

М.М. Гресько

ІМУНОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ НА ФОНІ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю. Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Вивчено рівень титру специфічних антитіл проти хірургічної мікрофлори у хворих на гострий розлитий перитоніт на фоні ішемічної хвороби серця.

Ключові слова: мікробіологічне обстеження (МО), титр специфічних антитіл (ТСА), гострий розлитий перитоніт (ГРП), ішемічна хвороба серця (ІХС).

Вступ. Проблема хірургічного лікування гострого розлитого перитоніту (ГРП) є однією з найбільш важливих у медичній практиці [1,2,3].

Прогресуючий розвиток запального процесу в замкнутій, анатомічно складній очеревинній порожнині, швидке зростання ендогенної інтоксикації, значні порушення обміну речовин призводять до важких імунологічних порушень та до поліорганних дисфункцій, що є основною причиною смерті [4]. У механізмах імунологічної реактивності організму важливу роль відіграє ТСА проти мікроорганізмів, що викликають гнійний перитоніт. В окремих випадках ГРП розвивається на фоні супутніх захворювань. Одним із розповсюджених захворювань є ішемічна хвороба серця. Досліджень перебігу перитоніту на фоні ІХС в літературі немає.

Мета дослідження. Вивчити динаміку ТСА проти хірургічної мікрофлори у хворих на гострий розлитий перитоніт на фоні ІХС.

Матеріал та методи. Мікробіологічне обстеження включало вивчення характеру мікрофлори вмісту очеревинної порожнини бактеріологічним методом з виділенням та ідентифікацією чистих культур збудників у динаміці [5,6].

Вивчення титру антитіл проти ешерихій, клебсієл, псевдомонад, стафілококів, бактероїдів, пептококів виконувалось шляхом постановки розгорнутої реакції аглютинації за загальноприйнятою методикою [7]. В якості антигенів були використані 2 млрд. наважки вбитих нагріванням мікробних тіл аеробів (ешерихій, клебсієл, синьогнійної палички, стафілококу) і анаеробів (бактероїдів, пептококу). Величини титру антитіл визначались в середніх геометричних показниках [8].

Клінічні обстеження проведені у 37 хворих на гострий розлитий перитоніт, у яких діагностована ІХС (чоловіків - 21, жінок - 16 віком від 56 до 79 років). Обстежено також 30 хворих на гострий розлитий перитоніт без проявів ІХС (контрольна група).

В обстеженні хворих до операції, а також в післяопераційному періоді використовувались загальноприйняті клініко-лабораторні тести, ЕКГ.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведені дослідження показали, що у хворих на ГРП на фоні ІХС, у яких проводилась інтенсивна терапія, направлена на покращання функцій серцево-судинної системи, при

строках захворюваності до 24 год спостерігалось різке зниження ТСА проти ешерихій до $2,92 \pm 0,22$ (в контролі $4,25 \pm 0,61$). В той же час у 2-х хворих відмічалось різке збільшення ТСА і складало 8,0 та 11,31. При строках захворювання від 24 до 72 год. ТСА становив у 3-х хворих $2,83 \pm 0,01$, а у 1-го - 5,65. Така ж закономірність зберігалась і для строків захворювання більше 3-х діб. У 14 хворих ТСА становив $2,96 \pm 0,15$, а у 4-х - $8,24 \pm 0,57$.

При строках захворюваності до 24 год із 11 обстежених у 8 хворих спостерігалось зниження ТСА проти стафілококу до $2,87 \pm 0,13$ (в контролі - $3,22 \pm 0,45$), а у 3-х хворих - підвищення до $10,98 \pm 3,10$.

При давності захворювання 24-72 год ТСА проти стафілококу у трьох хворих знижувався до $2,83 \pm 0,01$, а у двох мало місце підвищення до 11,31. При давності захворювання більше трьох діб у 11 хворих ТСА становив $3,21 \pm 0,28$, а у 6-ти хворих спостерігалось підвищення ТСА до $12,64 \pm 3,73$.

ТСА проти псевдомонад при строках захворюваності до 24 год у 10 хворих становив $2,87 \pm 0,28$ (у контролі $3,00 \pm 0,56$) і тільки у одного хворого зріс до 5,65. При строках захворювання від 24 до 72 год ТСА в 4-х випадках складав $3,35 \pm 0,7$ і тільки в одному випадку - 5,65. При давності захворювання більше трьох діб ТСА проти псевдомонад становив у 13 хворих $2,97 \pm 0,28$, а у 4-х - $9,89 \pm 1,53$.

ТСА проти клебсієл у перші 24 год складав $1,84 \pm 0,14$ (в контролі $1,74 \pm 0,24$); при строках від 24 до 72 год - $1,70 \pm 0,20$, а при строках більше трьох діб - $1,67 \pm 0,13$. Таким чином, мала місце тенденція до зниження ТСА в залежності від давності захворювання.

В післяопераційному періоді динаміка ТСА проти ешерихій має наступну картину: 1-3 доби - $2,71 \pm 0,21$ (в контролі $2,83 \pm 0,01$; $p > 0,05$); 4-7 доба - $3,06 \pm 0,27$ (в контролі $3,49 \pm 0,29$; $p > 0,05$); 8-15 доба - $3,10 \pm 0,19$ (в контролі $4,26 \pm 0,32$; $p < 0,05$); 15 діб і більше - $3,64 \pm 0,28$ (в контролі $5,17 \pm 0,46$; $p < 0,05$).

ТСА проти стафілококів у перші три доби після операції становив $2,88 \pm 0,21$ (в контролі $3,13 \pm 0,43$; $p > 0,05$); 4-7 доба - $2,58 \pm 0,17$ (в контролі $3,66 \pm 0,24$; $p < 0,05$); 8-15 доба - $3,43 \pm 0,27$ (в контролі $3,88 \pm 0,39$; $p > 0,05$); 15 діб і більше - $3,79 \pm 0,31$ (в контролі $4,64 \pm 0,62$; $p > 0,05$).

Динаміка ТСА проти псевдомонад в післяопераційному періоді наступна: 1-3 доба - $2,93 \pm 0,30$ (в контролі $3,06 \pm 0,23$; $p > 0,05$); 4-7 доба - $3,15 \pm 0,19$ (в контролі $3,84 \pm 0,39$; $p > 0,05$); 8-15 доба - $2,99 \pm 0,26$ (в контролі $3,41 \pm 0,47$; $p > 0,05$); 15 діб і більше - $3,30 \pm 0,41$ (в контролі $3,66 \pm 0,32$; $p > 0,05$).

ТСА проти клебсієл складала: 1-3 доба - $1,79 \pm 0,12$ (в контролі $1,75 \pm 0,17$; $p > 0,05$); 4-7 доба - $2,09 \pm 0,2$ (в контролі $1,87 \pm 0,09$; $p < 0,05$); 8-15 доба - $2,16 \pm 0,17$ (в контролі $1,73 \pm 0,13$; $p < 0,05$); 15 діб і більше - $2,04 \pm 0,19$ (в контролі $2,17 \pm 0,21$; $p > 0,05$).

Із 37 померло 7 хворих. У 4-х хворих смерть наступила внаслідок прогресування перитоніту, троє померло в результаті прогресування серцево-легеневої недостатності.

Висновки. У хворих з гострим розлитим перитонітом на фоні ІХС відмічається тенденція до зниження ТСА проти хірургічної мікрофлори в порівнянні з хворими на перитоніт без ІХС.

Література. 1. *Спиженко Ю.П., Мильков Б.О. и др.* Острый гнойный перитонит. - Харьков: Прапор, 1997. - 190 с. 2. *Острый перитонит / Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П.* - К.: Наук. думка, 1981. - 288 с. 3. *Петров В.И., Пауков В.С.* Новое в проблеме патогенеза и лечения перитонита // Архив патол. - 1992. -

Т. 54, № 1.- С. 30-36. 4. *Зубков В.І., Шевченко В.М., Десв В.А. та ін.* Оцінка функціональних змін деяких органів та систем в генезі поліорганної дисфункції // Проблеми клінічної хірургії: Зб. наук. робіт, присвячений 25 річчю Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН України.- К.: Клін. хірургія, 1997.- С. 223-229. 5. *Борисов Л.Б.* Энтеропатогенные кишечные палочки и их фаги.- Л.: Медицина, 1976.- 192 с. 6. *Смирнова А.М., Троякин А.А., Падерина Е.М.* Микробиология и профилактика стафилококковой инфекции.- Л.: Медицина, 1977.- 216 с. 7. *Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования* / Под ред. М.О.Биргера. - М.: Медицина, 1982.- 462 с. 8. *Ашмарин И.П., Васильев Н.Н., Амбросов В.А.* Быстрые методы статистической обработки и планирования экспериментов.- М.: МГУ, 1976.- 76 с.

IMMUNOLOGIC CHANGES IN PATIENTS WITH PERITONITIS AND ASSOCIATED PATHOLOGY

M.M. Gresko

Abstract. Levels of the specific antibodies against surgical microflora in patients with acute generalised peritonitis associated with chronic myocardial ischemia were studied.

Key words: microbiological investigation, surgical microflora, acute generalised peritonitis, myocardial ischemia.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
