

ОНКОЛОГИЯ

Опыт использования препарата «Ронколейкин» для профилактики гнойно-септических осложнений в онкологии

К.Г. Шелепень, кандидат медицинских наук,

В.А. Хомич,

С.В. Попов,

В.В. Шейко

Лечебно-профилактическое учреждение «Брестский областной онкологический диспансер»,
Брест, Беларусь

По данным российской и мировой медицинской литературы, прогнозируемая частота возникновения послеоперационных гнойно-септических осложнений составляет 30%, а летальность при тяжелом хирургическом сепсисе иногда достигает 80% и редко бывает ниже 30% даже при использовании современных антибиотиков.

Гнойно-септические осложнения в онкологической клинике значительно ухудшают результаты хирургического лечения и являются одной из основных причин летальности.

Пусковым и в значительной мере определяющим фактором в патогенезе гнойно-септических осложнений является возможность инфекционного заражения. В то же время при планировании и проведении лечебных мероприятий необходимо учитывать так называемый синдром системного воспалительного ответа (SIRS), который представляет собой первичную реакцию организма на повреждения различного происхождения (хирургическая травма, ожоговая болезнь и др.), обусловленную поступлением в микроциркуляторное русло медиаторов воспаления [1].

В связи с этим одним из наиболее перспективных направлений иммуотропного воздействия для профилактики возникновения послеоперационных гнойно-септических осложнений считается использование препаратов, содержащих цитокины, обладающие свойствами усиления иммунного статуса организма при бактериальной и вирусной инфекциях. К таким препаратам относится ронколейкин-IL-2 (дрожжевой рекомбинантный интерлейкин-2, ООО «Биотех», СПб), основной терапевтический эффект которого обуславливает пролиферацию и активацию Т-лимфоцитов, развитие цитолитической активности натуральных киллеров, цитотоксических и опухолюлифильтрирующих Т-лимфоцитов, а также созревание В-лимфоцитов [2].

Несомненно, особую группу пациентов, которым показано назначение ронколейкина, составляют онкологические больные. Они, как правило, имеют выраженную сопутствующую патологию, преклонный возраст, иммунодепрессию, усугубляющуюся предоперационным проведением лучевой и/или несколькими курсами химиотерапии. При выполнении у них травматичных и объемных хирургических вмешательств вторичный послеоперационный иммунодефицит может способствовать развитию гнойно-септических осложнений.

Нам показалось целесообразным использовать ронколейкин в качестве профилактического средства, входящего в состав базисной терапии в операционном и раннем послеоперационном периодах у больных, имеющих злокачественные опухоли.

В качестве исследуемой группы были взяты 64 пациента, находившиеся на лечении в онкологическом диспансере с мая 2002 г. по апрель 2003 г. Основным радикальным методом лечения был выбран хирургический. В предоперационном периоде больные получали курсы лучевой терапии, полихимиотерапии или их сочетание. Все оперативные вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта и женской половой сферы (субтотальная дистальная резекция желудка, экстирпация желудка, резекция толстого кишечника, экстирпация или передняя резекция прямой кишки, простая и расширенная гистерэктомия) выполнялись в плановом порядке. Возраст больных колебался в пределах 42 – 83 лет и составил в среднем 62,5 г. Мужчин было 20 (31,5%), женщин – 44 (68,5%). Физический статус пациентов по ASA – II-IV класс.

Препарат вводился подкожно в дозе 0,5 мг (500 000 МЕ) непосредственно во время операции, повторное введение осуществлялось через 48 ч. в той же дозировке. Базисная терапия всей группы больных была одинаковой и включала антибактериальную, инфузионную и общеукрепляющую терапию [3–4].

Превентивная антибактериальная терапия предусматривала интраоперационное введение цефалоспоринов III поколения (в разовой дозировке на кг массы тела) и далее в раннем послеоперационном периоде в суточных дозировках в течение 4-5 дней.

Начиная с первых суток проводилось энергообеспечение пластическими материалами (липофундин, липовеноз, вамин, 10-20%-ные растворы глюкозы) основных процессов жизнедеятельности – 30-45 ккал/кг в сутки. Объем инфузионно-трансфузионной терапии составлял 2530 ± 240 мл в сутки.

В качестве критериев эффективности лечения оценивались клинические проявления, температурная реакция, гематологические показатели (количество лейкоцитов, лимфоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации).

Температурная реакция наблюдалась в 1-4-е сут. после операции и практически снижалась до нормальной к 5-м сут. у всех больных (рис.1).

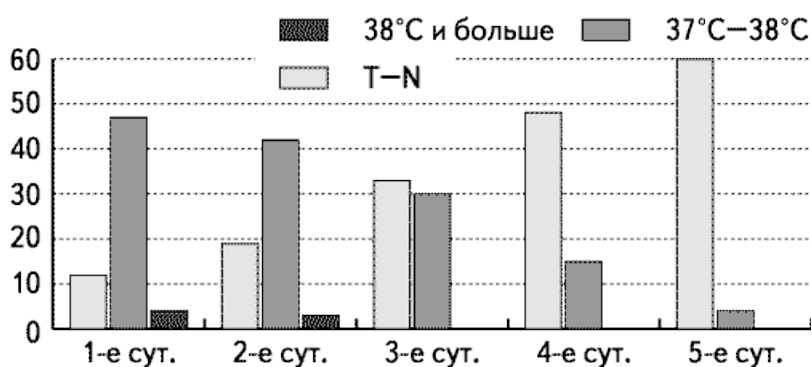


Рис 1. Температурная реакция у пациентов после операции.

Гематологические показатели периферической крови нормализовывались к 4-5-м сут. после оперативного вмешательства. Общее количество лейкоцитов снизилось с $12,78 \pm 2,54 \times 10^9/\text{л}$ в 1-е сут.

до $5,98 \pm 1,79 \times 10^9/\text{л}$ на 5-е сут., а относительное количество лимфоцитов увеличилось с $7,24 \pm 0,68\%$ до $21,08 \pm 3,71\%$ соответственно (рис. 2, 3).

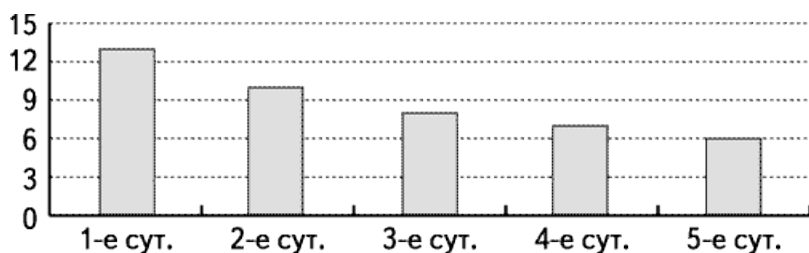


Рис 2. Абсолютное количество лейкоцитов (10⁹/л).

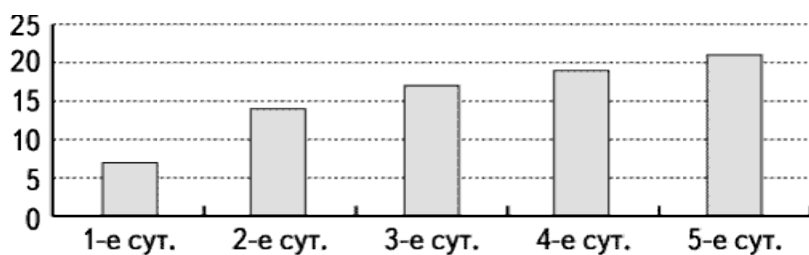


Рис 3. Относительное количество лимфоцитов (%).

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) снизился с $3,12 \pm 0,26$ ед. в 1-е сут. до $1,20 \pm 0,32$ ед. на 5-е сут. после операции. Гнойно-септических осложнений со стороны послеоперационной раны, легких, мочевыделительной системы в исследуемой группе больных не отмечалось. Только 1 больной из этой группы умер от тромбоэмболии легочной артерии.

По нашему мнению, применение препарата «Ронколейкин» по схеме: интраоперационное подкожное введение 500 000 МЕ (0,5 мг) и повторное введение в той же дозе через 48 ч. с целью иммунокоррекции является эффективным методом профилактики развития гнойно-септических осложнений у больных, имеющих злокачественные опухоли. Цитокиноterapia ронколейкином значительно улучшает результаты лечения больных, перенесших плановые операции и получивших предоперационный курс химио- и/или лучевой терапии.

Список литературы

1. *Останин А.А., Черных Е.Р.* Эффективность цитокинотерапии ронколейкином в комплексном лечении хирургических инфекций. СПб., 2002.
2. *Козлов В.К.* Ронколейкин: биологическая активность, иммунокорректирующая эффективность и клиническое применение. СПб., 2002.
3. *Костюченко А.Л. и др.* Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса. СПб., 2000.
4. *Горбич Л.В.* Применение иммуноориентированной терапии как обязательного элемента патогенетической терапии. УЗ, Брест, 2003.