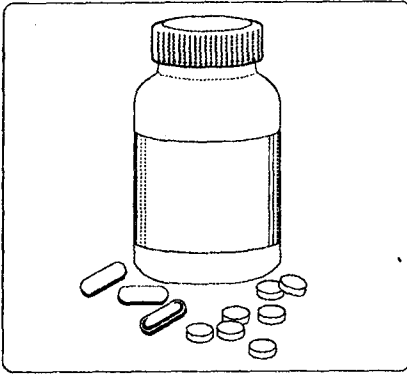


С.А. Дудариков, А.А. Кирсеев, А.А. Брегадзе,  
Н.И. Воронин, В.Н. Мерекин

## ПРИМЕНЕНИЕ ИЗОТИОРБАМИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

Амурская государственная медицинская академия,  
Амурская областная клиническая больница, г. Благовещенск



В последние годы значительно оживился интерес к изучению холодовой травмы [2, 4-8]. Несмотря на это, ряд проблем этиопатогенеза и лечения отморожений еще далеки от разрешения. При использовании традиционных методов лечения глубокими инвалидами становятся 30-60% пострадавших, и этот чрезвычайно высокий уровень инвалидизации пациентов является ярким доказательством нерешенности проблемы [1, 9].

Не вызывает сомнения тот факт, что при холодом стрессе, сопровождающем как общую, так и местную холодовую травму, в крови и тканях организма в результате депрессии естественных антиоксидантных систем активируются реакции перекисного окисления липидов [6]. Продукты реакций свободнорадикального окисления, дестабилизируя клеточные мембраны, играют немаловажную роль в патогенезе отморожений [3]. Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что применение препаратов, подавляющих реакции свободнорадикального окисления, является в комплексной терапии отморожений патогенетически обоснованным. Целью нашего исследования было изучение на практике эффективности применения антиоксидантов в комплексной терапии холодовой травмы.

В основу работы положены результаты лечения 23 больных с отморожениями конечностей в дореактивной и ранней реактивной фазе, поступивших в отделение термических поражений Амурской областной клинической больницы в период с 1999 по 2001 г. Среди пострадавших мужчин было 21, женщин — 2; в трудоспособном возрасте (от 21 до 50 лет) было 20 пациентов (87%). В дореактивном периоде поступило 16 больных (69,56%), 7 пострадавших (30,4%) были госпитализированы в раннем реактивном периоде, т.е. не более чем через 1 сут после получения холодовой травмы. Поражения обеих верхних конечностей наблюдались у 7 пациентов, обеих нижних — у 8, всех четырех конечностей — у 6, изолированные поражения одной только верхней или нижней конечности — у 2.

Все пациенты были разделены на две группы. Пациентам первой (контрольной) группы (16 чел.) при поступлении в отделение проводился стандартный комплекс неотложных мероприятий, направленных на предупреждение развития у них глубоких ишемических расстройств. На пораженные сегменты конечностей без выполнения каких-либо традиционных мероприятий по их согреванию (массажа, теплых ванн и т.п.) немедленно, еще в приемном

покое, накладывали многослойные термоизолирующие ватно-марлевые повязки (с обязательным включением слоя компрессной бумаги) на срок не менее 24 ч. Больным проводили экстренную серопротективную терапию столбняка. До помещения в палату пациентам в условиях перевязочной выполнялись фуллярные новокаиновые блокады пораженных сегментов конечностей по А.В. Вишневскому.

Общеприимчивые мероприятия включали в себя внутривенные инфузии подогретых до 38°C растворов реополиглобулина в количестве 200-400 мл, 5% раствора глюкозы (400 мл), 100 мл 0,25% раствора новокаина, 4 мл раствора аскорбиновой кислоты, 2 мл 1% раствора никотиновой кислоты. Внутримышечно вводили 2 мл 50% раствора анальгина, 1 мл 1% раствора димедрола, 2 мл 2% раствора дроверина или папаверина гидрохлорида; подкожно — 2500-5000 ЕД гепарина 6 раз в сутки. В дальнейшем лечение не отличалось от общепринятых схем терапии отморожений.

Пациентам второй группы (7 чел.) наряду с вышеописанным комплексом лечебных мероприятий дополнительно назначался препарат группы антиоксидантов — изотиорбамин (приоритетная справка №003739 от 8.02.01 г.), обладающий помимо антиоксидантной еще и антигипоксантной и антиагрегантной активностью. Препарат назначался перорально в дозе 0,25 г 2 раза в сутки в течение 10 дней. После этого в лечении изотиорбаминотом делали перерыв на 7 дней, а затем курс лечения повторяли.

Результаты лечения в обеих группах оценивали по длительности пребывания больных в стационаре, уровню производимой некрэктомии (в случаях, если в дореактивном периоде не удалось предотвратить формирование некроза), а также по динамике изменения в процессе лечения содержания в крови щелочной фосфатазы. Последний показатель отражает уровень интенсивности репаративных процессов в костной ткани.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре у пациентов первой группы составила

Динамика изменений содержания в крови щелочной фосфатазы (мккат/л) в зависимости от тактики лечения

Тактика лечения	Срок наблюдения, сут			
	1	10	17	27
1 группа	75,5±17,92	62,57±9,39	90,2±5,41	78,25±7,78
2 группа	40,67±5,81	118,2±13,32	121,5±10,09	—

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.

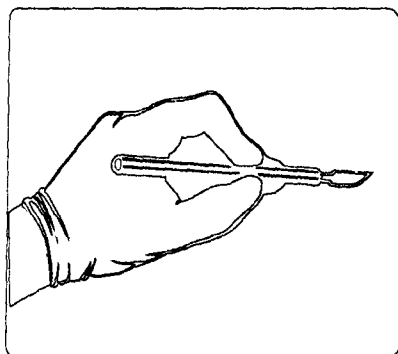
2. Комплексная терапия с применением изотиорбамина у больных, подвергшихся холодовой воздействию, дает возможность сократить сроки пребывания пострадавших в стационаре вдвое.

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. Астащенко

## 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-