых пазух у больных обеих групп

Рентгенографическая картина	Число больных	
	леченных облепиховым маслом	контрольной группы
Гомогенное затемнение пазухи	50	37
Завуалированность пазухи	33	42
Пристеночное затемнение пазухи	13	21
Изменений в придаточных пазухах носа не обнаружено	4	-
Всего:	100	100

У больных, леченных облепиховым маслом, гомогенное затемнение пазухи обнаружено у 50 человек, в контрольной группе – у 37 человек, завуалированность пазухи – у 33 и 42 и пристеночное затемнение пазухи – у 13 и 21 больного контрольной группы. Среди больных, леченных облепиховым маслом, у 4 рентгенологических изменений в придаточных пазухах носа не обнаружено, хотя клинически у них была типичная картина острого или хронического гайморита, что в последующем было подтверждено при диагностической пункции пазухи.

С учетом данных рентгенологического исследования придаточных пазух носа всем больным, леченным облепиховым маслом, была произведена диагностическая пункция гайморовых пазух, всего первично произведена пункция 125 пазух (у 25 больных – двусторонний процесс), при этом из 77 пазух получен гной, из 34 – слизисто-гнойный и из 7 пазух – слизистый секрет. При пункции 17 пазух патологический секрет не получен.

Для исследования экссудата на микрофлору содержимое из пазух получали путем отсасывания его через пункционную иглу, а при незначительном количестве экссудата (28 больных) – путем промывания пазухи стерильным физиологическим раствором.

Флора оказалась чувствительной к облепиховому маслу у 64 больных.

При бактериологическом исследовании отделяемого из верхнечелюстных пазух смешанная флора обнаружена у 22% больных, стафилококки – у 26, диплококки – у 23, грамотрицательные палочки – у 15, стрептококки – у 6, протей – у 6, грамположительная палочка – у 1 и гемолитический стрептококк – у 1% больных.

Лечение воспалительных процессов верхнечелюстной пазухи облепиховым маслом проводилось следующим образом. После местной анестезии слизистой оболочки нижнего носового хода производили пункцию пораженной пазухи. Шприцем аспирировали имеющееся в ней содержимое и затем ее промывали стерильным физиологическим раствором. После удаления из пазухи остатков промывной жидкости в нее вводили облепиховое масло в количестве 4-5 мл. Перед введением в пазуху облепихового масла голову больного наклоняли в сторону пораженной пазухи, и в таком положении больной оставался 15-20 минут. Такие лечебные процедуры производили через сутки, а при двустороннем процессе – ежедневно. Критерием выздоровления считали отсутствие жалоб, присущих для гайморита, характер промывной жидкости при пункции, а также данные контрольной рентгенографии придаточных пазух носа у части больных.

Лечение прекращали после исчезновения субъективных и объективных признаков заболевания и отсутствия в промывной жидкости при двух последних пункциях пазухи патологического содержимого.

Сведения о числе произведенных пункций, потребовавшихся для излечения больных различными клиническими формами гайморита у обеих групп больных, приведены в таблице.

Клиническая форма гайморита	Количество					
	2		3		4	
	Леченные маслом	Контрольная группа	Леченные маслом	Контрольная группа	Леченные маслом	Контрольная группа
Острый гнойный	10	5	11	3	3	7
Хронический гнойный	22	6	28	19	13	12
Пристеночно-гиперпластический	8	–	6	2	–	–
Полипозно-гнойный	–	–	–	3	2	–

Для иллюстрации наблюдений приводим выписку из истории болезни больного острым гнойным гайморитом, леченного облепиховым маслом.

Больной П-ов В.И., 30 лет, поступил 21/IV 1970 г. с диагнозом левосторонний острый гнойный гайморит.

При поступлении жаловался на головную боль, боли в области левой щеки, заложенность носа. Болен с 10/IV 1970 г., когда после перенесенного гриппа появились боли в области лба, гнойные выделения из носа. Перенесенные заболевания: воспаление легких, в 1959 г. – двусторонняя тонзиллэктомия.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. АД – 125/80 мм ртутного столба.

Внутренние органы без особенностей.

Лорорганы: наружный нос правильной формы, носовое дыхание справа свободное, слева затруднено. Слизистая оболочка носа слева розового цвета, набухшая. В левой половине носа слизисто-гнойное отделяемое.

Остальные лорорганы без особенностей.

Температура нормальная. В крови и моче отклонений от нормы нет. На рентгенограмме придаточных пазух носа от 20/IV 1970 г. – затемнение левой гайморовой пазухи. 21/IV под местной анестезией (2% раствор дикаина) произведена диагностическая пункция левой гайморовой пазухи и получен гной. После промывания пазухи теплым физиологическим раствором в нее введено 4,0 мл облепихового масла. 23/IV левая пазуха вторично промыта, получен гной. В пазуху введено 4,0 мл облепихового масла. Состояние улучшилось, головные боли стихли, отделяемое из полости носа уменьшилось.

25 и 27/IV 1970 г. левая гайморова пазуха промыта физиологическим раствором – промывная жидкость чистая. Кроме облепихового масла больной получал сосудосуживающие капли в нос, УВЧ-терапию на область левой гайморовой пазухи. Головные боли исчезли. Слизистая оболочка носа стала розовой, отделяемого нет. 29/IV больной выписан из стационара в хорошем состоянии.

Следует отметить, что при различных формах гайморита в обеих анализированных группах меньшее количество пункций потребовалось больным, леченным облепиховым маслом.

Всего больным, леченным облепиховым маслом, были произведены 424 пункции, больным контрольной группы – 470.

Кроме облепихового масла, все больные получали сосудосуживающие капли в нос и УВЧ на область пораженных пазух. Уже после первых пункций, промывания пазух и введения в нос облепихового масла больные отмечали заметное улучшение, которое выражалось в уменьшении головной боли и количества отделяемого из носа и в полном или частичном восстановлении носового дыхания.

По непосредственным результатам лечения облепиховым маслом больные подразделялись нами на 3 группы.

В первой группе наблюдалось клиническое выздоровление, во второй – улучшение, в третьей – состояние без перемен.

Непосредственные результаты местного применения масла облепихи при лечении больных воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи говорят о том, что 16 больных (24 пазухи) острым гнойным гайморитом, леченных облепиховым маслом, выздоровели полностью. Аналогичный результат отмечен у 12 больных (14 пазух) пристеночно-гиперпластическим гайморитом.

Хорошие результаты также получены и у больных хроническим гнойным гайморитом: из 64 (78 пазух) у 51 наступило выздоровление.

Безуспешным оказалось применение облепихового масла при лечении больных хроническим полипозногнойным гайморитом. Все 17 больных из 200 были подвергнуты оперативному лечению.

Средний койко-день больных различными клиническими формами гайморита приведен в таблице.

Средний койко-день больных, леченных облепиховым маслом, и контрольной группы

Койко-день, Форма воспалительного процесса	Больные, леченные облепиховым маслом	Контрольная группа больных
Острый гнойный гайморит	13	15,3
Хронический гнойный гайморит	19,4	24
Пристеночно-гиперпластический гайморит	12	16
Полипозно-гнойный гайморит	36	33

Ввиду того что контингент леченных нами больных по своей специфике находится вблизи нашего лечебного учреждения, мы имели возможность вести систематическое наблюдение над ними в течение двух лет. У 82 больных от 6 месяцев до 2 лет после лечения было стойкое выздоровление.

При применении облепихового масла каких-либо осложнений у леченых 100 больных мы не наблюдали. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что применение облепихового масла способствует наступлению клинического выздоровления при остром и хроническом гнойных гайморитах, а также при пристеночно-гиперпластическом хроническом гайморите. Наш опыт показывает, что данный препарат обладает выраженным терапевтическим действием. Непосредственный результат лечения 100 больных облепиховым маслом и 100 больных контрольной группы традиционными общепринятыми методами показывает, что оно не хуже последних, а может быть, в какой-то степени более благоприятно.

Все это дает основание считать, что облепиховое масло является достаточно эффективным средством, позволяющим улучшить результаты консервативной терапии больных воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи.

Применение облепихового масла при лечении операционных ран после тонзиллэктомии

Тонзиллярная проблема, несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой области, по-прежнему остается одной из ведущих в оториноларингологии, так как уровень заболеваемости и обращаемости населения все еще держится на высоких цифрах и имеет тенденцию к росту (Б.С. Преображенский, 1959; М.Г. Гарина, 1962; И.Е. Стклякин, 1964; В.С. Кузнецов, 1967; и др.).

По данным А. Г. Лихачева (1967), за последние два десятилетия обращаемость населения нашей страны по поводу ангины и хронического тонзиллита возросла почти в 1,5 раза, в то время как число больных с патологией придаточных пазух носа и ушных процессов уменьшилось в два раза (А.С. Токман, 1957; С.З. Ромм, 1963; В.К. Супрунов, А.А. Горохов, 1965).

В настоящее время хирургическое лечение больных хроническим тонзиллитом является одним из наиболее распространенных оперативных вмешательств в оториноларингологии. Больные хроническим тонзиллитом в стационарах страны составляют 40-75%.

Между тем послеоперационное лечение у больных, подвергшихся тонзиллэктомии, не всегда бывает благополучным. Как известно, после тонзиллэктомии у части больных наблюдается сильная реакция на оперативное вмешательство, которая выражается повышением температуры тела, болью в глотке, увеличением регионарных лимфатических узлов и местными явлениями в виде отека и гиперемии мягкого неба и дужек. Кроме того, возникают кровоизлияния и фибринозные наложения.

Мы поставили своей целью изучить влияние облепихового масла на течение послеоперационного периода у 200 больных хроническим тонзиллитом, подвергшихся удалению небных миндалин. В качестве контроля нами использована вторая группа больных хроническим тонзиллитом, также 200 человек, подвергнутая аналогичному вмешательству, но не леченная облепиховым маслом. Приводим краткие сведения об обеих указанных группах больных.

Основной контингент оперированных больных составляли мужчины молодого возраста (18-35 лет).

Подавляющее большинство больных приходится на возраст 18-25 лет (176 человек), аналогичного возраста больные в контрольной группе составляли 181 человек.

При подразделении больных хроническим тонзиллитом на отдельные группы мы пользовались классификацией, предложенной профессором Б.С. Преображенским (1964), согласно которой различают простую и токсико-аллергическую форму I и II степени данного заболевания. Кроме того, он ввел понятие о хроническом тонзиллите с сопряженными заболеваниями внутренних органов.

К токсико-аллергическому хроническому тонзиллиту II степени мы относили больных, страдающих функциональными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы – тонзиллокардиальный синдром. Больных, страдающих тонзиллитом с сопряженным заболеванием внутренних органов, мы для удобства анализа материала выделили в самостоятельную подгруппу, хотя по своему клиническому течению хронический тонзиллит у них протекал как токсико-аллергическая форма.

Среди сопряженных заболеваний с хроническим тонзиллитом у 48 обследованных были различные формы ревматизма, а у 2 больных – хронический нефрит.

Общие сведения о клинических формах хронического тонзиллита у обследованных больных приведены в таблице.

Сведения о клинических формах хронического тонзиллита у обследованных больных

<i>Клиническая форма хронического тонзиллита</i>	<i>Больные, леченные облепиховым маслом</i>	<i>Контрольная группа больных</i>	<i>Всего</i>
Простая	12	26	38
Токсико-аллергическая I степени	94	90	184
Токсико-аллергическая II степени	72	56	128
Хронический тонзиллит с сопряженными заболеваниями внутренних органов	22	28	50
Всего:	200	200	400

При сравнении клинических форм хронического тонзиллита у двух вышеуказанных групп больных удается отметить, что у контрольной группы простая форма хронического тонзиллита выявлена несколько чаще, чем у больных, леченных облепиховым маслом, (соответственно 26 и 12 больных), а токсико-аллергический хронический тонзиллит – несколько реже (соответственно 56 и 72 больных).

Двухстороннюю тонзиллэктомию производили после предварительного клинического обследования больных по общепринятой методике. Вмешательство на небных миндалинах осуществляли под местной анестезией. Вначале слизистую оболочку ротоглотки и корня языка двукратно смазывали 2% раствором дикаина, затем производили инфильтрацию 0,5% раствором новокаина по 10–15 мл с каждой стороны в ткани, окружающие небные миндалины.

Облепиховое масло больным после двухсторонней тонзиллэктомии применяли по следующей схеме. Через сутки после тонзиллэктомии дважды в день, утром и вечером, производили смазывание тонзиллярных ниш ватным шариком, обильно пропитанным облепиховым маслом и зажатым в длинный корнцанг. Каждую нишу смазывали отдельным шариком. Указанные процедуры производили в течение 3-5 дней. Данную процедуру больные переносили относительно легко, и каких-либо побочных действий облепиховое масло не вызывало. Всем больным удалось провести полный курс лечения. Другого – местного или общего лечения больным данной группы не назначали.

Вольным контрольной группы в зависимости от течения послеоперационного периода назначали полоскание глотки водным раствором фурацилина 1:5000, особенно при массивных фибринозных налетах с гнилостным запахом. Часть больных получала болеутоляющие средства (анальгин, пирамидон). При повышении температуры тела выше 38° с профилактической целью назначали антибиотики (12 больным). 50 больным смазывали тонзиллярные ниши 1% метацилом в течение 4-5 дней.

У больных, леченных облепиховым маслом, после тонзиллэктомии и у аналогичной группы контрольных лиц мы изучили течение послеоперационного периода.

Чтобы судить об эффективности влияния облепихового масла па течение послеоперационных ран после удаления небных миндалин, учитывались следующие показатели: продолжительность температурной реакции в послеоперационный период в сопоставлении с аналогичными показателями у лиц контрольной группы, степень выраженности послеоперационных реактивных явлений, степень болезненности, местные послеоперационные явления и длительность пребывания больных в стационаре.

Учет местной и общей реакции организма на оперативную травму после тонзиллэктомии проводили по схеме, разработанной Б.С. Преображенским, при этом различали три степени повышения температуры: I степень – до 37,4°, II степень – от 37,5° до 37,9° и III степень – повышение температуры тела выше 38°.

Из 200 больных, леченных облепиховым маслом, у 90 человек на протяжении всего послеоперационного периода температура тела оставалась нормальной, в то время как в контрольной группе нормальная температура тела при всех прочих равных условиях отмечена только у 24.

В течение первых суток повышение температуры тела наблюдалось соответственно у 58 и 36 больных, в течение 4 дней и более соответственно у 4 и 32 больных.

При применении облепихового масла на второй день после тонзиллэктомии нормальная температура тела зарегистрирована у 148 больных, а среди больных контрольной группы только у 60.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что применение облепихового масла способствует нормализации температуры тела уже в первые дни после тонзиллэктомии, тогда как у больных контрольной группы температурная реакция выражена на протяжении более длительного времени.

Следует отметить, что при различных формах хронического тонзиллита в обеих анализируемых группах при сравнении их друг с другом более благоприятное течение послеоперационного периода также было у больных, леченных облепиховым маслом. Из 200 больных, леченных облепиховым маслом, температура тела ниже 37,4° была у 148, а среди

больных контрольной группы – у 98. Повышение температуры тела от 37,5 до 37,9° наблюдалось соответственно у 46 и 90 больных. У 6 больных, леченных облепиховым маслом, температура тела была выше 38°, а среди больных контрольной группы – у 12.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что применение облепихового масла способствует уменьшению послеоперационной реакции и более раннему снижению температуры тела до нормальных цифр.

При применении облепихового масла у большинства больных ниши очистились от фибринозного налета на 4-5-й день после операции, а у остальных 38 больных это наблюдалось на 8-10-й день. Полное же очищение тонзиллярных ниш от фибринозного налета у больных контрольной группы отмечено на 8-10-й день от начала лечения у 168 человек, у остальных 32 больных – к 14-15 дню.

Болевые ощущения в глотке исчезли на 2-3-й день после операции у 168 больных, у которых применяли облепиховое масло, в то время как в контрольной группе боль исчезла в те же сроки только у 87.

Мы также определили средний срок пребывания больных в стационаре после оперативного вмешательства. При этом установлено, что средний койко-день после тонзиллэктомии у больных, леченных облепиховым маслом, составил 7,6, а у больных контрольной группы – 12,4.

Следует отметить, что по условиям работы мы выписывали из стационара лиц, подвергшихся тонзиллэктомии, только при их полном выздоровлении.

Для иллюстрации наших наблюдений приводим краткие выписки из историй болезней трех больных, леченных облепиховым маслом.

Больной Н-ов А.М., 19 лет, поступил 19/V 1969 г. в лоротделение с диагнозом простой хронический тонзиллит.

Жалобы на периодические ангины, сопровождающиеся болями в горле, общей слабостью и подъемом температуры тела до 39°. Ангиной болеет с детства 1-2 раза в год, чаще в холодное время года. В 1968 г. ангиной болел 3 раза. Лечился амбулаторно и дважды в стационаре.

Перенесенные заболевания: корь и скарлатина. Наследственность благоприятная. Данных на медикаментозную и алиментарную аллергию нет.

При поступлении состояние удовлетворительное. В течение последнего месяца ангины не было.

Больной правильного телосложения. Хорошего питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 110/70 мм ртутного столба. Внутренние органы без особенностей.

Лорорганы: наружный нос правильной формы, носовое дыхание свободное. Слизистая оболочка носа бледно-розового цвета, влажная. Небные миндалины увеличены (гипертрофия II степени), бледно-розового цвета, рыхлые, спаяны с дужками, в лакунах казеозные пробки и жидкий гной. Остальные лорорганы без особенностей.

В крови и моче отклонений от нормы нет. ЭКГ без особенностей.

24/V под местной анестезией (0,5% новокаин, 25 мл) произведена двухсторонняя тонзиллэктомия. Операцию больной перенес хорошо. В послеоперационный период применяли облепиховое масло по вышеуказанной методике.

25/V утром температура тела была 37,3°, затем нормализовалась. Через два дня боли в горле при глотании исчезли.

30/IV тонзиллярные ниши полностью очистились от послеоперационного налета, и больной выписан из стационара в хорошем состоянии.

Больной С-ов В.С., 37 лет. 25/III 1969 г. переведен из терапевтического отделения с токсико-аллергическим хроническим тонзиллитом II степени (тонзилло-кардиальный синдром).

Жалобы на головную боль, давящие боли в области сердца, частые ангины. Ангинами болеет с 1963 г., которые обычно протекали тяжело и сопровождались резкими болями в глотке, общей слабостью, разбитостью, подъемами температуры до 39° и выше, а также болями в сердце и суставах. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп. Лечился амбулаторно.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/70 мм ртутного столба. Границы сердца не расширены, тоны приглушены.

Лорорганы: слизистая оболочка носа слегка набухшая, бледно-розового цвета, влажная. Носовые ходы свободные, дыхание не затруднено. Небные миндалины сходятся по средней линии, рыхлые. Из лакун выдавливаются гнойно-казеозные массы. Другие лорорганы без особенностей.

Кровь в норме. На ЭКГ от 19/III 1969 г. выявлены синусовая аритмия, отклонение электрической оси сердца влево и признаки нарушения проводимости в желудочках.

27/III 1969 г. под местной анестезией (0,5% раствор новокаина, 30 мл) произведена двухсторонняя тонзиллэктомия. Операцию перенес хорошо. Начиная с 28/III тонзиллярные ниши смазывали облепиховым маслом два раза в день. Температура тела 28 и 29/III в пределах 37-37,3°. К 31/III тонзиллярные ниши полностью очистились от послеоперационного налета, боли в горле исчезли. 1/IV больной был выписан из стационара.

Больной П-ев 10. С., 29 лет, 14/1 1969 г. переведен из терапевтического отделения с токсико-аллергическим хроническим тонзиллитом II степени, ревматизмом (активная фаза), ревматическим полиартритом, ревмокардитом.

Жалобы на боли в суставах, общую слабость, потливость, частые ангины. Ангинами болеет 3-4 раза в год с ноября 1966 г. 1/I 1969 г. после переохлаждения возникли боли в глотке при глотании, общая слабость, озноб и повышение температуры тела. На второй день врач диагностировал лакунарную ангину, по поводу чего было назначено соответствующее лечение. 10/I появились боли в суставах, а затем отечность мягких тканей в области суставов.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Больной правильного телосложения, хорошего питания. Кожные покровы чистые, влажные, бледноватые. Левый коленный сустав слегка увеличен в объеме, движения в нем болезненны. Остальные суставы на вид не изменены, движения болезненны в левом тазобедренном суставе. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, первый тон на верхушке нечистый. Пульс 58 ударов в минуту, ритмичный. АД – 120/70 мм ртутного столба.

Лорорганы: небные миндалины сходятся по средней линии, рыхлые, с зияющими лакунами. В лакунах жидкий гной. Другие лорорганы без особенностей.

Анализ крови 9/1 1969 г.: Л. – 8000, РОЭ – 42 мм/ч, С-реактивный белок+. Формоловая проба слабо положительна. На ЭКГ от 12/I ритм синусовый. Горизонтальное положение оси сердца. 2/11 1969 г.: Л – 5000, РОЭ – 4 мм/ч.

15/11 1969 г. под местной анестезией произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Операцию больной перенес хорошо. В течение 4 дней, начиная с 16/II, тонзиллярные ниши смазывали облепиховым маслом 2 раза в день. Температура тела после операции оставалась нормальной.

20/II в хорошем состоянии переведен в терапевтическое отделение. К этому времени глотание безболезненное, тонзиллярные ниши очистились от фибринозного налета.

Таким образом, наш опыт применения облепихового масла для лечения послеоперационных ран у больных, подвергшихся двусторонней тонзиллэктомии, свидетельствует о том, что данный препарат обладает выраженным терапевтическим действием: способствует снятию болевых ощущений, в ближайшие дни после операции нормализует температуру тела, уменьшает послеоперационные реактивные явления, способствует скорейшему отторжению налетов из тонзиллярных ниш и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

Применение облепихового масла при лечении больных хроническим фарингитом и ларингитом

Хронические воспалительные процессы верхних дыхательных путей относятся к числу довольно распространенных заболеваний. Ввиду своеобразия и относительной безопасности их течения данные процессы не привлекают должного внимания специалистов. Основная масса больных в течение многих лет амбулаторно получает симптоматическое лечение, которое не всегда бывает успешным.

Согласно статистическим данным, болезни глотки встречаются в полтора с лишним раза чаще, чем остальные виды лорзаболеваний (А.С. Токман, 1957; Н.Н. Говор, 1958; Г.И. Ивахно, 1960).

В отечественной и зарубежной литературе вопросу лечения больных хроническим фарингитом и хроническим ларингитом посвящены работы ряда авторов.

Некоторые авторы связывают возникновение атрофических процессов слизистой оболочки верхних дыхательных путей с авитаминозами А, В, С, Д, что подтверждается наблюдениями над больными в период блокады Ленинграда, когда особенно возросла частота дистрофии слизистой оболочки верхних дыхательных путей, в том числе и атрофии ее (К.А. Дреннова). Есть указания на эффективность витаминотерапии при ряде поражений кожи и слизистой оболочки, когда эти заболевания возникали вследствие нарушений витаминного обмена, в частности при недостаточной насыщенности организма каротином и витамином А (С. Д. Балаховский, 1946; Т. В. Аристовская, 1946; С.К. Гуревич, 1956; и др.).

Учитывая все это, а также возможность выделения с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей стафилококков, мы сочли целесообразным изучить терапевтический эффект облепихового масла при лечении больных хроническими фаринголарингитами и при этом установить, при каких клинических формах фаринголарингита наиболее эффективно действие облепихового масла (М.Ш. Мильман, 1960).

Кроме того, мы стремились разработать наиболее рациональную методику применения облепихового масла, изучить индивидуальную переносимость его и отдаленные результаты лечения указанных заболеваний.

Под нашим наблюдением находилось 100 больных различными формами фаринголарингитов, леченных облепиховым маслом. В качестве контроля была взята группа больных фаринголарингитами, также 100 человек, лечение у которых проводили путем ингаляций различных антибиотиков, назначения общеукрепляющих и симптоматических средств и физиопроцедур.

Подавляющее большинство больных первой группы приходилось на возраст 18-25 лет (88 человек), аналогичного возраста больные в контрольной группе составляли 90 человек. Общие сведения о характере воспалительного процесса в глотке и гортани у двух обследованных групп больных приведены в таблице.

Клинические формы воспалительных явлений глотки и гортани у больных, леченных облепиховым маслом, и контрольной группы

Характер воспалительного процесса	Больные, леченные облепиховым маслом	Контрольная группа больных	Всего
Хронический гипертрофический Фарингит	29	24	53
Хронический атрофический фарингит	25	22	47
Хронический гиперпластический ларингит	22	32	54
Хронический атрофический фарингит и хронический атрофический ларингит	11	8	19
Хронический гипертрофический фарингит и хронический гиперпластический ларингит	13	14	27
Всего:	100	100	200

При сравнении клинических форм воспалительных явлений глотки и гортани у двух вышеуказанных групп больных удается отметить, что у контрольной группы хронический фарингит выявлен несколько реже, чем у больных, леченных облепиховым маслом, а хронический ларингит несколько чаще.

Обследование больных проводилось путем уточнения жалоб и анамнестических данных, вредных привычек, общеклинического и отоларингологического обследований, лабораторного исследования (клинический анализ крови, мочи).

Всем больным производили рентгеноскопию грудной клетки, бактериологическое исследование микрофлоры глотки и гортани – у части больных.

При обследовании лорорганов обращали внимание на состояние полости носа и дыхательной функции, состояние полости рта (лечению предшествовала санация зубов). Тщательно исследовалась глотка, при этом обращали внимание на небные миндалины (их величину, окраску, содержимое лакун), а также детально осматривали слизистую оболочку задней стенки глотки и гортани. При показаниях производили рентгенографию придаточных пазух носа и другие специальные исследования.

Больные, леченные облепиховым маслом, в соответствии с длительностью заболевания распределялись следующим образом: страдали указанными процессами до 1 года – 19 больных, от 1 года до 2 лет – 26, от 2 до 3 лет – 23, от 3 до 5 лет – 17 и свыше 5 лет – 15 больных.

У больных контрольной группы длительность заболевания составляла: до 1 года – 16 больных, от 1 года до 2 лет – 30, от 2 до 3 лет – 21, от 3 до 5 лет – 18, более 5 лет – 15 больных.

Из обследованных больных, леченных облепиховым маслом, на першение в горле жаловались 68, ощущение инородного тела – 76, неловкость при глотании – 41, ощущение сухости в глотке – 43, неприятный запах изо рта – 8, боли при глотании – 17, быструю утомляемость голоса – 61, боль в горле – 39, охриплость – 62, затрудненное носовое дыхание – 12, нарушение обоняния – 27 больных.

Причины возникновения заболевания были самыми разнообразными. У 53 больных причинами были неоднократные острые простудные заболевания, у 26 – профессиональные

вредности, курение – у 6, 15 больных не могли назвать причин, способствовавших возникновению заболевания.

Микрофлора обследованных больных в основном состояла из стафилококков (56%), стрептококков (27%), сапрофитных палочек и других бактерий (7%).

Облепиховое масло больным с воспалительными процессами глотки и гортани применяли по следующей схеме. При фарингите ежедневно слизистую оболочку смазывали ватным шариком, обильно пропитанным облепиховым маслом, 2 раза в день. При заболеваниях гортани облепиховое масло применялось в виде ингаляций.

Ингаляции производили ежедневно, продолжительность одного сеанса равнялась 15 мин. При наличии одновременно воспалительных процессов в глотке и гортани один раз в день слизистую оболочку глотки смазывали ватным тампоном, пропитанным маслом облепихи, и через 6 часов проводили сеанс ингаляции облепиховым маслом.

Данные процедуры больные переносили относительно хорошо. Каких-либо побочных действий облепиховое масло не вызывало. Всем больным удалось провести полный курс лечения. Критерием выздоровления считали отсутствие жалоб, характерных для фарингита и ларингита и исчезновение объективных признаков заболевания.

Для иллюстрации наших наблюдений приводим выписки из историй болезней больных с различными формами воспалений глотки и гортани, леченных облепиховым маслом.

Больной Г-ян Г. С., 20 лет, поступил 17/1 1970 г. с диагнозом хронический гипертрофический фарингит.

При поступлении жаловался на неловкость при глотании, покалывание, ощущение инородного тела в глотке, быструю утомляемость голоса. Болен в течение трех лет, лечился амбулаторно, улучшения не было.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Питание хорошее. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 ударов в одну минуту, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм ртутного столба. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Лорорганы: слизистая оболочка носа слегка отечна, цианотич-на. В носовых ходах скудное слизистое отделяемое, носовое дыхание свободное. Слизистая оболочка задней стенки глотки утолщена, отечна, несколько гиперемирована. Небные миндалины на уровне Дужек, рыхлые. Остальные лорорганы без особенностей.

В крови и моче отклонений от нормы нет.

При рентгеноскопии органов грудной клетки патологии не выявлено.

В течение 8 дней производили смазывание слизистой оболочки глотки ватным тампоном, пропитанным облепиховым маслом. После лечения состояние больного улучшилось, исчезла неловкость при глотании, ощущение инородного тела в глотке. Слизистая оболочка побледнела. 26/1 1970 г. больной был выписан из стационара в хорошем состоянии.

Контрольный осмотр проведен через семь месяцев. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет.

Приводим выписку из истории болезни больного хроническим атрофическим фарингитом.

Больной К-ко А.Г. 19 лет, поступил 11/II 1970 г. с жалобами на сухость в горле, общую слабость, головные боли, неприятный запах изо рта.

Болен 4 года. Неоднократно лечился, улучшения не было. За последнее время сухость в глотке усилилась.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Больной правильного телосложения, хорошего питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны внутренних органов патологии нет. Пульс 68 ударов в одну минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 110/70 мм ртутного столба.

Лорорганы: слизистая оболочка носа суховата, в носовых ходах сухие корочки. Носовое дыхание удовлетворительное. Слизистая оболочка задней стенки глотки сухая, блестящая, покрыта сухими плотно прилегающими корками. Небные миндалины рыхлые. При ларингоскопии видно, что истинные голосовые связки матовые, смыкаются полностью. Другие лорорганы без особенностей. В крови и моче отклонений от нормы нет. На рентгенограмме придаточных пазух носа от 14/II 1970 г. – незначительное понижение пневматизации правой гайморовой пазухи.

В течение 12 дней производили смазывание слизистой оболочки глотки ватным тампоном, пропитанным маслом, закапывали облепиховое масло в нос. После лечения больной почувствовал значительное улучшение: прекратились головные боли, исчезло чувство сухости в глотке, корки, а также запах изо рта. Слизистая оболочка приняла розовую окраску и стала влажнее. Выписан 27/II 1970 г. в хорошем состоянии.

Контрольный осмотр проведен дважды: через четыре и девять месяцев.

Достигнутый терапевтический эффект оказался стойким.

Приводим выписку из истории болезни больного хроническим атрофическим фаринголарингитом.

Больной В-уб Д.А., 52 года, поступил 10/II 1970 г. с жалобами на ощущение сухости в глотке, боль при глотании, общую слабость, осиплость голоса, головные боли.

Болен около 8 лет. Дважды лечился в стационаре и неоднократно амбулаторно.

Лечение давало кратковременный эффект. За последние два года состояние ухудшилось, чувство сухости в глотке усилилось, появились головные боли и на протяжении последних двух месяцев держится стойкая охриплость.

Перенесенные заболевания: воспаление легких в 1957 г., с 1961 г. – гипертоническая болезнь.

Больной правильного телосложения, хорошего питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 78 ударов в одну минуту, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление 160/100 мм ртутного столба. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Лорорганы: наружный нос правильной формы, перегородка по средней линии, слизистая оболочка носа бледная, в левой половине носа слизь. Слизистая оболочка задней стенки глотки сухая, блестящая, истонченная. Истинные голосовые связки сухие, покрыты корками, при фонации смыкание их неполное, подвижность хорошая. Голос охрипший. Барабанные перепонки несколько втянуты. Шепотная речь на оба уха – 6 метров.

Больному проведен следующий курс лечения: ежедневно в течение 12 дней производили смазывание слизистой оболочки глотки ватным тампоном, пропитанным облепиховым маслом, и ежедневно в течение 10 дней ингаляции с облепиховым маслом, продолжительность одного сеанса 15 мин., назначали резерпин внутрь, дибазол внутримышечно, соблюдался голосовой режим.

После проведенного лечения состояние улучшилось: головные боли стихли, боли в глотке прошли, исчезла сухость, голос стал звучным. Слизистая оболочка глотки порозовела, стала

влажной. Истинные голосовые связки стали смыкаться полностью. Артериальное давление 135/80 мм ртутного столба.

Выписан из отделения 28/III 1970 г. в хорошем состоянии. При контрольном осмотре через девять месяцев состояние удовлетворительное, голос звучный, жалоб нет.

Приводим выписку из истории болезни больного с обострением хронического гиперпластического ларингита.

Больной К-ев А. Я., 41 год, поступил 10/I 1970 г. с жалобами на осиплость голоса, боль в области гортани. Заболел около месяца назад, появилась осиплость голоса. Лечился амбулаторно: тетрациклин внутрь, горячие ножные ванны. Улучшения не отмечает. Такие явления беспокоят по несколько раз в течение последнего года. Заболевание больной связывает с переохлаждением.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Больной правильного телосложения, хорошего питания. Пульс 74 удара в одну минуту, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление 130/80 мм ртутного столба. Внутренние органы без особенностей.

Лорорганы: наружный нос правильной формы. Дыхание свободное. Ротоглотка: слизистая оболочка розовая, миндалины на уровне дужек. Гортань: резкая гиперемия слизистой оболочки. Истинные голосовые связки утолщены, тонус их понижен, при фонации смыкание неполное. Остальные лорорганы без особенностей.

Температура нормальная. В крови и моче отклонений от нормы нет.

При рентгеноскопии органов грудной клетки патологии не выявлено.

В течение 10 дней ежедневно проводилась ингаляция с облепиховым маслом. После 5 ингаляций боли в горле стихли, голос стал звучнее. 27/I 1970 г. выписан из стационара в хорошем состоянии.

При контрольном осмотре через 11 месяцев состояние удовлетворительное, голос звучный, связки тусклые.

По непосредственным результатам лечения облепиховым маслом больные подразделялись нами на 3 группы: первая – эффект хороший, вторая – удовлетворительный, третья – без эффекта.

Результаты применения облепихового масла при лечении больных воспалительными заболеваниями глотки и гортани приведены в таблице.

Результаты применения облепихового масла при лечении больных воспалительными заболеваниями глотки и гортани

<i>Клиническая форма воспалительного процесса</i>	<i>Число больных</i>	<i>Результат лечения</i>		
		<i>хороший</i>	<i>удовлетворительный</i>	<i>без эффекта</i>
Хронический гипертрофический фарингит	29	18	11	–
Хронический атрофический фарингит	25	7	13	5
Хронический гиперпластический ларингит	22	17	5	–
Хронический атрофический фарингит и ларингит	11	6	3	2
Хронический гипертрофический	13	8	4	1

фарингит и хронический гиперпластический ларингит				
Всего:	100	56	36	8

Наш клинический опыт применения облепихового масла при лечении больных хроническими воспалительными процессами глотки и гортани показывает, что у большинства больных данный растительный препарат обладает выраженным терапевтическим действием. Особенно он эффективен при хронических катаральных фаринго-ларингитах, то есть при начальных формах развития дистрофии слизистой оболочки глотки и гортани.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многие природно-растительные соединения используются как хорошие лекарственные препараты и назначаются больным на протяжении десятилетий.

Быстрые темпы развития промышленности позволяют освоить производство различных лекарственных веществ, которые ранее применялись ограниченными группами населения и их по преимуществу относили к средствам народной медицины. К числу таких лекарственных препаратов можно отнести облепиховое масло.

Практическое применение облепихового масла показало, что данный препарат при некоторых видах патологии обладает выраженным терапевтическим действием и заслуживает широкого использования. Однако следует помнить об индивидуальной переносимости данного препарата и бесконтрольно его не применять, хотя каких-либо осложнений при многолетнем применении облепихового масла мы не наблюдали.

Наш опыт лечения облепиховым маслом показывает, что применение его способствует более гладкому течению послеоперационного периода у лиц, подвергшихся удалению небных миндалин, что выражается в слабом проявлении реактивных явлений, температурной реакции и сокращении послеоперационного койко-дня. Облепиховое масло эффективно при лечении некоторых форм острого и хронического гайморита. Его также целесообразно применять у больных хроническим фарингитом и ларингитом.

Из-за ограниченного числа наблюдений мы в работе не приводим сведений о применении облепихового масла у онкологических больных, но хотелось бы отметить, что пероральный прием облепихового масла по одной чайной ложке три раза в день способствует быстрой ликвидации фибринозно-язвенного ренгеноэпителиита слизистой оболочки глотки.

По нашим сведениям, повсеместно за последнее время врачи различных специальностей стали проявлять большой интерес к данному препарату и значительно шире назначать его больным.

Однако неправильно было бы считать облепиховое масло средством от всех бед. Его нельзя, например, применять при острых холециститах, заболеваниях поджелудочной железы и т. д. Но не все считают с этим. И нет ничего вреднее этого, так как самый верный способ скомпрометировать какое-то лекарство – это приписать ему те свойства, которыми оно не обладает.

Одновременно с этим возникает проблема всестороннего удовлетворения потребности в препарате. Хотя природные ресурсы дикорастущей облепихи огромны и на Алтае выведены культурные сорта этого растения, препарата не хватает.

Увеличение производства облепихового масла возможно только после селекции новых культурных сортов этого растения, из которых можно получить такой же препарат, как и из плодов дикорастущей облепихи.

В этом направлении селекционеры Алтайского края уже проделали большую работу. В недалеком будущем она должна завершиться.

ЛИТЕРАТУРА

- Акулинин И.А. Облепиховое масло в лечении ожогов. – «Советская медицина», 1958, № 2, с. 137–138.
- Александров Б.А. Копилка витаминов. М., 1966, с. 97–102.
- Аристовская Т.В. К вопросу о динамике содержания витамина А и каротина в крови человека при различных заболеваниях. – «Клиническая медицина», 1946, № 3, с. 71–76.
- Балаховский С.Д., Будницкая Е. В. К вопросу о роли в организме витамина А и родственных ему соединений. – «Клиническая медицина», 1946, № 12, с. 23–34.
- Букин В. Н. Витамины. М., Пищепромиздат, 1941, с. 268.
- Ведмеденко А.Т. Регенеративные свойства облепихового масла. – «Офтальмологический журнал», 1959, № 1, с. 48-49.
- Верещагин В.И., Соболевская К.А., Якубова И. Я. Полезные растения Западной Сибири. М.–Л., изд-во АН СССР, 1959. с. 181-182.
- Виноградов И.П., Геселевич А.М. О лечении больных гнойным гайморитом. – «Вестник оториноларингологии», 1953, № 2, с. 36-40.
- Власов В.В. Облепиховое масло в лечении поверхностных ожогов кожи. – «Вестник дерматологии и венерологии». 1970, № 6, с. 69-73.
- Гарина М.Г. О распространенности заболеваемости уха, горла и носа среди взрослого населения г. Макеевки. – «Журнал ушных, носовых и горловых болезней», 1962, № 6, с. 7-12.
- Гатин Ж.И. Облепиха. М., 1963.
- Георгиевский В.Н., Тупольская Е.П. Промышленный опыт комплексного использования облепихи. – «Пищевая промышленность СССР», 1944, вып. 9.
- Гершанович Н.Л. Местное применение пенициллина при хронических гнойных отитах и хронических воспалениях гайморовой полости. – «Вестник оториноларингологии», 1947, № 4, с. 24-27.
- Говор Н.Н. Заболеваемость населения Минска в 1955 и 1956 гг. – «Советское здравоохранение», 1958, № 7, с. 23-29.
- Городецкая Н. М. Предварительные данные об эффективности лечения язвенной болезни облепиховым маслом. – В сб.: Вопросы витаминологии. Барнаул, 1959, с. 321-327.
- Гуревич С.К. Применение облепихового масла в офтальмологии. – «Вестник офтальмологии», 1956, № 2, с. 30.
- Гусакова-Федорова Н.Я., Селезнева Е.Д. Лечение эрозии шейки матки облепиховым маслом. – «Акушерство и гинекология», 1955, № 5, с. 57-58.
- Девяткин В. А., Захарова М. П. Облепиха. – «Природа». 1955, № 9, с. 101.
- Девяткин В. А., Ободовская Д. А. Облепиха. – «Природа», 1955, № 9, с. 101-103.
- Доброхотова К., Чудинов В. Лекарственные растения. 1965, с. 95-96.
- Землянский С. Е. Лекарственные растения СССР. М., 1951, с. 407-408.
- Зимонт Д. П. Заболевания верхних дыхательных путей. Изд. 3. Ростов-на-Дону, 1949, с. 130.

- Иорданов Д., Николов П., Бойчинов А. Фитотерапия. Лечение лекарственными травами. – В кн.: Облепиха крушиновидная. София, 1968, с. 171-172.
- Кажлаев М.Д. Состояние придаточных полостей носа на секционном материале. – «Вестник риноларингоотологии», 1928, № 6, с. 779-785.
- Казанцев В. О. Технология получения витаминных продуктов из плодов облепихи. – В сб.: Вопросы витаминологии. Барнаул, 1959, с. 291–316.
- Калашников В. П. Энциклопедический словарь аптечного работника. М., 1960, с. 291-292.
- Керн Э. Э. Облепиха. – «Сибирское плодоводство и огородничество», 1927, № 1.
- Кириллов В. Г. Чернобаева П.Н., Ободовская Д.А. Технология получения витаминных препаратов из облепихи с комплексным использованием ее. Отчет Всесоюзного витаминного института за 1955 г.
- Кирсакина Е.Ф., Мельник П.Е. Лекарственные и ядовитые растения Горного Алтая. Горно-Алтайск, 1959.
- Комендантов Л.Е. О методике оперирования гайморовых полостей. – «Вестник риноларингоотологии», 1928, № 3, с. 293–298.
- Коноплева В.Г. О лечении маслом облепихи субатрофических и атрофических назофарингитов. – Сборник трудов Новосибирского отделения Всероссийского общества отоларингологов. Вып. I, Новосибирск, 1963. с. 128-131.
- Королева К.Н., Красноперова Э. и др. Влияние черноплодной рябины и облепихи на темп регенерации поврежденной ткани. – Ученые записки Горно-Алтайского пединститута. Вып. 2. Горно-Алтайск, 1957, с. 278-280.
- Крылов М. Флора Западной Сибири. Вып. 7. Томск, 1933.
- Кузнецов В.С. Планирование оториноларингологической помощи. – «Вестник оториноларингологии», 1967, № 3, с. 13-18.
- Лисовская М.П. О патогенезе носовых полипов. Автореферат дисс. канд. Томск, 1954.
- Лихачев А.Г. Применение пенициллина в оториноларингологии. – «Вестник оториноларингологии», 1946, № 5, с. 8–22.
- Лихачев А.Г. Лечебно-профилактическая помощь в СССР. – «Вестник оториноларингологии», 1967, № 5, с. 3–21.
- Мальгин М Зубова Л. Влияние соков черноплодной рябины и облепихи на темп заживления ожогов. – Ученые записки Горно-Алтайского пединститута. Вып. 2. Горно-Алтайск, 1957, с. 281-282.
- Масленникова Г.В. Результаты лечения больных глоссальгией облепиховым маслом. – «Стоматология», 1968, № 3, с. 86–88.
- Машковский М.Д. Лекарственные средства. М., 1960, с. 327.
- Мильман М.Ш. Микрофлора носа у больных атрофическими ринитами. – «Медицинский журнал Узбекистана», 1960, № 5, с. 73-75.
- Михалюк В.П. Лекарственные растения в народной медицине. Саратов, 1967, с. 265-266.
- Минаева В.Г. Лекарственные растения Сибири. Новосибирск, 1960, с. 73-74.
- Михлин Е.Г., Буренков Г.И., Гофштейн Р.М. Исследование некоторых функций слизистой оболочки носа у рабочих, занятых в производстве дивинилнитрильного каучука. – Материалы 4-й научно-практической конференции оториноларингологов Иркутской области. Вып. 91. Иркутск, 1968, с. 139-142.

- Ободовская Д.А. Облепиха как сырье для витаминной промышленности. М., 1957.
- Пархамовский М.А. Клиническая оценка отдаленных результатов радикальной операции верхнечелюстной пазухи. – «Журнал ушных, носовых и горловых болезней», 1965, № 4, с. 72-73.
- Попов А. П. Облепиха крушиновидная. – В кн.: Лекарственные растения в народной медицине. Киев, 1967, с. 161-163.
- Преображенский Б.С. Опыт местного применения пенициллина при заболеваниях уха, горла, носа. – Ученые записки 2-го Московского медицинского института. Вып. 2. М., 1951, с. 97-101.
- Преображенский Б.С. Вазомоторный и аллергический гайморит как нозологическая форма. – «Вестник оториноларингологии», 1956, № 5, с. 38-44.
- Преображенский Б.С. Принцип современной профилактики и лечения ангины и хронического тонзиллита. – «Журнал ушных, носовых, и горловых болезней», 1959, № 6, с. 3-12.
- Пржевальский Н. М. Третье путешествие в Центральную Азию из Зайсана через Хами и Тибет на верховье Желтой реки. СПб, 1883.
- Пухальская Е.Г., Петрова М.Ф. Меньшикова Г.П. 5-окситриптамин из *Hippophae rhamnoides* как противоопухолевый препарат в опытах на животных. – Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, т. 50, 1960, № 10, с. 105-110.
- Ромм С.З. Анализ лорзаболеваемости населения Ленинграда и меры по ее снижению. – Тр. Ленинградского НИИ уха, горла, носа и речи, т. 4. Л., 1963, с. 4–8.
- Русалеев А.П. Обзор литературы по облепихе и трудов по прикладной ботанике, генетике, селекции. Серия 8. Вып 2 1934, с. 199–213.
- Ручкин В.Н. Облепиха. – «Сибирское плодоводство и огородничество», 1927, № 1.
- Ручкин В.Н. Химический анализ плодов и масла *Hippophae rhamnoides*. – В кн.: Материалы к познанию химического состава растений. Омск, 1929.
- Сапожников В.В. По Алтаю. М., Географгиз, 1949.
- Соболевская К.А. Облепиха. Растительные богатства Новосибирской области. Новосибирск, 1961, с. 151.
- Склянкин И.Е. К вопросу о заболеваемости хроническим тонзиллитом жителей сельской местности. – «Вестник оториноларингологии», 1964, № 3, с. 52-54.
- Супрунов В.К., Горохов А.А. Динамика заболеваемости по данным стационара лорклиники за 35 лет. – «Вестник оториноларингологии», 1965, № 3, с. 9-14.
- Токман А.С. Заболеваемость болезнями уха, горла и носа и задачи организации отоларингологической помощи населению. М., 1957, с. 7-49.
- Трофимов Т.Т. Облепиха в культуре. М., 1967.
- Турова А.Д. Облепиха крушиновидная. – В кн.: Лекарственные растения СССР и их применение. М., 1967, с. 448-451.
- Уткин Л.Н. Народные лекарственные растения Алтая и приалтайских степей. – «Хим.-фармац. промышленность», 1933. № 1, с. 25–30.
- Файман Б.А. Применение облепихового масла при некоторых заболеваниях лорорганов (предварительное сообщение). – Сборник научных работ врачей Сибирского военного округа. Вып. 4. Новосибирск, 1967.
- Файман Б.А. Применение облепихового масла при лечении операционных ран после тонзиллэктомии. – «Журнал ушных, носовых и горловых болезней», 1968, № 5, с. 95-97.

Файман Б.А. Лечение облепиховым маслом ран в оториноларингологии. – Материалы юбилейной военно-научной конференции врачей СибВО, посвященной 25-летию со дня окончания Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. Новосибирск, 1970.

Файман Б.А., Орлов В.И. Антибактериальные свойства облепихового масла. – Материалы научной конференции Алтайского государственного медицинского института. Барнаул, 1971, с. 185-194.

Файман Б.А. Применение облепихового масла при лечении некоторых лорзаболеваний. Дисс. канд. Омск, 1971.

Файн А.Г. К вопросу о послеоперационной судьбе гайморовой полости. – «Вестник отоларингологии», 1941, № 2, с. 54-57.

Фон А.М., Попова С.Д. Лечебное значение каротинового облепихового масла в гинекологии. – Сборник научных работ Красноярского гос. мед. ин-та. Красноярск. 1949.

Хотина А.А. Облепиха крушиновидная. – Лекарственные растения СССР. М., 1967, с. 353-355.

Цыцын И.Ф. и др. Атлас лекарственных растений. М., 1962. с. 390.

Чернявский Г.А., Смирнова Д.Н. Некоторые отрицательные стороны аэрозолетерапии антибиотиками. – «Вестник оториноларингологии», 1954, № 1, с. 17-19.

Шапиро А.И. О бактерицидных свойствах некоторых растительных масел. – «Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии», 1947, № 10, с. 26.

Шапуров В.В. Генкин Я.С., Рейпиш С.М. Отдаленные результаты радикальной операции гайморовой полости. – Сборник трудов Ленинградского научно-практического института болезней уха, горла, носа и речи. Вып. 2. 1934, с. 124-134.

Шведова Е.С., Нестеров В.С., Хованова А.М. и др. Высеваемость стафилококков и стрептококков у больных хроническим тонзиллитом в сочетании с ревматизмом. – Труды Омского медицинского института, т. 84. Омск, 1968, с. 165-170.

Шведова Е.С., Нестеров В.С., Хованова А.М. и др. К биологической характеристике патогенных стафилококков, выделенных от больных хроническим тонзиллитом и тонзиллитом в сочетании с ревматизмом. – Труды Омского медицинского института, т. 84. Омск, 1968, с. 171-176.

Шведова Е.С., Илинская Б.В., Нестеров В.С. О чувствительности к антибиотикам стафилококков и стрептококков, выделенных от больных хроническим тонзиллитом с ревматизмом. – Труды Омского медицинского института, т. 84. Омск, 1968, с. 188-187.

Шиховский И. Описание рода и вида облепихи. – Труды Вольно-экономического Общества, т. 2. 1850, с. 6.

Шишкина Е.Е. Содержание аскорбиновой кислоты в плодах различных подвидов облепихи. – Труды II Всесоюзного семинара по биологически активным веществам плодов и ягод. Свердловск, 1964, с. 199-203.

Шишкина Е.Е. Облепиха на Алтае. – «Сельскохозяйственное производство Сибири и Дальнего Востока», 1965, № 6, с. 46.

Шишкина Е.Е. Химический состав плодов различных подвидов облепихи. – Рефераты докладов на V краевой научно-технической конференции. Барнаул, 1965.

Шишкина Е.Е. Изучение биохимических особенностей азиатских форм облепихи. – Садоводство Сибири и северных областей Казахстана. Барнаул, 1968, с. 206-211.

Шишкина Е.Е. Содержание масла в плодах облепихи различного географического происхождения. – Уральский лесотехнический институт. Труды III Всесоюзного семинара. Свердловск, 1968, с. 314-318.

Шнайман Л.О. Производство витаминов. М., 1950.

Шуминская М.Д., Карпович В.Н. Фармакогнозия. Л., 1963, с. 243-245.

Щукин С. Ягоды облепихи и вновь открытое облепиховое масло. – Труды Вольно-экономического Общества, т. 2. 1850, с. 41.

Юдкина Л.Н. Опыт применения масла облепихи при некоторых кожных заболеваниях. – «Вестник венерологии и дерматологии», 1954, № 2, с. 20.

Юрова Г.Г. Сравнительная характеристика С-витаминной активности сортов основных плодово-ягодных культур Алтая. – В сб.: Вопросы витаминологии. Барнаул, 1959, с. 259-287.

Яковлев-Сибиряк И.И. Облепиха. – «Сад и огород», 1947, № 8.

Яковлев-Сибиряк Н.И. Облепиха и лох. М., 1954.