

ЛИТЕРАТУРА

1. Левенец, А.А. Микробиологическая характеристика одонтогенных флегмон дна полости рта, шеи и средостения / А.А. Левенец, С.М. Шувалов // Стоматология. – 1987. – № 4. – С. 26-29.
2. Страчунский, Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – Смоленск, 2007. – 464 с.
3. Худояров И. Основные стоматологические заболевания. – Ташкент, 1981. – С. 77-85.

УДК 616.381-002.3-085:615.37
© О.А. Долина, Л.О. Шкроб, 2009

О.А. Долина, Л.О. Шкроб
**ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ**
Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, г. Москва

Эффективность антибактериальной и дезинтоксикационной терапии больных с перитонитом во многом зависит от иммунного статуса и адекватной иммунокоррекции.

Ключевые слова: перитонит, иммунный статус, «Галавит»

О.А. Dolina, L.O. Shkrob
IMMUNOCORRECTING THERAPY FOR COMMON PURULENT PERITONITIS

The effectiveness of antibacterial and desintoxication therapy for patients with peritonitis greatly depends on the immune status and adequate immunocorrection.

Key words: peritonitis, immune status, Galavit.

Гнойные осложнения при перитоните наиболее часто развиваются после повторных операций на фоне продолжительной антибактериальной терапии, сопровождающейся появлением резистентных штаммов микроорганизмов. Вероятность развития гнойных осложнений в значительной степени зависит от факторов, определяющих условия взаимодействия микрофлоры и макроорганизма. Не всегда агрессивность возбудителя выступает в качестве решающего фактора, нередко причиной провоцирующий гнойный процесс является состояние иммунной системы [2, 4].

По данным различных авторов, иммунодефициты, развивающиеся у больных после тяжелых операций, сопровождаются снижением числа и функциональной активности субпопуляций лимфоцитов, фагоцитарной активности макрофагов и нарушениями в уровнях иммуноглобулинов основных классов [1].

В настоящем сообщении представлены результаты иммунокорригирующей терапии у 47 больных распространенным гнойным перитонитом.

Источником перитонита являлись перфоративная язва 12-ти перстной кишки и желудка – в 16 случаях; опухоль желудка и толстой кишки с перфорацией – в 12 случаях; острый гангренозный аппендицит – в 7; несостоятельность швов анастомозов – в 7; перфорация дивертикула толстой кишки – в 5 случаях. Возраст больных колебался от 24 до 89 лет. Мейнгеймский индекс перитонита (МИП) составлял 25-40 баллов. Тяжесть состояния больных по шкале APACHE II оценивалась в 25-30 баллов.

В отделении интенсивной терапии корректировались гемодинамические, водно-электролитные

и белковые расстройства. Антибактериальную терапию проводили препаратами последних поколений (цефалоспорины II, цефалоспорины III, цефалоспорины IV, фторхинолоны, карбапенемы, аминогликозиды и полусинтетические пенициллины) с учетом чувствительности выделенной микрофлоры. Для профилактики нозокомиальной инфекции использовали бактериальные фаги, к которым были чувствительны выделенные штаммы микробов.

Хирургическое вмешательство включало устранение источника перитонита, эвакуацию патологического содержимого и санацию брюшной полости, завершали операцию наложением лапаростомы.

В раннем послеоперационном периоде у 87% больных иммунологические нарушения характеризовались резким (в 1,5-2 раза по сравнению с нормой) снижением количества тимусзависимых лимфоцитов, изменениями в системе регуляторных клеток за счет уменьшения доли лимфоцитов с хелперной активностью, низким уровнем сывороточных иммуноглобулинов. Все это свидетельствовало о необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий иммунокорригирующей терапии.

Иммунокоррекцию начинали с заместительной терапии препаратами плазмы и иммуноглобулинов для внутривенного введения [3].

У 25 больных (основная группа) для стимуляции фагоцитарной активности макрофагов, регуляции синтеза цитокинов и антител, нормализации пролиферативной активности Т-лимфоцитов был использован препарат «Галавит». Препарат также обладает противовоспалительными свойствами, купирует клинические проявления интоксикации.

кации и нормализует лабораторные показатели симптомов интоксикации.

«Галавит» применялся по следующей схеме: 1 сутки 0,2 г в/м, затем 0,1 г в/м 5 дней ежедневно, далее через день по 0,1 г. На курс 1,5 г препарата.

Результаты обследования больных основной группы показали, что положительные изменения в иммунной системе наступали к 5-7 суткам от начала иммунокоррекции. В эти сроки увеличивалось содержание тимусзависимых лимфоцитов, количество которых соответствовало нижней границе нормы, нормализовался уровень сывороточных иммуноглобулинов. Отмечены положительные сдвиги в лабораторных показателях крови и клинической картине заболевания.

В контрольной группе (22 больных) в аналогичные сроки количество тимусзависимых лимфоцитов было ниже чем в основной, уровень сывороточных иммуноглобулинов повысился незначительно. В лабораторных показателях крови выраженных положительных изменений не отмечалось.

Перед выпиской из стационара состояние иммунной системы больных основной группы со-

ответствовало норме, а у больных контрольной группы иммунологические параметры хотя и повышались, но находились в пределах нижней границы нормы.

В основной группе умерло 6 больных (24%), в контрольной группе умерло 8 больных (36,4%).

Сравнительная характеристика двух клинических групп больных с распространенным гнойным перитонитом позволила сделать вывод, что использование препарата «Галавит» способствовало нормализации состояния иммунной системы, уменьшению степени эндогенной интоксикации и активизации процессов регенерации в тканях, улучшению лабораторных данных, уменьшению количества нагноений лапаростомной раны (в 2 раза) и снижению числа летальных исходов по сравнению с контрольной группой.

Проведенные исследования показали, что результаты лечения больных с распространенным гнойным перитонитом зависят не только от проводимой антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, но и от своевременной и адекватной иммунокоррекции, основанной на объективной оценке иммунного статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоцкий С.М. Иммунология хирургической инфекции. – М., 1980.
2. Зильбер А.П. Клиническая физиология для анестезиологии и реаниматологии. – М.: Медицина, 1984. – 480 с.
3. Политравма. Травматическая болезнь. Дисфункции иммунной системы. Современная стратегия лечения // Под ред. Е.К. Гуманенко, В.К. Козлова. – М.: «ГЭОТАР-Медицина», 2008. – 608 с.
4. Alexander J.W., Good R.A. Иммунология для хирургов. – М.: Медицина, 1974. – 192 с.

УДК 618.3 – 06:618.33 – 001

© Л.А.Ковальчук, А.Э.Тарханова, А.А.Тарханов, 2009

Л.А.Ковальчук, А.Э.Тарханова, А.А.Тарханов РОЛЬ ДИСБАЛАНСА МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Средне-Уральский научный Центр РАМН и ПСО, Лаборатория проблем адаптации; Уральская государственная медицинская академия; Центральная городская клиническая больница №1; Институт экологии РИЖ УрО РАН, Екатеринбург

Женщины, планирующие беременность с низкими запасами железа (уровень СЖ ниже пограничного), представляют группу риска по развитию железодефицитной анемии. Показано, что дисбаланс макро- и микроэлементов в патогенезе железодефицитной анемии беременных сопровождается достоверным снижением эссенциальных (Cu, Fe, Zn, Mg, Ca) и избирательным накоплением токсических микроэлементов (Cd, Pb). Антианемическую терапию следует проводить под диагностическим контролем уровня макро- и микроэлементного обмена у женщин из группы риска уже в период планирования беременности.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, эссенциальные макро- и микроэлементы, ксенобиотики

L.A. Kovalchuk, A.E. Tarkhanova, A.A. Tarkhanov THE ROLE OF MACRO- AND MICROELEMENT DISBALANCE IN THE PATHOGENESIS OF PREGNANT WOMEN WITH IRON-DEFICIENCY ANEMIA

Women with a low content of iron at the beginning of pregnancy are at risk of developing iron-deficiency anemia. It has been shown that disbalance of macro- and microelement metabolism is accompanied by a significant decrease in the concentration of essential substances (Cu, Fe, Zn, Mg, Ca) and selective accumulation of toxic elements (Cd, Pb) in the pathogenesis of pregnant women with iron-deficiency anemia. Anti-anemia therapy with the control of macro- and microelement metabolism should be done in women at risk during the period of their pregnancy planning.

Key words: iron-deficiency anemia, essential macro- and microelements, xenobiotics.