

© Соловей Ю.М., Польовий В.П., 2012

УДК 616.381-002-085.37

АЛГОРИТМ ВИБОРУ ІМУНОМОДУЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПЕРИТОНІТ

Ю.М.Соловей, В.П.Польовий

Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. В.П.Польовий) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Наведено аналіз клініко-імунологічного обстеження 64 хворих на різні форми перитоніту. Розроблено алгоритм вибору імуномодулювальної терапії.

Ключові слова: перитоніт, алгоритм, імуномодулювальна терапія.

Перебіг і прогнозування наслідків перитоніту (Пт) залежать від ступеня ендогенної інтоксикації та характеру порушень імунної системи [1, 2]. Необхідність застосування імуномодуляторів у комплексному лікуванні хворих на Пт в останні роки не викликає жодних сумнівів. Проте для практичної хірургії не завжди зрозуміло, в яких клінічних випадках призначати імуномодулювальну терапію, а в яких вона зайва або їй протипоказана. Деякі автори рекомендують призначати імуномодулятори при всіх формах хірургічної інфекції, зокрема й при Пт, інші, навпаки, тільки при тяжких його формах, які супроводжуються розвитком поліорганної недостатності та септичним станом [3]. Все це свідчить про актуальність наукових досліджень, спрямованих на розроблення та впровадження в практику алгоритму застосування імуномодуляторів у хворих на різні форми Пт.

Мета дослідження: розробити алгоритм застосування імуномодулювальної терапії в комплексному лікуванні хворих на різні форми гострого гнійного Пт.

Матеріал і методи. Клінічний матеріал становили 64 хворих на різні форми гострого Пт, поділених на дві підгрупи залежно від його розповсюдженості та тяжкості перебігу. Тяжкість Пт оцінювали за Мангеймським індексом Пт (МІП). У I підгрупу (32) увійшли хворі на дифузний Пт (МІП < 20), у II (32) – хворі на розлитий Пт (МІП 21-30), яким призначали імуномодулятори імунофан і бластомуніл відповідно. Причинами Пт були: гострий апендицит – 25 (39%) хворих, перфоративна виразка шлунка і ДПК – 13 (20,3%), защемлена грижа –

9 (14%), гострий холецистит – 7 (10,9%), гінекологічні гнійні захворювання – 3 (4,7%), перфорація сигмоподібної ободової кишки стороннім тілом – 3 (4,7%), гостра кишкова непрохідність – 2 (3,1%), перфорація дивертикула Меккеля – 2 (3,1%). Контролем слугували показники імунного статусу 16 практично здорових донорів-добровольців. Вік хворих становив 18-79 років, чоловіків було 28 (43,75%), жінок – 36 (56,25%). У всіх пацієнтів діагностовано Пт, серед яких у 16 (25%) – дифузний, у 48 (75%) – розлитий [4]. Для характеристики Пт з позицій розвитку системного запалення нами застосована концепція Пт як абдомінальної форми сепсису, для оцінки якої використані критерії синдрому системної запальної відповіді (SIRS), запропоновані в Чикаго 1991 року. Лікування всіх хворих проводили відповідно до клінічних протоколів МОЗ України. Ефективність розробленого алгоритму імуномодулювальної терапії при Пт оцінювали за допомогою таких методів дослідження: загально-клінічних, клініко-лабораторних, біохімічних, імунологічних. Виявлення субпопуляцій T- і B-лімфоцитів проводили за допомогою стандартних еритроцитарних діагностикумів "Анти-СД3", "Анти-СД4", "Анти-СД8", "Анти-СД16", "Анти-СД22" (Харків, № 1725/2006). Для оцінки порушень імунної системи використовували універсальний метод оцінки імунних розладів – ФРІС (А.М.Земсков, 1996). Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням електронних таблиць Microsoft® OfficeExcel (build14.0.5128.5000) та програми для статистичного обчислення STATISTICA 8.0 (®StatSoft. Inc. 2008) [5].

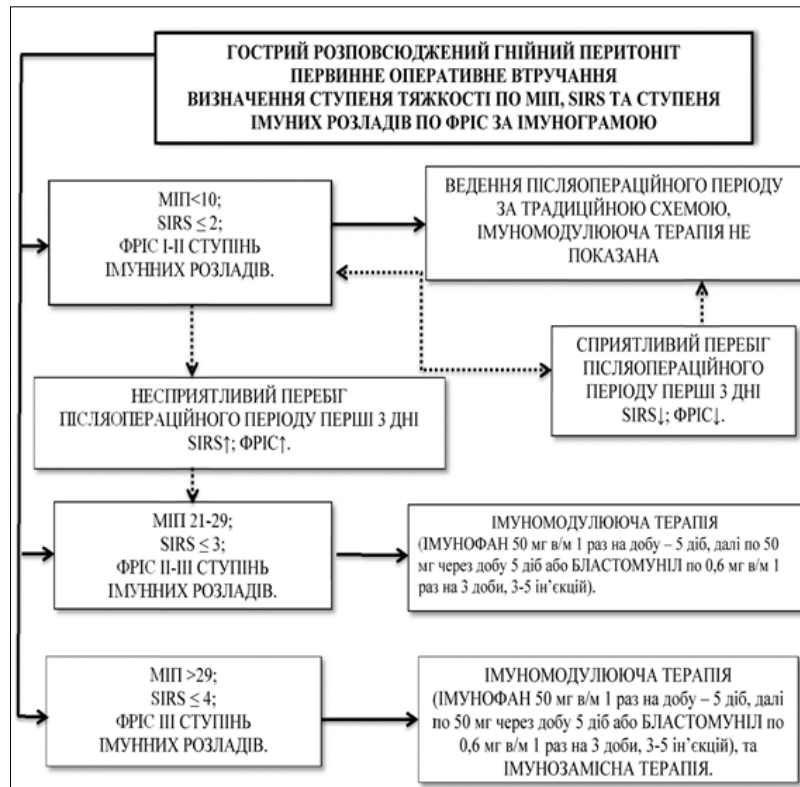


Рис. Алгоритм вибору імуномодулювальної терапії при різних формах гострого перитоніту.

Результати дослідження. На основі клініко-імунологічних обстежень пацієнтів I підгрупи встановлено, що перебіг післяопераційного періоду у хворих, оперованих з приводу дифузного Пт ($MIP \leq 20$), характеризується I-II ступенями імунних розладів і супроводжується активацією імунокомпетентних клітин з формуванням адекватної ефективної клітинної та гуморальної імунної відповіді, а також наростанням параметрів окремих показників неспецифічного протиінфекційного захисту, що поряд з відсутністю ускладнень у досліджених хворих свідчить про відсутність потреби у застосуванні імуномодулювальної терапії. У хворих II підгрупи 6 (18,8%) осіб померло, у 10 (31,3%) хворих у ранньому післяопераційному періоді виникли гнійно-септичні ускладнення (нагноєння післяопераційної рани, інфільтрат черевної стінки, флегмона передньої черевної стінки, абсцес черевної порожнини), в одного пацієнта розвинулася евітерація органів черевної порожнини, ще в одного – неспроможність кишкового анастомозу. Тривалість лікування у цій підгрупі становила $16,3 \pm 2,29$ дів.

У хворих на розлитий Пт виявили ознаки комбінованого вторинного імунодефіциту (I-III

ступінь), при якому найбільш вагомими змінами є порушення T- і B-клітинної ланок імунітету, фагоцитозу зі зниженням загального пулу T-лімфоцитів (CD3), субпопуляції CD4 та B-лімфоцитів (CD22), кількості IgG, IgM та ЦІК зі зниженням фагоцитарної та функціональної активності імуноцитів. Виражені імунні розлади спостерігалися на 3-4 добу післяопераційного періоду. Такі порушення відповіді імунної системи в умовах розлитого Пт, розвиток вторинного імунодефіциту потребували застосування корегувальної терапії.

На підставі проведених досліджень із застосуванням дисперсійного аналізу клініко-лабораторних показників, параметрів МІП та імунного статусу нами запропоновано алгоритм (рисунок) призначення імуномодулювальної терапії хворим на розповсюджені форми Пт.

Висновки. 1. Запропонований нами алгоритм вибору імуномодулювальної терапії при різних формах Пт включає визначення та оцінку параметрів МІП, SIRS та ФРІС і обґрунтовує її диференційований вибір у конкретному клінічному випадку. 2. Перспективними вважаємо подальші дослідження ефективності застосування імуномодуляторів відповідно до розробленого алгоритму.

Література

1. Застосування лапароскопії при лікуванні тяжкого гострого розповсюдженого перитоніту / В.П.Польовий, С.М.Вознюк, Р.І.Сидорчук, І.В.Шкварковський // *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 9-13.
2. Мільков Б.О. Біліарний перитоніт / Б.О.Мільков, В.В.Білоокій. – Чернівці: Прут, 2003. – 161 с.
3. Польовий В.П. Зміни деяких показників імунного статусу у хворих на дифузний та розлитий перитоніт / В.П.Польовий, Ю.М.Соловей, С.П.Польова // *Здобутки клін. і експер. мед.* – 2009. – № 1. – С. 70-74.
4. Савельев В.С. Перитонит / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. – М.: Литера, 2006. – 206 с.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ STATISTICA / Реброва О.Ю. – М., 2002. – 305 с.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Приведен анализ клинико-иммунологического обследования 64 больных с разными формами перитонита. Разработан алгоритм выбора иммуномодулирующей терапии.

Ключевые слова: перитонит, алгоритм, иммуномодулирующая терапия.

ALGORITHM OF A CHOICE OF IMMUNOMODULATING THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE PURULENT PERITONITIS

Abstract. An analysis of a clinicoimmunological examination of 64 patients with different forms of peritonitis is presented. An algorithm of a choice of immunomodulating therapy has been elaborated.

Key words: peritonitis, algorithm, immunomodulating therapy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 19.06.2012 р.