

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОНКОЛЕЙКИНА

С.А. Блащенко

Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина (главрач — заслуж. врач РФ В.Д. Середавин)

Актуальность проблемы острых гнойных абсцессов легких в торакальной хирургии обусловлена тяжестью заболевания, высокой летальностью, инвалидизацией наиболее трудоспособного населения [1, 4]. Несмотря на внедрение в клиническую практику новых методов лечения, адекватное дренирование острых абсцессов было и остается основным необходимым условием успешного лечения [6, 7]. Среди всех способов дренирования эндоскопические являются наиболее физиологичными и наименее инвазивными. Преимущества эндоскопического дренирования заключаются не только в выполнимости процедуры под местной анестезией с сохранением кашлевого рефлекса, но и в возможности осуществления последующих санаций полости с введением в нее различных медикаментозных средств.

Известно, что нагноительные заболевания легких протекают на фоне нарушений клеточного, гуморального и местного иммунитета. У больных может развиваться вторичное иммунодефицитное состояние, требующее проведения иммунокоррекции [1, 2].

Обследованы 57 больных острыми гнойными абсцессами легких, которые были распределены по двум группам. 1-ю группу (30 чел.) составили больные, которым после дренирования проводили санационные бронхоскопии с применением фурациллина и диоксида, 2-ю (27 чел.) — больные, которым после дренирования и промывания полости физиологическим раствором вводили ронколейкин — рекомбинантный интерлейкин 2 в дозе 500 000 МЕ. Каждая группа в свою очередь была разделена на две подгруппы в соответствии с патогенезом.

Состояние клеточного иммунитета оценивали с помощью моноклональных антител иммуноферментным методом. Анализы выполняли при поступлении больных в стационар, сразу после дренирования, через 7 дней после этой процедуры.

В результате исследования было установлено, что при постпневмонических абсцессах до лечения имеются различия по клеткам, реализующим как гуморальный (СЕ)4+-Т-хелперы, CD22+-Не-активированные В-лимфоциты), так и клеточный (CD3+, СП8+-цитотоксические Т-лимфоциты) иммунные ответы. При аспирационных абсцессах изменения касаются только CD22+-клеток, то есть речь идет только о гуморальном иммунном ответе.

По-видимому, гуморальные иммунные реакции реализуются прежде всего в кровотоке, а клеточные — в пораженных тканях [5, 8]. Мы исходили из предположения, что при такой локализованной форме нагноения, как острый абсцесс легких, наибольшего внимания заслуживают именно клеточные реакции. В Это обстоятельство и побудило нас использовать в качестве иммуномодулирующего препарата ронколейкин [2, 3]. Противовоспалительные цитокины, являясь функционально активными иммунорегуляторными факторами, не требуют значительного интервала времени для реализации своего эффекта, что очень важно при лечении нагноительных заболеваний легких.

Интерлейкин 2 способен осуществлять следующие функции: направленно влиять на пролиферацию тимоцитов, стимулировать активацию, рост и дифференцировку Т- и В-лимфоцитов, потенцировать антигенпрезентующую и микробицидную функции макрофагов, способствовать активации и пролиферации естественных киллерных клеток.

Согласно результатам проведенного нами анализа, иммунокоррекция показана в большей степени при аспирационных абсцессах (требуется стимуляция клеточных иммунных реакций). При постпневмонических абсцессах иммунокорригирующее воздействие тоже желательно (но для достижения баланса между интенсивностью гуморальных и клеточных реакций).

Эндоскопическое дренирование абсцесса способствовало улучшению всех клинических показателей: пребывание больных в стационаре сократилось на 5,4 дня, сроки нормализации температуры — на 3,6 дня, сроки исчезновения мокроты — на 4,3 дня. Отмечена положительная динамика показателей крови, которая выражалась в нормализации уровня гемоглобина, числа лейкоцитов, снижении СОЭ, нормализации лейкоцитарной формулы. Улучшились исходы лечения: на 15,3% увеличилось число больных с полным выздоровлением, за счет этого на 11,2% уменьшилось число больных с клиническим выздоровлением и на 3% — с хронизацией процесса, на 1,1% снизился показатель летальных исходов.

В то же время изучение показателей клеточного и гуморального иммунитета внутри 1-й группы показало, что адекватное дренирование без применения ронколейкина в группе с постпневмоническими абсцессами приводит к нормализации показателей клеточного иммунитета при сохранении изменений по гуморальному типу, что, как обсуждалось выше, не является желательным эффектом. В группе с аспирационными абсцессами после дренирования появилось статистически значимое различие еще и по CD 16+-клеткам, в состав которых входят макрофаги, реализующие гуморальный иммунный ответ. Таким образом, процедура дренирования сама по себе дает положительный клинический эффект, который, с нашей точки зрения, можно усилить иммуномодулирующими воздействиями.

Использование ронколейкина для введения в полость абсцесса после его дренирования и санации у больных 2-й группы улучшило клинический эффект лечения. Продолжительность пребывания больных в стационаре сократилась на 4,6 дня по сравнению с таковым в 1-й группе, сроки нормализации температуры — на 3,8 дня, сроки исчезновения мокроты — на 3,3 дня. Улучшились исходы лечения, что выражалось в увеличении числа больных с полным выздоровлением на 5,5%, уменьшении числа больных с хронизацией

процесса на 2,6%, уменьшении летальных исходов на 3,4%. Отмечена выраженная положительная динамика всех показателей общего анализа крови. Исследование клеточного и гуморального иммунитета у больных 2-й группы показало, что сразу же после введения препарата в полость абсцесса активизировались CD4⁺-, CD8⁺- и C016⁺-клетки (лимфоциты, образующие совокупность, характерную для активации клеточных форм иммунного ответа), уровень которых превысил нормальные показатели после введения ронколейкина и нормализовался к концу лечения. Следовательно, иммуномодулирующий эффект ронколейкина проявляется сразу после введения в полость абсцесса, а иммунокоррекция при острых абсцессах легких приводит к усилению клинического эффекта дренирования. Устранение иммунных расстройств позволяет добиться если не выздоровления, то устойчивой ремиссии или, как минимум, снижения риска хронизации и улучшения течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абишева А.Б.* Эпидемиология, патогенез и лечение острых абсцессов легких: Автореф. дисс. докт. мед. наук. — М., 1992.
 2. *Золотарев Д.В.* Местное применение рекомбинантного интерлейкина человека в комплексном лечении острых абсцессов легких с затяжным течением: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — СПб., 2000.
 3. *Ковальчук Л.В., Ганковская*//Иммунология. — 1995. — № 1. — С. 4—7.
 4. *Лесницкий Л.С., Шалаев С.А., Чепчерук Г.С.Ц* Вестн. хир. — 1984. — № 7. — С. 126—127.
 5. *Манько В.М.*//Иммунология. — 1988. — № 2. — С. 17-24.
 6. *Овчинников А.А., Филиппов М.В. и др.*//Трун. хир. - 1986. - № 4. - С. 45-49.
 7. *Саламатов А.В.* Длительная трансбронхиальная катетеризация полостей деструкции в лечении острых абсцессов легких с нарушенной бронхиальной проходимостью: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — СПб., 1996.
1995. Roitt I., Brostoff J., Male O. Immunology/Mosby. — P. 1.3., 2.2-2.12.

1996.

Поступила 12.01.01.

ENDOSCOPIC DRAINAGE OF ACUTE PURULENT ABSCESES OF LUNGS USING RONKOLEIKIN

S.A. Blashentseva

Summary

The endoscopic drainage of acute purulent abscesses of lungs is performed in 57 patients, in 27 of them using ronkoleikin. The good clinical effect is obtained: the length of stay in hospital, period of temperature normalization, period of sputum disappearance are reduced. The treatment results are improved. The immediate immunomodulating effect of ronkoleikin after its injection into the abscess cavity is noted.