

УДК 616.24-002.3+616.25-002.3]:615.31:546.214].03

**СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ В КРОВИ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОЗОНОТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ**

Э.Э. Абдукаримова

Содержатся данные об изменении концентрации интерлейкинов 1 β , 4, 6 и фактора некроза опухоли α у больных с абсцессами легких и эмпиемой плевры до и после комплексного лечения с озонотерапией.

Ключевые слова: гнойно-деструктивные заболевания легких и плевры; цитокины; интерлейкины; озонотерапия; эмпиема; абсцесс легкого.

**STATE OF THE BLOOD CYTOKINES AFTER COMPLEX TREATMENT
WITH OZONTHERAPY TO PATIENTS WITH PURULENT-DESTRUCTIVE
DISEASES OF LUNGS AND PLEURA**

E.E. Abdulkarimova

The article contains information about changes in concentrations of interleukins 1 β , 4, 6 and tumor necrosis factor α in patients with purulent-destructive diseases of lungs and pleura after complex treatment with ozonotherapy.

Keywords: purulent-destructive diseases of lungs and pleura; interleukins; cytokines; ozonotherapy; empyema; abscess of lung.

Актуальность. В настоящее время гнойно-деструктивные заболевания легких и плевры являются актуальной проблемой торакальной хирургии [1, 2], обусловленной тем, что у 85–90 % больных эмпиема плевры является осложнением острых и хронических заболеваний легких [3–7].

У больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры наблюдаются заметные нарушения гомеостаза, вызванные рядом сложных системных реакций [8]. Этот симптомокомплекс и системные реакции можно характеризовать как развитие “ответа острой фазы”. Суть ответа острой фазы обусловлена появлением в крови медиаторов, в частности цитокинов [8, 9].

Несмотря на многочисленные предложенные методы исследования и скрининга гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры, вопросы диагностики и оперативного лечения остаются до конца нерешенными [10–14].

С этих позиций представляется перспективным использование озона в комплексном лечении данных заболеваний как в качестве предоперационной подготовки больных, санации, так и в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта исследования явились 51 больной женского и мужского пола с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры, составившие клиническую группу. Из них 16 больных с абсцессами легких (I клиническая группа), 35 больных с эмпиемой плевры (II клиническая группа), которым применялась озонотерапия в 2-х видах – промывание плевральной полости озонированным физиологическим раствором и инфузионное внутривенное введение озонированного физиологического раствора. Контрольную группу больных составили 50 пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры, при лечении которых использовались традиционные методы лечения (промывание плевральной полости раствором фурацилина и антибиотикотерапия). Из них эмпиема плевры была у 31 больного, абсцесс легкого – у 19.

Для сопоставления показателей специальных методов исследования обследовано 50 здоровых людей, которые составили контрольную группу. Обследование проводилось в период поступления в стационар (таблица 1). Определение содержания в плазме крови интерлейкинов (ИЛ)-1 β , 4, 6

Таблица 1 – Показатели цитокиновой системы плазмы крови у больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры при поступлении

Показатели	Контрольная, n = 50	I клиническая (с абсцессом легкого) n = 16	II клиническая (с эмпиемой плевры) n = 35
ИЛ-1 β , пг/мл	1,71 \pm 0,112	21,3 \pm 2,4*	26,9 \pm 2,5*
ИЛ-4, пг/мл	1,56 \pm 0,147	0,9 \pm 0,115*	0,86 \pm 0,126*
ИЛ-6, пг/мл	2,464 \pm 0,201	19,5 \pm 2,13*	21,4 \pm 2,3*
ФНО- α , пг/мл	1,8 \pm 0,091	23,4 \pm 2,67*	27,6 \pm 2,4*

Примечание. * – Достоверность различий между группами.

Таблица 2 – Показатели цитокиновой системы в плазме крови у больных основной группы с абсцессами легких после лечения с озонотерапией

Исследуемые показатели	При поступлении		После лечения	
	I гр., n = 16	II гр., n = 19	I гр., n = 16	II гр., n = 19
ИЛ-1 β (пг/мл)	24,882 \pm 3,620	21,300 \pm 2,400	10,100 \pm 0,174*	16,100 \pm 2,210
ИЛ-4 (пг/мл)	0,905 \pm 0,170	0,900 \pm 0,115	1,520 \pm 0,121*	1,220 \pm 0,123
ИЛ-6 (пг/мл)	22,988 \pm 2,800	19,500 \pm 2,130	9,400 \pm 1,120*	13,400 \pm 1,560
ФНО- α (пг/мл)	25,665 \pm 3,730	23,400 \pm 2,670	10,400 \pm 1,560*	17,100 \pm 2,080

Примечание. * – Достоверность различий между группами.

Таблица 3 – Показатели цитокиновой системы в плазме крови в исследуемых группах с эмпиемой плевры после лечения с озонотерапией (M \pm m)

Исследуемые показатели	При поступлении		После лечения	
	I гр., n = 35	II гр., n = 31	I гр., n = 35	II гр., n = 31
ИЛ-1 β (пг/мл)	25,756 \pm 2,910	26,900 \pm 2,500	10,300 \pm 1,850*	19,300 \pm 1,920
ИЛ-4 (пг/мл)	0,885 \pm 0,090	0,860 \pm 0,126	1,500 \pm 0,121*	1,120 \pm 0,104
ИЛ-6 (пг/мл)	23,668 \pm 2,860	21,400 \pm 2,300	10,100 \pm 1,870*	19,700 \pm 2,040
ФНО- α (пг/мл)	26,535 \pm 3,190	27,600 \pm 2,400	11,100 \pm 1,670*	21,500 \pm 2,100

Примечание. * – Достоверность различий между группами.

и фактора некроза опухоли α (ФНО- α) проводилось методом иммуноферментного анализа на анализаторе “Мультискан” наборами фирмы “Вектор-Бест” (Россия). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программы “Statistica 6,0”.

Результаты и обсуждение. К числу важнейших медиаторов ответа острой фазы относятся интерлейкины (ИЛ)-1 β , 6 и ФНО- α , их количество у больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры при поступлении в стационар увеличивается более чем в 10 раз ($p < 0,001$). Активность ИЛ-1 β во II клинической группе превышает даже значение I клинической группы ($p < 0,05$). Концентрация ИЛ-4 имеет обратную тенденцию, т. е. его содержание незначительно, но достоверно значимо снижается в клинических группах ($p < 0,05$).

Следовательно, гнойно-деструктивные заболевания легких и плевры у обследованных больных характеризуются сложными патофизиологическими механизмами развития. В ответ на интенсивную микробную нагрузку и интоксикацию бактериальными токсинами в организме больных

происходит каскад метаболических изменений с позиции изучаемых явлений, что характеризуется развитием явлений оксидативного стресса, высвобождению в большом количестве провоспалительных цитокинов, повреждению эндотелия сосудов, развитию иммунопатологических реакций. Весь каскад процессов приводит к нарушению функционирования на органном, системном, организменном уровне.

Со стороны активности цитокиновой системы в основной группе больных (таблица 2) в этот период, по сравнению с периодом до лечения, наблюдается значимое снижение активности провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α) ($p < 0,05$ – $p < 0,01$) и повышение активности противовоспалительного интерлейкина 4 ($p < 0,05$). Аналогичная динамика в показателях цитокинов отмечается и относительно показателей контрольной группы больных с традиционными методами лечения ($p < 0,05$). Несмотря на существенную динамику в анализируемых показателях в основной группе больных активность провоспалительных цитокинов достоверно превосходит активность в контрольной группе ($p < 0,05$ – $p < 0,001$), но

при этом концентрация ИЛ-4 достигает значения контрольной группы ($p > 0,05$). Следовательно, сочетание озонотерапии с хирургическим лечением у больных с абсцессами легких приводит к более выраженному снижению медиаторов воспаления.

Со стороны динамики изменения состояния цитокиновой системы в этот период (таблица 3) практически наблюдается такая же тенденция, что в группе больных с абсцессами легких ($p < 0,05 - p < 0,001$).

Из вышеуказанного следует, что значительное повышение активности ИЛ-1 β опосредованно влияет на дальнейшие процессы в организме, что вызывает возникновение системных реакций и запускает каскад воспалительного ответа организма.

После проведения комплексного лечения с озонотерапией со стороны активности цитокиновой системы у больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры, по сравнению с периодом до лечения, наблюдалось значимое снижение активности провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α) ($p < 0,05 - p < 0,01$) и повышение активности противовоспалительного интерлейкина 4 ($p < 0,05$). Следовательно, сочетание озонотерапии с хирургическим лечением у больных с абсцессами легких и эмпиемами плевры приводит к более выраженному снижению медиаторов воспаления.

Лабораторно доказано влияние комплексного лечения на иммунитет, что выражается в повышении ИЛ-4, что обуславливает дальнейшее повышение реактивности организма ($p < 0,05$).

Таким образом, в свете описанных данных озонотерапия в лечении гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры предстает как компонент, стимулирующий неспецифические механизмы защиты организма.

Литература

1. Бойко В.В. Гнойные заболевания легких и плевры / В.В. Бойко, А.К. Флорикян. Харьков: Прапор, 2007. 576 с.
2. Rena O. Chronic pleural empyema: which is the role for surgery? Past and present / O. Rena, C. Casadio // Eur J Cardiothorac Surg. 2010. Vol. 38. № 2. P. 236–238.
3. Абрамзон О.М. Микробиологическая характеристика острых абсцессов легкого и эмпием плевры / О.М. Абрамзон, А.В. Вальшев, О.В. Бухарин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2003. № 2. С. 55–59.
4. Сухоруков А.М. Место экстракорпоральной иммунофармакотерапии в лечении больных с острыми гнойно-деструктивными заболеваниями легких / А.М. Сухоруков, А.А. Дударев, Е.А. Попова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2005. № 4. С. 333–334.
5. Empyema thoracis: a role for open thoracotomy and decortication / J.A. Carey, J.R. Hamilton, D.A. Spencer et al. // Arch Dis Child. 1998. Vol. 79. № 6. P. 510–513.
6. Solaini L. Video-assisted thoracic surgery in the treatment of pleural empyema / L. Solaini, F. Prusciano, P. Bagioni // Surg Endosc. 2007. Vol. 21. № 2. P. 280–284.
7. Empyema thoracis: new insights into an old disease / F.G. Brims, S.M. Lansley, G.W. Waterer, Y.C. Lee // Eur Respir Rev. 2010. Vol. 19. № 117. P. 220–228.
8. Авдеева М.Г. Патогенетические механизмы инициации синдрома системного воспалительного ответа / М.Г. Авдеева, М.Г. Шубич // Клиническая лабораторная диагностика. 2003. № 3. С. 3–10.
9. Гусев Е.Ю. Варианты развития острого системного воспаления / Е.Ю. Гусев, Л.Н. Юрченко, В.А. Черешнев // Цитокины и воспаление. 2008. № 2. С. 15–23.
10. Митюк И.И. Абсцессы легких (клиника, диагностика, лечение) / И.И. Митюк, В.И. Попов. Винница: Винниц. обл. совет науч.-техн. союза строителей Украины, 1994. 211 с.
11. Григорьев Е.Г. Хирургия острого абсцесса и гангрены легкого / Е.Г. Григорьев; под ред. В.С. Савельева. М.: Media medica, 2003. С. 351–363.
12. Плеханов А.Н. Современные методы лечения острой эмпиемы плевры / А.Н. Плеханов, Е.Н. Цыбиков, Л. Амгалан // Хирургия. 2008. № 3. С. 70–73.
13. Koegelenberg C.F. Parapneumonic pleural effusions and empyema / C.F. Koegelenberg, A.H. Diaconi, C.T. Bolliger // Respiration. 2008. Vol. 75. № 3. P. 241–250.
14. Luh S.P. Complicated parapneumonic effusion and empyema: pleural decortication and video-assisted thoracic surgery / S.P. Luh, G.J. Hsu, C. Cheng-Ren // Cur Infect Dis Rep. 2008. Vol. 10. № 3. P. 236–240.