

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КОСТНО-СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ

Иваненко А.Б., Коньчев А.В., Кокорин К.В.

СПбМАПО «Кафедра ОКХТА»

Санкт-Петербург, Россия

Повреждение кисти - это атака на личность. Потеря профессиональных навыков и трудоспособности, невозможность выполнения элементарных функций самообслуживания, сознание своего косметического дефекта становятся факторами влияющими на личность больных.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с костно-суставной патологией кисти, путем разработки методики формирования неосустава с использованием комплексной программы реабилитации направленного действия.

Статистические данные ЦЛХИ говорят о ежегодно увеличивающейся гнойно-деструктивной патологии сегментов костно-суставного аппарата кисти. 1999 год - 225 пациентов, 2006 год- 520 пациентов. Исследуемая группа 100 пациентов – с использованием дооперационного скрининга и программы реабилитации направленного действия. Контрольная группа 80 пациентов проходивших курс лечения по обычной схеме.

Методы:

1. Оценка плотности костной ткани (тип ультраструктуры кости). Диагностика нарушений целостности костной структуры, а также выявления исходной костной структуры проводилась при помощи универсального цифрового комплекса UNIPAC.

2. Оценка психологического статуса пациента. Для оценки и контроля психического статуса пациентов использовался «Программно-аппаратный комплекс для оценки и коррекции текущего психического состояния» Целесообразность использования оценки психического статуса определялась следующими позициями: А.Определение показаний к реконструктивно-восстановительному лечению. (Психологическая готовность). Б.Оценка самочувствия и динамики при реконструктивно-восстановительном лечении. В.Объективная оценка результатов лечения.

3. Контроль цитокинов регионарной крови. Для определения оптимальных сроков проведения реконструктивной операции выполнялся лабораторный контроль цитокинов регионарной крови (IL1-β, TNF-α, INF-γ). Поскольку цитокиновый ряд обладает выраженным антипролиферативным действием, то снижение показателей от исходной до границ физиологической нормы является оптимальным для проведения реконструктивно-восстановительного лечения.

4. Применение комплексной программы реабилитации направленного действия. В качестве хондромодификации комплекс процедур: Ре-

гионарная малообъемная гемоперфузия (РМОГ) пораженной конечности, лазерная хондромодификация, фонофорез с трилоном Б (ЭДТА динатриевая соль), электрофорез с лидазой.

Результаты: Используемый нами комплексный подход в скрининге пациентов, сроков реконструктивно-восстановительного лечения, использование комплексной программы реабилитации направленного действия в исследуемой группе пациентов (100 человек) с использованием вышеперечисленных методов скрининга и лечения по сравнению с контрольной группой (80 человек) отмечаются раннее восстановление функции оперированного сегмента кисти (на 10-12 койко-дней), больший объем движения в неосуставах на 22%. Выраженная позитивная картина в психо-эмоциональном статусе пациента при регистрации показаний СМС в послеоперационном периоде в покое и при выполнении привычных бытовых функций и профессиональных навыков оперированного сегмента и кисти в целом.

Выводы: Использование комплексной программы реабилитации направленного действия значительно сокращает длительность лечения больных с костно-суставной патологией кисти

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ РАЗВИТИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У МЫШЕЙ

Костюшко А.В.

Дальневосточный филиал НИИ КИ СО РАМН, Владивостокский государственный медицинский университет

Владивосток, Россия

Иммунный ответ на внедрение различных инфекционных агентов сопровождается повышенной продукцией цитокинов и развивается преимущественно по клеточному (Th1) или гуморальному (Th2) типу. Th1-тип иммунного ответа характеризуется преобладанием продукции IFN γ , TNF α , IL-2, IL-12, а при Th2-типе цитокиновый профиль составляют IL-10, IL-4, IL-5, IL-6.

Целью данного исследования было сравнительное исследование динамики местных иммунных реакций в легких мышей при остром экспериментальном воспалении, вызванном Грамположительными и Грам-отрицательными микроорганизмами, а также определение преимущественного типа иммунного ответа при развитии экспериментальной пневмонии.

Материалы и методы. В эксперименте использовали 40 мышей-самцов линии СВА, массой 18-20 г, находившихся на стандартной диете в боксированных помещениях с соблюдением всех правил и международных рекомендаций Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных

работах. Заражение мышей проводилось штаммами, выделенными из БАЛЖ больных с нозокомиальными пневмониями, интраназально в дозе 1×10^3 м.т./мл для *S. aureus* (I опытная группа), 1×10^5 м.т./мл для *E. coli* (II опытная группа) и 1×10^3 м.т./мл для *Ps. aeruginosa* (III опытная группа). Контрольной группе мышей интраназально вводили 0,05 мл физ. раствора. Продукция цитокинов клетками легких мышей исследовалась по их уровню в супернатантах легочной ткани на 10 сутки после заражения в реакции ИФА с использованием реактивов "R&D system Inc." (mouse IFN γ , mouse IL-10).

Результаты и выводы. При заражении мышей *S. aureus* и *Ps. aeruginosa* наблюдалось статистически достоверное по сравнению с контролем уменьшение уровня IFN γ в супернатантах легочной ткани. Так, содержание IFN γ у мышей контрольной группы составило $74,33 \pm 6,7$ пг/мл, при стафилококковой пневмонии – $36,38 \pm 2,38$ пг/мл, при пневмонии, вызванной синегнойной палочкой, уровень IFN γ составил $30,02 \pm 5,31$ пг/мл, в то время как при инфекции, вызванной *E. coli*, содержание IFN γ в супернатанте легочной ткани менялось незначительно ($70,84 \pm 2,17$ пг/мл). Локальный уровень IL-10 в контрольной группе составил $85,03 \pm 5,08$ пг/мл, значительно увеличивался при заражении мышей *E. coli* ($186,08 \pm 5,13$ пг/мл, $p < 0,05$), а при заражении мышей *Ps. aeruginosa* уровень – выражено снижался ($2,74 \pm 0,76$ пг/мл, $p < 0,01$). Уровень IL-10 у мышей I опытной группы также имел тенденцию к снижению и составлял $70,8 \pm 2,88$ пг/мл в супернатанте легочной ткани.

Таким образом, высокая локальная продукция цитокинов, вырабатываемых Th2-клетками, в результате заражения мышей *E. coli* и *S. aureus* свидетельствует о развитии у них преимущественно гуморального иммунного ответа. При экспериментальной пневмонии, вызванной *Ps. aeruginosa*, локальный уровень IFN γ в легких преобладает, что указывает на развитие Th1-зависимого клеточного иммунного ответа.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НА МОДЕЛИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Мовсесян Л.Э., Анищенко Н.В., Дугин С.Ф., Агаджанян З.С.

*Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздрава
Москва, Россия*

Одним из механизмов активации воспалительного и иммунного ответа в организме является трансинтестинальный антигенный транспорт (ТАТ). Частным случаем ТАТ является бактериальная транслокация (БТ), сопровождающаяся повышением уровня D-лактата и C-реактивного белка в крови. На модели адьювант-индуцированного артрита было исследовано влияние пиразидола, тетриндола, флуоксетина и пентоксифиллина на состоянии трансинтестинального антигенного транспорта (ТАТ) и воспаление у крыс.

Материалы и методы

Для оценки ТАТ крысам внутрижелудочно вводили флуоресцентные микросферы в дозе 1×10^9 частиц через неделю после подкожной инъекции адьюванта Фрейнда в область тибготарзальных суставов задних конечностей и в основание хвоста. Одновременно с введением микросфер крысам вводили влияние пиразидол (50 мг/кг, per os), тетриндол (20 мг/кг, per os), флуоксетин (20 мг/кг, per os) и пентоксифиллин (70 мг/кг, внутривенно). Через 24 часа после введения микросфер животных забивали декапитацией. Ткани подвергали гидролизу с помощью 4 N калия гидроксида в течение 48 часов. Содержание микросфер в лизатах органов определяли флуориметрически. У крыс определяли уровень D-лактата и C-реактивного белка в плазме крови.

Результаты

Признаки воспаления суставов задних конечностей у животных с артритом – покраснение, отечность были четко выражены на 1-7 день после инъекции адьюванта Фрейнда. Ревматоидный артрит сопровождается активацией ТАТ. На фоне ревматоидного артрита Флуоксетин достоверно не влиял как на содержание флуоресцентных микросфер в органах (табл.1), так и на уровень D-лактата в крови (табл. 2).

Таблица 1. Содержание микросфер во внутренних органах крыс (1×10^5 частиц на г. ткани)

| | БЛУ | печень | селезенка | почка | легкое |
|----------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| контроль(n=9) | $1,9 \pm 0,09$ | $0,1 \pm 0,03$ | $0,2 \pm 0,04$ | 0 | 0 |
| артрит(n=9) | $29,75 \pm 0,05$ | $13,33 \pm 0,02$ | $7,08 \pm$ | $1,78 \pm 0,05$ | $4,35 \pm 0,05$ |
| артрит+Флуоксетин(n=6) | $32,78 \pm 0,01$ | $13,26 \pm 0,04$ | $8,1 \pm 0,05$ | $2,88 \pm 0,03$ | $5,68 \pm 0,01$ |
| артрит+Пиразидол(n=6) | $27,7 \pm 0,04^*$ | $11,13 \pm 0,05^*$ | $5,72 \pm 0,02^*$ | $1,55 \pm 0,01$ | $2,87 \pm 0,05^*$ |
| артрит+Тетриндол(n=6) | $32,95 \pm 0,01^*$ | $13,35 \pm 0,03^*$ | $8,32 \pm 0,04^*$ | $3,42 \pm 0,05$ | $5,75 \pm 0,01^*$ |
| артрит+пентоксифиллин(n=9) | $13,24 \pm 0,05^*$ | $5,53 \pm 0,02^*$ | $3,02 \pm 0,05^*$ | $0,45 \pm 0,01^*$ | $1,38 \pm 0,03^*$ |

* – $p < 0,05$ по сравнению с контролем