

при выполнении первичного остеосинтеза — 17,8 к/дня, при отсроченном остеосинтезе после заживления ран — 28,4 к/дня.

При выполнении первичного остеосинтеза в 92 % использовались аппараты внешней фиксации. При использовании данного вида остеосинтеза быстрее купировались явления воспаления, заживление ран в 76 % происходило за счет первичного натяжения.

При анализе результатов лечения учитывали число ближайших послеоперационных осложнений — поверхностных и глубоких некрозов, нагноений в области переломов. Было установлено, что возникновение осложнений при открытых переломах костей голени происходило в основном при переломах II и III типа; особенно в группе IIIB и В. Общее количество осложнений при открытых переломах костей составило 27,5 % (табл. 1).

Таблица 1

Виды и число осложнений при открытых переломах костей голени

	I, IIA (n = 31)	IB, B (n = 14)	IIБ, В (n = 49)	IIIB (n = 6)	IIIB (n = 9)	Всего (n = 109)
Поверхностные некрозы кожи	1	2	5	1	3	12
Глубокие некрозы кожи	—	—	3	1	2	6
Нагноение мягких тканей в области перелома	2	—	6	2	2	12
Всего	3 (9,7 %)	2 (14,3 %)	14 (28,6 %)	4 (66,7 %)	7 (77,8 %)	30 (27,5 %)

ВЫВОДЫ

1. Открытые переломы длинных трубчатых костей чаще встречаются у лиц трудоспособного возраста, что определяет особую значимость решения проблем по лечению данной патологии.
2. Подавляющее большинство открытых переломов длинных трубчатых костей приходится на переломы костей голени.
3. Средние сроки лечения открытых переломов имеют прямую зависимость от сроков и вида остеосинтеза.
4. Первичный внеочаговый остеосинтез при открытых переломах типа IIБ и В, IIIB и В является наиболее приемлемым способом фиксации костей голени, существенно влияющим на предупреждение осложнений, сокращение сроков лечения в стационаре.
5. Наибольшее число осложнений возникает при открытых переломах IIIB и В типа, что заставляет уделять особое внимание прогнозированию и предупреждению необратимых изменений при данных типах переломов.

А.Г. Ванчикова

РАСТИТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Известно, что хроническая обструктивная болезнь легких имеет большой удельный вес в структуре заболеваний органов дыхания. Существующие методы и используемые лекарственные препараты при указанной болезни не всегда обеспечивают желаемый результат, а в ряде случаев утяжеляют дыхательную недостаточность.

В этой связи определенный интерес вызывает опыт традиционной медицины. В частности, традиции врачевания на Востоке рекомендуют при хронических формах заболеваний включать процедуру «очищения» организма. При этом очищающие средства назначаются накануне специфической терапии больного. Последовательно в течение 7—9 дней назначаются отвары желчегонного, слабительного, мочегонного и потогонного сборов. Наряду с этими средствами, используются адаптогенные, противовоспалительные препараты и физиопроцедуры. Использование данной технологии лечения больных хроническим обструктивным процессом в легких способствовало улучшению состояния больных. В частности, с улучшением выписаны из стационара Агинской окружной больницы 84,8 % пациентов, без значимого эффекта — 15,1 %. В сравнительной группе больных, которым не применяли растительные лекарственные средства, с улучшением выписались 68,8 %, без значимого эффекта — 28,8 %, а у одного больного, несмотря на проводимую стандартную терапию, наблюдали ухудшение состояния. Следует отметить, что больные обеих групп получали стан-

дартную терапию, принятую в стационаре. Отличия заключались в том, что первая группа (33 человек) на фоне стандартной терапии получала последовательно по 7 дней желчегонный, слабительный, мочегонный и потогонный сборы, а вторая группа на фоне стандартной терапии получала воду, очищенную по аналогичной схеме.

В целом, поэтапное применение желчегонного, слабительного, диуретического и потогонного сборов, наряду с проводимой стандартной терапией, обеспечивает улучшение общего состояния, что подтверждается инструментальными и лабораторными данными. Фитопрепараты хорошо переносятся больными, не отмечено побочных реакций. Данная схема поэтапного очищения организма при хронической обструктивной болезни легких может быть рекомендована для применения в практическом здравоохранении в комплексе с другими методами и средствами.

И.О. Вологодина^{1, 2}, А.Б.-Ж. Бимбаев^{1, 2}, Т.А. Баирова^{1, 2}, И.В. Тугутова^{1, 2}, В.К. Булавко¹

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

¹ГУЗ «Детская республиканская клиническая больница» (Улан-Удэ)

²Бурятский филиал ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительный анализ основных показателей липидного обмена у подростков с нормальным артериальным давлением и у подростков, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией, двух основных этнических групп, проживающих на территории Республики Бурятия (пришлая — славянская и коренная — бурятская).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 423 подростка обеих этнических групп, в том числе русских — 276 (65,2 %), из них больных — 156 (56,5 %), группа контроля — 120 (43,5 %); бурят — 147 (34,8 %), из них больных — 62 (42,2 %), группа контроля — 85 (57,8 %). Диагноз устанавливался на основании суточного мониторирования артериального давления с использованием компьютерной системы «BR-102» фирмы «Shiller» (Швеция). Биохимические параметры исследовались на автоматическом биохимическом анализаторе «Diana» фирмы «Cormau» (Польша) с использованием наборов реактивов фирмы «Cormau». Исследовали содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с расчетом холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) по формуле Фридвальда: $\text{ХС ЛПНП} = \text{общий холестерин} - \text{холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП)} - \text{триглицериды} / 2,2$ (ммоль/л). Индекс атерогенности (ИА) рассчитывали по А.Н. Климову.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средние величины показателей липидного спектра у нормотензивных и гипертензивных подростков славянской этногруппы представлены соответственно таким образом: ХС — 3,59 ммоль/л и 3,85 ммоль/л ($p = 0,0161$); ТГ — 1,13 ммоль/л и 1,01 ммоль/л; ХС ЛПВП — 1,20 ммоль/л и 1,14 ммоль/л ($p = 0,2577$); ХС ЛПОНП — 0,52 ммоль/л и 0,51 ммоль/л; ХС ЛПНП — 1,90 ммоль/л и 2,05 ммоль/л ($p = 0,1720$); ИА — 2,41 ммоль/л и 2,45 ммоль/л ($p = 0,83$); у нормотензивных и гипертензивных подростков коренной этногруппы соответственно: ХС — 3,57 ммоль/л и 4,03 ммоль/л ($p = 0,0135$); ТГ — 1,08 ммоль/л и 0,95 ммоль/л; ХС ЛПВП — 1,34 ммоль/л и 1,30 ммоль/л ($p = 0,56$); ХС ЛПОНП — 0,48 ммоль/л — 0,51 ммоль/л; ХС ЛПНП — 1,84 ммоль/л — 2,18 ммоль/л ($p = 0,0469$); ИА — 2,09 ммоль/л — 2,55 ммоль/л ($p = 0,0192$). Проведенное исследование показало, что основные показатели липидного спектра у нормо- и гипертензивных подростков в обеих этнических группах находятся в пределах референтных показателей. При этом сравнительный анализ уровня исследуемых метаболитов выявил статистически значимые различия по среднему уровню холестерина у нормо- и гипертензивных подростков как славянской этногруппы — $3,59 \pm 0,89$ ммоль/л и $3,85 \pm 0,88$ ммоль/л соответственно ($p = 0,0161$), так и коренной — $3,57 \pm 1,05$ ммоль/л и $4,03 \pm 1,05$ ммоль/л соответственно ($p = 0,0135$).

Содержание холестерина липопротеидов низкой плотности, а также индекс атерогенности достоверно выше в коренной гипертензивной этногруппе в сравнении с нормотензивной: ХС ЛПНП — $2,18 \pm 1,12$ ммоль/л и $1,84 \pm 0,95$ ммоль/л соответственно ($p = 0,0469$) и ИА — $2,55 \pm 1,69$ ммоль/л и $2,09 \pm 1,51$ ммоль/л ($p = 0,0192$). В пришлой этногруппе у гипертензивных подростков в сравнении с нормотензивными эти показатели имеют лишь тенденцию к нарастанию: ХС ЛПНП —