

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГНОЙНО—СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Ю. В. Иванова, И. А. Криворучко

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков,
Харьковский государственный медицинский университет

Результаты исследований, посвященных иммунокоррекции (ИК) у больных с гнойно—септическими осложнениями, фрагментарны и противоречивы. Если одному из составляющих компонентов послеоперационной терапии — антибактериальной — исследователи уделяют должное внимание, то вопросы ИК зачастую остаются вне поля их зрения, что обусловлено трудностями установления характера изменений иммунного статуса в каждой конкретной ситуации, которые могут колебаться от чрезмерной активации до полного истощения защитных сил организма с возникновением иммунной анергии. Индивидуальный характер этих изменений требует разнопланового подхода к проведению иммунокорригирующих мероприятий. Основными задачами иммунокорригирующей терапии являются: устранение нарушений иммунного ответа, восстановление естественной резистентности организма (в частности, фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов), снижение гиперпродукции медиаторов воспаления или направленная стимуляция противовоспалительных цитокинов и интерферона. Неправильный подход к назначению иммунокорригирующей терапии может усугубить состояние больного, что чревато неблагоприятным исходом заболевания.

У 41 больного с послеоперационным перитонитом в соответствии со стандартным протоколом обследования до операции и в послеоперационном периоде включали поэтапную оценку (1, 3, 7 — 10—е и 14—е сутки) показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, факторов естественной резистентности организма, содержание в сыворотке крови интерлейкинов (ИЛ), в том числе ИЛ—2, ИЛ—4, ИЛ—6 и маркеров системной воспалительной реакции: С—реактивного протеина, циркулирующих иммунных комплексов, пептидов средней молекулярной массы.

ИК у больных при послеоперационном перитоните проводили с учетом нарушений иммунного статуса после осуществления детоксикационных мероприятий. У всех больных с первых суток после операции применяли лекарственные средства, направленные на ингибирование

продукции основных воспалительных медиаторов. Комплекс лечения включал внутривенное введение пентоксифиллина (2% по 5 мл капельно 2 раза в сутки), а также селективного ингибитора циклооксигеназ—2 (мовалис), который является ингибитором синтеза простагландинов, тромбосана А₂, простаглицлина и некоторых протеаз, его назначали в дозе 1,5 мл 1 — 2 раза в сутки. Учитывая выявленные нарушения Т—клеточного звена иммунитета у больных при послеоперационном перитоните, с первых суток после операции назначали иммунофан — активатор Т—клеточного звена иммунитета (0,005% раствор по 1 мл внутримышечно). У наиболее тяжело больных в комплексе лечения применяли полиоксидоний в виде 0,0001% раствора в дозе 16 мг 1 раз в сутки внутривенно в течение 6 — 10 сут. В целях восстановления фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов применяли синтетический аналог бактериальных протеогликанов ликолипид. Препарат также способствует экспрессии молекул гистосовместимости и активирует фагоцитоз нейтрофильных гранулоцитов. Ликолипид назначали после восстановления перистальтики кишечника внутрь по 10 мг в сутки в течение 6 — 8 сут. Для нормализации гуморального звена иммунитета применяли обогащенный иммуноглобулин — пентаглобин в дозе 5 мл на 1 кг массы тела внутривенно в течение 3 сут. Цитокиновую и антицитокиновую терапию проводили с учетом профиля цитокинов. Если концентрация ИЛ—2 в сыворотке крови превышала 400 пкг/мл, проводили антицитокиновую терапию — назначали кортикостероиды (гидрокортизон 300 мг/сут в течение 5 — 10 сут), пентоксифиллин. Введение кортикостероидов способствовало снижению активности комплемента и ингибированию агрегации лейкоцитов. При снижении концентрации ИЛ—2 и ИЛ—4 в сыворотке (менее 40 пкг/мл) проводили цитокиновую терапию, назначали ронколейкин (по 0,5 — 1 мг внутривенно капельно в 400 мл изотонического раствора NaCl через каждые 48 ч, от 2 до 4 инфузий, в зависимости от тяжести выявленных нарушений). У наиболее тяжело больных в целях восстановления экспрессии макрофагами HLA DR+, потенци-

рования разнонаправленных клеточных механизмов (Т- и В-звеньев иммунитета), регуляции адгезии белков системы комплемента применяли —интерферон. На 7 — 10—е сутки после операции удалось устранить воспалительную реакцию, нормализовать показатели гуморального, а на 14—е сутки — клеточного иммунитета. Показатели естественной резистентности организма изменялись в соответствии с динамикой клинического течения.

Таким образом, иммунокорректирующую терапию у больных при тяжелых послеоперационных гнойно—сеп-

тических осложнениях следует проводить после осуществления детоксикационных мероприятий, она должна быть строго направленной (с учетом нарушений, выявленных по данным динамического контроля иммунного статуса и профиля цитокинов). Одним из принципиально важных направлений комплексной ИК в условиях послеоперационного перитонита является назначение средств иммуностропного действия в сочетании с антибактериальной терапией.