

Нормальный уровень LL37 в плазме крови определен как 1,2-1,8 мкг/мл. Повышение этих значений наблюдается при различных инфекционных заболеваниях.

Наиболее эффективно АМП могут быть использованы при лечении заболеваний кожи, слизистых – без введения в кровь пациента, а также для терапии онкозаболеваний [2]. На сегодняшний день такие пептиды активно используются для создания новых лекарственных препаратов. Наиболее успешным примером является циклический пептидный антибиотик «Рамопланин», который уже находится на стадии клинических испытаний для лечения инфекционных заболеваний дыхательных путей. Также показано, что ингаляции смеси, содержащей антимикробные пептиды, являются эффективными в терапии туберкулеза.

Таким образом, АМП могут рассматриваться в качестве основы для создания эффективных лекарств, воздействующих на воспалительный процесс у детей.

Литература

1. Кокряков, В.Н. Биология антибиотиков животного происхождения / В.Н. Кокряков // С.-Пб.: Наука. – 1999. – 162 с.
2. Шамова, О.В. Действие антимикробных пептидов из нейтрофильных гранулоцитов на опухолевые и нормальные клетки в культуре / О.В.

Шамова, Г.А. Сакуга // Цитология. – 2007. – Т.49, №12. – С. 1000-1009.

3. Brogden, K.A. Antimicrobial peptides: pore formers or metabolic inhibitors in bacteria? / K.A. Brogden // Nat. Rev. Microbiol. – 2005. – № 3. – P. 238-250.
4. Chaly, Y. Human neutrophil human monocytes and adhesion molecule expression in endothelial cells / Y. Chaly // Eur.Cytokine.Netw. – 2000. – Vol.11, № 2. – P. 257-266.
5. Yang, D. Multiple roles of antimicrobial defensins, cathelicidins, and eosinophil-derived neurotoxin in host-defense / D. Yang // Ann. Rev. Immunol. – 2004. – Vol.22. – P. 06.1-06.35.9.

Ключевые слова: антимикробные пептиды, воспаление, дети

ENDOGENOUS ANTIMICROBIAL PEPTIDES IN INFLAMMATORY PROCESS IN CHILDREN

BOLOTOV YU.N., MINAEV S.V., OBEDIN A.N., ISAYEVA A.V., TIMOFEYEV S.V., DORONIN F.V., PAPSCHUOVA M.D.

Key words: antimicrobial peptides, inflammation, children

© Коллектив авторов, 2010
УДК 617-089:611.86:616.35

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

О.В. Зинченко, А.А. Муравьева, А.Н. Обедин, С.В. Марочкин
Ставропольская государственная медицинская академия

В настоящее время сложилось мнение, что интенсивность боли в послеоперационном периоде исходно определяется видом хирургического вмешательства, и чем обширнее операция, тем выраженнее болевой синдром [3]. Однако даже малые хирургические вмешательства могут вызывать сильный послеоперационный болевой синдром, который приносит страдания и ухудшает качество жизни оперированных пациентов. К данной категории оперативных вмешательств следует отнести операции, выполняемые по поводу геморроя. Геморроидэктомии обычно непродолжительные по времени, но сопровождаются интенсивной ноцицептивной стимуляцией во время операции и выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде [2]. Компактная зона иннервации аноректальной зоны делает возможным проведение низкого спинального блока для обеспечения интраоперационной анальгезии, однако спинальный блок имеет определенные временные рамки и распространяется только на первые часы периоперационного периода, а в дальнейшем требуется применение опиоидных

анальгетиков [1]. Все это и послужило основанием для проведения данного исследования.

Материал и методы. В исследование вошли 50 пациентов в возрасте от 16 до 28 лет, которым была выполнена геморроидэктомия в условиях нейроаксиальной анестезии. Все больные в зависимости от применяемого метода обезболивания в периоперационном периоде были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 20 пациентов, которым применялась традиционная схема обезболивания – Трамадол 5% – 2 мл внутримышечно 4-6 раз в сутки. Вторую и третью группы составили 30 пациентов, которым в периоперационном периоде применялась мультимодальная схема обезболивания: ропивакаина гидрохлорид (Наропин, Astra Zeneka), вводимый в эпидуральный катетер с помощью автоматической шприцевой системы Перфузор Спэйс (B. Braun), в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена (кетонал 5%, Sandos) 100 мг три раза в сутки. Катетеризацию эпидурального пространства выполняли на уровне L₄-L₅ с каудальным направлением катетера до уровня L₅-S₁ стандартным набором “Minipack” (SIMS Portex). Во второй группе исследования (n=15) применялся 0,2% раствор ропивакаина, а в третьей группе (n=15) – 0,375% раствор ропивакаина с начальной скоростью введения 4 мл/час. Уровень адекватности обезболивания определяли по 10–балльной цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), удовлетворенности пациентом качеством обезболивания, кроме этого,

Зинченко Олег Васильевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии СтГМА, тел.: 8(8652) 35 84 75, 8 918 881 80 86; e-mail: regionar2008@yandex.ru

оценивался уровень моторного блока по Bromage.

Результаты и обсуждение. В периоперационном периоде в первой группе исследования длительность анальгетического эффекта после однократного внутримышечного введения анальгетика составляла $3,0 \pm 1,2$ часа, а интенсивность боли оценивалась пациентами в 7 баллов по ЦРШ в 75% случаев, в 25% случаев – в 5-6 баллов, что требовало сокращения времени между введением анальгетика либо дополнительного введения нестероидных противовоспалительных средств (кетопрофен). Во второй группе исследования в 53,3% случаев уровень болевых ощущений оценивался в 3-4 балла по ЦРШ, в 33,3% случаев – в 3 балла и только в 13,4% случаев – в 1-2 балла, что в 86,6% случаев потребовало увеличения скорости инфузии 0,2% раствора ропивакаина до 6-8 мл/час. Уровень моторного блока в 86,6% случаев составлял 1-2 балла, а в 13,4% случаев – 0 баллов по Bromage и не вызывал дискомфорта при движении. В третьей группе исследования в 66,6% случаев уровень болевых ощущений оценивался в 0 баллов по ЦРШ, в 20% случаев – в 1 балл и в 13,4% случаев – в 2 балла. Уровень моторного блока в 86,6% случаев составлял 0 баллов, в 20% случаев – 1 балл по Bromage.

Послеоперационное обезболивание в первой группе исследования в 15% случаев было признано пациентами как «удовлетворительное», в 85% как «неудовлетворительное». Во второй группе исследования в 86,6% случаев послеоперационное обезболивание оценивалось как «хорошее», в 13,4% случаев – как «удовлетворительное». В третьей группе исследования все пациенты отметили хороший уровень послеоперационного обезболивания.

Выводы

1. Системное применение опиоидных анальгетиков не позволяет обеспечить адекватный уровень обезболивания у пациентов после геморроидэктомии.

2. Длительная эпидуральная анестезия 0,375% раствором ропивакаина в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена обеспечивает адекватное послеоперационное обезболивание и повышает качество жизни при проведении операций на аноректальной зоне.

Литература

1. Овечкин, А.М. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы / А.М. Овечкин, С.В. Свиридов // Региональная анестезия и лечение острой боли. – 2006. – № 1 – С. 61-75.
2. Овечкин, А.М. Современные местные анестетики: клиническое значение и безопасность применения / А.М. Овечкин // Клиническая анестезиология и реаниматология. – 2006. – №3(1). – С. 23-31.
3. Овечкин, А.М. Послеоперационное обезболивание: оптимизация подходов с точки зрения доказательной медицины / А.М. Овечкин, Т.Л. Романова // Русский медицинский журнал. – 2006. – №14(10). – С. 3-10.

Ключевые слова: геморроидэктомия, эпидуральная анестезия

OPTIMIZATION OF PERIOPERATIVE ANALGESIA IN ADOLESCENTS AND YOUTH

ZINCHENKO O.V., MURAVYOVA A.A., OBEDIN A.N., MAROCHKIN S.V.

Key words: hemorrhoidectomy, epidural anesthesia

© Коллектив авторов, 2010
УДК 617.54:616-053.2/.5-089

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО СРОКА УДАЛЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИНЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Е.Н. Злотников, И.В. Киргизов, В.А. Дударев
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Врожденные дефекты развития грудной клетки – патология, встречающаяся, по современным данным, примерно у 0,6-2,3 % детей [3]. Воронкообразная деформация является наиболее частой из всех врожденных деформаций грудной клетки и проявляется западением передней грудной стенки.

Предложено более 80 различных вариантов хирургических вмешательств и их модификаций для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. На сегодняшний день наиболее эффективными признаются методы, основанные на применении внутренних фиксаторов грудино-реберного комплекса. В связи с наилучшим косметическим эффектом и относительно

низкой травматичностью наибольшее распространение получила операция по методике D.Nuss. В отечественной и зарубежной литературе практически не исследован вопрос длительности восстановления костно-хрящевой структуры грудино-реберного комплекса после оперативного вмешательства [1, 2].

Целью настоящего исследования явилась разработка критериев определения оптимального срока удаления корригирующей пластины после торакопластики у детей с врожденной воронкообразной деформацией грудной клетки.

Материал и методы. Было обследовано 30 детей в возрасте от 3 до 18 лет с I-III степенями воронкообразной деформации грудной клетки. Всем детям проведена торакопластика по методу D. Nuss. Контрольную группу составили 15 детей без фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани.

Пациенты были разделены на три группы соответственно степени деформации грудной клетки, которая

Злотников Евгений Николаевич,
детский хирург хирургического отделения УРАМН НЦЗД РАМН,
тел.: 8 9166376635, 8 (499) 134-02-08;
e-mail: imz810330@mail.ru.