

УДК 616.352:616 – 08 – 031.81

И.Д. Лиханов*, М.Н. Цыбиков, Х.Р. Абдулаев**,
Б.И. Кузник***, Н.Н. Цыбиков*****

E-mail: bi_kuznik@mail.ru

**БИОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА**

* ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Чита;

** ФГУ «321 Окружной военный клинический
госпиталь», г. Чита;*** ГОУ ВПО «Читинская государственная
медицинская академия»

Парапроктит – острое или хроническое воспаление околопрямокишечной клетчатки. В структуре проктологических заболеваний парапроктит занимает четвертое место после геморроя, анальных трещин, и колитов и составляет 15-40% всех болезней прямой кишки, поражая примерно 0,5% населения. [1, 2, 3]. К сожалению, многие люди, заболевшие острым и хроническим парапроктитом, не получают своевременной эффективной хирургической помощи, длительно лечатся, надолго выбывают из активной трудовой деятельности вплоть до стойкой инвалидизации в результате хронического течения не излеченного гнойного процесса.

В то же время известно, что при заболеваниях, сопровождающихся нагноительным процессом, в том числе и парапроктите, наблюдаются выраженные сдвиги в состоянии клеточного и гуморального иммунитета, вплоть до развития вторичных иммунодефицитов [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Между тем, многочисленными исследованиями установлено, что применение тималина и эпиталамина, обладающих иммуномодулирующим действием, при гнойной инфекции приводит к быстрому купированию патологического процесса [5, 6, 8, 9, 10]. За последние годы показано, что подобными свойствами обладает дипептид Lys-Glu, получивший наименование вилон [6, 10, 11, 12]. Вот почему мы решили использовать указанные препараты у больных с парапроктитом. Одновременно решено было изучить, как при этом изменяется состояние клеточного и гуморального иммунитета, а также уровень основных провоспалительных цитокинов.

Мы предполагали, что полученные данные помогут нам выработать более четкие критерии для использования тималина, эпиталамина и вилон при заболеваниях, сопровождающихся нагноительным процессом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наши наблюдения проведены на 45 больных хроническим парапроктитом, преимущественно среднего возраста (от 26 до 42 лет). 10 из них находились на традиционном лечении, 10 получали тималин, 10 –

эпиталамин и 15 – вилон. Тималин и эпиталамин вводили 1 раз в сутки по 10 мг внутримышечно на протяжении 10 дней, а вилон – в дозе 10 мкг в течение 5 или 10 дней. Длительность заболевания парапроктитом до операции составляла от одной до пяти недель.

Подсчет общего числа лейкоцитов проводили стандартным методом в камере Горяева. Субпопуляции лимфоцитов определяли методом непрямой поверхностной иммунофлуоресценции.

Иммуноглобулины классов А, М, G у больных людей исследовали методом радиальной иммунодиффузии. В качестве образца для сравнения использовали стандартные сыворотки с известным содержанием иммуноглобулинов.

Для определения концентрации цитокинов (ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ИЛ-8, ФНО α) применяли наборы реагентов ТОО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Измерение их уровня проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА).

Наши исследования проводились на 1-е сутки после вскрытия гнойника, а также на 10-й–15-й дни послеоперационного периода. В качестве контроля наблюдения осуществлены на практически здоровых людях добровольцах в возрасте от 18 до 25 лет.

Все полученные данные обработаны методом вариационной статистики для связанных между собой наблюдений, а также вычислен достигнутый уровень статистической значимости различий (p). С этой целью использовался парный двухвыборочный t-тест для средних из пакета программ Microsoft Excel 2000. Различия средних считали статистически значимыми при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЙ

У больных хроническим парапроктитом отмечалось увеличение общего числа лейкоцитов и лимфоцитов, тогда как количество CD3+ CD4+ было значительно снижено. Между тем, число В-лимфоцитов (CD22+) и содержание основных классов иммуноглобулинов в этой группе больных оставалось в пределах нормы, или слегка повышалось.

При использовании традиционной терапии наблюдалась ликвидация лейкоцитоза и лимфоцитоза. Одновременно при этом не отмечалось существенных изменений со стороны отдельных популяций лимфоцитов (табл. 1).

Количество В-лимфоцитов в этой группе больных, содержание ЦИК и основных классов иммуноглобулинов также не претерпевало существенных изменений. Все это говорит о неблагоприятном иммунологическом фоне, в связи с чем не исключены рецидивы заболевания (табл. 1).

У 8 больных хроническим парапроктитом при использовании традиционной терапии раны зажили первичным, у 2 – вторичным натяжением.

При использовании тималина к 10-му дню после вскрытия абсцесса число лейкоцитов оставалось слегка повышенным. Абсолютное количество CD3+, CD4+

Таблица 1

Влияние тимамина и эпиталамина на состояние клеточного иммунитета у больных хроническим парапроктитом ($M \pm m$)

Изучаемые показатели	Здоровые n = 30	Больные с осложненным течением острого аппендицита									
		Традиционное лечение n = 10		Тималин n = 10		Эпиталамин n = 12		Вилон в течение 5 дней n = 30		Вилон в течение 10 дней n = 10	
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Лейкоциты $\times 10^9 / \text{л}$	$6,6 \pm 0,7$	$8,7 \pm 0,7$ $p_1 < 0,05$	$6,8 \pm 0,6$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$	$9,6 \pm 0,73$ $p_1 < 0,01$	$8,8 \pm 0,5$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,05$	$9,2 \pm 0,6$ $p_1 < 0,01$	$6,3 \pm 0,5$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	$10,2 \pm 0,9$ $p_1 < 0,01$	$6,75 \pm 0,42$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,02$ $p_3 > 0,05$	$11,1 \pm 0,7$ $p_1 < 0,01$	$6,8 \pm 0,35$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 > 0,05$
Лимфоциты, %	$26 \pm 2,7$	24 ± 3 $p_1 > 0,05$	27 ± 2 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	23 ± 3 $p_1 > 0,05$	26 ± 4 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	22 ± 3 $p_1 > 0,05$	28 ± 3 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	24 ± 3 $p_1 > 0,05$	27 ± 2 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$22,2 \pm 2,8$ $p_1 > 0,05$	$33,3 \pm 1,5$ $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,02$ $p_3 < 0,01$
Лимфоциты $\times 10^9 / \text{л}$	$1,7 \pm 0,03$	$2,08 \pm 0,24$ $p_1 > 0,05$	$1,8 \pm 0,18$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$2,2 \pm 0,22$ $p_1 > 0,05$	$2,28 \pm ,3$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	$2,02 \pm 0,4$ $p_1 > 0,05$	$1,76 \pm ,16$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	$1,8 \pm ,12$ $p_1 > 0,05$	$1,94 \pm 0,1$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	$1,8 \pm 0,07$ $p_1 < 0,01$	$2,0 \pm 0,04$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$
CD3+ $\times 10^9 / \text{л}$	$1,07 \pm 0,02$	$0,58 \pm 0,04$ $p_1 < 0,01$	$0,55 \pm ,04$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	$0,5 \pm 0,06$ $p_1 < 0,01$	$0,8 \pm 0,06$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	$0,46 \pm ,05$ $p_1 < 0,01$	$0,8 \pm 0,04$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	$0,7 \pm 0,04$ $p_1 < 0,01$	$0,9 \pm 0,04$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,01$	$0,65 \pm 0,03$ $p_1 < 0,01$	$0,9 \pm 0,03$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,01$
CD4+	$0,52 \pm 0,03$	$0,3 \pm 0,04$ $p_1 < 0,01$	$0,28 \pm 0,03$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	$0,27 \pm 0,03$ $p_1 < 0,01$	$0,46 \pm 0,05$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	$0,25 \pm 0,04$ $p_1 < 0,01$	$0,43 \pm 0,03$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	$0,25 \pm 0,02$ $p_1 < 0,001$	$0,42 \pm 0,02$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,01$	$0,27 \pm 0,02$ $p_1 < 0,01$	$0,56 \pm 0,02$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,02$ $p_3 < 0,01$
(CD8+)	$0,27 \pm 0,04$	$0,26 \pm 0,03$ $p_1 < 0,01$	$0,25 \pm 0,07$ $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	$0,22 \pm 0,03$ $p_1 < 0,001$	$0,33 \pm 0,02$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$ $p_3 > 0,05$	$0,19 \pm 0,03$ $p_1 < 0,001$	$0,33 \pm 0,06$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$0,23 \pm 0,04$ $p_1 > 0,05$	$0,35 \pm 0,02$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$	$0,21 \pm 0,03$ $p_1 > 0,05$	$0,39 \pm 0,04$ $p_1 > 0,05$ $p_1 < 0,01$
CD4+/CD8+	$1,88 \pm 0,2$	$1,15 \pm 0,2$ $p_1 < 0,01$	$1,12 \pm 0,2$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	$1,2 \pm 0,15$ $p_1 < 0,01$	$1,4 \pm 0,13$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$1,3 \pm 0,15$ $p_1 < 0,01$	$1,3 \pm 0,12$ $p_1 < 0,01$ $p_2 = 0,5$	$1,1 \pm 0,14$ $p_1 < 0,01$	$1,2 \pm 0,18$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	$1,28 \pm 0,2$ $p_1 < 0,05$	$1,43 \pm 0,2$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$

Окончание таблицы 1

Изучаемые показатели	Здоровые n = 30	Больные с осложненным течением острого аппендицита							
		Традиционное лечение		Тималин n = 10		Эпиталамин n = 12		Вилон в течение 5 дней n = 30	
		1	2	1	2	1	2	1	2
CD22+ ×10 ⁹ /л	0,32 ± 0,03	0,35 ± 0,04 p ₁ > 0,05	0,34 ± 0,07 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05	0,3 ± 0,03 p ₁ > 0,05	0,5 ± 0,02 p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01 p ₃ < 0,01	0,25 ± 0,04 p ₁ > 0,05	0,5 ± 0,05 p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01 p ₃ < 0,01	0,27 ± 0,04 p ₁ > 0,05	0,55 ± 0,03 p ₁ < 0,001 p ₂ < 0,001 p ₃ < 0,001
ЦИК, %	93,5 ± 2,5	93,6 ± 3 p ₁ > 0,05	92,9 ± 2,1 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05	92,3 ± 0,86 p ₁ > 0,05	93 ± 0,55 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	93,5 ± 0,3 p ₁ > 0,05	93,5 ± 4,5 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	92,7 ± 0,9 p ₁ > 0,05	94,1 ± 1,6 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05
IgM, г/л	1,16 ± 0,19	1,29 ± 0,13 p ₁ > 0,05	1,06 ± 0,2 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05	1,23 ± 0,08 p ₁ > 0,05	1,43 ± 0,1 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	1,06 ± 0,1 p ₁ > 0,05	1,27 ± 0,1 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	1,34 ± 0,05 p ₁ < 0,2	1,65 ± 0,06 p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01 p ₃ > 0,05
IgG, г/л	11,8 ± 1,7	10,62 ± 1,7 p ₁ > 0,05	10,91 ± 2,2 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05	9,5 ± 0,85 p ₁ > 0,05	10,86 ± 0,4 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	10,63 ± ,69 p ₁ > 0,05	11,48 ± 0,58 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	11,5 ± 0,5 p ₁ > 0,05	13,6 ± 0,44 p ₁ > 0,05 p ₂ < 0,005 p ₃ > 0,05
IgA, г/л	1,91 ± 0,17	1,89 ± 0,4 p ₁ > 0,05	1,93 ± ,3 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05	1,93 ± 0,19 p ₁ > 0,05	2,1 ± 0,13 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	2,2 ± ,14 p ₁ > 0,05	2,25 ± 0,15 p ₁ > 0,05 p ₂ > 0,05 p ₃ > 0,05	2,2 ± 0,1 p ₁ > 0,05	2,74 ± 0,1 p ₁ < 0,05 p ₂ < 0,005 p ₃ > 0,05

p₁ – достигнутый уровень значимости при сравнении со здоровыми; p₂ – достигнутый уровень значимости при сравнении с периодом до лечения;p₃ – достигнутый уровень значимости при сравнении с традиционным лечением.

и CD22+ у таких больных возрастало. Статистически значимых сдвигов со стороны основных классов иммуноглобулинов и уровня ЦИК в этой группе больных не наблюдалось (табл. 1).

Применение эпитамина у больных с хроническим парапроктитом привело к ликвидации лейкоцитоза. Одновременно наблюдалась тенденция к нормализации числа лимфоцитов. Уровень Т-лимфоцитов значительно возрастал, но не достигал нормы. Между тем, число клеток, несущих маркер CD4+, приблизилось, а В-лимфоцитов (CD22+) достигло нормы. Со стороны процентного содержания ЦИК и уровня иммуноглобулинов каких-либо существенных изменений не произошло.

При введении вилон на протяжении 5 и 10 дней (табл. 1), число лейкоцитов и относительное количество лимфоцитов достигло идеальной нормы. Кроме того, приблизилось к норме или практически достигло ее содержание CD3+, CD4+, а число CD22+ даже значительно превысило норму. В этой группе больных возрастала концентрация всех изучаемых классов иммуноглобулинов. Каких-либо отличий в иммунограмме больных, получавших вилон в течение 5 и 10 дней, не отмечено.

У этих же групп больных в процессе лечения нами изучалась динамика основных провоспалительных цитокинов (табл. 2).

У страдающих хроническим парапроктитом в момент вскрытия гнойника уровень IL-1 α , по сравнению с нормой, оказался повышенным в 7-8 раз, а IL-1 β – в 26-40 раз. Содержание IL-8 у таких больных возрастало в 31-38, а TNF α – в 60-67 раз (табл. 2).

В процессе наблюдения за больными нами были отмечены следующие факты:

1. Чем значительнее повышалась концентрация IL-8 и TNF α , тем тяжелее протекало заболевание.

2. Особенно тяжело заболевание протекало в том случае, если одновременно резко возрастала концентрация IL-1 β и TNF α при относительно низком содержании IL-1 α .

При традиционной терапии, несмотря на улучшение общего состояния больных, концентрация всех изучаемых цитокинов оставалась высокой. В то же время уровень TNF α у них падал почти в 2 раза, но превышал норму в 35 раз. Все это говорит о неблагоприятном иммунологическом фоне у больных хроническим парапроктитом, перенесших операцию и подвергнутых традиционному лечению.

При использовании тималина содержание IL-1 β уменьшалось на одну треть, резко падал уровень IL-8, и почти в 3,8 раза снижалось содержание TNF α . Эти сдвиги, безусловно, являются благоприятными и свидетельствуют о тенденции к нормализации профиля провоспалительных цитокинов.

Эпитамина у таких больных к 10-му дню вызывал незначительное снижение концентрации IL-1 β и IL-8, тогда как содержание TNF α уменьшалось в 2 раза ($p < 0,01$).

Вилон у больных с хроническим парапроктитом на 10-й день вызывал снижение концентрации IL-8 в 1,5 ($p < 0,05$), а TNF α – в 4 раза ($p < 0,01$). Однако у таких больных, как и при использовании тималина и эпитамина, уровень IL-1 α падал незначительно.

При использовании тималина, эпитамина и

Таблица 2

Содержание цитокинов в крови больных хроническим парапроктитом ($M \pm m$)

Изучаемые показатели	Здоровые	Обследуемые группы больных							
		Традиционная терапия		Тималин		Эпитамина		Вилон	
		n = 10		n = 10		n = 10		n = 15	
		1	2	1	2	1	2	1	2
IL-1 α , пкг/мл	12 $\pm$ 3	102 $\pm$ 14 $p_1 < 0,001$	95 $\pm$ 12 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	86 $\pm$ 12 $p_1 < 0,01$	78 $\pm$ 14 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	95 $\pm$ 13 $p_1 < 0,01$	110 $\pm$ 18 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	90 $\pm$ 11 $p_1 < 0,01$	79 $\pm$ 8 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$
IL-1 β , пкг/мл	8 $\pm$ 2	245 $\pm$ 32 $p_1 < 0,001$	312 $\pm$ 26 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	318 $\pm$ 36 $p_1 < 0,001$	206 $\pm$ 20 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	288 $\pm$ 26 $p_1 < 0,001$	280 $\pm$ 17 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	303 $\pm$ 16 $p_1 < 0,001$	164 $\pm$ 17,8 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
IL-8, пкг/мл	18 $\pm$ 5	685 $\pm$ 34 $p_1 < 0,001$	783 $\pm$ 40 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	567 $\pm$ 38 $p_1 < 0,001$	385 $\pm$ 30 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,001$	624 $\pm$ 28 $p_1 < 0,001$	520 $\pm$ 33 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	638 $\pm$ 24 $p_1 < 0,001$	413 $\pm$ 20 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,001$
TNF α , пкг/мл	13 $\pm$ 4	846 $\pm$ 42 $p_1 < 0,001$	458 $\pm$ 31 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	789 $\pm$ 34 $p_1 < 0,001$	210 $\pm$ 18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	868 $\pm$ 34 $p_1 < 0,001$	410 $\pm$ 31 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	854 $\pm$ 28 $p_1 < 0,001$	202 $\pm$ 15 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$

p_1 – достигнутый уровень значимости при сравнении со здоровыми; p_2 – достигнутый уровень значимости при сравнении с периодом до лечения; p_3 – достигнутый уровень значимости при сравнении с традиционным лечением.

вилона у больных с хроническим парапроктитом на 2-е–3-и сутки после вскрытия гнойника наступало явное улучшение самочувствия, нормализовалась температура, появлялся аппетит. Все раны у больных, леченных биорегуляторами, заживали первичным натяжением.

Средние сроки пребывания в стационаре больных хроническим парапроктитом при традиционной терапии составили $29,2 \pm 0,6$ дня, при вливании тималина – $19 \pm 0,7$ дня ($p < 0,01$), эпитамина – $18 \pm 0,6$ дня ($p < 0,01$), вилона, применяемого в течение 5 дней, – $19 \pm 0,6$ дня ($p < 0,01$), а в течение 10 дней – $19,2 \pm 0,4$ ($p < 0,01$).

Приведенные данные позволяют прийти к заключению, что у больных хроническим парапроктитом использование тималина, эпитамина и вилона приводит к одинаковым положительным результатам.

В то же время у больных с хроническим парапроктитом более выраженные сдвиги со стороны иммунограммы и уровня провоспалительных цитокинов отмечались при использовании тималина и вилона, менее существенные – при введении эпитамина. Однако клиническая картина заболевания у них протекала однотипно.

Между тем, мы считаем, что среди применяемых нами биорегулирующих препаратов для лечения парапроктита предпочтение следует отдать вилону. Данный вывод основывается на следующих фактах: 1) для достижения стойкого терапевтического эффекта требуется всего лишь 5 инъекций вилона, тогда как для получения аналогичных результатов при использовании тималина и эпитамина необходимо 10 вливаний; 2) тималин и эпитамина представляют из себя комплекс полипептидов с неизвестной химической структурой, тогда как структура вилона хорошо известна (Lys-Glu). Более того, тималин и эпитамина, хотя и крайне редко, но способны вызвать слабые аллергические реакции [5, 12], когда такая возможность для низкомолекулярного фактора дипептида вилона практически исключена.

Полученные нами факты следует учитывать клиницистам при лечении хирургических больных с гнойно-воспалительными осложнениями.

ВЫВОДЫ

1. У больных с хроническим парапроктитом число лейкоцитов и лимфоцитов возрастает, уменьшается количество CD3+, CD4+ и CD8+, но не изменяется содержание основных классов иммуноглобулинов. Одновременно у таких больных повышается уровень провоспалительных цитокинов – IL-1 α , IL-1 β , IL-8 и TNF α .

2. Снижение числа лимфоцитов, несущих маркеры CD3+, CD4+, и резкое увеличение концентрации IL-1 β , IL-8 и TNF α у больных хроническим парапроктитом свидетельствует о тяжелом течении заболевания.

3. Традиционная терапия у больных с хроническим парапроктитом не ликвидирует сдвиги в иммунограмме и не сказывается существенным образом на уровне

провоспалительных цитокинов. Использование тималина, эпитамина и вилона у таких больных приводит к быстрому купированию патологического процесса и значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре. При этом нормализуются или приближаются к норме показатели клеточного иммунитета, проявляется тенденция к нормализации иммунорегуляторного индекса, значительно снижается содержание изучаемых провоспалительных цитокинов. Наиболее благоприятные сдвиги в иммунограмме у таких больных возникают под влиянием вилона и тималина и в меньшей мере – под воздействием эпитамина. (©)

ЛИТЕРАТУРА

1. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М.: Медицина, 1981. – 208 с.
2. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.: Медицина, 1986. – 704 с.
3. Курлаев П.П., Дерябин Д.Г., Брудастов Ю.А и др. Связь длительности течения постинъекционных абсцессов с биологическими особенностями вызывающих их микроорганизмов // Вестник хирургии. – 1996. – № 6. – С. 54-56.
4. Завада Н.В., Гаин Ю.М., Алексеев С.А. Хирургический сепсис: Учеб. пособие для мед. вузов. Минск: Новое знание, 2003. – 236 с.
5. Кузник Б.И., Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Цитомедины: 25-летний опыт экспериментальных и клинических исследований. СПб.: «Наука», 1998. – 310 с.
6. Кузник Б.И. Хавинсон В.Х., Морозов В.Г. Пептидные биорегуляторы. М.: «Вузовская книга», 2004. – 402 с.
7. Mayhall C.G. Surgical infections including burns // Prevention and control of nosocomial infections, 2nd ed. – Baltimore, MD: Williams and Wilkins. – 1993. – P. 614-644.
8. Коркушко О.В., Хавинсон В.Х., Шатило В.Б. Пинеальная железа: пути коррекции при старении. – СПб.: «Наука», 2006. – 204 с.
9. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Пептидные биорегуляторы (25-летний опыт экспериментального и клинического изучения). – СПб.: Наука, 1996. – 74 с.
10. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х., Малинин В.В. Пептидные тимомиметики. – СПб.: Наука, 2000. – 157 с.
11. Хавинсон В.Х., Кветной И.М., Южаков В.В. Пептидергическая регуляция гомеостаза. СПб.: Наука, 2003. – 194 с.
12. Khavinson V.Kh., Malinin V.V. Gerontological Aspects of Genome Peptide Regulation. Karger, 2005. – 104 p.

BIOREGULATING THERAPY OF CHRONIC PARAPROCTITIS

I.D. Likhanov, M.N. Tsybikov, Kh.R. Abdoulaev, B.I. Kouznik, N.N. Tsybikov

SUMMARY

Traditional therapy results in liquidation of leukocytes and lymphocytes but essential shifts in the immunogram in pro-inflammatory cytokines are not observed. Use of bioregulators such as thimalin, epitamin and vilon not only improved results of therapy but also significantly normalized the immunogram and reduced the level of IL-1 α , IL-1 β , IL-8, TNF α .

Key words: paraproctitis, thimalin, epitamin, vilon, IL-1 α , IL-1 β , IL-8, TNF α .