

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ - НЕОБХОДИМОЕ ЗВЕНО ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Винницкий Л.И, Бунятян К.А, Инвиева Е.В.

ГУ Российский научный центр хирургии им.акад. Б.В.Петровского РАМН, г. Москва

Проблема профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений является актуальной до настоящего времени, а нарушения иммунитета - одним из факторов патогенеза хирургической инфекции. Выявленные у хирургических больных до операции иммунодефицитные состояния, вследствие основного заболевания, усугубляются всеми компонентами хирургической операции и многими фармакологическими препаратами, которые отрицательно воздействуют на параметры иммунного статуса (фагоцитоз, гуморальный и клеточный иммунитет).

В настоящее время проблема клинической иммунологии заключается не только в том, чтобы оценить функциональное состояние иммунной системы больного, но и на основании клинико-лабораторных исследований дать доказательные показания к назначению адекватной и специфической иммунотерапии. Наряду с традиционными методами комплексного лечения гнойно-воспалительных осложнений у хирургических больных, применение иммунокорректирующей терапии в до- и послеоперационном периодах направлено на коррекцию вторичной иммунной недостаточности у этих больных.

Таким образом, выявление иммунной недостаточности у больных в пред- и послеоперационном периодах и ее фармакологическая коррекция является одной из актуальных проблем, от которой зависит эффективность хирургического лечения.

Для оценки иммунного статуса больных нами был использован комплекс современных объективных методов включающих в себя иммунофенотипирование клеток периферической крови методом проточной лазерной цитометрии на приборе FACScan с использованием моноклональных антител к дифференцировочным и активационным маркерам, меченых FITC (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD25, CD71, HLA-DR). Функциональное состояние Т- и В-лимфоцитов оценивали на основе экспрессии раннего активационного маркера активации CD69.

Концентрацию иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии на планшетах фирмы <Реафарм>.

Фагоцитарную активность нейтрофилов определяли стафилококком, меченым FITC на проточном цитометре.

Концентрации IL-6, IL-8, TNF-а определяли наборами фирмы PerSeptive Biosystems, иммуноферментным методом.

Мы обследовали более чем 2000 больных с различной хирургической патологией. Это больные с аортальными и митральными пороками сердца, больные с опухолями полостей сердца, с ишемической болезнью сердца, больные с постинтубационным рубцовым стенозом трахеи и заболеваниями легких, больные с длительно- незаживающими ранами, после пластических и реконструктивных микрохирургических операций, больные с опухолями брюшной полости, больные с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы.

У различных групп хирургических больных от 60% до 100% был выявлен комбинированный тип иммунных расстройств, проявляющийся в нарушении фагоцитарного, клеточного, гуморального и цитокиновых звеньев иммунитета. Выявленные нарушения иммунной регуляции у хирургических больных служат показанием для назначения иммунокорректирующих препаратов. В нашей практике мы использовали такие препараты как, ликолипид, имунофан, полиоксидоний, галавит, глутоксим только в инъекционных формах.

Наш опыт показал, что включение иммунокорректирующих препаратов в комплексную программу лечения больных с инфекционным эндокардитом снизило количество рецидивов после оперативного лечения на госпитальном этапе с 5,6% до 0% и способствовало снижению частоты возникновения инфекционного эндокардита в 3 раза у больных после протезирования клапанов сердца. По сравнению со стандартной антибиотикотерапией применение иммунокорректоров (в комплексной терапии) у различных групп хирургических больных позволило снизить частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в 2 раза у больных с опухолями брюшной полости и в 3 раза у больных с рубцовым стенозом трахеи.

Применение иммунокорректирующих препаратов ускоряет репаративные процессы, уменьшает явления интоксикации, сокращает время нормализации температуры (в среднем на 2 дня), снижает время пребывания больных в стационаре и приводит к восстановлению нарушенных показателей иммунограммы (как к увеличению количества субпопуляций, так к активации их функционального состояния), а также к снижению концентрации провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8, TNF-а в 3-5 раз.

Созданный в нашей клинике алгоритм мониторинга показателей иммунного статуса у различных групп хирургических больных при применении иммунокорректирующих препаратов позволяет предотвратить развитие послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, тем самым улучшая эффективность хирургического лечения.