

УДК 612.017.1:616.37-002.3-06-084
© Дикая Э. А., Никонова Е.М., 2011

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Дикая Э. А., Никонова Е.М.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение. Лечение острого деструктивного панкреатита (ОДП), имея в виду и эффективную профилактику гнойных осложнений, продолжает оставаться одной из основных проблем неотложной хирургии. В 15-20% наблюдений острый панкреатит протекает в тяжелой деструктивной форме. У 40-70% больных с данным заболеванием происходит инфицирование очагов деструкции поджелудочной железы. Эта категория больных представляет наибольшую проблему в диагностическом и лечебном аспекте. При гнойных осложнениях этого заболевания летальность составляет 50-60% [1-4].

ОДП изначально протекает как асептический процесс и аутолиз, и некробиоз органа носит небактериальный характер. Уже к 14-17 суткам происходит инфицирование очагов деструкции, которое обусловлено транслокацией микрофлоры эндогенного, в основном внутрикишечного происхождения. Высокий уровень летальности, обусловленной, прежде всего, рано развивающейся при ОДП вторичной иммунной недостаточностью, указывает на необходимость включения в комплексное лечение ОДП иммуноориентированной терапии, цель которой состоит в восполнении дефицита клеточных и гуморальных компонентов иммунного ответа и реставрации собственной иммунореактивности [5].

Только своевременно начатая интенсивная терапия предупредит развитие гнойных осложнений, что позволит добиться асептического варианта течения заболевания. Благодаря этому можно значительно улучшить результаты лечения больных [1].

Комплексная медикаментозная терапия стандартно включает адекватное обезболивание, ингибирование панкреатической секреции, профилактику и лечение гнойно-септических осложнений, профилактику и лечение легочно-сердечной и печеночно-почечной недостаточности, энцефалопатии и других расстройств [4,5].

Рациональная антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия при панкреонекрозе основывается на выборе препарата, обладающего адекватной пенетрацией в жизнеспособные ткани поджелудочной железы и очаги некротиче-

ского поражения, включая ткани забрюшинного пространства, а также имеющего активность против часто идентифицируемых микроорганизмов при панкреатогенной инфекции.

Цель настоящей работы - улучшение результатов лечения больных с деструктивными формами панкреатита за счет совершенствования подходов к профилактике гнойно-септических осложнений.

Статья является фрагментом кафедральной научно-исследовательской работы «Усовершенствование технологий антиинфекционной защиты пациентов, находящихся в отделении интенсивной терапии», № государственной регистрации 01090004604.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов лечения 31 пациента. Больные разделены на две группы. К первой группе были отнесены 17 больных, которым проводилось стандартное лечение. Во второй группе было 14 пациентов, у которых стандартная терапия была усилена иммунокоррекцией ронколейкином. Схема лечения состояла из внутривенных инъекции - 1 -3 млн. МЕ с интервалами между введениями через день. Пациенты обеих групп были однородны по полу, возрасту, нозологической форме, степени тяжести заболевания (средней и тяжелой степени).

Клинико-лабораторные исследования проводили в день поступления больных в клинику и на 3-5-7-е сутки лечения.

Кроме стандартного лабораторного мониторинга (определения уровня активности панкреатических ферментов, оценки интенсивности общего воспаления), оценивали иммунный статус по абсолютному числу лимфоцитов и количественному содержанию иммуноглобулинов сыворотки крови (А, G, М). Фагоцитарная активность нейтрофилов определялась с тест-культурой стафилококка по фагоцитарному индексу (ФИ) и фагоцитарному числу (ФЧ). Оценивали состав субпопуляций Т-лимфоцитов.

Результаты исследования и их обсуждение. Выраженное проявление детоксикационного эффекта консервативной терапии, усиленной иммунокоррекцией мы регистрировали к 6-7-м суткам (табл. 1).

Таблица 1. Динамика фагоцитарной активности нейтрофилов.

Показатели	Норма	Основная группа (n=14)		Контрольная группа (n=17)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Фагоцитарная активность нейтрофилов (%)	66,32±2,11	46,68±1,14*	64,2±1,65	45,23±0,89*	53,03±1,03**
Фагоцитарное число	5,5±0,4	2,77±0,05*	4,72±0,11	2,80±0,06*	3,85±0,1**

Примечание: * p<0,05 по сравнению с нормой; ** p<0,05 по сравнению с основной группой.

Более быстрое и полное восстановление показателей фагоцитарной активности (64,2±1,65%) и фагоцитарного числа (4,72±0,11) в основной группе по сравнению с контрольной (53,03±1,03% и

3,85±0,1 соответственно) создает предпосылки к восстановлению фагоцитоза и его завершенности, и, следовательно, меньшему риску возникновения гнойно-септических осложнений.

Применение ронколейкина стимулирует как клеточный, так и гуморальный иммунитет, положительно сказываясь на результатах лечения.

В периферической крови больных основной

группы отмечалось достоверное увеличение Т-лимфоцитов в процессе лечения до показателей, близких к нормальному значению (табл. 2).

Таблица 2. Динамика уровня Т- лимфоцитов.

Показатели	Норма	Основная группа (n=14)		Контрольная группа (n=17)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
CD3+ (Т-лимф.)	67,5±0,8	51,44±0,95*	62,4±0,68	50,93±0,83*	55,53±0,65**
CD4+ (Т-хелперы)	44,5±0,7	31,16±0,66*	39,56±0,48	30,23±0,67*	31,3±0,63**
CD8+ (Т-цитоток.)	27,0±0,9	16,25±0,36*	21,32±0,49	16,14±0,28*	19,63±0,39

Примечание: * p<0,05 по сравнению с нормой; ** p<0,05 по сравнению с основной группой.

Таблица 3. Динамика изменений уровня иммуноглобулинов.

Показатели	Норма	Основная группа (n=14)		Контрольная группа (n=17)	
		До лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Ig A	2,45±0,07	44,92±0,08*	3,95±0,08	4,90±0,07*	4,53±0,04**
Ig M	1,48±0,06	11,2±0,06	1,26±0,03	1,15±0,05	1,22±0,03
Ig G	14,4±0,58	15,45±0,13	14,72±0,11	15,63±0,09	14,93±0,1

Примечание: * p<0,05 по сравнению с нормой; ** p<0,05 по сравнению с основной группой.

Кроме того, у больных основной группы (табл. 3) отмечено увеличение уровня Ig A в 2 раза по сравнению с нормой, что позволяет положительно оценить защитные свойства всех слизистых оболочек организма и свидетельствует о снижении дефицита продукции иммуноглобулинов плазматическими клетками.

Выводы: 1. Предложенное лечение больных с деструктивными формами панкреатита основывалось на изменении иммунного статуса, затрагивающих все основные его звенья, и было направлено на снижение энзимной токсемии и профилактику инфицирования очагов некроза, предотвращение распространения поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

2. Острый деструктивный панкреатит на ста-

дии формирования инфильтрата требует включения иммунотерапии в комплекс интенсивной терапии, что приводит к асептическому развитию инфильтрата, предупреждая тяжелые гнойно-септические осложнения.

3. Усовершенствование комплексного лечения больных ОДП возможно за счет включения в терапию отечественного препарата ронколейкина.

Перспективы дальнейших исследований. Для подтверждения результатов данной работы по усовершенствованию комплексного лечения больных с деструктивными формами панкреатита разрабатывается предложение по отраслевому нововведению, которое может быть рекомендовано для включения в клинические протоколы лечения больных с данной нозологией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бубнова Н.А. Обобщенный опыт применения Ронколейкина в лечении хирургических заболеваний. Пособие для врачей. / Н.А. Бубнова, В.Н. Егорова. - Санкт-Петербург: Альтер Эго, 2010.- 80 с.
 2. Волков А.Н. Комплексное лечение острого панкреатита /Волков А.- Чебоксары: 2004.- С. 10-16. – (Материалы IX научно-практической конференции хирургов Чувашской Республики).
 3. Иммунокорректирующие эффекты полиоксидония и иммунофана при остром панкреатите /[Назаренко Д.П., Конопля А.И., Иванов С.В., Локтионов А.Л.]

- Курск, 2005, № 4.- С. 46 – 51с.- (Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»);
 4. «Обрыв» деструктивного процесса при остром панкреатите. /[Толстой А. Д., Красногоров В. Б., Вашетко Р. В. и др.]. - С.-Петербург, 2002. — 23 с.- Пособие для врачей.
 5. Эффективность иммунокоррекции больных с острым деструктивным панкреатитом /[Боровкова Н.В., Булава Г.В., Гришин А.В., Бердников Г.А.]. – М., 2001. – Т. 2. – С. 317.- (Современные проблемы аллергологии, иммунологии и иммунофармакологии).

Дикая Э. А., Никонова Е.М. Иммунологический аспект профилактики гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 52-53.

Изучена эффективность включения ронколейкина в комплекс терапии больных острым деструктивным панкреатитом на стадии формирования инфильтрата. Применение ронколейкина стимулирует как клеточный, так и гуморальный иммунитет, положительно сказываясь на результатах лечения, позволяя предупредить развитие тяжелых гнойно-септических осложнений.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, профилактика, иммунокоррекция.

Діка Е.А., Ніконова О.М. Імунологічний аспект профілактики гнійних ускладнень гострого деструктивного панкреатиту // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 52-53.

Вивчена ефективність включення ронколейкіну в комплекс терапії хворих на гострий деструктивний панкреатит на стадії формування інфільтрату. Застосування ронколейкіну стимулює як клітинний, так і гуморальний імунітет, позитивно впливаючи на результати лікування та дозволяючи попередити розвиток тяжких гнійно-септичних ускладнень.

Ключові слова: гострий деструктивний панкреатит, профілактика, імунокорекція.

Dika E.A., Nikonova E.M. Immunological aspect of prophylaxis of purulent complications of acute destructive pancreatitis // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 52-53.

The efficiency of inclusion Ronkoleykin in complex therapy of acute destructive pancreatitis in the stage of infiltration has been studied. Application Ronkoleykin stimulates both cellular and humoral immunity, positively affecting the outcome of treatment will prevent development of severe septic complications.

Key words: acute destructive pancreatitis, prophylaxis, immunocorrection.

Надійшла 23.09.2011 р.
Рецензент: проф. В.І.Бондарєв