

НАРУШЕНИЯ ТРОФИКИ СТЕНКИ КИШЕЧНИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Сарап П.В.

Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича, г. Красноярск

У пациентов с распространенным гнойным перитонитом в послеоперационном периоде нередко развиваются осложнения, наиболее тяжелыми из которых являются стрессовые перфорации тонкой кишки и несостоятельность хирургических швов полых органов.

Обследованы 89 пациентов, поступивших в стационар с распространенным гнойным перитонитом. При невозможности одномоментной санации брюшной полости и устранения источника перитонита проводились плановые релапаротомии. Исследование выполнено у выздоровевших пациентов. В первую группу включены 6 пациентов с распространенным перитонитом, у которых на фоне лечения возникли нарушения трофики кишечной стенки, приведшие к перфорации или несостоятельности швов и продолжающемуся перитониту. Во 2 группу вошли 83 пациента без нарушений трофики кишечной стенки в послеоперационном периоде. В среднем, число оперативных вмешательств составило $2,36 \pm 0,26$ и $1,84 \pm 0,20$ ($p < 0,05$) у пациентов 1 и 2 групп соответственно.

Пациенты обследованы на 1-2, 5-7, 10-12, 15-17 сутки с момента поступления. Исследовали уровень лейкоцитов (L), лейкоцитарный индекс интоксикации, уровни экспрессии CD-молекул на лимфоцитах и абсолютные (abs) количества иммунокомпетентных клеток, уровни основных классов иммуноглобулинов, фагоцитарный индекс, а также отношения: CD38+/CD95+, CD25+/CD95+, CD25+/CD38+. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкалам Apache II, SOFA, SAPS II, MODS. Сравнительная статистика выполнена с использованием критерия Манна-Уитни.

При сравнении показателей пациентов первой группы на 1-2 сутки стационарного лечения выявлено повышение концентрации ЦИК до $69,40 \pm 10,51$ у.е. по сравнению с пациентами 2 группы ($46,27 \pm 2,17$ у.е., $p < 0,05$) и тенденция ($p < 0,1$) к повышению доли CD16+ нейтрофилов ($41,53 \pm 4,96\%$ и $31,50 \pm 1,40\%$). Это свидетельствует о большей роли механизмов АЗКЦ у пациентов с нарушением трофики кишечной стенки.

На 5-7 сутки у пациентов первой группы отмечены более высокие показатели ИК, L, ЛИИ, значительная доля CD95+ преапоптотических клеток; снижено соотношение клеток, экспрессирующих CD25 и CD95 рецепторы. Неблагоприятным признаком можно также считать низкий показатель abs CD3+/L, характеризующий уровень экспрессии abs CD3+ и долю лимфоцитов в периферическом кровотоке. При этом у пациентов первой группы экспрессия CD16 и CD25 рецепторов ниже как проявление снижения доли НК клеток и активированных лимфоцитов. В группе пациентов с нарушениями трофики кишечной стенки зарегистрировано снижение фагоцитарного числа, но число фагоцитирующих нейтрофилов выше за счет лейкоцитоза. Состояние пациентов с нарушениями трофики кишечной стенки на 1-2 сутки пребывания в стационаре было тяжелее по шкале Apache II.

На 10-12 сутки лечения у пациентов 1 группы отмечена тенденция к снижению экспрессии CD25 рецепторов, зарегистрированы более высокие значения балльной оценки по шкале SAPS II: $24,02 \pm 0,67$ и $29,00 \pm 2,60$ баллов ($p < 0,05$).

На 15-17 сутки лечения отмечены значительные различия индекса Kerdö: у пациентов 1 группы значения показателя выше: $14,99 \pm 1,31\%$ и $23,92 \pm 2,82\%$ ($p < 0,05$), отмечена тенденция к снижению соотношения CD38+/CD95+: $0,96 \pm 0,04$ и $0,83 \pm 0,10$ ($p < 0,1$) и повышению уровня экспрессии CD16 рецепторов ($20,82 \pm 0,99\%$ и $24,68 \pm 1,48\%$) и абсолютного числа CD16+ лимфоцитов: $369,88 \pm 48,87/\text{мкл}$ и $603,25 \pm 126,09/\text{мкл}$.

Обнаруженные различия свидетельствуют о взаимосвязи состояния трофики кишечной стенки с некоторыми показателями вегетативной регуляции, интоксикации и иммунного статуса у пациентов с распространенным гнойным перитонитом. Найденные различия наблюдаются уже в ближайшие сутки с момента поступления и оперативного лечения, сохраняются на протяжении исследованного периода времени и приводят к необходимости повторных релапаротомий по поводу продолжающегося перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
2. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
3. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
4. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
5. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
6. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
7. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
8. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
9. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2007. Т. 9. № 12.
10. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2006. Т. 8. № 12.
11. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2005. Т. 7. № 12.
12. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2004. Т. 6. № 12.

13. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2003. Т. 5. № 12.
14. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2002. Т. 4. № 12.
15. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2001. Т. 3. № 1.
16. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2000. Т. 2. № 1.