

А.М. Сухоруков, А.А. Дударев, Е.А. Попова, А.А. Попов, А.Е. Попов, В.Н. Большаков,
Д.В. Фокин

МЕСТО ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ИММУНОФАРМАКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

*Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)
Городская клиническая больница № 20 (Красноярск)*

Острые гнойно-деструктивные заболевания легких — одна из актуальных проблем современной пульмонологии. В последние годы число больных с данной патологией возросло. Частота абсцессов легких, осложненных пиопневмотораксом, кровотечением, сепсисом выросла за последние годы с 15,8 до 63,6 %, летальность — от 1,6 до 15,6 %, а при осложненных формах она достигает 54 %.

Благодаря комплексной терапии можно значительно повысить эффективность лечения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких, снизить количество тяжелых осложнений и процент перехода в хроническую форму. Однако исследования, проведенные в легочном центре ГКБ № 20, позволили выявить наличие вторичного клеточного иммунодефицитного состояния различной степени тяжести у хирургических больных уже при поступлении в стационар. Кроме того, антибиотики, особенно пенициллинового ряда, снижают активность компонентов комплемента в сыворотке крови больного. При этом степень инактивации зависит от дозы и длительности применения антибиотиков. Таким образом, хотя антибактериальная терапия при традиционном лечении может сопровождаться клиническим выздоровлением, убивая возбудителей, однако иммунологическая недостаточность при этом не устраняется или даже усугубляется. Возбудитель персистирует, гнойный процесс продолжается. Он может поддерживаться любыми другими условно патогенными возбудителями, от которых уберечь больного невозможно.

Исходя из выше сказанного, в состав комплексной интенсивной терапии мы включили методику экстракорпоральной иммунофармакотерапии (ЭИФТ) иммунофаном.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены у 25 хирургических больных со следующей патологией: острый абсцесс легкого, гангрена легкого, острая тотальная

эмпиема плевры. Большинство больных были направлены в легочный центр из терапевтических отделений, где находились в течение 3—4 недель и, конечно же, получали антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности возбудителя к антибиотику. Всем больным было проведено три сеанса ЭИФТ иммунофаном с интервалом 2 суток. Изучались показатели клеточного и гуморального звена иммунитета, а также активность фагоцитоза, которые определялись при поступлении больного в торакальное отделение и через сутки после третьего сеанса ЭИФТ иммунофаном.

Анализ полученных результатов показал, что все больные поступали в состоянии клеточного Т-иммунодефицита 2—3 степени тяжести, при этом в 2—3 раза ниже нормы был ИРИ, отмечалось выраженное угнетение фагоцитоза (ФИ в 1,5—2 раза ниже средних нормальных величин), значительное повышение ЦИК и АБОК. Содержание иммуноглобулинов классов G, M, A находилось в пределах физиологических колебаний.

Проведение ЭИФТ иммунофаном позволило нормализовать показатели Т-клеточного иммунитета, оптимизировать ИРИ. Показатели ФИ, ЦИК, АБОК находились в пределах физиологической нормы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гнойно-деструктивные заболевания легких сопровождаются развитием тяжелого иммунодефицитного состояния. Дополнение комплексной интенсивной терапии экстракорпоральной иммунофармакотерапией иммунофаном позволило в ближайшие сроки оптимизировать иммунный статус, о чем свидетельствуют цифры абсолютного количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, ИРИ, позволило эффективно активировать фагоцитоз (что привело к элиминации ЦИК и АБОК из плазмы крови), восстановить функциональную активность иммунной системы.