

исключает возможность восстановления сустава, что подтверждается данными морфологического исследования. В связи с этим описанные признаки могут служить основанием для эндопротезирования коленного сустава.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ КОСТНО-ЦЕМЕНТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Карчевный Н.Н., Вацки М.В., Жилкин Б.А.

Городская больница № 17,

Научно исследовательский и учебно-методический центр биомедицинских технологий, Москва

Переломы, возникающие на фоне остеопороза, представляют собой глобальную медико-социальную проблему. Суммарный риск остеопоротических переломов в возрасте 50 лет равняется 39,7 % для женщин и 13,1 % для мужчин (L.J. Melton, 1995). Количество остеопоротических переломов в мире увеличивается и с 1,7 млн. в 1990 г. возрастет до 6,3 млн. в 2050 г (B.L. Riggs, L.J. Melton, 2000). По данным Российской ассоциации по остеопорозу, среди городского населения России у 24 % женщин и 13 % мужчин в возрасте 50 лет и старше отмечается, по крайней мере, один клинически выраженный перелом.

Целью исследования стало улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с переломами костей конечностей путем применения костно-цементного остеосинтеза.

Применение костного цемента с традиционными погружными конструкциями, по данным проведенных нами клинического и морфологического исследований, является оптимальным методом фиксации отломков при переломах костей конечностей на фоне остеопороза.

Наш опыт лечения 110 пострадавших в возрасте старше 65 лет, из них мужчин – 19 (17,3 %), женщин – 91 (82,7 %). У всех больных были сопутствующие заболевания различной степени тяжести. Нарушения функции ССС наблюдались у 104 больных (94,5 %), среди них ИБС с нарушением ритма и проводимости, ПИКС, атеросклероз аорты, коронаров, сосудов мозга, гипертоническая болезнь, НК 1-3 ст. и др. Заболевания дыхательной системы – у 57 (51,8 %) больных: ХОБЛ, бронхиальная астма, пневмосклероз, эмфизема легких, ДН 1-2 ст. Неврологические нарушения: последствия перенесенного ОНМК, ЗЧМТ, периферические невриты и т.п., - наблюдались у 29 больных (26,4 %), заболевания эндокринной системы (сахарный диабет 1 и 2 типа, ожирение 1-3 ст. и т.п.) у 42 (38,2 %) больных. Больные оперированы по поводу переломов верхней конечности (плеча) – 67 чел. (60,9 %), и нижней конечности (бедро, голени) – 43 чел. (39,1 %).

Физиологические возрастные изменения, а также наличие сопутствующих заболеваний значительно увеличивали риск операции и анестезии (3-4 класс по ASA). Для обеспечения оперативных вмешательств,

при костно-цементном остеосинтезе переломов костей конечностей, в основном, использовали регионарные методы обезболивания. Анестезия верхней конечности обеспечивалась блокадой плечевого сплетения межлестничным, надключичным или аксиллярным доступом. Для обеспечения оперативных вмешательств на нижней конечности, применялась эпидуральная, спинальная или проводниковая анестезии (блокада седалищного, бедренного и латерального кожного нерва бедра). Нами использовались различные современные растворы местным анестетиков (лидокаина, бупивакаина, ропивакаина и др.) в общепринятых дозировках. Психо-эмоциональную адаптацию обеспечивали включением атаратиков и гипнотиков (мидазолама (дормикум) 0,03-0,04 мг/кг, диазепам 0,15-0,2 мг/кг, пофол 0,5-1 мг/кг) в комплекс анестезиологического обеспечения.

Особенностью костно-цементного остеосинтеза, является влияние имплантации костного цемента в интрамедуллярный канал на системную гемодинамику. Снижение САД на 20-30 мм. рт. ст. наблюдалось у 53 больных (48,2 %), нарушение ритма по типу синусовой брадикардии у 34 больных (30,9 %), суправентрикулярной экстрасистолии 10 больных (9,1 %). Указанные нарушения требуют особенного внимания анестезиолога, адекватно предоперационной подготовки, динамического интраоперационного мониторинга, своевременной патогенетической коррекции. Артериальную гипертензию удавалось корректировать увеличением скорости внутривенной инфузии и болюсным введением эфедрина 5-15 мг, нарушение ритма купировались применением холинолитиков или специфических антиаритмических средств.

Следует отметить, что адекватная предоперационная подготовка больных с корреляцией водно-электролитного баланса, применением холинолитиков (атропина 0,02 мг/кг), десенсебилизирующих и вазопрессорных (по показаниям) средств, сводит вышеуказанные проявления к минимуму.

При совместном (оперирующим травматологом и анестезиологом) предоперационном планировании, необходимо учитывать влияние имплантации костного цемента на системную гемодинамику, проводить адекватную предоперационную подготовку, а в ходе операции четко фиксировать момент введения костного цемента в интрамедуллярный канал, проводить тщательный мониторинг гемодинамических параметров и своевременно корректировать возникающие побочные эффекты.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ГРИППЕ И ОРВИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Шульдякова О.Г., Еремин В.И.,

Заяц Н.А., Рябинин Н.В.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, НФТЦ «Полисан», Санкт-Петербург

Причинами низкой эффективности существующих методов борьбы с гриппом и другими ОРВИ являются высокая контагиозность, многочисленность

антигенно-самостоятельных форм возбудителей, их высокая изменчивость, смешанный характер инфекции во время сезонной вспышки, а также прогрессирующее распространение иммунодефицитных состояний в человеческой популяции. Все перечисленные обстоятельства заставляют на современном этапе акцентировать внимание на неспецифической профилактике ОРВИ, связанной, прежде всего с повышением активности естественных механизмов противоинфекционной защиты.

Целью настоящего исследования является оценка профилактической эффективности метилглюкамина акридоната (циклоферона) в отношении заболеваемости гриппом и ОРВИ в организованных коллективах. Для реализации этой цели были изучены показатели сезонной заболеваемости ОРВИ среди 3706 человек, из которых детский контингент закрытых детских учреждений составил 706 человек, военнослужащие в период формирования воинских коллективов - 3000 человек. Учитывались индекс эффективности и коэффициент эффективности. Анализ в детских учреждениях проводился в двух основных группах: 1-я группа - профилактика с использованием циклоферона (561 чел.) 2-я группа - поливитамины (145 чел.). Среди военнослужащих учет осуществлялся в трех группах: в 1-й (1000 чел.) - профилактика ОРВИ с циклофероном, во 2-й (1000 чел.) - поливитамины, 3-я группа (1000 чел.) - без препаратов.

Анализ результатов работы позволил установить, что профилактическая эффективность циклоферона по сравнению с референс-препаратами оказалась существенно выше, что в итоге способствовало снижению уровня общей заболеваемости респираторными инфекциями в организованных детских коллективах и среди военнослужащих.

Следовательно, на современном этапе в комплекс профилактических мероприятий при гриппе и ОРВИ в организованных коллективах целесообразно включить таблеточную форму циклоферона в целях снижения уровня текущей заболеваемости.

ВЛИЯНИЕ СТИМУЛЯТОРА КУБАНСКОГО НА НЕЙРИТНЫЙ РОСТ СПИНАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ КУРИНЫХ ЭМБРИОНОВ

¹Шурыгин А.Я., ¹Немчинова Е.А.,

²Абрамова Н.О., ²Скорород Н.С., ²Герасименко Ю.Г.

¹Кубанский государственный университет,

Краснодар,

²Кубанская научно-производственная лаборатория физиологически активных веществ, Краснодар

Стимулятор Кубанский (СК) представляет собой полипептидную фракцию выделенную из кумыса. В предыдущих наших исследованиях выявлено иммуномоделирующее и стресс-протекторное действие СК. Известно, что некоторые пептиды обладают нейростимулирующим действием и являются нейроростовыми факторами. В связи с этим представляло интерес изучение влияния СК на нейритный рост спинальных ганглиев.

Эксперименты проводили на 398 экплантатах спинномозговых ганглиев 10 суточных эмбрионов цы-

плёнка. Ганглии культивировали в питательной среде *in vitro*. Раствор СК добавляли по 100 мкл. в чашку Петри. Концентрация СК в питательной среде составила 10 нг/мл. Чашки, в которые не добавляли СК, служили контролем.

Оценку влияния препарата на спинномозговые ганглии производили по показателям: максимальной величине зоны роста, относительной величине зоны роста, интенсивности роста, плотности и числу нейритно-глиальных пучков. Результаты статистически обрабатывались с использованием t-критерия Стьюдента.

При культивировании спинномозговых ганглиев отмечено, что добавление в питательную среду СК изменяет характер развития культур, что проявляется в увеличении интенсивности роста нейритов, их ветвлении и плотности пучков.

В ходе исследования нами было выявлено, что добавление СК в питательную среду изменяет нейроростовые характеристики спинальных ганглиев.

Показатели *максимальной величины зоны роста* увеличились с $713,4 \pm 20,3$ мкм. у контроля до $796,1 \pm 22,1$ мкм. в опыте. Достоверность отличий составила $p \leq 0,01$.

Относительная величина зоны роста, как отношение зоны роста к диаметру экплантата, выраженная в условных единицах, в опыте составила $3,95 \pm 0,04$, в то время как в контроле достигла лишь $2,83 \pm 0,03$ ($p \leq 0,05$).

Изменилось *количество пучков* на отрезке 200 мкм, взятом на расстоянии 250 мкм от экплантата. В контроле этот показатель составил $20,4 \pm 0,9$, а в опыте - $23,7 \pm 0,9$ ($p \leq 0,01$).

Показатель *плотности пучков* достоверно изменяется ($p \leq 0,001$) при введении СК плотность пучков составила $2,23 \pm 0,05$, а в контроле - $2,04 \pm 0,05$.

Интенсивность зоны роста (произведение максимальной величины зоны роста на плотность пучков) также изменилась от $1547,3 \pm 66,4$ в контроле до $1940,7 \pm 89,2$ в опыте ($p \leq 0,001$).

Таким образом, проведенные исследования показали, что под воздействием Стимулятора Кубанского все нейроростовые показатели статистически достоверно увеличились. СК стимулирует рост нейритов.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СК (СТИМУЛЯТОР КУБАНСКИЙ) НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У СТРЕССИРОВАННЫХ МЫШЕЙ

Шурыгин А.Я., Злищева Э.И.,

Шурыгина Л.В., Герасименко Ю.Г.

Кубанский государственный университет,

Кубанская лаборатория

физиологически активных веществ,

Краснодар

Имеется большое число работ, свидетельствующих о тесной взаимосвязи между стрессом, и супрессией иммунитета. Причем в известном интервале реактивности организма выраженность иммуносупрессии находится в прямой пропорциональной зависимости от силы стресса. Для направленной регуляции