



---

**Original Article: FORMA DI TERAPIA METODO ASPECIFICA ANTICYTOKINE  
GENERALIZZATO DELLE INFEZIONI CHIRURGICHE**

**Citation**

Barchatova N.A. Forma di terapia metodo aspecifica Anticytokine generalizzato delle infezioni chirurgiche. *Italian Science Review*. 2014; 7(16). PP. 13-15.  
Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/july/Barchatova.pdf>

**Author**

N.A. Barchatova, South Ural State Medical University, Russia.

Submitted: June 24, 2014; Accepted: July 10, 2014; Published: July 11, 2014

Infezioni chirurgiche e soprattutto la sua forma generalizzata pesante come sepsi, sepsi grave e shock settico sono molto urgente problema medico, sociale ed economico. Secondo l'Europa occidentale sepsi ogni anno più di 500.000 casi e copre almeno 3 posti nella struttura di mortalità per malattie infettive in tutto il mondo e ha continuato a crescere da 3-9% all'anno. Con la percentuale di sepsi grave è 2-18%, e shock settico - 3-4%, e la mortalità in questa malattia range 19-40% al 70% [1, 2].

Un fattore importante per il corso e l'esito della malattia è la diagnosi precoce forme generalizovanoy di infezione e efficace, rapido sollievo della sindrome da risposta infiammatoria sistemica, che, secondo i ricercatori nazionali e stranieri accompagna clinica necrotiche infezioni dei tessuti molli nei 63-78% [3]. Tattica chirurgica attivi, uso di antibiotici, metodi di disintossicazione, terapia anti-infiammatoria, certamente hanno un impatto significativo sul corso dell'infezione generalizzata dei tessuti molli [4]. Allo stesso tempo, più interesse è l'efficacia della terapia anti-citochine specifico e non specifico, risposta infiammatoria sistemica, che non è solo manifestazione clinica di infezione generalizzata, ma anche una serie di

sintomo fisico comune di malattie come l'insufficienza cardiaca, malattia coronarica, diffondere malattie del tessuto connettivo, metabolica sindrome e altri. Negli ultimi anni, fornisce dati sulla efficacia dei farmaci non specifici come i farmaci per terapie anti-citochine come amlodipina, enalapril, amiodarone, B-bloccanti, pentossifillina, adenosina. Ma l'uso pratico di questi fondi in gran parte studiato e realizzato in terapia intensiva in cardiologia e reumatologia. [5] In infezione chirurgica acuta l'uso di questa terapia non è sufficiente direzione componente diffuso di trattamento.

Lo scopo di questo studio era quello di valutare l'efficacia della terapia anti-citochine non specifico nel trattamento complesso di infezioni dei tessuti molli generalizzate.

Materiali e metodi. Risultati del trattamento di 442 pazienti con forma generalizzata di infezioni dei tessuti molli e sindrome da risposta infiammatoria sistemica che sono stati curati presso l'Ospedale Clinico Città № 1 a Chelyabinsk nel periodo 2008-2013. Tra i pazienti sono stati assegnati in modo casuale due gruppi: "A" e "B". Nel gruppo "A" incluso 168 pazienti che dal primo giorno di ricovero in terapia complessa allo scopo di arrestare la

produzione di una risposta infiammatoria sistemica infusione di soluzione salina con un agente anti-infiammatorio non steroideo - Ketonal. Gruppo "B" comprende 274 pazienti, in cui il trattamento, con farmaci anti-infiammatori non steroidei, incluso anticytokine terapia aspecifica con pentossifillina. I pazienti di entrambi i gruppi erano paragonabili in termini di parametri di base e la gravità della risposta infiammatoria sistemica. La terapia combinata in tutti i pazienti di questi gruppi era identico e comprendeva: la monoterapia con antibiotici ad ampio spettro, iperidratazione enterale (35-40 ml/kg/die.) E l'uso di agenti anti-infiammatori non steroidei e desensibilizzanti. Volume di infusione giornaliera è stata diversa a sindrome da risposta sistemica di grado lieve (9-10 ml/kg), medio (10-12 ml/kg) e pesanti (13-16 ml/kg) di gravità. Originariamente dosaggio toksifillina Pen era 3-4 mg/kg al giorno, e in presenza di dinamiche clinici e di laboratorio positivi è stato ridotto a 1,2 mg / kg al giorno. Trattamento di cui è stato continuato per tutto il periodo di conservazione sindrome da risposta infiammatoria sistemica e per un ulteriore giorno dopo il suo sollievo. Obiettivo valutazione delle analisi di efficacia del trattamento includeva caratteristiche cliniche, il confronto delle dinamiche e dei tempi di normalizzazione dei marcatori di endotossemia (oligopeptidi (PSM)), l'attività della innata (proteina C-reattiva (CRP), lattoferrina (LTF)) e Adaptive (TNF  $\alpha$ , IL-1Pa) immunità. Elaborazione statistica dei dati è stata effettuata calcolando i criteri Kruskal - Wallis prova,  $\chi^2$  con correzione di Yates, con il livello di significatività era inferiore al 5%.

Risultati. Baseline proteina C-reattiva ("A" =  $22 \pm 1,2$  mg/l, "B" =  $24 \pm 0,9$  mg/L), lattoferrina ("A" =  $2137 \pm 47$  ng/l, "B" =  $2341 \pm 389$  ng/L), oligopeptidi («A» =  $0,42 \pm 0,08$  U; «B» =  $0,45 \pm 0,09$  U), fattore di necrosi tumorale («A» =  $6,4 \pm 0,3$  pg / ml "B" =  $7,2 \pm 0,2$  pg/ml) e l'interleuchina-1 recettore antagonista (" =  $38,9 \pm 1564$

pg/ml A, 'b' =  $1.632 \pm 56,3$  pg/ml) è stato vicino in entrambi i gruppi ( $p > 0.05$ ). Durante il trattamento, l'analisi comparativa dei dati normalizzazione tempi di parametri ematici (Tabella 1).

Secondo la indicatori di dati endotossemia (PSM), risposta innata proinfiammatoria (CRP, LTP) standard di immunità ottenuti con l'uso aggiuntivo di non-specifici anti-citochine della terapia (gruppo "B") a  $3,2 \pm 0,15 - 3,8 \pm 0$ , 19 giorni, e quando infuso con FANS cristalloide a  $7,6 \pm 0,19 - 11,3 \pm 0,14$  giorni di ospedalizzazione ( $p < 0,05$ ).

Particolare attenzione è stata rivolta alle dinamiche degli indicatori di reazioni sistemiche e cytokinemia immunità adattativa. I risultati suggeriscono che la terapia anti-citochine non specifico con pentossifillina (gruppo "B"), la concentrazione di TNF tornato alla normalità a  $2,7 \pm 0,3$  giorni, e il livello di IL-1Pa rimasta elevata fino a  $9,4 \pm 0,34$  giorni trattamento ( $p < 0,05$ ). L'effetto risultante è dovuto ad un aumento compensatorio dell'attività antinfiammatoria breve termine del sistema immunitario nel sopprimere la produzione di TNF quando somministrato pentossifillina.

Al contrario, quando infusione salina FANS inizialmente maggiore concentrazione di TNFa e IL-1Pa tornato normale da solo  $7,8 \pm 0,3 - 8,9 \pm 0,32$  giorno di trattamento ( $p < 0,05$ ). Riduzione "bilanciata" rivelato nella concentrazione di citochine ragionevolmente spiega l'effetto di emodiluizione, che si ottiene dalla combinazione di infusione endovenosa di cristalloidi con iperidratazione enterico. Chiara evidenza di laboratorio a sostegno l'influenza della non-steroidi significa che il marcatore livello di proinfiammatorie e sistemi anti-infiammatori di immunità adattativa non è stato ricevuto.

Tempo medio di trattamento ospedaliero nei pazienti del gruppo "A" made  $30,2 \pm 0,5$  giorni, e in gruppo "B" -  $14,7 \pm 0,5$  giorni ( $p < 0,05$ ). Nei pazienti su sfondo antiinfiammatori infusione manifestazioni

cliniche della sindrome da risposta infiammatoria sistemica sono stati tagliati a  $5,4 \pm 0,14$  giorno di trattamento, con il 87,5% della sindrome da risposta sistemica persisteva meno di 72 ore dall'inizio del trattamento, e alle 12 5% dei casi osservati conservazione a lungo termine di reazioni sistemiche, che corrisponde alla sepsi clinica ( $p < 0,05$ ). Al contrario, il 100% dei pazienti che hanno ricevuto aspecifica anticitochine pentossifillina, una reazione sistemica dell'organismo stato coppa a  $2,6 \pm 0,13$  giorni di trattamento, che corrispondeva ad una sindrome clinica compensata da risposta infiammatoria sistemica ( $p < 0,05$ ).

Conclusioni: 1. Uso della terapia anti-citochine aspecifica con pentossifillina generalizzata forma di infezioni del tessuto molle può tagliare manifestazioni cliniche della sindrome da risposta sistemica nelle prime 72 ore, impedendo lo sviluppo di sepsi, a causa della rapida normalizzazione dei principali citochine proinfiammatorie e attivazione di citochine antinfiammatorie compensativi.

2. Quando si utilizza infusione endovenosa protivovos steroidei palitelnyh tempo normalizzazione dei mezzi attività pro-infiammatoria della immunità innata e adattativa era 2,2 - 2,8 volte maggiore

rispetto a quando si utilizza la terapia anti-citochine non specifico, in cui l'effetto clinico del trattamento è più dipendente il grado di emodiluizione raggiunto e l'attivazione secondaria di disintossicazione.

3. Applicazione non specifica terapia anti-citochine nel complesso trattamento delle infezioni dei tessuti molli nom generalizzate può raggiungere in compensazione a breve termine e il sollievo della sindrome da risposta infiammatoria sistemica, che migliora in ultima analisi, la prognosi della malattia e 2,1 volte riduce la durata media del trattamento ospedaliero.

**References:**

1. Eryuhin I.A. 2003. Surgical infections. 853 p.
2. Bone R.G. 1991. Let's agree on terminology: definition of sepsis. V.19. P. 973-976.
3. Savelyev V.S. 2010. Sepsis: classification, clinical diagnostic concepts and treatment. P-352.
4. Kostjuchenko A.L. 2000. Intensive therapy of postoperative wound infection and sepsis. P-448.
5. Kravchenko A.Ya. 2013. The role of cytokines in the development and progression of heart failure. P. 11-16.

Tabella 1

Tempo medio di normalizzazione dei livelli di citochine, marcatori di infiammazione e di endotossine sotto diversi trattamenti

Indice	Sottogruppi di pazienti	
	Gruppo "A"	Gruppo "B"
CRP	9,2±0,16*	3,8±0,19*
PSM	11,3±0,14*	3,2±0,15*
LTP	7,6±0,19*	3,4±0,11*
TNF	7,8±0,3*	2,7±0,3*
IL-1Pa	8,9±0,32*	9,4±0,34*

Nota: \* -  $p < 0,01$  - significativa differenza tra i gruppi di indicatori (Kruskal - Wallis).