

вило 8,31 – 76,46% ( $p < 0,05$ )), угнетения фибринолиза (на 10,00 – 46,84% ( $p < 0,05$ )) и антикоагулянтной активности плазмы крови (на 9,57 – 38,75% ( $p < 0,05$ )), которые не корректировались традиционной терапией (рис. 1).

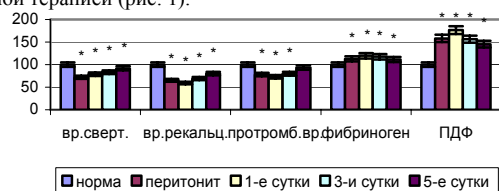


Рис. 1. Показатели гемостаза при остром перитоните на фоне традиционной терапии (\* – достоверность по отношению к исходным данным  $p < 0,05$ )

При определении агрегационной способности кровяных пластинок в крови было зарегистрировано, что после моделирования патологического процесса существенно возрастали степень и скорость агрегации тромбоцитов на 26,60 – 58,99 и 12,45 – 115,44% ( $p < 0,05$ ) соответственно при снижении времени агрегации на 23,10 – 30,28% ( $p < 0,05$ ). Указанные изменения демонстрируют значительное возрастание агрегационной способности тромбоцитов, что, в конечном итоге, может привести к микротромбообразованию, нарушению питания тканей и прогрессированию патологического процесса.

Выявленные изменения в свертывающей системе являются одним из факторов, усугубляющих нарушения гемодинамики и микроциркуляции, результатом которых могут явиться тканевая гипоксия и нарушение энергетического метаболизма, влекущие за собой каскад патологических реакций, утяжеляющих течение основного заболевания и ведущих к развитию полиорганной недостаточности. Исследование влияния ремаксола на систему гемостаза при синдроме эндогенной интоксикации показало, что применение данного препарата определяет способность быстро корректировать расстройства системы свертывания крови в виде снижения коагуляционной способности и роста фибринолитической активности плазмы крови (к концу терапии – до исходных показателей) (табл.). На фоне использования ремаксола отмечалось восстановление тромбоцитарного компонента свертывающей системы крови также с 1–3 суток эксперимента (рис. 2).

Некоторые показатели системы гемостаза при эндотоксикозе перитонеального генеза на фоне применения ремаксола ( $M \pm m$ )

| Показатель                     | Группа | Исходные данные | Перитонит (операция) | Послеоперационный период |                    |                    |
|--------------------------------|--------|-----------------|----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
|                                |        |                 |                      | 1-е сутки                | 3-и сутки          | 5-е сутки          |
| Время свертывания, с           | I      | 292,3±6,84      | 210,5±5,20*          | 230,2±4,79*              | 242,4±3,63*        | 268,0±4,01*        |
|                                | II     |                 |                      | <b>255,3±3,86*</b>       | <b>304,6±7,12</b>  | <b>289,6±5,73</b>  |
| Время рекальцификации, с       | I      | 119,6±2,77      | 78,2±3,12*           | 70,6±3,54*               | 82,8±2,41*         | 95,6±2,82*         |
|                                | II     |                 |                      | <b>100,5±3,89*</b>       | <b>117,3±6,12</b>  | <b>100,2±5,13*</b> |
| Протромбиновое время, с        | I      | 19,1±0,55       | 14,8±0,45*           | 13,9±0,61*               | 15,2±0,72*         | 17,9±0,80          |
|                                | II     |                 |                      | <b>15,4±0,52*</b>        | <b>20,3±0,96</b>   | <b>18,6±0,91</b>   |
| Антитромбин III, с             | I      | 72,0±2,39       | 46,5±1,81*           | 44,1±1,75*               | 52,6±1,98*         | 61,4±2,04*         |
|                                | II     |                 |                      | <b>46,7±2,14*</b>        | <b>69,2±1,46</b>   | <b>74,1±3,12</b>   |
| Толерант. плазмы к гепарину, с | I      | 278,0±6,47      | 244,5±5,76*          | 235,9±4,12*              | 248,7±3,10*        | 251,4±3,45*        |
|                                | II     |                 |                      | <b>228,7±5,13*</b>       | <b>270,4±4,89</b>  | <b>293,6±6,14*</b> |
| Фибриноген, г/л                | I      | 3,64±0,09       | 4,10±0,12*           | 4,35±0,15*               | 4,27±0,13*         | 4,05±0,11*         |
|                                | II     |                 |                      | <b>4,48±0,22*</b>        | <b>4,34±0,05*</b>  | <b>3,65±0,06</b>   |
| Эуглобулиновый фибринолиз, мин | I      | 175,0±4,08      | 222,4±5,10*          | 237,4±3,18*              | 214,0±4,42*        | 208,5±4,16*        |
|                                | II     |                 |                      | <b>201,6±4,13*</b>       | <b>189,3±2,48</b>  | <b>167,1±6,10</b>  |
| Спонтанный фибринолиз, %       | I      | 19,0±0,94       | 9,3±0,41*            | 10,1±0,52*               | 12,5±1,01*         | 17,1±1,20          |
|                                | II     |                 |                      | <b>12,5±0,74*</b>        | <b>17,9±0,42</b>   | <b>20,5±0,86</b>   |
| ПДФ, г/л                       | I      | 8,24±0,49       | 13,02±0,71*          | 14,54±0,85*              | 12,87±0,64*        | 11,98±0,45*        |
|                                | II     |                 |                      | <b>12,87±0,61*</b>       | <b>10,66±0,53*</b> | <b>8,05±0,43*</b>  |

Примечание: I – контрольная группа, II – опытная группа; \* – достоверность отличия по отношению к исходным данным при  $p < 0,05$ , жирный шрифт – достоверность отличия по отношению к контролю  $p < 0,05$

Купирование нарушений системы гемостаза коррелировало со снижением выраженности интоксикационного синдрома. Использование ремаксола приводило к снижению содержания токсических продуктов в плазме крови уже на первые сутки лечения: был зафиксирован относительный рост уровня эффективной концентрации альбумина и его связывающей способности по отношению к контрольным результатам на 47,01 и 44,44% ( $p < 0,05$ ) соответственно, при этом данные показатели оставались значительно ниже нормы. Содержание молекул средней массы ( $\lambda = 254$  и  $\lambda = 280$  нм) на данном этапе эксперимента было досто-

верно ниже контроля на 24,44 и 21,63% ( $p < 0,05$ ). Индекс токсичности достоверно снижался по сравнению с контролем на 44,16% ( $p < 0,05$ ).

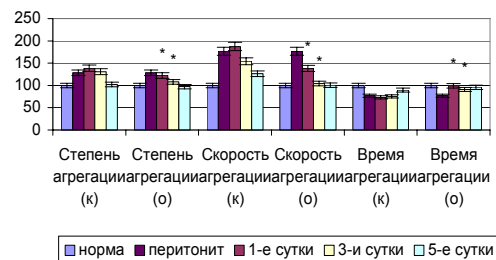


Рис. 2. Функциональная активность тромбоцитов при эндотоксикозе перитонеального генеза на фоне применения ремаксола (\* – достоверность отличия по отношению к контролю при  $p < 0,05$ ; к – данные контрольной группы исследований; о – данные опытной группы исследований)

Развитие выраженного эндотоксикоза сопровождается расстройством системы гемостаза в виде повышения коагуляционной активности при снижении антикоагулянтного и фибринолитического потенциала плазмы крови, а также нарушения функционального состояния тромбоцитов, что способствует развитию гиперкоагулемии. Использование нового препарата ремаксола в коррекции патологических изменений системы гемостаза показало его высокую эффективность, что проявилось в снижении агрегационной активности тромбоцитов и восстановлении коагуляционно-литического потенциала плазмы крови, способствуя улучшению микроциркуляции и трофики тканей и предупреждая прогрессирование интоксикационного синдрома.

#### Литература

1. Балуда В.П. // Пат. физиол. 1984. № 2. С. 19–23.
2. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, А.П. Момот / М.: Ньюдиамед. 2001.
3. Власов А.П. и др. Липидомодифицирующий компонент в патогенетической терапии. М.: Наука, 2008
4. Власов А.П. и др. Системный липидный дистресс-синдром в хирургии. М.: Наука. 2009.
5. Лычев В.Г. Диагностика и лечение диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови / В.Г. Лычев. М.: Медицина, 1993.

Таблица

УДК 615.23-015.32-053.2]: 616-08-039.57(045)

#### КОМПЛЕКСНЫЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Ю.В. ЧЕРНЕНКОВ, О.И. ГУМЕНЮК, И.Ю. ПОПОВА, Е.Е.РАСКИНА\*

Ключевые слова: гомеопатические препараты, кашель

Резистентность к химическим лекарственным препаратам аллопатической медицины и рост медикаментозных осложнений требуют поиска новых современных, эффективных и безопасных методов лечения, особенно в педиатрической практике. Последним требованиям практически отвечают комплексные гомеопатические препараты. Гомеопатические средства готовятся по специальной технологии, в основе которой лежит многократное последовательное разведение и динамизация препаратов. Сырьем для приготовления гомеопатических препаратов могут быть лекарственные растения, минералы, металлы, органические и неорганические кислоты, ткани животных. Комплексные гомеопатические препараты состоят из нескольких гомеопатических компонентов, подобранных таким образом, чтобы полностью контролировать патологический процесс в организме. Препараты, приготовленные по гомеопатической технологии, оказывают глубокое и многостороннее действие на организм.

\* Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, 410012, г. Саратов, ул.Б.Казачья, д.112

Отличительная особенность комплексных гомеопатических препаратов – четкие показания к применению, высокая эффективность и абсолютная безопасность. Поэтому эти препараты легки в применении и не требуют от врача специальных знаний и навыков врача-гомеопата. С успехом гомеопатические препараты используются в симптоматической терапии различных острых респираторных заболеваний, наиболее частым среди которых является кашель. В ряде работ отечественных авторов приводятся сведения об эффективности использования в лечении острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в педиатрической отоларингологической практике препаратов компании «Лаборатория Буарон» (Франция): оциллококцидум, коризалия, гомеовокс, стодалъ [1–4]. Для лечения сухого и влажного кашля используется препарат «Стодалъ». Компоненты препарата и их направленность действия представлены в табл.

Таблица

Компоненты препарата «Стодалъ» и направленность их действия

| Компоненты препарата                                                                                                                                                   | Направленность действия                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rumex crispus (щавель курчавый) Bryonia dioica (переступень белый) Spongia tosta (сушеная морская губка) Sticta pulmonaria (легочный мох) Drosera (матричная настойка) | Непродуктивный кашель (в т.ч. щавель курчавый – при кашле, нарушающим сон, переступень белый – при кашле со рвотой, болезненности гортани и трахеи, сушеная морская губка – при кашле, сопровождающемся приступами удушья) |
| Prasacantha (рвотный корень) Coccus casti (мексиканская кошениль)                                                                                                      | Непродуктивный и продуктивный кашель                                                                                                                                                                                       |
| Anemone pulsatilla (прострел луговой) Antimonium tartaricum (рвотный камень) Толуанский сироп Сироп Полигала                                                           | Продуктивный кашель (прострел луговой и рвотный камень – при кашле с обильной мокротой, сиропы Толуанский и Полигала – противокашлевое действие)                                                                           |

**Цель работы** – оценка эффективности препарата «Стодалъ» в лечении кашля при ОРЗ у детей в амбулаторной практике по сравнению с традиционной противокашлевой терапией.

**Методы исследования и пациенты.** В исследовании приняли участие участковые педиатры, врачи-педиатры дневных стационаров детских поликлиник и сотрудники выше указанной кафедры, которым предлагалось заполнить специальные анкеты по оценке эффективности лечения кашля. Анализированы результаты лечения кашля у 362 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Препарат Стодалъ был назначен группе детей из 182 человек указанного возраста. Критерии включения: дети с ОРЗ и кашлем, сухим или влажным, получающие монотерапию препаратом «Стодалъ», без проявлений аллергии и хронических заболеваний, находящиеся на амбулаторном лечении. Для оценки эффективности терапии учитывались: переносимость препарата и сроки купирования кашля. Препарат Стодалъ (сироп, флакон 200 мл) назначен 87 детям с влажным и 95 – с сухим кашлем в соответствии с инструкцией: по 1 чайной ложке 3-5 раз в день. Статистический анализ проводился при помощи пакета программ XL Statistics version 4.0 (R.Carg, Австралия, 1998), STATISTICA 7.0 («StatSoft», США) и Microsoft Excel 2000. Сравнение групп по количественным параметрам проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался при  $p < 0,05$ . Проводился анализ экономической эффективности использования препарата Стодалъ в лечении сухого и влажного кашля методом «затраты – эффективность» [5].

**Результаты.** При применении сиропа «Стодалъ» отмечены следующие положительные моменты: эффективность при лечении как влажного, так и сухого кашля, безопасность, удобная форма для использования в педиатрической практике – сироп (что повышало комплаенс), возможность применения у детей раннего возраста. При использовании сиропа «Стодалъ» аллергические реакции развились у 3-х детей (1,6%), тогда как в контрольной группе – у 11 (6%) ( $p = 0,03$ ). Использование сиропа «Стодалъ» для лечения кашля оказалось эффективным у 149 (83%) детей ( $p < 0,01$ ). У 22 (12%) детей потребовалось назначения аллопатических препаратов. У 11 детей (6%) терапия сиропом «Стодалъ» была использована на этапе долечивания (после применения традиционных препаратов) с достаточной эффективностью: остаточный сухой кашель купировался в среднем за  $2,5 \pm 0,8$  дней. В то же время прием традиционных противокашлевых препаратов удлинит этап долечивания в 1,2 раза, который составил  $3,0 \pm 0,7$  дней ( $p = 0,002$ ). При использовании сиропа «Стодалъ»

и традиционных препаратов сроки купирования сухого кашля оказались практически равными  $9,6 \pm 1,6$  и  $9 \pm 0,9$  дней соответственно, тогда как сроки купирования влажного кашля при приеме препарата – значительно меньше  $5,4 \pm 1,4$  против  $6,2 \pm 1,0$  дней при приеме традиционных препаратов ( $p = 0,005$ ). При проведении фармакоэкономического анализа фармакоэкономические показатели подсчитывались в расчете на курс лечения аллопатическими препаратами и гомеопатическим сиропом Стодалъ. Был применен фармакоэкономический анализ «затраты/эффективность». Минимальная стоимость курса с использованием сиропа составила 167,5 рублей, а аллопатических препаратов 316 рублей.

**Выводы.** Использование гомеопатического сиропа Стодалъ эффективно, достаточно безопасно и экономично в лечении сухого и, особенно, влажного кашля при ОРЗ у детей различного, в том числе раннего возраста в условиях детской поликлиники.

## Литература

1. Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю. // Вестник отоларингологии. 2009. №1. С.45–49.
2. Радциг Е.Ю. // Прилож. №1. к ж. Consilium Medicum «Педиатрия». 2009. С.3–6.
3. Радциг Е.Ю. и др. // РМЖ. 2008. Т.16, №3. С.3–7.
4. Радциг Е.Ю. и др. // Леч. врач. Спец. вып. 2007. №7. С.2–3.
5. <http://www.osdm.org/> Сайт общ-ва доказат. медицины.

УДК 616.71-001.5-089.84.

## НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЗКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

К.А.ГРАЖДАНОВ, А.П.БАРАБАШ\*

**Ключевые слова:** лучевая кость, хирургическое лечение.

Вопрос выбора оптимальной методики репозиции и фиксации отломков плеча остается открытым. Современные технологии лечения повреждений плечевой кости основаны на принципах рационального остеосинтеза переломов конечностей. Среди них надо выделить: реконструкцию анатомии сегмента с восстановлением длинной оси без диастаза между отломками, стабильную фиксацию основных фрагментов поврежденного сегмента, восстановление и редукацию кровоснабжения в зоне перелома за счет сохранения надкостницы и мест прикрепления мышц на кости в зоне перелома, особенно при оскольчатых повреждениях, раннее обеспечение функции смежных суставов за счет исключения внешней дополнительной иммобилизации. С этими тезисами гармонизирует чрескостный спице-стержневой остеосинтез.

**Цель** – разработка хирургического лечения низких переломов плечевой кости для улучшения исходов лечения больных.

**Материал и метод.** Объектом исследования стали 22 пациента с переломами плечевой кости, локализованными в нижней трети диафиза (12 клинических наблюдений), 4 пациента с переломами дистального отдела плеча и 6 с переломами мыщелков плеча, которым был выполнен чрескостный остеосинтез плечевой кости по разработанной технологии. Большинство пациентов – мужчины в возрасте 17-60 лет (14) и 8 женщин в возрасте 17-55 лет. Для оценки исходов лечения использовали клинические и рентгенологические методы исследования.

**Результаты.** Предложена новая малоинвазивная технология хирургического лечения низких переломов плечевой кости, которая позволяет решить проблему репозиции и фиксации переломов плечевой кости с коротким дистальным отломком. Разработаны способ и устройство для репозиции и фиксации низких переломов плеча [1,2]. Формула способа заключается в прочности фиксации отломков за счет параллельного введения двух спиц во фронтальной плоскости в дистальный отломок на уровне мыщелков плеча; параллельного, парафрактурного введения двух чрескостных репозиционно-фиксирующих стержней в сагиттальной плоскости в проксимальный отломок по задней поверхности диафиза плечевой кости. Для сопоставления и удержания отломков используется оригинальное устройство, которое состоит из полукольца и балки с резьбовым хвостовиком, соединенных с помощью репозиционного узла; конструкция устройства обеспечивает одномоментную и дозированную репозицию.

\* Саратовский НИИТО, 410002, Саратов, ул. Чернышевского, д.148