

40,71±7,58 койко-дня, тогда как у пациентов второй группы — 19±10,6 койко-дня.

Среди пациентов первой группы в результате проводимого лечения развитие некроза удалось предотвратить у 4 чел. У 10 пациентов в последующем были выполнены некрэктомии на уровне фаланг пальцев кистей и стоп, а у 2 — на уровне пястных и плюсневых костей.

Среди пациентов, получавших изотиорбамин (вторая группа), развитие некротических изменений, напротив, удалось предотвратить у подавляющего большинства больных — в 5 случаях, и лишь у 2 впоследствии были выполнены некрэктомии на уровне фаланг пальцев кистей.

Выводы

1. Включение в комплекс лечебных мероприятий у больных с отморожениями антиоксиданта изотиорбамина позволяет предотвратить развитие некроза или ограничить его распространение.

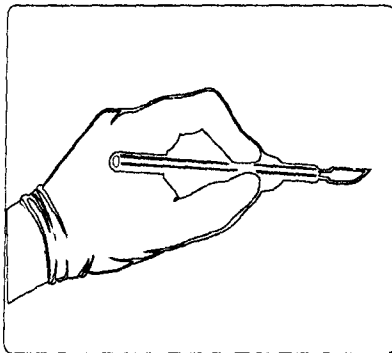
2. Комплексная терапия с применением изотиорбамина у больных, подвергшихся холодовой воздействию, дает возможность сократить сроки пребывания пострадавших в стационаре вдвое.

3. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение антиоксиданта изотиорбамина в составе комплексной терапии пострадавших с отморожениями конечностей.



Л и т е р а т у р а

1. Вихриев Б.С., Кучемасов С.Х., Скворцов Ю.Р. Местные поражения холодом. Л., 1991. 120с.
2. Воронин Н.И. Воздействие холода на костную ткань. Коррекция изменений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Иркутск, 1998. 36 с.
3. Доровских В.А., Бородин Е.А., Целуйко С.С. Антиоксиданты в профилактике и коррекции холодового стресса. Благовещенск, 2001. 87 с.
4. Доровских В.А., Воронин Н.И. Поражения человека холодом. Благовещенск, 1997. 87 с.
5. Куклина Е.Ю. Хирургическое лечение местной холодовой травмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Чита, 2000. 28 с.
6. Муратов Ю.М., Карпушин А.А., Вачаева Н.Н., Вустянюк Э.В. // Ортопедо-травматологическая служба на Дальнем Востоке. Хабаровск, 1990. С.168-170.
7. Сизоненко В.А. Клиническая оценка и лечение местной холодовой травмы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1990. 38 с.
8. Сизоненко В. А., Ворфоломеев А.Р. Биорегулирующая терапия при термической травме. Чита, 1999. 72 с.
9. Смирнов С.В. Клиника, диагноз, патогенез и инфузионно-трансфузионное лечение отморожений конечностей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990. 36 с.



УДК 616.284-002.155

С.В. Руденко, Н.Д. Чибуркина, О.И. Костюченко, С.В. Асташенко

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 2-я муниципальная клиническая больница, г. Хабаровск

Актуальность проблемы тугоухости в последние годы ни у кого не вызывает сомнения, и выбор адекватной этиопатогенетической терапии экссудативных средних отитов (ЭСО) до сих пор заслуживает пристального внимания оториноларингологов, т.к. время для эффективной терапии весьма ограничено.

В патогенезе ЭСО [6] большое значение придается бактериальной флоре [11], а также вирусной инфекции, следствием которой является вено- и лимфостаз в носоглотке и слуховой трубе [12]. Потенциальными факторами риска в развитии ЭСО являются генетические [8], частые катары верхних дыхательных путей [9], синуситы, аденоидиты [7, 9, 10].

В ЛОР-клинике ДВГМУ за период с 1996 по 2000 г. на лечении по поводу экссудативного сред-

него отита находились 68 взрослых и 120 детей. У всех больных выявлялась дисфункция слуховой трубы II-III ст.

Этиология, клиника и лечение ЭСО у взрослых и детей были различны. Причинами дисфункции слуховой трубы у обследованных детей были гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца, хронический аденоидит (50 случаев; 41,68%), синуситы (46 случаев; 38,3%), перенесенный на фоне острой вирусной инфекции острый или рецидивирующий средний отит (22 случая; 18,33%). У одного ребенка ЭСО развился вследствие злокачественной опухоли носоглотки. Дети с ЭСО распределялись по возрасту следующим образом: до 3 лет — 9 чел., от 4 до 7 лет — 51 чел., от 8 до 14 лет — 60 чел. Одно-

сторонний ЭСО был у 25 детей, причем лишь двое из них были 6-летнего возраста, остальные — старше 8 лет. Большинство детей имели двусторонний ЭСО. Всего мы наблюдали у детей ЭСО в 215 ушах.

У взрослых причинами ЭСО были перенесенный на фоне ОРВИ острый средний отит (27 чел.; 39,1%), острый или хронический синусит (26 чел.; 37,7%), хронический вазомоторный и аллергический ринит, искривление перегородки носа (10 чел.; 14,5%); новообразования носоглотки (3 чел.; 4,3%); аденоиды (2 чел.; 2,9%). У части больных ЭСО имел смешанную этиологию. Односторонний процесс у взрослых наблюдался в 36 случаях, двусторонний — в 32.

Больные жаловались на снижение слуха, чувство заложенности и шум в ухе, нередко — на чувство переливания жидкости и изменение слуха при изменении положения головы. Жалоб на боль в ухе не было ни в одном случае.

Отоскопически выявлялись изменения цвета барабанной перепонки (розовый, желтый, синюшный), ее толщины, отсутствие или укорочение светового рефлекса, выпячивание барабанной перепонки в задненижнем квадранте, истончение и втянутость в верхних квадрантах. При микроотоскопии во II стадии ЭСО выявлялся уровень жидкости, иногда с пузырьками воздуха.

По аудиологическим данным, у детей кондуктивная тугоухость I ст. была в 135 ушах, II ст. — в 68, смешанная тугоухость — в 12.

У взрослых до 30 лет кондуктивная тугоухость I ст. выявлена в 12 ушах, II ст. — в 6, смешанная тугоухость I ст. — в 3 ушах, II ст. — в 3. В группе 31-50-летних пациентов кондуктивная тугоухость I ст. выявлена в 12 ушах, II ст. — в 12 ушах; смешанная тугоухость I ст. — в 4 ушах, II ст. — в 8, III ст. — в 7. В группе 51-71-летних пациентов кондуктивная тугоухость I ст. наблюдалась в 4 ушах, II ст. — в 8, смешанная тугоухость I ст. — в 5, II ст. — в 9, III ст. — в 3.

Таким образом, нарушение звуковосприятия увеличивается с возрастом и является проявлением не только ЭСО, но и сенсоневральной патологии другой этиологии. При импедансной аудиометрии выявлялись тимпанограммы типа С с высоким отрицательным давлением (до -300 даПа) в I стадии процесса. Во II-III стадиях ЭСО почти всегда выявлялись тимпанограмма типа В. При двустороннем ЭСО отсутствовали ипси- и контралатеральные рефлексы, при одностороннем — ипсилатеральный рефлекс на стороне поражения и контралатеральный рефлекс при стимуляции здорового уха. Во всех случаях выявлялась дисфункция или полная непроходимость слуховой трубы.

В связи с улучшением диагностики ЭСО в последние годы, большинство детей поступали в клинику в I (катаральной) стадии заболевания или во II (экссудативной). Лишь у 5 детей при поступлении была диагностирована III стадия заболевания.

Всем больным проводили санацию полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, катетеризацию слуховых труб с введением муколитиков, тимпанопункцию с эвакуацией экссудата и введением растворов химотрипсина или гидрокортизона, тимпа-

нотомию. Проводили массаж барабанных перепонки и продувание по Политцеру.

Большинству детей проведено консервативное лечение. Костно-воздушный интервал закрылся полностью, тимпанограмма типа В изменялась на тип С и возвращалась к норме (тип А), причем динамика слуха всегда опережала динамику тимпанограммы. Мы наблюдали наших больных до полного восстановления тимпанограммы к типу А, что занимало в среднем 4 нед., а при выраженных сопутствующих заболеваниях — до 2 мес.

20 детям со II и III стадиями ЭСО было выполнено шунтирование барабанной полости. Из них у 14 шунт вводился в задненижний квадрант и у 6 — в передневерхний. Шунтирование продолжалось от 1,5 до 6 мес. Из 20 оперированных детей у 6 чел. сохранялась тимпанограмма типа С и костно-воздушный интервал в 10-15дБ, преимущественно на низких и высоких частотах.

Среди взрослых больных I стадия ЭСО была диагностирована при поступлении у 51 чел, II стадия — у 11 чел., III стадия — у 6 чел. Лечение начиналось также с санации полости носа и околоносовых пазух. Назначалось противовоспалительное, гипосенсибилизирующее лечение, пункции верхнечелюстных пазух, оперативное лечение (подслизистая резекция перегородки носа, аденотомия, ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин или конхотомия), анемизация устьев слуховых труб, катетеризация слуховых труб с введением муколитиков, гормонов, атропина, адреналина, продувание слуховых труб по Политцеру, массаж барабанных перепонки. По показаниям назначалось физиолечение — УВЧ на проекцию слуховой трубы (5-7 процедур), затем эндауральный электрофорез химопсина или лидазы; при аллергических ринитах — электрофорез гидрокортизона по эндонозально-эндауральной методике.

Шунтирование барабанной полости с отсасыванием густого экссудата, промыванием барабанной полости и слуховой трубы муколитиками и гормонами было проведено в 14 случаях, тимпанотомия с ревизией барабанной полости — в 3 (у них экссудат был очень густым и не отсасывался через отверстие шунта). Еще 3 пациентам операция шунтирования барабанной полости проводилась повторно в сроки 6, 7, и 12 мес. после удаления первого шунта в связи с рецидивом ЭСО.

Тимпанометрические изменения при ЭСО у взрослых были аналогичны таковым у детей, но восстановление слуха и динамика тимпанограмм от типа В через тип С к типу А у них проходила быстрее. Исключение составляли больные с III стадией ЭСО, где лечение было трудным, а динамика слуха и тимпанограмм — незначительной. Во всех таких случаях была диагностирована смешанная тугоухость с преобладанием кондуктивного компонента и вторичной сенсоневральной тугоухостью.

В целом расширение диагностических возможностей, лучшая информированность практических врачей об этой форме отита, более ранняя госпитализация больных, диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ЭСО, позволяют эффективно

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.

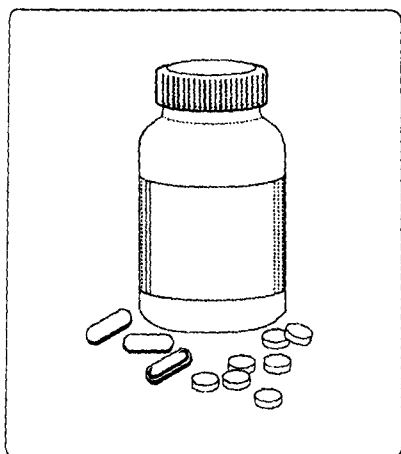
3. Ранняя диагностика ЭСО позволяет предупредить развитие не только адгезивного среднего отита с возникновением выраженной тугоухости, но и более серьезных осложнений (антрит, мастоидит, менингит и др.)

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-