

3. Коротких И.Н., Савельева Н.В., Шемаринов Г.А., Попова Е.И. Лапароскопия как один из современных методов лечения гнойных тубовариальных образований придатков матки. Тез. докл. VIII Съезда Российского общества эндоскопических хирургов – 2007. – С. 130–131.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: МЕДпресс, 2001. – 288 с.
5. Курбанова Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 160 с.
6. Сидорова И.С., Пешукова Н.А. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов // Акушерство и гинекология. – 2007. – №4. – С. 65–68.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Малоинва-

- зивная хирургия в гинекологии. – М.: «Медицина», 2001. – 221 с.
8. Федорова Т.А., Гаспаров А.С., Товмасын В.М., Дубинская Е.Д. Современные методы лечения осложненных форм острых воспалительных заболеваний придатков матки // Проблемы репродукции: Технологии XXI века в гинекологии, 2008. – С. 184–185.
9. Livengood C.H. III, Hill G.B. Pelvic inflammatory disease: findings during inpatient treatment of clinically severe, laparoscopy-documented disease // American Journal of Obstet. and Gynec.– 2000.– Vol. 166.– P. 519–524.
10. Wiesenfeld H.C., Sweet R.L. Progress in the management of tuboovarian abscesses // Clin. Obstet. Gynec.– 2001.– Vol. 36.– P. 433–444.

Архипова В.И.

Профилактика гнойно-септических осложнений у больных после абдоминальных гистерэктомий по поводу миомы матки

МГМСУ

В структуре осложнений после гинекологических операций ведущее место занимают послеоперационные гнойно-септические осложнения, что требует разработки новых и постоянного совершенствования имеющихся методов их профилактики и лечения.

По данным литературы раневая инфекция возникает в значительном числе случаев: от 5–11% до 7–29,8%, а при некоторых видах оперативных вмешательств – до 40%.

В связи с этим актуальность изучения проблемы послеоперационных гнойно-септических осложнений (ПГСО) диктуется общемедицинскими и социальными обстоятельствами.

К настоящему времени в общехирургической практике накоплен определенный опыт применения для профилактики ПГСО иммунологических препаратов.

При этом наиболее оправдана направленная терапия иммунологических нарушений, основанная на точном знании о характере иммунологических изменений у определенной группы больных.

Целью научного исследования явилась оценка эффективности профилактики гнойно-септических осложнений после абдоминальной гистерэктомии по поводу миомы матки с помощью иммуномодулирующей терапии с применением галавита.

Обследовано 157 пациенток, подвергшихся абдоминальной гистерэктомии по поводу миомы матки. Все пациентки находились на лечении в гинекологическом отделении ГКБ №15 г. Москвы им. О.М. Филатова.

У 106 пациенток (67,5%) в послеоперационном периоде не было отмечено выраженных клинических отклонений. У 51 пациентки (32,5%) были зафиксированы различные осложнения (таблица 1). Из невоспалительных процессов у 5 больных (3,2%) были отмечены гематомы подкожной клетчатки в области послеоперационного шва, в 1 случае (0,6%) – гематома подопоневротическая.

Из гнойно-септических осложнений со стороны рубца на передней брюшной стенке отмечены следующие осложнения:

воспалительный инфильтрат, серома послеоперационного шва, нагноение швов, сопровождавшиеся их расхождением, эвентрация. Всего в 11,4% случаев зафиксированы осложнения со стороны послеоперационной раны, что составило 33,3% от всех осложнений.

Со стороны брюшной полости и малого таза выявлены перитонит, воспалительный инфильтрат придатков матки и малого таза. У одной больной была ранняя спаечная тонкотолстокишечная непроходимость, и в 1 случае – перитонит. В целом такие осложнения были у 8,9% пациенток, что составило 25,9% от всех осложнений.

В послеоперационном периоде у ряда больных отмечены острый цистит, острый и обострение хронического пиелонефрита. Встречались острый бронхит, ларингит, тромбофлебит, ОРВИ. В целом это составило 10% всех оперированных больных или 29,6% от всех осложнений.

Из представленных данных видно, что у больных миомой матки после абдоминальной гистерэктомии, сохраняется высокое число (27,4%) ПГСО.

Необходимо отметить, что все больные с осложнениями получали комплексную терапию, включающую те же компоненты, что и пациенты без осложнений, более того, у большинства этих пациенток была усилена антибактериальная терапия.

Обследованные (n=157) были разделены на две группы: в первую вошли 114 больных с неосложненным послеоперационным периодом, во вторую группу – 43 пациентки с ПГСО.

Возраст пациенток колебался от 29 до 65 лет, при этом большинство пациенток – от 41 до 50 лет. Средний возраст составил в I группе – 45,9±0,57 лет, во II группе – 45,05±0,77 лет.

Значительное число пациенток из обеих групп имели различные соматические заболевания, в том числе хронические бронхит, гастрит, холецистит (различие между группами статистически не достоверно).

Ожирение было отмечено в I группе у 5% больных и у 16,3% – во II. Сахарный диабет был у 11,6% больных из II группы и не встречался в I группе.

Из заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее частым оказалась гипертоническая болезнь различной степени тяжести (I группа – 21%, II – 42%, различие достоверно). Сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 35,1% больных в I группе, у 58,1% – во II группе.

Наиболее частыми заболеваниями мочевыделительной системы во II группе были хронический пиелонефрит (9,3%) и мочекаменная болезнь (6,9%), которые в I группе не выявлялись. Общая частота заболеваний почек значительно выше была у пациенток с ПГСО: 18,6% – во II группе, 1% – в I группе.

Из гинекологических заболеваний в анамнезе чаще всего отмечались эрозия шейки матки (26% пациенток – в I, 16% – во II группах) и хронический сальпингоофорит (5% – в I и 23% – во II группе).

Сравнение частоты ПГСО при наиболее частых сопутствующих заболеваниях позволило выделить некоторые факторы риска развития ПГСО. Риск ПГСО возрастает при гипертонической болезни в 2 раза, хроническом пи-

лонефрите и МКБ – в 2,3 раза, хроническом сальпингоофорите – в 2,7 раза, ожирении – в 2,6 раза и сахарном диабете – в 4 раза.

90% оперативных вмешательств носили плановый характер в обеих группах, 95% операций проводились под эндотрахеальным наркозом. Не было различий в частоте технических трудностей во время операции. А вот продолжительность операции во II группе была более чем в 2 раза выше, чем в I группе (181,95±25,3 по сравнению с 87,5±3,9 минутами, различие достоверно). Установлено, что при операции, длительностью более 1,5 часов, частота ПГСО возрастает в 2,28 раза (достоверность различий высокая).

Кровопотеря во время операции во II группе была выше, чем в I группе (около 200 мл – в I группе, около 250 мл – во II). При этом частота ПГСО достоверно возрастает в 2,1 раза при кровопотере более 300 мл. Опухоли, размером больше 12 недель, встречались чаще у пациенток из I группы – в 32,5% случаев, у пациенток с ПГСО – в 25,6% случаев (различие недостоверно). Показанием для операции в I группе у 35,1% больных, во II – у 27,9% была миома матки больших размеров, у 34,2% в I и 34,9% – во II группе – миома матки с центрипетальным ростом узла, миома матки в сочетании с адено-

Таблица 1.

Структура осложнений после абдоминальной гистерэктомии

Осложнения	Абсолютная частота, n	Относительная частота, %	Доля среди всех осложнений, %
<i>Невоспалительные осложнения послеоперационного периода</i>			
Гематома послеоперац. шва	5	3,2	9,26
Гематома подаповевротическая	1	0,6	1,85
<i>ПГСО со стороны раны на передней брюшной стенке</i>			
Инфильтрат швов на передней брюшной стенке	6	3,8	11,1
Серома швов на передней брюшной стенке	6	3,8	11,1
Нагноение швов на передней брюшной стенке	5	3,2	9,26
Эвентерация	1	0,6	1,85
<i>ПГСО со стороны брюшной полости</i>			
Перикулит	10	6,4	18,5
Инфильтрат придатков и малого таза	2	1,3	3,7
Кишечная непроходимость	1	0,6	1,85
Перитонит	1	0,6	1,85
<i>ПГСО других органов</i>			
Инфильтрат ягодиц	2	1,3	3,7
Острый цистит	6	3,8	11,1
Острый пиелонефрит, обострение хронического	3	1,9	5,56
Острый ларингит		0,6	1,85
Острый бронхит		0,6	1,85
Острый гастрит		0,6	1,85
Острый тромбоз вен		0,6	1,85
ОРВИ		0,6	1,85
Всего осложнений	54	–	100 (все осложнения)
Всего гнойно-септических осложнений	48	–	88,9 (всех осложнений)
Всего пациенток с осложнениями	51	32,5	–
Всего пациенток с ПГСО	43	27,4	–

миозом в I группе – 11,4%, во II – 20,9% (различие недостоверно). Наиболее частые гистологические диагнозы встречались в группах примерно с одинаковой частотой: множественные лейомиомы выявлены у 31,6% женщин из I группы и у 30,2% – из второй и т.д.

Клиническое наблюдение за обследованными женщинами проводилось до и в процессе комплексной терапии после абдоминальной гистерэктомии и включало: физикальное обследование, наружное и внутреннее гинекологическое исследование, консультации смежных специалистов.

Проводились клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, ЭКГ, микроскопия влагалищных мазков, окрашенных по Грамму, иммунологические исследования.

В исследовании галавит применялся по следующей методике. При плановых операциях введение галавита осуществлялось по 100 мг 1 раз в день внутримышечно за 2 дня до операции, в день операции и 2 дня после, далее по 100 мг через день № 5. При экстренных операциях вводилось 200 мг галавита внутримышечно в день операции, далее по 100 мг 1 раз в день 3 дня, далее по 100 мг через день № 5. Общая курсовая доза галавита составила 1000 мг. Некоторым пациенткам было рекомендовано продолжить инъекции галавита по 100 мг через 72 часа до общей курсовой дозы 1500 мг. Побочных эффектов от применения галавита не было зарегистрировано ни у одной больной. Несовместимости галавита с другими ле-

карственными препаратами не выявлено. Результаты исследования и их обсуждение.

С целью определения характера иммунных нарушений у больных миомой матки до и после абдоминальной гистерэктомии у 30 пациенток было проведено исследование иммунологических показателей (контрольная группа).

Выявлено, что уровень лейкоцитов соответствует норме до и после операции (данные в таблице 2). Относительное и абсолютное содержание лимфоцитов до- и после операции в среднем также не отклоняется от нормы (25,41±1,23% и 24,97±1,12%, соответственно). У больных миомой матки снижено относительное количество зрелых Т-лимфоцитов (CD3+), при чем, этот показатель ниже нормы (62,1±1,25%). После операции этот показатель несколько снижается (61,1±1,45%), однако, различие с дооперационным периодом недостоверное. Абсолютное число Т-лимфоцитов (CD3+) до операции находится на нижней границе нормы (в среднем 1,06±0,07x10⁹/л), и, также как относительный, после операции этот показатель снижается (0,97±0,06x10⁹/л). Низкими значениями у больных миомой матки характеризуется относительный и абсолютный уровни CD4+ (Т-хелперы) (35,4±1,2% или 0,62±0,04x10⁹/л). После гистерэктомии этот показатель снижается до 33,8±1,1% или 0,57±0,05x10⁹/л, при этом абсолютное число Т-хелперов (CD4+) выходит за нижнюю границу нормы. Показатели

Таблица 2.

Показателя клеточного групп до иммунитета у больных основной и контрольной и после гистерэктомии

Показатель	Норма	Основная гр. до операции (n=30)	Основная гр. после операции (n=30)	Контрольная гр. до операции (n=30)	Контрольная гр. после операции (n=30)
Лейкоциты, x10 ⁹ /л	4,5–9,5	6,27±0,39, p ₁ <0,05	6,83±0,22, p ₃ >0,05	6,9±0,26	6,75±0,34, p ₂ >0,05, p ₃ >0,05
Лимфоциты,%	19–37%	25,41±1,23 p ₁ >0,05	27,7±1,25, p ₃ >0,05	25,6±0,9	24,97±1,12, p ₂ <0,05, p ₃ >0,05
Лимфоциты, абс.х10 ⁹ /л	1,2–3,0	1,56±0,1, p ₁ >0,05	1,89±0,1, p ₃ <0,05	1,78±0,1	1,68±0,1, p ₂ <0,05, p ₃ >0,05
CD3,%	66–80	63,3±1,1, p ₁ >0,05	69,1±1,1, p ₃ <0,001	62,1±1,25	61,1±1,45, p ₂ <0,001, p ₃ >0,05
CD3, абс.х10 ⁹ /л	1,0–2,4	0,99±0,07, p ₁ >0,05	1,3±0,1, p ₃ <0,05	1,06±0,07	0,97±0,06, p ₂ <0,005, p ₃ >0,05
CD4,%	33–50	35,6±1,06, p ₁ >0,05	40,1±1,16, p ₃ <0,001	35,4±1,2	33,8±1,1, p ₂ <0,005, p ₃ <0,05
CD4, абс.10 ⁹ /л	0,6–1,7	0,57±0,04, p ₁ >0,05	0,76±0,05, p ₃ <0,005	0,62±0,04	0,57±0,05, p ₂ <0,005, p ₃ >0,05
CD8,%	16–39	25,07±1,5, p ₁ >0,05	26,4±1,1, p ₃ >0,05	24,7±1,6	23,9±1,4, p ₂ <0,05, p ₃ >0,05
CD8, абс.10 ⁹ /л	0,3–1,0	0,4±0,04, p ₁ >0,05	0,5±0,04, p ₃ <0,05	0,36±0,03	0,39±0,03, p ₂ <0,05, p ₃ >0,05
CD4/CD8	1,5–2,0	1,42 ±0,05, p ₁ >0,05	1,58±0,05, p ₃ <0,05	1,43±0,08	1,41±0,06, p ₂ <0,05, p ₃ >0,1
CD16,%	3–20	11,96±1,2, p ₁ >0,05	11,79±1,1, p ₃ >0,05	11,21±1,12	8,86±0,98, p ₂ <0,05, p ₃ >0,05
CD16, абс.х10 ⁹ /л	0,03–0,5	0,17±0,02, p ₁ >0,05	0,24±0,03, p ₃ <0,005	0,19±0,02	0,14±0,02, p ₂ <0,005, p ₃ >0,05
CD20,%	6–23	14,5±1,5, p ₁ <0,05	12,1±0,95, p ₃ >0,05	11,17±1,55	10,59±1,14, p ₂ >0,05, p ₃ >0,05
CD20, абс.х10 ⁹ /л	0,05–0,6	0,22±0,03, p ₁ >0,05	0,23±0,02, p ₃ >0,05	0,19±0,03	0,23±0,04, p ₂ >0,05, p ₃ >0,05
CD25,%	2–8	4,43±0,4, p ₁ >0,05	6,0±0,4, p ₃ <0,001	3,76±0,4	3,41±0,3, p ₂ <0,001, p ₃ >0,05
HLA–DR,%	17,0–25,0	12,46±0,56, p ₁ >0,05	15,53±1,1, p ₃ <0,05	12,58±0,5	11,08±0,9, p ₂ <0,05, p ₃ >0,05

Примечания: p₁ – достоверность различий между показателями основной и контрольной группы до операции.

p₂ – достоверность различий между показателями основной и контрольной группы после операции,

p₃ – достоверность различия между показателями до и после операции внутри основной или контрольной группы.

>0,05 – достоверность различий неудовлетворительная,

<0,05 – достоверность различий удовлетворительная.

<0,005 и <0,001 – высокая достоверность различий.

субпопуляции Т-киллеров (CD8+) до и после операции находились в пределах нормы: 24,7±1,6% – до операции и 23,9±1,4% – после или 0,36±0,03x10⁹/л – до операции, и 0,39±0,03x10⁹/л – после. Иммунорегуляторный индекс (ИРИ), представляющий собой соотношение CD4+/CD8+, и указывающий на степень дисбаланса в Т-лимфоцитарном комплексе, до и после операции в среднем был ниже нормы: 1,43±0,08 и 1,41±0,06, соответственно, различие между до и послеоперационными показателями недостоверное. Представляет интерес относительное и абсолютное содержание NK-клеток (CD16+) у больных миомой матки, учитывая, что NK-клеткам принадлежит основная роль на ранних этапах противоинойфекционной защиты. Содержание NK-клеток у больных миомой матки ниже нормальных показателей (11,21±0,93% – относительное число, 0,19±0,02x10⁹/л – абсолютное). На фоне операции происходит достоверное снижение относительного числа естественных киллеров (до 8,86±0,98%).

Маркеры В-лимфоцитарного звена иммунитета (CD20+) до и после операции находились в пределах нормальных значений: до операции – 11,17±1,55% или 0,19±0,33x10⁹/л, после операции – 10,59±1,14% или 0,23±0,04x10⁹/л.

Активационный маркер – относительный показатель CD25+, характеризующий состояние активированных Т-лимфоцитов, у больных миомой матки в периферической крови находился в пределах нормы и после операции сохранялся практически на прежнем уровне (3,76±0,4% и 3,41±0,3%, соответственно, различие недостоверно). В то же время число Т-лимфоцитов, экспрессирующих HLADR-молекулы было снижено до операции (12,58±0,5%) и еще более снижалось после гистерэктомии (11,08±0,9%, различие достоверно).

Не отмечено существенных отклонений от нормальных показателей уровней иммуноглобулинов А, М, G, как до, так и после операции (см. табл. 3). При этом динамика изменений IgA и IgG статистически незначима, показатели соответствуют норме. Исключение составляет IgM, до операции соответствующий норме (2,37±0,09 мг/мл) и после операции несколько превысивший ее (2,57±0,12мг/мл).

Таблица 3.

Показатели гуморального иммунитета у больных основной и контрольной групп до и после гистерэктомии*

Показатель	Норма	Основная гр. до операции (n=30)	Основная гр. после операции (n=30)	Контрольная гр. до операции (n=30)	Контрольная гр. после операции (n=30)
IgA, мг/мл	0,9–4,5	2,6±0,2, p ₁ <0,05	2,4±0,2, p ₃ >0,05	3,1±0,15	2,96±0,2, p ₂ <0,05, p ₃ >0,05
IgM, мг/мл	0,6–2,5	2,45±0,11, p ₁ >0,05	1,95±0,11, p ₃ >0,05	2,37±0,09	2,57±0,12, p ₂ <0,005, p ₃ >0,05
IgG, мг/мл	8–20	15,3±1,1, p ₁ <0,05	13,3±0,6, p ₃ >0,05	15,2±0,8	16,58±0,1, p ₂ <0,005, p ₃ >0,05

* – см. примечания к таблице 2.

Таблица 4.

Показатели фагоцитоза у пациенток основной и контрольной групп до и после абдоминальной гистерэктомии*

Показатель	Основная гр. до операции (n=30)	Основная гр. после операции (n=30)	Контрольная гр. до операции (n=30)	Контрольная гр. после операции (n=30)
ФАН	55,65±2,4 p ₁ >0,05	72,8±1,9 p ₃ <0,001	58,0±2,2	53,5±1,4 p ₂ <0,001 p ₃ <0,05
ФЧ	3,8±0,3 p ₁ >0,05	4,9±0,3 p ₃ <0,05	3,68±0,3	3,8±0,4 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05
РФА	46,1±2,1 p ₁ >0,05	55,3±2,0 p ₃ <0,001	44,9±1,9	44,3±2,1 p ₂ <0,05 p ₃ >0,05

* – см. примечания к таблице 2.

У большинства пациенток миомой матки имелись достаточно низкие показатели фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН) (58,0±2,2, норма 50–90). В дальнейшем у пациенток отмечается статистически достоверно снижение этого показателя (в среднем 53,5±1,4) (таблица 4). Фагоцитарное число не отклонялось от нормальных значений, как до операции, так и после. А вот резерв фагоцитарной активности был снижен до и после вмешательства (44,9±1,9 и 44,3±2,1, соответственно). При этом следует отметить, что повышение общего числа нейтрофилов, которое чаще отмечается у больных с осложненным течением послеоперационного периода, на фоне снижения специфических фагоцитарных показателей свидетельствует о неполноценности фагоцитоза.

Из представленных данных видно, что у больных миомой матки имеются нарушения иммунного статуса, затрагивающие в основном Т-клеточное звено иммунитета и фагоцитарные показатели.

На основании выявленных изменений сделано заключение о необходимости направленной иммунокоррекции у больных миомой матки, с целью устранения имеющихся у них иммунных нарушений и профилактики ПГСО после абдоминальной гистерэктомии.

С целью разработки методики иммунокорректирующей терапии и проверки ее эффективности была сформирована группа больных, в комплекс терапии которых, наряду с общепринятыми методиками (инфузионная антибактериальная, дезагрегантная, симптоматическая терапия), в до- и послеоперационном периоде включена иммунокорректирующая терапия. В эту группу, названную основной, отобрано 30 пациенток с миомой матки, которым планировалось проведение абдоминальной гистерэктомии, имеющих большое число факторов, предрасполагающих к развитию ПГСО, и иммунные нарушения. В качестве иммунокорректора использован отечественный препарат галавит. Выбор именно галавита для иммунокоррекции обусловлен его выраженным влиянием на фагоцитарное и Т-клеточное звено иммунитета.

Средний возраст пациенток в основной группе составил 46,5911,04, что статистически не отличается от I и II групп.

Из факторов риска ПГСО у больных основной группы отмечены следующие: хронический пиелонефрит – 29,9% пациенток; мочекаменная болезнь – 23,3% пациенток, общая частота заболеваний почек – 39,8% случаев.

Частота гипертонической болезни различной степени тяжести в основной группе была 30%. Общее число зарегистрированных сердечно-сосудистых заболеваний составило 46,7% (показатели второй и основной групп сравнимы).

Чаще, чем в I и II группах, у пациенток основной группы было отмечено ожирение – 20% случаев, сахарный диабет выявлен у 6,6% пациенток.

Продолжительность операции в основной группе составила 90,2±5,8 мин. Кровопотеря во время операции в основной группе составила 187,9±19,2 мл.

Иммунные изменения, присущие больным миомой матки и рассмотренные на примере контрольной группы, также выявлены и у пациенток основной группы (см. табл. 2, 3, 4).

Так, сниженными были относительное и абсолютное число лимфоцитов, зрелых Т-лимфоцитов (CD3+) (63,3±2,4%), абсолютное содержание CD3+ (0,99±0,07x10⁹/л), относительное и абсолютное содержание CD4+ (35,6±1,06% и 0,57±0,04x10⁹/л, соответственно).

Относительные и абсолютные показатели субпопуляции Т-киллеров (CD8+) до операции находились практически в пределах нормы. ИРИ до операции в среднем был снижен (1,42±0,05). Выявлено снижение до операции показателей субпопуляции естественных киллеров (CD16+) (11,9±1,2%). Абсолютное число естественных киллеров находилось в пределах нормы. Число активированных Т-хелперов с фенотипом CD25+ соответствовало норме. При этом количество HLA-DR+ лимфоцитов до операции было снижено (12,4±0,56%).

Маркеры В-лимфоцитарного звена иммунитета (CD20+) до и после операции находились в пределах нормальных значений.

Не отмечено существенных отклонений от нормы уровней иммуноглобулинов А, М, G до и после операции (табл.3).

Исследование показателей фагоцитоза выявило, что большинство пациенток имели достаточно низкие показатели ФАН (55,6512,4).

Фагоцитарное число соответствовало норме. Резерв фагоцитарной активности до операции был снижен (46,112,1) (см. табл.4).

Применение препарата галавит благоприятно отразилось на состоянии иммунной системы у больных основной группы. Как показали исследования, после операции в контрольной группе количество лимфоцитов сохранялось практически на прежнем уровне – 24,97±1,12%. В группе пациен-

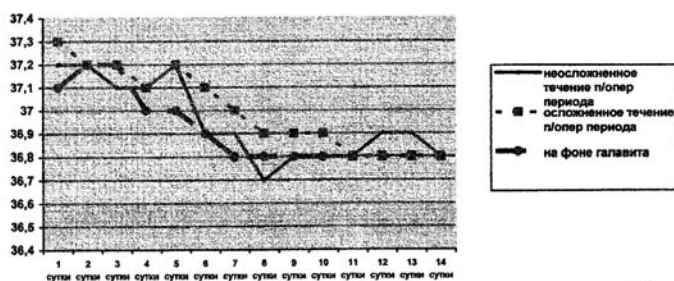


Рисунок 1. Динамика температуры тела в послеоперационном периоде у больных первой, второй и основной групп

ток, применявших галавит, этот показатель повысился до 27,7±1,25%.

В послеоперационном периоде абсолютное содержание лимфоцитов в основной группе значительно возросло (1,78±0,1x10⁹/л) и сохранялось на прежнем уровне в контрольной группе.

На 7-е сутки после операции в основной группе значительно вырос относительный показатель CD3+ (69,1±1,1%), в то время как контрольной группе этот показатель еще более снизился (до 61,111,45%). После операции на фоне галавита абсолютное число CD3+ стало соответствовать норме (1,3±0,1x10⁹/л), а в контрольной группе этот показатель достоверно снизился (0,97±0,06x10⁹/л).

Относительное содержание CD16+ в основной группе сохранялось на прежнем уровне (11,7±11,1%), при этом в контрольной группе произошло его снижение (8,86±0,98%).

Приведено к норме относительное содержание CD4+ (40,1±1,16%) у пациенток из основной группы, в контрольной группе в послеоперационном периоде этот показатель снизился (33,8±1,1%). Аналогично относительному показателю в послеоперационном периоде произошло восстановление абсолютного числа Т-хелперов на фоне галавита (0,76±0,05x10⁹/л), в контрольной группе этот показатель оказался ниже нормы (0,57±0,05x10⁹/л).

Относительное и абсолютное содержание CD8+ (Т-киллеров) в послеоперационном периоде выше в основной группе, по сравнению с контрольной группой (0,5±0,04x10⁹/л – в основной и 0,39±0,03x10⁹/л – в контрольной группах).

После операции ИРИ достиг нормальных значений в группе пациенток, леченых галавитом – 1,58±0,05, в то время как в контрольной группе он остался сниженным – 1,41±0,06.

После операции на фоне галавита значительно возрастает число НК-клеток (0,24±0,03x10⁹/л), в отличие от контрольной группы, где этот показатель снижается (0,14±0,02x10⁹/л).

Возросло после операции в основной группе содержание CD25+ (с 4,43±0,4% до 6,0±0,4%), в то время как в контрольной группе оно сохранялось на прежнем уровне (3,76±0,4% до операции и 3,41±0,3% после операции). На фоне проводимого лечения в контрольной группе HLA-DR+ несколько снижается (1,08±0,9%). В основной группе этот показатель достоверно возрастает к 7 дню после оперативного вмешательства (15,53±1,1%) (табл.2).

И, наконец, у пациенток контрольной группы отмечается снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (в среднем 53,5±1,4), на фоне галавита, напротив, отмечено значительное возрастание ФАН (72,8±1,9) в послеоперационном периоде. Также отмечается достоверное повышение ФЧ в основной группе после операции и резерва фагоцитарной активности к 7-му дню после операции в основной группе (46,1±2,1 – до вмешательства и 55,3±2,0 после вмешательства), в отличие от показателей контрольной группы (таблица 4).

Изменения иммунного гомеостаза у пациенток, в комплекс послеоперационной терапии которых был включен галавит, положительно сказались на течении послеоперационного периода.

Эти изменения отразились в более ранней нормализации температуры тела у пациенток основной группы (на 6 сутки, как и у пациенток I группы), в отличие от II группы, где нормализация температуры происходит на 8-е сутки.

До операции у 56,7% пациенток основной группы отмечена анемия, Нв в среднем составил $109,2 \pm 4,3$ г/л. После операции Нв несколько снизился и стал составлять $107,4 \pm 3,3$ г/л (в I группе до операции – $116,3 \pm 2,3$ г/л, после – $104,6 \pm 1,7$ г/л, во II группе – $123,1 \pm 3,0$ г/л и $108,3 \pm 2,2$ г/л, соответственно). При этом число больных с анемией возросло до 73,3% (в I группе – 57,0% и 78,9% до и после операции, соответственно, во II группе – 25,6% и 86,1%). Динамика показателей красной крови сходна с таковой в I группе, хотя исходный Нв в I группе до операции достоверно выше, чем в основной. Вторая группа от основной отличается более резким снижением гемоглобина и значительным возрастанием числа пациенток с анемией.

В отличие от I и II групп, где отмечено снижение сывороточного железа в послеоперационном периоде, несмотря на проводимую антианемическую терапию (до операции в I группе $16,0 \pm 1,5$ мкмоль/л, после – $10,4 \pm 2,2$ мкмоль/л, во II группе до операции $11,1 \pm 2,2$ мкмоль/л, после операции – $8,9 \pm 1,3$ мкмоль/л), у пациенток основной группы выявлено нарастание сывороточного железа с $10,9 \pm 3,3$ до $12,4 \pm 2,6$ нмоль/л.

В послеоперационном периоде возрастает количество тромбоцитов в крови у пациенток всех групп, однако наименьший прирост был у пациенток основной группы (с $226,8 \pm 15,4 \times 10^9$ /л до $246,8 \pm 12,98 \times 10^9$ /л), что обусловлено противовоспалительным действием галавита, а также благоприятным влиянием на нейтрофилы, участвующие в процессах свертывания крови.

Уровень лейкоцитов в среднем до и после операции сохранялся практически на одном уровне и не выходил за пределы нормы. Уровень палочкоядерных нейтрофилов в основной группе сохранялся ($4,2 \pm 0,6\%$ – до операции и $4,6 \pm 0,7\%$ – после), а сегментоядерных – снижался в послеоперационном периоде ($60,97 \pm 1,4\%$ – до, $54,65 \pm 1,5\%$ – после операции). Отмеченные в послеоперационном периоде изменения уровня моноцитов («профессиональных фагоцитов») значительны у больных из основной группы ($5,4 \pm 0,56\%$, $9,2 \pm 0,63\%$, до и после операции, соответственно). В отличие от пациенток I и II групп, не нарастает число эозинофилов в периферической крови у больных из основной группы.

Не найдено выраженных различий в показателях биохимического анализа крови у пациенток различных групп.

И наконец, в течении послеоперационного периода у всех больных из основной группы не выявлено существенных отклонений. Только у одной пациентки отмечены явления острого цистита, однако, проявившегося только клинически (изменений в анализах мочи не выявлено). Следовательно, количество осложнений составило 3,3%, что достоверно ниже, чем в группе обследованных больных, частота гнойно-септических осложнений в которой составила 27,4%.

Продолжительность послеоперационного лечения в стационаре среди больных, обследованных в I и II группе в целом, составила $11,79 \pm 0,28$ дня, в группе без осложнений – $10,68 \pm 0,26$ дня, во II группе – $14,93 \pm 0,76$ дня (табл.5). В основной группе продолжительность послеоперационного пребывания равна $10,14 \pm 0,34$ дням, что достоверно ниже, чем средний показатель для всех обследованных на 1,65 дня, ниже, чем в группе с осложнениями на 4,8 дня, и сравнимо с продолжительностью послеоперационного пребывания в стационаре у больных без осложнений.

Таким образом, включение в комплекс терапии больных миомой матки после абдоминальной гистерэктомии иммуномодулятора галавита, нормализующего преимущественно Т-лимфоцитарные показатели иммунитета и фагоцитарные функции, позволяет корректировать имеющиеся у больных миомой матки до операции и усугубляющиеся в послеоперационном периоде иммунные нарушения. В результате улучшается течение послеоперационного периода, снижается частота гнойно-септических послеоперационных осложнений, и уменьшается время пребывания пациенток в стационаре, что, несомненно, приводит к экономическому эффекту.

Литература

1. Архшова В.И. Опыт применения иммуномодулятора галавита в профилактике гнойно-септических осложнений после операции гистерэктомии лапаротомическим доступом// Журнал Российского общества акушеров и гинекологов. – 2004. – № 3.- С.30-32.
2. Архшова В.И., Жаров Е.В. Гнойно-септические осложнения после абдоминальной гистерэктомии у больных с миомой матки: факторы риска и роль иммунной системы// Журнал Российского общества акушеров и гинекологов. – 2004. – № 4.- С.46-48.