

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 редукцию кровоснабжения в зоне перелома за счёт сохранения надкостницы и мест прикрепления мышц на кости в зоне перелома, особенно при оскольчатых повреждениях, раннее обеспечение функции смежных суставов за счёт исключения внешней дополнительной иммобилизации. С этими тезисами гармонирует 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 счёт параллельного введения двух спиц во фронтальной плоскости в дистальный отломок на уровне мыщелков плеча; параллельного, парафрактурного введения двух чрескостных репозиционно-фиксирующих стержней в сагитальной 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

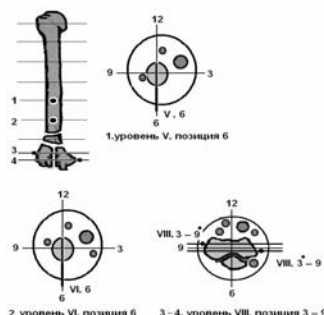


Рис. 1. Единая схема остеосинтеза низких переломов плечевой кости.

На рис. 1 представлена схема остеосинтеза низкого перелома плечевой кости. На схеме в двух плоскостях фронтальной и сагиттальной указаны уровень и позиция введения чрескостных элементов, обозначенных римскими и арабскими цифрами согласно системе «Эсперанто...». Серыми кружками указано место локализации сосудисто-нервных пучков. Для репозиции и фиксации низких переломов плечевой кости применяли оригинальное устройство (патент РФ № 74798) (рис. 2 А, Б).

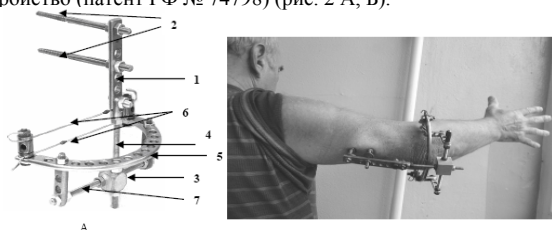


Рис. 2. Устройство для репозиции и фиксации низких переломов плечевой кости: А) схема устройства; Б) общий вид устройства

Устройство устанавливают незамкнутую дистальную дуговую опору 5 на уровне введения спиц по задней поверхности плеча и фиксируют к ней введенные спицы. Затем по задней поверхности плеча чрескостно вводят параллельно в диафиз плечевой кости проксимальнее линии перелома не менее двух резбовых чрескостных стержней 2 и фиксируют их к проксимальной опорной планке 1. С помощью стержней 4 и 7 скрепляют дистальную и проксимальную опоры в единую систему.

Репозицию костных отломков производят после окончательного закрепления устройства на плечевой кости. Для выравнивания костных отломков по ширине в сагиттальной плоскости перемещают резбовые чрескостные стержни 2 относительно проксимальной опорной планки 1. Для коррекции положения костных отломков по ширине во фронтальной плоскости перемещают проксимальную опорную планку 1 с резбовыми чрескостными стержнями 2 относительно дистальной дуговой опоры 6. Перемещая вдоль плечевой кости резбовой конец 4 в репозиционном узле 3, сближают проксимальную опорную планку и незамкнутую дистальную дуговую опору с закрепленными в ней спицами 15, тем самым, проводя осевую коррекцию костных отломков. Дозировано поворачивая проксимальную опорную планку 1 вокруг своей оси, добиваются устранения ротационного смещения отломков. Затем стабилизируют все узлы в аппарате до полного сращения отломков. В течение 5-7 дней назначают анальгетики для купирования ранней послеоперационной боли и для профилактики формирования болевой миотенотенной контрактуры локтевого и плечевого суставов во время ранней функциональной реабилитации оперированной конечности. Проводят асептическую обработку кожи в месте введения спиц и стержней, смену салфеток с раствором рифампицина через 4-7 дней. При отсутствии противопоказаний назначают физиотерапевтические процедуры (УВЧ-терапию или магнитотерапию), что способствует скорейшему снятию отека с поврежденной конечности.

Особенностями ведения послеоперационного периода является ранняя функциональная нагрузка на суставы конечности. Пассивные движения в суставах выполняют с 1-го дня после операции, активную реабилитацию проводят с 3-5 дня по мере стихания болевого синдрома и продолжают весь период фиксации перелома. Динамическую осевую компрессию или distraction костных отломков проводят по 0,5 мм 2 раза в месяц. В период фиксации пациентам рекомендуют носить защитный чехол на аппарате. Рентгенологический контроль положения отломков проводят ежедневно. Показанием для завершения фиксации в чрескостном аппарате являются рентгенологические признаки консолидации перелома, отсутствие подвижности отломков и боли при клинической пробе.

Предлагаемая технология остеосинтеза низких переломов плечевой кости применена у 22 пациентов в отделе новых технологий в травматологии СарНИИТО. Удалось добиться сращения перелома в сроки 10-12 недель, получить хорошие и удовлетворительные функциональные исходы лечения. При этой технологии в 4 случаях наблюдали поверхностное воспаление мягких тканей в зоне введенных чрескостных стержней и спиц, приведших к болевому синдрому и контрактуры в локтевом суставе. Профилактикой этих осложнений является правильная установка чрескостных элементов без натяжения и гофрирования кожи.

Закключение. Разработанная нами технология чрескостного остеосинтеза низких переломов плеча позволяет выполнить закрытую репозицию перелома любой сложности и может быть рекомендована как метод выбора.

Литература

1. Заявка № 2005109711 РФ. Способ лечения низких переломов плечевой кости / А.П.Барабаш, К.А.Гражданов // Роспатент. №19. 2005.
2. Патент на полезную модель № 74798 РФ. Устр-во для репозиции и фиксации низких переломов плечевой кости/ А.П.Барабаш, К.А.Гражданов//Офици. бюл. Роспатент. № 20. 2008.

УДК 330.101.52(075.8)

ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕГМОН КИСТИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

И.И. БАБИЧ, А.В. ГУБАРЕВ*

Ключевые слова: флегмона кисти, анатомия

Лечение флегмоны кисти является одной из наиболее сложных и недостаточно изученных проблем гнойной хирургии. Из общего числа первично обратившихся к хирургу поликлиники больных 40–60% приходится на гнойные заболевания кисти [1]. При этом в настоящее время в течение раневого процесса наблюдается тенденция к превалированию альтерации и снижению экссудативных явлений, что обуславливает более медленное очищение раны, сдерживает пролиферативные процессы. Флегмоны кисти составляют от 1 до 5% всех больных с гнойно-септической патологией [2]. Несмотря на кажущуюся простоту в лечении гнойных процессов данной локализации, результаты лечения удовлетворительными считать нельзя. Количество больных, нуждающихся в повторных операциях при распространении гнойно-некротического процесса, колеблется от 8,2% до 22,5% [1]. Тугоподвижность пальцев кисти с частичным анкилозом суставов составляет от 1 до 11,5% [3].

Цель работы – разработка путей оптимизации хирургического лечения флегмон кисти у детей.

Материал и методы. Всего под наблюдением находилось 151 больных с флегмоной кисти. Больные клинической группы (n=86) оперированы по нашей методике. В группе сравнения (n=65) хирургическое лечение флегмон кисти происходило стандартным методом. Распределение больных клинической группы и группы сравнения по возрасту см. в табл.

Таблица

Распределение больных клинической группы и группы сравнения по возрасту

Возраст	Клиническая группа, n=86		Группа сравнения, n=65	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
1-6 мес.	18	20,9	15	23,1
6-12 мес.	14	16,3	16	24,6
От 3 до 7 лет	17	19,8	13	20,0
От 7 до 14 лет	16	18,6	9	13,8
От 14 до 30 лет	21	24,4	12	18,5
Всего	86	100,0	65	100,0

Результаты проведенного лечения позволили выявить, что причинами флегмон кисти у детей в возрасте до 1 года явились предварительная длительная периферическая катетеризация (25 чел., 78,1%), гнойные инфекции (4 чел., 12,5%), раны (3 чел., 9,4%), в том числе укушенные (2 чел., 6,25%). У детей старшей возрастной группы в качестве причины флегмоны кисти выступили раны (n=23 чел., 69,7%), в том числе укушенные (n=8 чел., 24,2%), травмы (n=6 чел., 18,2%), прямое инфицирование (n=2 чел., 6,1%), длительное самолечение панариция (n=2 чел., 6,1%). У взрослых пациентов ведущей причиной флегмон кисти были травмы – бытовая (n=11 чел., 52,4%), производственная (n= 7 чел., 33,3%). Изучение анамнеза у 31 пациента из группы сравнения в возрасте до 1 года позволило выявить следующие недостатки в лечении флегмон кисти у детей раннего возраста: 1) быстрое распространение процесса на ладонную поверхность, требующее дополнительной хирургической коррекции (n=14, 45,2%); 2) длительное течение процессов с образованием затеков (n=6, 19,4%); 3) ограничение подвижности и рубцовые контрактуры пальцев кисти (n=8, 25,8%). Неудовлетворенность результатами лечения диктовала необходимость совершенствования хирургического лечения больных с флегмонами кисти в раннем возрасте. При этом учитывались выявленные нами при патомор-

* Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону, 344718, пер. Нахичеванский, 29