

НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Дабузов А.Ш.¹, Раджабова Ш.Ш.¹

¹*Перинатальный центр Республиканской клинической больницы, Махачкала, Россия, e-mail: brain1974@mail.ru*

Возросшая частота оперативных вмешательств в акушерской практике повлекла за собой увеличение количества осложнений послеоперационного и послеродового периодов. В статье даются некоторые иммунологические показатели крови при перитоните после кесарева сечения. Независимо от конкретной нозологической формы и тяжести состояния у всех групп больных выявлено значительное снижение иммунологической реактивности. Однако степень подавления иммунных сил организма у больных с различной нозологией показаний к кесареву сечению неодинакова. Проведенное лимфотропное лечение у больных второй группы улучшило иммунограмму. Получены данные иммунологического ответа при применении лимфотропной терапии с лазерным облучением. Лимфотропная терапия в определенной мере способствует восстановлению иммунного статуса больных с перитонитом.

Ключевые слова: иммунный статус, лимфотропная терапия, лазер, лейкоциты, кесарево сечение, акушерский перитонит.

SOME IMMUNOLOGICAL PARAMETERS OF BLOOD IN CASE OF PERITONITIS AFTER CESAREAN SECTION

Dabuzov A.S.¹, Radzhabova S.S.¹

¹*Perinatal Center of the Republican Clinical Hospital (Makhachkala), Makhachkala, Russia, e-mail: brain1974@mail.ru*

The increased frequency of surgical interventions in obstetric practice resulted in an increase in the number of postoperative complications, and postnatal periods. This article provides some immunological parameters of blood in case of peritonitis after cesarean section. Regardless of the specific forms and severity in all groups of patients showed a significant reduction in immunological reactivity. However, the degree of suppression of immune forces of the body in patients with different nosology indications for cesarean section varies. A study lymphotropic treatment in patients of the second group improved immunogram. The data immunological response when using lymphotropic therapy with laser irradiation. Lymphotropic therapy to some extent helps to restore the immune status of patients with peritonitis..

Keywords: teaching prevention, drug abuse among adolescents, promoting a healthy lifestyle, students.

Акушерский перитонит – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода и особенно после операции кесарево сечение. Источником инфекции большинства случаев является матка (хориоамнионит в родах, послеродовый эндометрит, расхождение швов на матке после кесарева сечения) [6, 9].

Актуальность проблемы послеоперационных гнойно-септических осложнений связана с высокой частотой оперативных вмешательств в акушерской практике. Частота операции кесарево сечение в последнее время достигла 30-40% и продолжает расти [1, 4, 6, 10].

Возросшая частота оперативных вмешательств в акушерской практике повлекла за собой увеличение количества осложнений послеоперационного и послеродового периодов.

Вследствие этого, ранняя диагностика и комплексное лечение послеоперационных гнойно-септических осложнений имеют определяющее значение в снижении частоты и благоприятном исходе заболевания [3, 6, 8, 9].

После кесарева сечения высок риск развития гнойно-септических заболеваний с формированием несостоятельности рубца на матке, который в раннем послеоперационном периоде является причиной развития эндометрита, а в последующем перитонита на 8-9 сутки [1, 4, 7].

Проблема воспаления и иммунитета очень тесно сопрягается между собой, а в настоящее время воспалительная и иммунная реакции все чаще рассматриваются в неразрывном единстве [2, 5, 11]. По мнению большинства исследователей, изменение иммунного статуса при гнойных заболеваниях после кесарева сечения являются одним из ключевых звеньев патогенеза данного заболевания.

Клиническое течение гнойного процесса во многом определяется состоянием иммунной системы. Защита организма от бактериальной и вирусной инвазии базируется на иммунных реакциях.

Многими исследователями подчеркивается значимость угнетения факторов неспецифического естественного иммунитета, в патогенезе гнойно-септических процессов [2, 5, 11].

Вместе с тем иммунологические сдвиги у больных в зависимости от различных клинических форм заболевания требуют более детального изучения, что позволило бы улучшить диагностику и более точно обосновать выбор метода лечения.

Цель исследования: изучение у больных с перитонитом после кесарева сечения некоторых иммунологических показателей крови при лимфотропной терапии с лазерным облучением лимфатических узлов.

Материал и методы исследования.

Для выполнения поставленной задачи нами определялись следующие иммунологические показатели: Т, В-лимфоциты и иммуноглобулины М, G, А. Всего обследовано 30 послеоперационных больных с перитонитом после кесарева сечения.

Больные были разделены на две группы.

Первую группу составили 15 женщин с перитонитом после кесарева сечения, которым проводились радиальные операции (у 12-ти – ампутация матки с трубами, у 3-х – экстирпация матки). Всем больным проводилось комплексное лечение: инфузионная терапия и антибиотики с учетом чувствительности бактериальной флоры.

Вторая группа – 15 больных, этим больным проводились реконструктивные операции (органосохраняющие операции с иссечением краев раны на матке в пределах здоровой ткани

с последующим ушиванием викриловыми швами и комплексная лимфотропная терапия в течение 7-10 дней и дополнительное лазерное облучение паховых лимфатических узлов на 68-128 секунд. С окончанием курса лечения взята кровь из вены на иммунологический статус.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты иммунологического исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Некоторые иммунологические показатели крови при лимфотропной терапии

		Лейк	Лимфоц		СД ₃		СД ₄		СД ₈		СД ₂₀		СД ₄ и СД ₈
		оциты	%	МКЛ	%	МКЛ	%	МКЛ	%	МКЛ	%	МКЛ	
Иммунологические показатели в норме		7,01 ± 0,47	33,5 ± 2,3	235 ± 2 5 ± 2 38	69,9 ± 3,5	1578 ± 105,5	42,4 ± 2,2	974 ± 87,0	28 ± 1,45	639 ± 52	13,6 ± 1,5	342 ± 70,7	1,5
1-я группа – 15 больных	До лечения	6,48 ± 0,47	17,7 ± 0,61	965 ± 61	36,4 ± 6,3	662 ± 63	14,6 ± 1,7	-	17,3 ± 0,7	254 ± 28	4 ± 0	75 ± 9,8	0,84
	После лечения	6,06 ± 0,21	-	1160 ± 36	42,5 ± 2,5	720 ± 38	16,7 ± 2,4	310 ± 43	18,1 ± 0,9	266 ± 23,0	4,0 ± 0,3	86,0 ± 9,8	0,92
2-я группа – 15 больных		5,9 ± 0,31	16,9 ± 0,46	1023 ± 45	44,0 ± 2,4	614 ± 36	19,3 ± 2,0	303 ± 36	14,7 ± 1,6	211 ± 33,0	4,6 ± 0,4	86 ± 13,5	1,31

Лимфотропная терапия в этих группах проводилась по следующей методике: на нижнюю треть бедра накладывается манжетка от тонометра, в которой создается давление 40-55 мм рт.ст., затем подкожно в подколенную область (лимфотропно в зону медиальных лимфатических сосудов) вводится разведенный раствор лидазы с новокаином и антибиотики в разовой терапевтической дозе и в ту же иглу вводятся другие медикаменты патогенетического воздействия на очаг воспаления. Манжетка с тем же давлением оставляется на 30 минут, а затем по истечении указанного времени манжетка снимается (накладывание манжетки через день в каждую конечность).

Независимо от конкретной нозологической формы и тяжести состояния у всех больных в обеих группах отмечалось значительное снижение иммунологической реактивности (см. таблица 1). Однако степень подавления иммунных сил организма у больных в первой и второй группах была неодинаковой.

Количество лейкоцитов у больных первой и второй групп практически не изменилось. У половины больных первой группы количество лимфоцитов (относительное и абсолютное) в 1 МКЛ было уменьшено по сравнению с данными контрольной группы. Относительное количество Т-хелперов (СД4) было изменено несущественно, абсолютное их содержание было достоверно уменьшено (342 ± 43 в 1 МКЛ), в контрольной группе $974 \pm 88,6$; $p < 0,05$ и Т-цитотоксических до 254 ± 23 (в контрольной группе 639 ± 52 ; $p < 0,01$).

Содержание Т-цитотоксических (СД8) у большинства больных было уменьшено, а иммунорегуляторный коэффициент (СД4+/СД8+) находился в пределах нормы. Однако у больных с уменьшением количества Т-цитологических этот коэффициент был снижен (0,84) вследствие уменьшения (СД4+) и увеличен (СД8+) количество В-лимфоцитов (СД20+) было достоверно снижено как относительное ($4,0 \pm 0$), так и абсолютное ($75,0 \pm 0,8$ в 1 МКЛ). В контрольной соответственно $13,6 \pm 1,5\%$ и 34 ± 70 в 1 МКЛ ($p < 0,05$).

Проведенное лимфотропное лечение у больных второй группы улучшило иммунограмму. В частности при том же количестве больных с нормальным содержанием клеток, экспрессирующих (СД4+) увеличилось количество их в 1 МКЛ 702 ± 51 (у больных первой группы 142 ± 43 , $p < 0,01$) и, что не менее важно, резко уменьшилось количество больных с высоким содержанием Т-цитологических (СД8+), что увеличило коэффициент (СД4+/СД8+).

Таким образом, использование лимфотропной терапии в определенной мере способствует восстановлению иммунного статуса. У больных второй группы, получивших на фоне лимфотропной терапии и лазерную, существенных различий не обнаружено по сравнению с данными больных первой группы.

Однако содержание Т-хелперов относительное ($50,8 \pm 6,4\%$) и абсолютное (967 ± 74 в 1 МКЛ) было достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных первой группы (соответственно $43,1 \pm 4,6\%$ и 702 ± 51 в 1 МКЛ) на фоне уменьшения количества Т-цитотоксических это улучшило иммунорегуляторный показатель СД4+/СД8+ по относительному их количеству – 1,31 и абсолютному – 1,44.

Заключение.

Из полученных результатов следует, что лимфотропная и лазерная терапия больных с перитонитом после кесарева сечения помимо улучшения клинического состояния больных

способствует улучшению и иммунного статуса у большинства больных. По крайней мере, увеличивается количество больных с нормализацией иммунограммы.

Список литературы

1. Густоварова Т.А. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: Дис. ...д-ра мед. наук. Смоленск, 2007. С. 45-46.
2. Ершов Ф.И., Григорян С.С., Готовцева Е.П. Система интерферона в норме и при патологии. М., 1996. С. 64-65.
3. Костючек Д.Ф., Джагинен А.И., Андреева Л.Н. Журнал акушерство-гинекология. 1987. № 11. С. 21-22.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки. 1993. С. 185.
5. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акиньшина С.В. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве. Учебное пособие для врачей. М., 2006. С. 18.
6. Серов В.Н., Жаров Е.В., Макацария А.Д. Акушерский перитонит. М., 1997. С. 44-45.
7. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки. М., 1996. С. 255.
8. Усанов В.Д. Комплексная диагностика и современная терапия некоторых форм патологии матки после родов в профилактике генерализованных форм гнойно-воспалительной инфекции. Автореф. дис. ...кан. мед. наук. Волгоград, 1995. С. 58-59.
9. Фаткуллин И.Ф., Галимова И.Р. Кесарево сечение. М., МЕДпресс-информ. 2007. С.5.
10. Франчук А.Е., Бензер З.Г. Акушерство-гинекология. 1987. № 11. С. 23-24.
11. Хантов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. М., 2000. С. 36-37.

Рецензенты:

Хашаева Т.Г., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала.

Омаров Н.С.-М., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала.