Шепелева В.М., Тугбаева О.Г., Емельянова А.М., Стяжкина С.Н.[1]
[1]Д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии
Ижевская государственная медицинская академия
Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ОЖОГОВЫХ РАН: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Аннотация

В статье рассмотрена динамика системной терапии с применением иммуномодулятора- ронколейкина у пациента с диагнозом: ожог пламенем 2-3АБ степени туловища, правой верхней конечности 25% (3Б степени 10%). Отражена необходимость введения цитокинотерапии в комплексное лечение пациентов с термической травмой, поскольку в результате включения в системную терапию ронколейкина выявлено более быстрое и полное восстановление утраченных в результате заболевания функций.

Ключевые слова: ожоговые раны, иммуномодулирующая терапия, препарат «Ронколейкин»
Keywords: burn wounds, immunomodulatory therapy, «Roncoleukinum» drug

Актуальность: ожоговая травма продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной медицины[1]. Недостаточность иммунной системы приводит к ряду осложнений у хирургических пациентов. Также иммунодефицитное состояние резко отражается на сроках и качестве заживления повреждений, что приводит к формированию деформирующих рубцов. Иммуномодулирующая терапия может и должна назначаться для создания наиболее благоприятных условий заживления тканей, что отражается в следующих аспектах качества лечения:

- снижение вероятности образования спаек;
- минимизация размеров и косметических недостатков послеоперационного рубца;
- уменьшение сроков лечения в послеоперационном периоде;
- возможно более быстрое и полное восстановление утраченных в результате заболевания функций[4].

Иммуномодуляторы - это лекарственные средства, в терапевтических дозах восстанавливающие функции иммунной системы (эффективную иммунную защиту)[2]. Резкое угнетение иммунного ответа при обширных ожогах и комбинированных ожоговых поражениях происходит в большей степени за счет подавления хелперной функции Т-лимфоцитов при их взаимодействии с функционально более сохранными В-лимфоцитами (Ю.В. Юркевич и соавт., 1998). Патогенетически оправданным в этих условиях может быть применение иммуномодуляторов, восстанавливающих регуляторные функции Т-лимфоцитов, в частности, препаратов на основе IL-2 [3].

Ронколейкин является рекомбинантным цитокином. Изготавливается препарат путем выделения из культуры дрожжей, в геном которых встроен человеческий ген, ответственный за производство белка интерлейкина-2.

Интерлейкин-2 ответственен за активацию клеточного иммунитета, недостаток которого всегда бывает при тяжелом состоянии хирургического больного. Ронколейкин восполняет дефицит эндогенного интерлейкина-2, увеличивает количество Т-лимфоцитов, особенно Т-хелперов, активирует скорость их созревания от «наивных» Т-нулевых до Т-хелперов 2-го типа, которые ответственны за уровень активности клеточного компонента иммунитета [5].

Цель: рассмотреть клинический случай лечения пациента с термической травмой, в комплексное лечение которого был включен курс иммуномодуляторной терапии, а именно: динамику проводимой терапии за время госпитализации, исход лечения.

Задачи: ретроспективный анализ лечения пациента с ожоговой травмой.

Материалы и методы: был проведен анализ истории болезни, согласно цели исследования. Пациент, 49 лет, госпитализирован с диагнозом: ожог пламенем 2-3АБ степени туловища, правой верхней конечности 25% (3Б степени 10%) в экстренном порядке в ожоговое отделение Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР») г. Ижевск.

Обсуждение:

Рассмотрим клинический случай комплексного лечения ожоговых ран при помощи иммуномодулятора- ронколейкина.

Больной Х., 49 лет, поступил 26.11.2019 г. в экстренном порядке в ожоговое отделение БУЗ УР «Первая РКБ МЗ УР» г. Ижевск на машине скорой медицинской помощи. На момент поступления в стационар больной находился в сознании, предъявлял жалобы на боль в ранах, головокружение и слабость.

Анамнез жизни: наблюдается около 30 лет в связи с эпилепсией, принимает финлепсин. Оперирован по поводу послеожоговой синдактилии 3 и 4 пальцев правой кисти в 2019г.

Объективно при поступлении: температура тела 36,4ºС. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Общее питание норма. Кожные покровы на интактных участках физиологической окраски. Зев чистый, миндалины в норме. Дыхание спонтанное, перкуторно звук легочной, дыхание везикулярное, ЧДД=18 в минуту.

При исследовании сердечно-сосудистой системы тоны сердца ясные, границы сердца не расширены, ЧСС= 86 в минуту, пульс удовлетворительного наполнения, артериальное давление на правой руке 140/80 мм. рт. ст.

Исследование системы пищеварения - язык сухой, живот мягкий, безболезненный, стул в норме. Печень не увеличена, край печени мягкий, эластичный, безболезненный.

При исследовании системы мочеотделения мочеиспускание не нарушено.

Status localis: на правой верхней конечности циркулярно, левой кисти, туловище ожоговые раны без эпидермиса, дно ран ярко-красного цвета. На спине, правом боку и локально мозаично на правом плече и предплечье светло-жёлтый плотный струп.

Предварительный диагноз при поступлении: ожог пламенем 2-3АБ степени туловища, правой верхней конечности 25% (3Б степени 10%). Ожоговый шок 1 степени.

Сопутствующие заболевания: эпилепсия.

С 26.11.2019 г. по 06.01.2020 г. пациент находился в ожоговом отделении (41 к/д). Назначен общий режим, общий вариант диеты. Со 02.12.2020 г. по 12.12.2020 г. наблюдалась фебрильная температура тела, с 13.12.2020 г. по 25.12.2020 г. – субфебрильная, далее до выписки стабилизация температуры тела в среднем до 36,8 Cº. Сохранялись жалобы на боли в ранах до выписки. Динамика ран положительная.

За время госпитализации проведены следующие лабораторные исследования:

1. Анализ группы крови B (III) и резус-фактора(+)
2. Общий и биохимический анализ крови в динамике
3. Анализ крови на иммуноглобулины A, M, G
4. Общий анализ мочи в динамике
5. Биологическое исследование пунктата из ожога на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы:

04.12.2019г. – 4-я степень обсемененности Staph. Aureus. (MRSA). Цефалоспорины – уст., фторхинолоны – уст., аминогликозиды – уст., микролиды – уст., тетрациклины – уст. 4-я степень Acinetobacter baumanii. Цефепим – уст., фторхинолоны – уст., карбопенемы – уст., аминогликозиды – уст.

В ожоговом отделении лечение ожоговой болезни включало:

1. Дезинтоксикационная терапия растворами Рингера, глюкозы 5%, гелофузина 500 мл. внутривенно (в/в) капельно, раствор декстрозы 1000 мл. в/в капельно

2. Курсы антибактериальной терапии с учетом результатов бактериологического исследования – цефтриаксон 1 г. в/в 1 раз в день (27.11- 09.12), ванкомицин 1 г. в/в 2 раза в день (09.12-22.12)

3. Цитокинотерапия - ронколейкин 250000 единиц в/в через день с третьего дня госпитализации

4. Антиагрегантная терапия – пентоксифиллин 5 мл. в/в, ацекардол 100 мл в/в.

5. Обезболивающая терапия - трамадол 5% -2 мл в/м, кеторол 1 мл. в/м 3 раза в день, анальгин 2 мл в/в 2 раза в день.

6. Гастропротекторная терапия – омепразол 20 мг. 2 раза в день

7. Витамины – аскорбиновая кислота 5%- 4 мл. в/в

8. Местное лечение - левометил, мазь фурацилиновая 0,2%, перевязки с раствором калия перманганат 5%, лейкопластырь 4х1000

За время госпитализации были проведены следующие обследования:

1. Электроэнцефалография от 09.12.2019г. Заключение: мозговые изменения диффузного характера в виде уплощенной БЭА с единичными синхронизациями из заостренных медленных волн в передних отделах левого полушария. Признаки дисфункции конвекситальных, базальных структур обменного характера с акцентом на лобно-височную область левого полушария. На гипервентиляцию регистрируется единичная синхронизация из эпилептиформных элементов в лобной области.

2. Магнитно-резонансная томография головного мозга от 06.12.2019г. Заключение: МР- признаки каверномы левой височной доли без динамики роста от 2013г. МР-картина легкой дисциркуляторной энцефалопатии. Смешанная умеренная заместительная гидроцефалия. МР-призкаки «пустого» турецкого седла.

3. Электрокардиография от 26.11.2019г. Заключение: врожденная синусовая тахикардия.

Проведены следующие оперативные вмешательства:

1. Некрэктомия этапная 12.12.2019г.

2. Аутодермопластика 19.12.2019г.: с правого бедра и передней поверхности левого бедра взяты кожные лоскуты толщиной 0,35 мм, общей площадью 1200см2, часть лоскутов перфорирована, уложена на туловище, цельные лоскуты уложены на области правого плечевого сустава и правой верхней конечности.

Исход госпитализации: пациент выписан через 41 день после получения травмы с полным восстановлением поврежденных кожных покровов.

При выписке были даны следующие рекомендации:

1. Амбулаторное наблюдение у хирурга, невролога по месту жительства
2. Гигиена кожи
3. Перевязка при необходимости через 1-2 дня с левосином (левомеколь)
4. Обработка зажывших участков детским кремом
5. Противорубцовая терапия:

• Электрофорез с лидазой, фонофорез с ферминколом
• Лечебная физическая культура
• Ношение силиконовых пластин
• Местно противорубцовые гели и мази.

Вывод: была выявлена положительная динамика лечения за счет адекватной антибактериальной терапии с контролем отделяемого ран, симптоматической терапии (инфузионная, трансфузионная, обезболивающая, гастропротекторная, антиагрегантная терапия). В результате применения ронколейкина в системной терапии у пациента сократился срок подготовки ожоговых ран к аутодермопластике, межоперационный период между некрэктомией и аутодермопластикой составил 7 дней, а также в динамике

наблюдалась нормализация показателей маркеров иммунного статуса- иммуноглобулинов A, M, G в сыворотке крови.

Литература

1. Грибань Г.В. Взаимосвязь результатов активного хирургического лечения термической травмы с состоянием локального именного гомеостаза/ П.А.Грибань, В.В.Усов, С.М.Терехов, Е.Е.Мартыненко, Г.В.Рева, Т.Н.Обыденникова, И.В.Рева// Современные проблемы науки и образования. – 2017. - № 5
2. Кукес В.Г. Клиническая фармакология.: учебник для вузов / Под ред. В.Г. Кукеса.- 4-е издание., перераб. и доп., - 2009. - 1056 с.
3. Зиновьев Е.В. Цитокины и воспаление. /Зиновьев Е.В., Мовчан К.Н., Гриненко О.А., Сидельников В.О., Чичков О.В. //. Матер. Всеросс. науч. симп. "Цитокины. Стволовая клетка. Иммунитет." Новосибирск, 2005 Т.4. №2. С. 115-116
4. Громов М.И. Применение иммуномодуляторов в хирургической практике/ Громов М.И. //Терра Медика, 2006
5. Останин А. А. Хирургический сепсис. Ч. 1. Иммунологические маркеры системной воспалительной реакции /Останин А. А., Леплина О. Ю., Тихонова М. А. и др // Вестн. хир. 2002. № 3. С. 101–107.