

ИММУНОТРОПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ АМПУТАЦИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В.Ф. Зубрицкий, начальник кафедры военно-полевой (военно-морской) хирургии, д.м.н.;
Ю.Н. Савин, главный врач ГKB №29, д.м.н., профессор кафедры военно-полевой (военно-морской) хирургии;
С.А. Белков, заместитель главного врача ГKB №29, д.м.н., **И.С. Осипов**, заместитель главного врача ГKB №29, д.м.н., профессор кафедры военно-полевой (военно-морской) хирургии;
А.В. Низовой, доцент кафедры военно-полевой (военно-морской) хирургии, к.м.н.;
О.А. Самойлов, заведующий отделением гнойной хирургии ГKB №29; **Е.М. Фоминых**, старший преподаватель кафедры военно-полевой (военно-морской) хирургии, к.м.н.,
Р.А. Кулезнев, клинический ординатор кафедры военно-полевой (военно-морской) хирургии
Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны РФ
Городская клиническая больница №29 им. Н.Э. Баумана

В настоящее время хирургическая инфекция является одной из наиболее частых причин заболеваемости и смертности в хирургии.

Больные с ампутациями нижних конечностей на фоне сахарного диабета представляют группу особого риска возникновения хирургической инфекции из-за сопутствующего иммунодефицита.

В настоящее время в клинической практике используется большое количество иммуномодуляторов, однако у большинства из них клинический эффект развивается медленно, что существенно ограничивает их использование для срочной профилактики хирургической инфекции. Наиболее перспективным является использование препарата «ронколейкин» – дрожжевого, рекомбинантного, идентичного человеческому интерлейкину-2, иммуномодулирующее действие которого развивается уже в течение первых суток после введения.

У пациентов с нарушением кровоснабжения дистальных отделов нижних конечностей и сахарным диабетом ампутации нижних конечностей не редко приходится выполнять в экстренном порядке. Традиционная профилактика хирургической инфекции введением цефазолина в дозе 2 г внутримышечно за 30 мин до операции не всегда оказывается эффективной. В связи с этим 30 пациентам с сахарным диабетом, которым выполнялись ампутации по поводу гангрены нижних конечностей, с целью профилактики хирургической инфекции вводили подкожно ронколейкин в дозе 0,5 мг (500 000 МЕ). В этой же дозировке ронколейкин вводился на 3 и 5 сутки послеоперационного периода. Для сравнения были взяты результаты лечения 30 пациентов, профилактика инфекции которым, при ампутации на уровне бедра, проводилась традиционно. Группы были рандомизированы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, тяжести состояния.

У 5 больных (17%) из группы, не получавших терапию ронколейкином, развились следующие инфекционные осложнения: нагноение послеоперационных ран – 3 пациента, пневмония (2 пациента), восходящая уроинфекция (1 пациент), что потребовало курсового применения антибиотиков. В группе больных, получавших иммунотропную профилактику, только один пациент в дальнейшем нуждался в курсовом лечении антибиотиками. При анализе лабораторных показателей в группе больных, которым применялась экстренная иммунопрофилактика, отмечалось статистически достоверное снижение лейкоцитарного индекса интоксикации с $1,8 \pm 0,6$ до $0,76 \pm 0,68$, в сравнении с контрольной группой $1,83 \pm 0,7$ до $1,14 \pm 0,54$ ($p < 0,05$). Кроме того отмечалось достоверное увеличение количества лимфоцитов с 15,6% до 23,0%, по сравнению с группой больных, которым иммуномодуляторы не вводили с 14,7% до 19,4% ($p < 0,05$).

Таким образом, иммунотропная профилактика хирургической инфекции после ампутаций нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом уменьшает число инфекционных осложнений послеоперационного периода, сокращает сроки лечения и реабилитации больных.