

# **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НАРУШЕНИЯ ТРОФИКИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ**

Сарап П. В.<sup>1</sup>, Останин А. А.<sup>2</sup>, Винник Ю. С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>МБУЗ ГКБСМП им. Н. С. Карповича, г. Красноярск;

<sup>2</sup>ФГБУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН, г. Новосибирск<sup>2</sup>;

<sup>3</sup>ФГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

У пациентов с распространенным гнойным перитонитом в послеоперационном периоде нередко развиваются осложнения, наиболее тяжелыми из которых являются стрессовые перфорации тонкой кишки и несостоятельность хирургических швов полых органов. Состояние иммунной системы во многом определяет течение и исход заболевания.

С целью выявления иммунологических критериев нарушения трофики кишечной стенки при распространенном гнойном перитоните обследованы 89 пациентов. Пациенты экстренно оперированы в течение нескольких часов с момента поступления в стационар. При невозможности одномоментной санации брюшной полости и устранения источника перитонита проводились плановые релапаротомии. Исследование выполнено у выздоровевших пациентов. В первую группу включены 6 пациентов с распространенным перитонитом, у которых на фоне лечения возникли нарушения трофики кишечной стенки, приведшие к перфорации или несостоятельности швов и продолжающемуся перитониту. Во вторую группу вошли 83 пациента без нарушений трофики кишечной стенки в послеоперационном периоде. В среднем, число оперативных вмешательств составило  $2,36 \pm 0,26$  и  $1,84 \pm 0,20$  ( $p < 0,05$ ) у пациентов 1-ой и 2-ой групп соответственно.

Пациенты обследованы на 1–2, 5–7, 10–12, 15–17 сутки с момента

поступления. Исследовали уровень лейкоцитов (L), лейкоцитарный индекс интоксикации, уровни экспрессии CD-молекул на лимфоцитах и абсолютные (abs) количества иммунокомпетентных клеток, уровни основных классов иммуноглобулинов, фагоцитарный индекс, а также соотношения:  $\text{abs CD38+ / abs CD95+}$ ,  $\text{abs CD25+ / abs CD95+}$ ,  $\text{abs CD25+ / abs CD38+}$ . Тяжесть состояния пациентов определяли с помощью шкал Apache II, SOFA, SAPS II, MODS. Сравнительная статистика выполнена с использованием критерия Манна-Уитни.

При сравнении показателей пациентов 1-ой группы на 1–2 сутки стационарного лечения выявлено повышение уровня ЦИК до  $69,40 \pm 10,51$  у.е. по сравнению с пациентами 2-ой группы ( $46,27 \pm 2,17$  у.е.,  $p < 0,05$ ) и тенденция ( $p < 0,1$ ) к повышению доли CD16+ нейтрофилов ( $41,53 \pm 4,96\%$  и  $31,50 \pm 1,40\%$  соответственно). Это свидетельствует о большей роли механизмов АЗКЦ у пациентов с нарушением трофики кишечной стенки.

На 5–7 сутки у пациентов 1-ой группы отмечены более высокие показатели ИК, L, ЛИИ, доля CD95+ клеток, снижение соотношения  $\text{abs CD25+ / abs CD95+}$ . При этом у пациентов 1-ой группы показатели CD16+ и CD25+ были ниже. Состояние пациентов с нарушениями трофики кишечной стенки на 1–2 сутки пребывания в стационаре было тяжелее по шкале Apache II.

На 10–12 сутки лечения у пациентов 1-ой группы отмечена тенденция к снижению уровня CD25+ клеток, зарегистрированы более высокие значения SAPS II:  $24,02 \pm 0,67$  и  $29,00 \pm 2,60$  баллов ( $p < 0,05$ ).

На 15–17 сутки отмечены различия индекса Kerdö:  $14,99 \pm 1,31\%$  и  $23,92 \pm 2,82\%$  ( $p < 0,05$ ) у пациентов 1-ой и 2-ой групп соответственно; отмечены тенденции ( $p < 0,1$ ) к снижению соотношения  $\text{abs CD38+ / abs CD95+}$ , повышению показателей CD16+ ( $20,82 \pm 0,99\%$  и  $24,68 \pm 1,48\%$ ) и  $\text{abs CD16+}$ :  $369,88 \pm 48,87/\text{мкл}$  и  $603,25 \pm 126,09/\text{мкл}$ .

Результаты исследования свидетельствуют о взаимосвязи состояния трофики кишечной стенки с показателями вегетативной регуляции, интоксикации и иммунного статуса. Найденные различия наблюдаются уже в ближайшие сутки с момента поступления и оперативного лечения, сохраняются на протяжении исследованного периода времени и приводят к необходимости повторных релапаротомий. Выявленные особенности позволяют рассматривать иммуностропную терапию как метод профилактики перфораций кишечной стенки у пациентов с распространенным гнойным перитонитом и служить основой для подбора лекарственных препаратов.