

ролитов плазмы).

Из 16 у 15 пациенток гемосорбция сопровождалась заметным улучшением в состоянии, 5 пациенток после сеанса гемосорбции переведены на самостоятельное дыхание после продленной ИЕЛ, 1 родильница погибла при явлениях нарастающей почечно-печеночной недостаточности.

Таким образом, применение гемосорбции в комплексном лечении родильниц с гестозом существенно улучшает прогноз этой тяжелой акушерской патологии.

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕННОГО ПОДКЛЮЧЕНИЯ КСЕНОСЕЛЕЗЕНКИ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМ И ОЖГОВЫМ СЕПСИСОМ

Бабаева Н. П.

Уральский государственный медицинский институт

г. Екатеринбург

Хирургический и ожоговый сепсис, как правило, приводит к угнетению клеточного и гуморального иммунитета. Кроме того, интенсивное лечение этих состояний оперативным путем, антибиотиками, гормонами, инфузатами оказывает угнетающее действие на иммунную систему и даже может усугубить течение основного заболевания.

Из литературных данных известно, что наряду с сорбцией бактерий и токсинов, важное место могут занимать и другие защитные механизмы селезенки, в частности стимуляция иммунитета. Экспериментально было доказано, что при ксеноперфузии происходит выброс в кровь биологически активных веществ: тафтсина, интерферона, бактериолизина пропердина, олсонинов, которые вызывают реакую стимуляцию защитных сил организма и, прежде всего, фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов.

Все это побудило нас исследовать влияние ксеноперфузии на иммунный статус больных с хирургическим и ожоговым сепсисом.

Группа больных с сепсисом составила 52 человека. Из них: 1. острый сепсис у хирургических больных - 13, у ожоговых - 10

2. хронioseпсис у хирургических больных - 23, у ожоговых - 6.

Ксеноперфузию проводили по методике, предложенной В. И. Цумаковым и А. В. Цыпиным в 1984 году. Кратность проведения ксеноперфузии была индивидуальной от 1 до 3 раз в зависимости от динамики клинических и лабораторных данных. Использовали иммунологические тесты первого уровня, которые исследовали у всех больных до проведения ксеноперфузии, на 1, 3 и 6 сутки после. Полученные результаты позволили выявить грубые нарушения в иммунной системе у больных с ожоговым сепсисом. У всех больных, как с хирургическим, так и с ожоговым сепсисом, был выявлен иммунодефицит, как по клеточному, так и по гуморальному типу: (слайд N 1).

- снижение общего количества лимфоцитов;
- уменьшение процентного содержания Т и В - лимфоцитов;
- угнетение активности фагоцитоза;
- в 2-3 раза уменьшилось количество сывороточных иммуноглобулинов;
- в 4-5 раз увеличилось количество циркулирующих иммунных комплексов.

Наиболее выраженным был иммунодефицит при ожоговом сепсисе. Так у 8 больных с острым ожоговым сепсисом наблюдали снижение Т-лимфоцитов на 62%, В-лимфоцитов на 40-30%, снижались супрессорная и хелперная активность лимфоцитов.

У больных с хирургическим сепсисом более выраженным было снижение иммуноглобулинов. У больных с хронioseпсисом все выше названные изменения были выражены более умеренно.

Экстракорпоральное подключение ксеноселезенки уже в ранние сроки приводило к иммуностимуляции у всех групп больных. Наиболее ярко этот эффект проявился у больных с хирургическим сепсисом и у ожоговых больных с хронioseпсисом.

Кроме положительного терапевтического эффекта, который мы видели даже после одного сеанса ксеноперфузии, выявили повышение лимфоцитов, фагоцитарную активность нейтрофилов, увеличение в процентном отношении Т-лимфоцитов, функциональную активизацию Т-хелперов и Т-супрессоров и нормализацию их соотно-

леанью процесс стимуляции иммунитета протекал вяло, медленно. Признаки активации иммунитета появлялись только на 4-6 сутки.

Из особенностей необходимо отметить полное отсутствие циркулирующих иммунных комплексов в крови больных после ксеноперфузии.

У больных с хроническим сепсисом резко повышалась активность фагоцитоза (в среднем на 20 - 30%). При отсутствии у ряда больных иммуностимулирующего эффекта проводили повторные сеансы и добились положительного эффекта у 3 из 6 больных. Из 52 леченных нами больных умерло 12 человек. Погибшие больные были либо с несанированными очагами инфекции, либо находились уже в терминальной стадии полиморфной недостаточности.

У выздоровевших уже на вторые сутки снижалось количество лейкоцитов и лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров. К 6-ым суткам происходила полная нормализация этих показателей.

У больных с ожоговым сепсисом проведение ксеноперфузии на фоне напряженного иммунитета еще больше усиливало гипериммунизацию, что крайне нежелательно у больных с этой патологией, т.к. усиливается отторжение кожных лоскутов.

Резюмируя все сказанное можно сделать следующие выводы:

1. Полученные данные иммунного статуса по клеточному и гуморальному факторам до и после подключения ксеноселезенки свидетельствуют об иммуностимулирующем эффекте этого метода лечения у больных с хирургическим и ожоговым сепсисом.
2. Чаще положительный эффект достигается у больных при наличии иммунодефицита преимущественно по Т-клеточному звену иммунного ответа.
3. Для купирования иммунодепрессии у разных больных необходимо разное количество сеансов.
4. Проведение ксеноперфузии у больных без иммунодепрессии, подтвержденной лабораторно, считаем нецелесообразным.