

лечить данную патологию, не допустить серьезных осложнений и перехода процесса в III-IV стадии заболевания.

Выводы

1. Тактика лечебных мероприятий у больных ЭСО четко определяется в зависимости от показателей аудиометрии, импедансометрии, давности заболевания.

2. Повторные ОРВИ и дисфункции слуховых труб в виде тимпанограмм типа В и С являются показаниями для госпитализации больных ЭСО и проведения этиопатогенетической терапии.

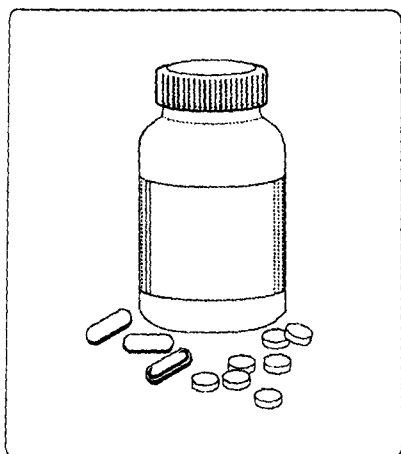
3. Ранняя диагностика ЭСО позволяет предупредить развитие не только адгезивного среднего отита с возникновением выраженной тугоухости, но и более серьезных осложнений (антрит, мастоидит, менингит и др.)

4. Необходимо считать устранение (снижение) общего аллергического фона, наблюдение у оториноларинголога и аллерголога одним из основных принципов лечения больных ЭСО, обеспечивающих возможность адекватного своевременного лечения и профилактики тугоухости.

5. Динамическое наблюдение больных ЭСО с клиническими значениями аудиометрии, импедансометрии позволяет своевременно отслеживать динамику патологического процесса в среднем ухе и принимать меры к предупреждению развития тугоухости, которая является социально значимой проблемой.

Литература

1. Арефьева Н.А., Стратиева О.В., Салахова Г.М. // ВОРЛ. 1998. №2. С.24-27.
2. Дмитриев Н.С., Милешина Н.А. Экссудативный средний отит у детей (патогенетический подход к лечению): Метод. рекомендации. 1996. 26 с.
3. Дмитриева И.В. // Нов. оториноларингол. и логопатологии. 1999. №1. С.129-134.
4. Зубковская С.А. // Нов. оториноларингол. и логопатологии. 1999. №1. С.29-30.
5. Потапова А.С., Пейсаходина Л.И. // Реабилитация функции ЛОР-органов у детей. 1989. С.34-38.
6. Преображенский Н.А., Гольдман И.И. // Экссудативный средний отит. М.: Медицина, 1987. С.192.
7. Сватко Л.Г., Рафаилов В.В., Мудрецова С.К. // Росс. ринол. 1998. №2. С.55-56.
8. Сватко Л.Г., Цибулькина В.Н., Рафаилов В.В. // Росс.ринол. 1998. №2. С.56
9. Тарасова Г.Д. // ВОРЛ. 1998. №1. С.15-17.
10. Geyer G. // Laryng. Rhinol. Otol. 1984. Vol.63, No.3. P.123-126.
11. Nomura T. // Pract. Otol. Kyoto. 1985. Vol.78, No.2. P.1204-1213.
12. Palva T. // J. Laryng. 1980. Vol.94, No.1. P.9-13.
13. Tos M., Stangerup S. // Arch. Otolaryng. 1984. Vol.110, No.5. P.281-289.
14. Tos M. // Acta otolaryngol. 1981. Vol.92, No.1-2. P.51-63.
15. Zechner G. // Proc. 6th British acad. conf. in otolaryngology. Bristol. 1983. Vol.5. P.59-62.



УДК 616.981.48 — 08 — 053.2

В.П. Молочный, Е.В. Горбачева, Л.М. Тимохина, И.П. Пиотрович,
И.В. Лушкова, Т.А. Капура, И.А. Кравченко, Н.И. Отводникова,
В.В. Бокарев, М.И. Ершова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЖИДКОГО КОНЦЕНТРАТА БИФИДОБАКТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Дальневосточный государственный медицинский университет, МУЗ
Детская инфекционная больница им. А.К. Пиотровича, г. Хабаровск

Эффективное и безопасное лечение острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей остается одной из актуальных проблем в педиатрии. Целью данной работы является оценка эффективности применения жидкого концентрата бифидобактерий (ЖКБ) у детей больных острыми кишечными инфекциями. Отличительными особенностями этого препарата (производится предприятием "Вектор-Биальгам", г. Новосибирск) является биологически активное со-

стояние бифидобактерий видов *B. bifidum* и среды, образующейся в результате их жизнедеятельности. Концентрация бифидобактерий составляет не менее 10^9 живых биологически активных клеток в 1 мл препарата (100 доз). Препарат разрешен к применению на территории России в качестве пищевой добавки (регистрационное удостоверение МЗ РФ №001674.Р.643.08.2000). В соответствии с наставлением по применению ЖКБ суточная доза состав-

ляет для детей до 1 года — 1 мл, от 1 года до 3 лет — 1-2 мл, от 3 до 7 лет — 2-3 мл, старше 7 лет — 3-4 мл.

Под нашим наблюдением находились 40 детей с ОКИ в возрасте от 1 мес. до 14 лет (группа 1), которым в комплексной терапии в течение всего срока пребывания в стационаре применяли ЖКБ по схеме, рекомендованной производителем. Суточная доза давалась в 2 приема за 20 мин до еды.

Дети больные ОКИ, включенные в группу сравнения (группа 2 — 21 чел.), получали сухой бифидумбактерин. Наконец, дети больные ОКИ из контрольной группы (группа 3 — 27 чел.) получали обычную терапию без биопрепаратов. Все группы больных детей подбирались по случайному принципу и были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести заболевания, равно как и по этиологии ОКИ — во всех группах детей преобладали диареи, вызванные условно-патогенной микрофлорой.

Легкая форма заболевания в группе 1 выявлена у 25% детей (10 чел.), в группе 2 — у 19% (4 чел.), в группе 3 — у 22% (6 чел.). Среднетяжелая форма ОКИ зарегистрирована, соответственно, у 58% (23 чел.), 52% (11 чел.) и 56% (15 чел.), тяжелая — соответственно, у 17% (6 чел.), 29% (7 чел.) и 22% (6 чел.).

Сравнивая клинические данные у больных с легкими формами ОКИ (табл. 1), мы установили, что по выраженности температурной реакции достоверных различий между группами больных нет. Между тем в длительности лихорадки отмечено достоверное отличие. Так, у больных группы 1 нормализация температуры тела зарегистрирована уже к концу первых суток пребывания в стационаре, тогда как во 2 и 3 группах этот процесс протекал дольше ($p < 0,05$).

У всех больных легкой формой ОКИ в первые дни пребывания в стационаре примерно в половине случаев наблюдалась рвота, которая у детей, получающих сухой бифидумбактерин, сохранялась дольше, тогда как у большинства больных 1 группы симптом рвоты купировался к концу первых суток.

Критериями интоксикационного синдрома у детей с ОКИ считали снижение аппетита, изменение нервной деятельности, окраски кожных покровов, функций сердца, легких. Независимо от дозы ЖКБ, возраста пациента, симптомы интоксикации в 1 группе существенно уменьшались или полностью исчезали практически к концу вторых суток от начала лечения. У детей 3 группы длительность интоксикационного синдрома была существенно больше ($p < 0,05$).

В длительности болевого синдрома у детей, получающих ЖКБ, и тех детей, терапия, которым проводилась без этого препарата, достоверных различий не отмечено. Это можно объяснить отсутствием у ЖКБ спазмолитической активности.

Вместе с тем у больных 1 группы выявлено достоверное сокращение частоты и улучшение характера стула, более быстрое исчезновение патологических примесей в стуле (слизи, зелени, крови) по сравнению с детьми других групп.

В целом сроки реконвалесценции после ОКИ в группе детей, получавших ЖКБ, сокращались, так что выписка их из стационара осуществлялась дос-

Клинические показатели
при легких формах ОКИ у детей

Клинический показатель	1 группа (n=10)	2 группа (n=4)	3 группа (n=6)
Температура тела, °С	37,6±0,26	37,7±0,78	37,5±0,27
Длительность проявлений ОКИ, дней:			
— лихорадки	1,1±0,11 ^А	1,8±0,25 ^С	2,1±0,43
— рвоты	1,2±0,25 ^А	2,3±0,11 ^С	2,1±0,11
— интоксикационного синдрома	2,1±0,34 ^А	2,5±0,29 ^В	3,4±0,63
— болевого синдрома	3,1±0,11	3,1±0,11	3,5±0,89
— диареи	2,8±0,87 ^А	3,1±1,01	3,9±0,64
— сохранения в стуле патологических примесей	1,6±0,65 ^А	2,5±0,68 ^С	2,9±0,71
Кратность стула	3,1±1,09 ^А	5,1±1,12 ^С	5,1±0,69
Длительность пребывания в стационаре, дней	5,1±0,71 ^А	5,7±0,73 ^С	6,3±0,75

Примечания. ^А, ^В, ^С — статистически достоверные отличия показателей при попарных сравнениях, соответственно, между 1 и 3, 2 и 3, 1 и 2 группами больных.

Таблица 2

Клинические показатели
при среднетяжелых формах ОКИ у детей

Клинический показатель	1 группа (n=10)	2 группа (n=4)	3 группа (n=6)
Температура тела, °С	38,1±0,17	38,1±0,32	38,1±0,19
Длительность проявлений ОКИ, дней:			
— лихорадки	1,8±0,24 ^А	2,5±0,51 ^С	2,7±0,43
— рвоты	1,7±0,31 ^А	2,3±0,41	2,6±0,54
— интоксикационного синдрома	3,2±0,64 ^А	6,3±1,25 ^{ВС}	4,8±0,21
— болевого синдрома	2,6±0,38 ^А	3,4±0,63	3,1±0,43
— диареи	5,5±0,44 ^А	6,7±0,61 ^{ВС}	7,1±0,99
— сохранения в стуле патологических примесей	4,4±0,51 ^А	4,9±0,56	5,5±0,25
Кратность стула	7,7±0,81 ^А	8,9±1,26 ^{ВС}	9,9±0,83
Длительность пребывания в стационаре, дней	6,9±0,75 ^А	9,1±0,55 ^С	9,6±1,19

Примечания. ^А, ^В, ^С — статистически достоверные отличия показателей при попарных сравнениях, соответственно, между 1 и 3, 2 и 3, 1 и 2 группами больных.

товерно быстрее, чем в других ($p < 0,05$), а длительность пребывания в стационаре составила меньше недели (5,1±0,71 дня).

Инфузионная терапия у больных легкой формой ОКИ не потребовалась ни в одной группе.

Побочного действия ЖКБ не отмечено ни в одном случае. Более того, у детей 1 группы в 90% случаев фармакотерапию удалось провести без антибактериальных препаратов, тогда как у всех детей 3 группы и у 67% детей 2 группы их приходилось назначать.

Проводя анализ среднетяжелых форм заболевания ОКИ, мы установили, что как и при легких формах, достоверных различий в исходной выраженности температурной реакции во всех исследуемых группах нет (табл. 2).

Рвота отмечалась у 30% больных 1 группы, у 54% больных 2 группы и у 60% больных 3 группы. Этот

Таблица 3

**Клинические показатели
при тяжелых формах ОКИ у детей**

Клинический показатель	1 группа (n=10)	2 группа (n=4)	3 группа (n=6)
Температура тела, °С	38,2±0,35	38,7±0,45	39,1±0,29
Длительность проявлений ОКИ, дней:			
– лихорадки	4,3±0,81 ^А	4,3±0,81 ^В	5,7±0,49
– рвоты	2,5±0,21 ^А	2,8±0,16 ^С	3,4±0,41
– интоксикационного синдрома	7,1±1,39	8,3±3,96	10,8±2,33
– болевого синдрома	6,1±1,29 ^А	5,8±0,25 ^В	10,3±1,98
– метеоризма	1,01±0,12	3,5±0,51 ^{ВС}	1,75±0,47
– диареи	7,9±1,72 ^А	9,7±1,28	10,3±2,08
– сохранения в стуле патологических примесей	5,5±1,43	6,9±0,25	7,5±1,52
Кратность стула	9,1±1,38 ^А	11,7±1,38 ^В	14,3±1,15
Длительность пребывания в стационаре, дней	11,4±1,86 ^А	12,3±2,53	13,5±1,88

Примечания. ^А, ^В, ^С — статистически достоверные отличия показателей при попарных сравнениях, соответственно, между 1 и 3, 2 и 3, 1 и 2 группами больных.

симптом у больных 1 группы купировался быстрее (табл. 2).

При использовании ЖКБ в схеме лечения у больных среднетяжелой формой ОКИ достигался более быстрый и выраженный дезинтоксикационный, гипотермический и антидиарейный эффект. Так, температура тела у всех больных 1 группы нормализовалась уже на 2 день лечения, симптомы интоксикации в 82% случаев исчезли на 3 день, в то время как у детей 2 и 3 групп лихорадка и симптомы интоксикации в эти сроки сохранялись в 45% случаев. Нормализация стула и клиническое выздоровление у 70% больных 1 группы происходили на 4-5 сут от начала приема ЖКБ.

Выписка детей со среднетяжелой формой ОКИ из 1 группы происходила также в более короткие

сроки по сравнению с пациентами из 2 и 3 групп (соответственно, $p < 0,001$; $p < 0,01$).

Антибактериальная терапия у больных 1 группы применялась в 91% случаев коротким курсом (до 5 дней), тогда как дети остальных групп получали антибиотики и химиопрепараты в 100% случаев в течение 7-8 дней, а у 2 детей из 3 группы и у 1 ребенка из 2 группы мы были вынуждены использовать второй курс антибактериальной терапии.

Инфузионная терапия применялась у 43% детей, получавших ЖКБ, в течение 1,5±0,03 дня, в то время как средняя продолжительность инфузионной терапии в 3 группе составила 2,5±0,15 дня ($p < 0,05$).

При лечении тяжелых форм ОКИ препаратом ЖКБ также имела место тенденция к более быстрой регрессии клинических симптомов, однако клиническое выздоровление с полной нормализацией стула у них наступало лишь на 7-8 день от начала лечения (табл. 3).

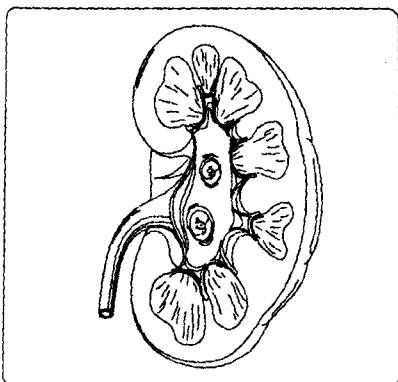
Все дети исследуемых групп с тяжелой формой ОКИ получали антибактериальную терапию, однако в 1 группе повторный курс антибиотиков потребовался у 29% больных, во 2 группе — у 67% больных, в 3 группе — у 83% больных, причем у 33% этих детей использовалась комбинированная антибактериальная терапия.

У 14% больных 1 группы отмечено появление кожной сыпи, что, вероятно, связано с наличием пищевой аллергии на молочную среду препарата.

Выводы

1. При легких формах ОКИ ЖКБ может быть использован в комплексной терапии у детей как единственное средство, а при лечении среднетяжелых и тяжелых форм ОКИ — как препарат, усиливающий эффект антибактериальной терапии.

2. Применение ЖКБ у больных ОКИ безопасно как при его использовании в виде моносредства, так и при сочетании с антибиотиками.



УДК 616.65 — 002 — 079 — 08

Е.Г. Петричко, М.И. Петричко

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

301-й Окружной военный клинический госпиталь,
Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Хронический простатит (ХП) занимает одно из первых мест среди генитальной патологии мужчин активного возраста. За последние годы в литерату-

ре повышенное внимание уделяется обструктивным формам ХП, при которых общим звеном патогенеза является нарушение проходимости выводных про-