

© П.Е.Крайнюков, А.В.Щербатых, Л.А.Мащенко и др., 2008

П.Е.Крайнюков, А.В.Щербатых, Л.А.Мащенко, К.Н.Ефремов, В.Н.Жуков ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

Военный госпиталь РВ СН, Знаменск, Россия

Аннотация:

Проведено обследование и лечение 32 пациентов с гнойными заболеваниями кисти. Больные получали традиционное лечение, которое заключалось в выполнении хирургического вмешательства, общего и местного медикаментозного воздействия в сочетании с иммуномодулирующей терапией. Выявлено изменение показателей Т-клеточного звена иммунитета. Гнойные заболевания кисти у пациентов сопровождались нарушением показателей Т-клеточного звена иммунитета, степень и характер которых зависели от формы и длительности заболевания. Применение интерферона на фоне комплексной терапии способствовало устранению иммунодефицита и повышению эффективности проводимого лечения.

Проблема эффективного лечения гнойных заболеваний кисти является одной из наиболее актуальных в современной гнойной хирургии [3, 4]. Экологически неблагоприятные факторы внешней среды, стрессовые ситуации являются причиной развития иммунодефицита, приводящего к развитию различных гнойно-воспалительных заболеваний. Достижения иммунологии изменили взгляд на лечение данной патологии [1, 6]. Широкое распространение, неблагоприятное течение, неудовлетворительные результаты лечения панарициев подчеркивают необходимость выявления и идентификации не только микроорганизма, но и оценки состояния макроорганизма [2, 3]. Изучение иммунных механизмов в патогенезе гнойных заболеваний все больше привлекает к себе внимание исследователей [5, 7, 8]. Определение и анализ показателей Т-клеточного иммунитета у больных с гнойными заболеваниями кисти с прогнозированием дальнейшего течения заболевания является актуальным и изучено недостаточно.

Цель: Изучение характера изменений показателей Т-клеточного звена иммунитета у больных с гнойными заболеваниями кисти.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 32 пациента (мужчины) в возрасте от 18 до 20 лет с длительностью заболевания от 2 до 14 суток. Средний возраст пациентов составил $19,2 \pm 0,58$ лет. В основной группе ($n = 18$) пациенты получали циклоферон в комплексе с традиционным хирургическим и медикаментозным лечением гнойного процесса. Больные контрольной группы ($n = 16$) получали такое же хирургическое и медикаментозное лечение, но без применения иммуномодулятора. Все больные в группах были разделены на три подгруппы в зависимости от длительности заболевания (до 5 суток, от 5 до 10 и более 10 суток). Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц. Формы заболевания распределились следующим образом: гнойные заболевания пальцев — 14 (43,7 %); флегмоны кисти — 18 (56,3 %).

Динамику показателей клеточного иммунитета оценивали по содержанию общего количества Т-лимфоцитов (CD-3), субпопуляций Т-хелперов (CD-4) и Т-супрессоров (CD-8) методом непрямой иммунофлюоресценции с моноклональными антителами фирмы «Beckman-Coulter» с двумя флюорохромами (Fits и PE). Учет результатов проводился на лазерном проточном цитофлуориметре Epics.XL фирмы «Coulter». Иммунорегуляторный индекс определяли как соотношение Т-хелперов к Т-супрессорам (CD4/CD8). Статистическую

обработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента для связанных совокупностей.

Результаты: При анализе состояния иммунного статуса у всех больных до лечения выявлено нарушение субпопуляционного состава лимфоцитов: умеренно выраженный Т-иммунодефицит, который характеризуется снижением содержания в крови Т-лимфоцитов, а именно Т-хелперов и Т-супрессоров.

В первой группе больных с длительностью заболевания до 4 суток общее количество Т-лимфоцитов (CD3) практически не изменилось — $72,2 \pm 0,76\%$, но отмечается по сравнению с контролем достоверное снижение CD4 — $48,4 \pm 0,98\%$, CD8 — $28,1 \pm 0,62\%$ ($p < 0,05$).

В группе с длительностью заболевания панарицием от 5 до 10 суток произошло снижение CD3 — $68,75 \pm 1,44\%$, и более выражено снижение CD4 — $34,3 \pm 1,52\%$, CD8 — $20,4 \pm 1,11\%$ ($p < 0,05$). Эти же изменения максимально выражены в группе пациентов, которые болеют более 10 суток: CD3 — $56,6 \pm 1,88\%$, CD4 — $34,27 \pm 1,51\%$, CD8 — $19,8 \pm 1,33\%$ ($p < 0,05$).

Таким образом, степень выраженности изменений CD3, CD4 и CD8 находится в обратной зависимости от длительности заболевания и глубины поражения.

В качестве иммуномодулятора в комплексную терапию включен циклоферон по 4 таблетки (600 мг) по утрам до еды в день в течение 7-10 суток. Циклоферон является низкомолекулярным индуктором эндогенного интерферона, с широким спектром иммуномодулирующего, противовоспалительного действия, нормализующий как прямо, так и опосредованно различные звенья иммунитета, в зависимости от исходного уровня. Иммуномодулирующий эффект циклоферона выражается в активации макрофагов и миграции их в ткани, нормализации субпопуляций Т-лимфоцитов, способствовании завершению фагоцитоза, активизируя таким образом неспецифическую резистентность организма.

Обсуждение: По сравнению с показателями до лечения выражена динамика увеличения субпопуляций Т-лимфоцитов в группе больных с длительностью ГЗПК до 5 суток: установлено увеличение CD3 — $79,4 \pm 0,26\%$, нарастание показателей CD4 — $58,4 \pm 1,62\%$, CD8 — $34,11 \pm 0,67\%$ ($p < 0,05$). В группе с длительностью 5–10 суток после лечения также отмечается достоверное восстановление уровней: CD3 — $72,5 \pm 1,29\%$ ($p < 0,05$), CD4 — $53,6 \pm 1,09\%$ ($p < 0,05$), CD8 — $30,1 \pm 0,74\%$.

В группе с длительностью заболевания более 10 суток наиболее значимо увеличение субпопуляций Т-лимфоцитов CD3 — $68,3 \pm 1,62\%$ ($p < 0,05$), CD4 — $44,2 \pm 1,25\%$ ($p < 0,05$), CD8 — $26,8 \pm 1,27\%$ ($p < 0,05$) и восстановление иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 — $1,64 \pm 0,08$.

Contact Information:

Д-р Крайнюков Павел Евгеньевич
E-Mail: krainukov68@mail.ru

Лечебный эффект определяли по исчезновению болевого синдрома, очищению раны, появлению грануляций и эпителизации. Появление свежих грануляций в исследуемой группе отмечено на $5,8 \pm 0,5$ сутки. Активная краевая эпителизация верифицирована соответственно в сроки $6,5 \pm 0,42$ суток и $7,8 \pm 0,54$ суток ($p < 0,05$). Срок лечения пациентов составил: поверхностные формы: $9,0 \pm 0,64$, глубокие: $18,9 \pm 1,36$ суток.

Таким образом, гнойные заболевания кисти у пациентов сопровождаются нарушением показателей Т-клеточного звена иммунитета, степень и характер которых зависит от формы и длительности заболевания, а применение интерферона на фоне комплексной терапии способствует устранению иммунодефицита и повышению эффективности проводимого лечения.

Литература:

1. Дубровина В.И. Основы инфекционной иммунологии: лекции / Науч.-исслед. противочумный институт Сибири и Дальнего Востока. – Иркутск, 2005. – 59 с.
2. Казакова Т.В. Рациональная антибиотикотерапия при гнойных заболеваниях пальцев кисти в условиях хирургического стационара / Т.В. Казакова, В.И. Миронов, В.М. Данчин // Журнал инфекц. патол. – Иркутск. – 2003. – Т.10, № 4. – С.47.
3. Коньчев А.В. Гнойная хирургия кисти / И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпников // Хирургические инфекции. – СПб.: Питер, 2003. – С.457–509.
4. Любский А.А. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти / А.А. Любский. – М.: Янус, 2003. – <http://handsurg-kiev.narod.ru/piosur.html> (14 января 2006).
5. Пинегин Б.В. Современные представления о стимуляции антиинфекционного иммунитета с помощью иммуномодулирующих препаратов / Б.В. Пинегин // Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – № 12. – С. 3–8.
6. Пинегин Б.В. Принципы применения иммуномодуляторов в комплексном лечении инфекционных процессов / Б.В. Пинегин. – М.: Янус, 2005. – <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=25170> (14 июня 2006 года).
7. Ступин В.А. Применение иммуномодуляторов в хирургической практике / В.А. Ступин, И. Е. Гридчик, А. Л. Коваленко. – М.: Тактик-Студио, 2005. – С.56.
8. Чадаев А.П. Иммуномодуляторы «Иммуномакс» и «Гепоп» в комплексном лечении больных острой хирургической инфекцией / А.П. Чадаев, А.М. Нурписов, А.В. Пичугин, Р.И. Атауллаханов // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т.12, № 24. – С. 1427–1433.

P.E.Krajnjukov, A.V.Sherbatyh, A.A.Mashchenko, K.N.Efremov, B.H.Zhukov MODULATING IMMUNITY THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PURULENT DISEASES OF THE BRUSH

Military hospital, Rocket troops for strategical purposes, Znamensk, Russia

Abstract:

Inspection and treatment of 32 patients with purulent diseases of a brush is lead. Patients received traditional treatment which consist in performance of surgical intervention, general and local medicinal influence in a combination with modulating immunity therapy. Change of parameters of the T-cellular part of immunity is revealed. Purulent diseases of a brush at patients were accompanied by infringement of parameters of the T-cellular part of immunity, the degree and which character depend on the form and duration of disease. Application of interferon on a background of complex therapy promoted elimination of an immunodeficiency and increase of efficiency of spent treatment.

Key words:

Phlegmon of a brush, immunity, cycloferon

© С.Г.Зайцев, А.Ю.Хомченко, Д.А.Усубян и др., 2008

С.Г.Зайцев, А.Ю.Хомченко, Д.А.Усубян, Е.Э.Шаповалов, С.В.Картавенко, Ю.П.Кротов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

ГУЗ Ростовская областная клиническая больница, хирургическое торакальное отделение, Ростов, Россия

Аннотация:

С 1976 года выполнено 82 реконструктивно-пластических и эндоскопических операций на трахее и бронхах при опухолевых образованиях: при доброкачественных (карциноид, цилиндром и др.) – 53 (64,63%), злокачественных – 29 (35,37%).

Основываясь на собственном опыте и опубликованных материалах, считаем важными нижеследующие положения при лечении опухолевых поражений трахеи и бронхов.

Ведущими методами диагностики опухолей данной локализации являются ФТБС с биопсией и СКТ органов грудной клетки и шеи.

Радикальным методом лечения считаем циркулярные и клиновидные резекции трахеи и бронхов с сохранением или удалением легочной ткани. Окончатые резекции должны выполняться строго по показаниям. При злокачественных образованиях последние не выполняем.

Использование эндоскопической электродеструкции позволяет добиться хороших результатов при доброкачественных образованиях на ножке. Стентирование эндотрахеальными стентами используется в качестве паллиативной меры у пациентов с запущенными опухолевыми поражениями.

Ключевые слова:

злокачественная доброкачественная опухоль трахея бронх дерево циркулярная клиновидная резекция эндотрахеальный стент реконструктивная пластическая хирургия эндоскопия эндоскопическая операция анастомоз опухолевое поражение

Contact Information:

Д-р Кротов Юрий Петрович

E-Mail: ypk@mail.ru

С 1976 года коллективом хирургического торакального отделения ГУЗ РОКБ выполнено 225 реконструктивно-пластических и эндоскопических операций на трахее и бронхах, из них при опухолевых образованиях 82 (36,4%)