

© Соловей Ю.М., Польовий В.П., 2012

УДК 616.381-002-085.37

## АЛГОРИТМ ВИБОРУ ІМУНОМОДУЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПЕРИТОНІТ

**Ю.М.Соловей, В.П.Польовий**

*Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. В.П.Польовий) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

**Резюме.** Наведено аналіз клініко-імунологічного обстеження 64 хворих на різні форми перитоніту. Розроблено алгоритм вибору імуномодулювальної терапії.

**Ключові слова:** перитоніт, алгоритм, імуномодулювальна терапія.

Перебіг і прогнозування наслідків перитоніту (Пт) залежать від ступеня ендогенної інтоксикації та характеру порушень імунної системи [1, 2]. Необхідність застосування імуномодуляторів у комплексному лікуванні хворих на Пт в останні роки не викликає жодних сумнівів. Проте для практичної хірургії не завжди зрозуміло, в яких клінічних випадках призначати імуномодулювальну терапію, а в яких вона зайва або їй протипоказана. Деякі автори рекомендують призначати імуномодулятори при всіх формах хірургічної інфекції, зокрема й при Пт, інші, навпаки, тільки при тяжких його формах, які супроводжуються розвитком поліорганної недостатності та септичним станом [3]. Все це свідчить про актуальність наукових досліджень, спрямованих на розроблення та впровадження в практику алгоритму застосування імуномодуляторів у хворих на різні форми Пт.

**Мета дослідження:** розробити алгоритм застосування імуномодулювальної терапії в комплексному лікуванні хворих на різні форми гострого гнійного Пт.

**Матеріал і методи.** Клінічний матеріал становили 64 хворих на різні форми гострого Пт, поділених на дві підгрупи залежно від його розповсюдженості та тяжкості перебігу. Тяжкість Пт оцінювали за Мангеймським індексом Пт (МІП). У I підгрупу (32) увійшли хворі на дифузний Пт (МІП < 20), у II (32) – хворі на розлитий Пт (МІП 21-30), яким призначали імуномодулятори імунофан і бластомуніл відповідно. Причинами Пт були: гострий апендицит – 25 (39%) хворих, перфоративна виразка шлунка і ДПК – 13 (20,3%), защемлена грижа –

9 (14%), гострий холецистит – 7 (10,9%), гінекологічні гнійні захворювання – 3 (4,7%), перфорація сигмоподібної ободової кишки стороннім тілом – 3 (4,7%), гостра кишкова непрохідність – 2 (3,1%), перфорація дивертикула Меккеля – 2 (3,1%). Контролем слугували показники імунного статусу 16 практично здорових донорів-добровольців. Вік хворих становив 18-79 років, чоловіків було 28 (43,75%), жінок – 36 (56,25%). У всіх пацієнтів діагностовано Пт, серед яких у 16 (25%) – дифузний, у 48 (75%) – розлитий [4]. Для характеристики Пт з позицій розвитку системного запалення нами застосована концепція Пт як абдомінальної форми сепсису, для оцінки якої використані критерії синдрому системної запальної відповіді (SIRS), запропоновані в Чикаго 1991 року. Лікування всіх хворих проводили відповідно до клінічних протоколів МОЗ України. Ефективність розробленого алгоритму імуномодулювальної терапії при Пт оцінювали за допомогою таких методів дослідження: загально-клінічних, клініко-лабораторних, біохімічних, імунологічних. Виявлення субпопуляцій T- і B-лімфоцитів проводили за допомогою стандартних еритроцитарних діагностиків "Анти-СД3", "Анти-СД4", "Анти-СД8", "Анти-СД16", "Анти-СД22" (Харків, № 1725/2006). Для оцінки порушень імунної системи використовували універсальний метод оцінки імунних розладів – ФРІС (А.М.Земсков, 1996). Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням електронних таблиць Microsoft® OfficeExcel (build14.0.5128.5000) та програми для статистичного обчислення STATISTICA 8.0 (®StatSoft. Inc. 2008) [5].

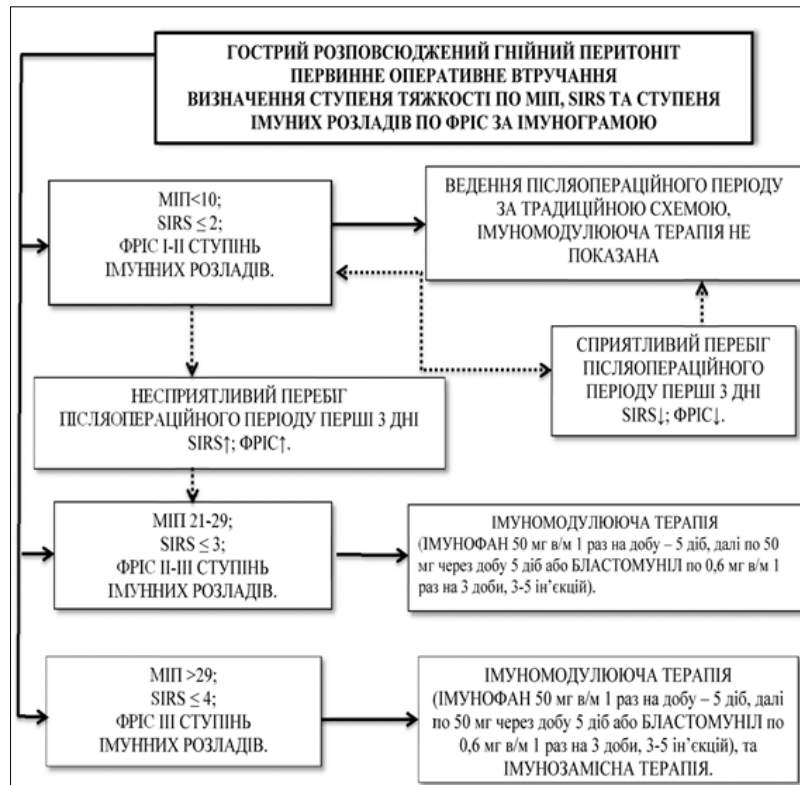


Рис. Алгоритм вибору імуномодулювальної терапії при різних формах гострого перитоніту.

**Результати дослідження.** На основі клініко-імунологічних обстежень пацієнтів I підгрупи встановлено, що перебіг післяопераційного періоду у хворих, оперованих з приводу дифузного Пт (МІП ≤ 20), характеризується I-II ступенями імунних розладів і супроводжується активацією імунокомпетентних клітин з формуванням адекватної ефективної клітинної та гуморальної імунної відповіді, а також наростанням параметрів окремих показників неспецифічного протиінфекційного захисту, що поряд з відсутністю ускладнень у досліджених хворих свідчить про відсутність потреби у застосуванні імуномодулювальної терапії. У хворих II підгрупи 6 (18,8%) осіб померло, у 10 (31,3%) хворих у ранньому післяопераційному періоді виникли гнійно-септичні ускладнення (нагноєння післяопераційної рани, інфільтрат черевної стінки, флегмона передньої черевної стінки, абсцес черевної порожнини), в одного пацієнта розвинулася евітерація органів черевної порожнини, ще в одного – неспроможність кишкового анастомозу. Тривалість лікування у цій підгрупі становила 16,3 ± 2,29 дів.

У хворих на розлитий Пт виявили ознаки комбінованого вторинного імунодефіциту (I-III

ступінь), при якому найбільш вагомими змінами є порушення T- і B-клітинної ланок імунітету, фагоцитозу зі зниженням загального пулу T-лімфоцитів (CD3), субпопуляції CD4 та B-лімфоцитів (CD22), кількості IgG, IgM та ЦІК зі зниженням фагоцитарної та функціональної активності імуноцитів. Виражені імунні розлади спостерігалися на 3-4 добу післяопераційного періоду. Такі порушення відповіді імунної системи в умовах розлитого Пт, розвиток вторинного імунодефіциту потребували застосування корегувальної терапії.

На підставі проведених досліджень із застосуванням дисперсійного аналізу клініко-лабораторних показників, параметрів МІП та імунного статусу нами запропоновано алгоритм (рисунок) призначення імуномодулювальної терапії хворим на розповсюджені форми Пт.

**Висновки.** 1. Запропонований нами алгоритм вибору імуномодулювальної терапії при різних формах Пт включає визначення та оцінку параметрів МІП, SIRS та ФРІС і обґрунтовує її диференційований вибір у конкретному клінічному випадку. 2. Перспективними вважаємо подальші дослідження ефективності застосування імуномодуляторів відповідно до розробленого алгоритму.

### Література

1. Застосування лапароскопії при лікуванні тяжкого гострого розповсюдженого перитоніту / В.П.Польовий, С.М.Вознюк, Р.І.Сидорчук, І.В.Шкварковський // *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 9-13.
2. Мільков Б.О. Біліарний перитоніт / Б.О.Мільков, В.В.Білоокій. – Чернівці: Прут, 2003. – 161 с.
3. Польовий В.П. Зміни деяких показників імунного статусу у хворих на дифузний та розлитий перитоніт / В.П.Польовий, Ю.М.Соловей, С.П.Польова // *Здобутки клін. і експер. мед.* – 2009. – № 1. – С. 70-74.
4. Савельев В.С. Перитонит / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. – М.: Литера, 2006. – 206 с.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ STATISTICA / Реброва О.Ю. – М., 2002. – 305 с.

#### **АЛГОРИТМ ВЫБОРА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ**

**Резюме.** Приведен анализ клинико-иммунологического обследования 64 больных с разными формами перитонита. Разработан алгоритм выбора иммуномодулирующей терапии.

**Ключевые слова:** перитонит, алгоритм, иммуномодулирующая терапия.

#### **ALGORITHM OF A CHOICE OF IMMUNOMODULATING THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE PURULENT PERITONITIS**

**Abstract.** An analysis of a clinicoimmunological examination of 64 patients with different forms of peritonitis is presented. An algorithm of a choice of immunomodulating therapy has been elaborated.

**Key words:** peritonitis, algorithm, immunomodulating therapy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 19.06.2012 р.