

2. Лищенко А. Н., Беспалов Л. Л. Малоинвазивное лечение деструктивного панкреатита // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 1. – С. 74–75.

3. Кукош М. В., Петров М. С. Острый деструктивный панкреатит. – Нижний Новгород: изд-во НГМА, 2006. – 124 с.

4. Gotzinger P., Warner P., Exner R. et al. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival // Surg. infect. (larch). – 2003. – Vol. 4. № 2. – P. 205–211.

Поступила 12.01.2013

С. В. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ, В. А. АВАКИМЯН, М. Т. ДИДИГОВ

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА РОНКОЛЕЙКИНОМ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru*

В статье дан сравнительный анализ результатов оперативного лечения 2 групп больных. В первой группе применялись стандартные методы оперативного вмешательства и послеоперационной медикаментозной терапии. Во второй группе в комплекс лечебных мероприятий во время и после операции был включен иммуномодулятор ронколейкин. Применение ронколейкина позволило существенно снизить количество осложнений, а послеоперационную летальность – практически в 2 раза.

Ключевые слова: острый панкреатит, ронколейкин.

S. V. AVAKIMYAN, G. K. KARIPIDI, V. A. AVAKIMYAN, M. T. DIDIGOV

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS RONCOLEUKIN THERAPY

*Chair of hospital surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. Tel. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru*

In the article the comparative analysis of the results of surgical treatment of 2 groups of patients. In the first group were used standard methods of surgical intervention and post-medicamentous therapy. In the second group in the complex of therapeutic measures during and after the operation was included immunomodulator roncoleukin. Application of roncoleukin possible to substantially reduce the number of complications and postoperative mortality rate almost in 2 times.

Key words: acute pancreatitis, roncoleukin.

Введение

В настоящее время острый панкреатит прочно занимает второе-третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая только острому аппендициту, а по направительному диагнозу лечебных учреждений в последние годы занимает первое место. Такая картина складывается из-за трудностей диагностики в результате недостаточно полных клинических и лабораторно-аппаратных методов исследования. Вместе с тем запоздалая диагностика, а следовательно, несвоевременная и неадекватная терапия привели к тому, что у каждого четвертого больного развиваются гнойно-септические осложнения и каждого пятого из них приходится оперировать. Летальность же, согласно данным А. В. Пугаева, Е. Е. Ачкасова (2007), В. С. Савельева и соавт. (2008), С. Г. Шаповальянц, С. В. Михайлусова (2010), при деструктивных формах панкреатита выше, чем летальность от острого аппендицита, острого холецистита, прободения гастродуоденальной язвы и острой кишечной непроходимости вместе взятых, достигая 30–50%, а иногда и более процентов.

Многие исследователи изучали состояние иммунной системы при остром панкреатите и получили достаточно однозначный ответ, что при деструктивных формах панкреатита имеет место вторичная иммунная недостаточность (А. Д. Толстой и соавт., 2000; А. Д. Толстой и соавт., 2004; В. А. Роменская и соавт., 2000, и др.).

В качестве иммуномодулятора нами применяется отечественный препарат ронколейкин (В. Н. Егорова, М. Н. Смирнова, 2000; В. И. Яценко, 2005; Ю. С. Винник и соавт., 2007, и др), который является ключевым звеном, определяющим развитие клеточного и гуморального иммунитета. Рекомбинантная форма ИЛ-2 человека воздействует на Т-лимфоциты, пролиферацию и последующий каскадный синтез собственно ИЛ-2.

Материалы и методы

Было оперировано 215 больных с гнойно-септическими осложнениями острого деструктивного панкреатита. Все оперированные больные были разделены на две группы. Контрольную (первую) группу составили 140 человек, получавших стандартное лечение, принятое в клинике.

Основную (вторую) группу составили 75 человек, в комплексную терапию которых был включен иммуномодулятор ронколейкин. Для коррекции вторичной иммунной недостаточности при остром панкреатите ронколейкин применяется с успехом уже более 15 лет (В. А. Роменская и соавт., 2000; А. Д. Толстой и соавт., 2000, 2004).

Применение ронколейкина в лечении острого деструктивного панкреатита В. И. Яценко (2003) считает методом выбора. У всех 75 больных острым панкреатитом (основная группа), получавших ронколейкин,

проводилось изучение состояния иммунной системы. Иммунный статус исследовали при поступлении, затем на следующий день после каждой инъекции ронколейкина. Курс лечения ронколейкином состоял из 3–4 внутривенных введений препарата с интервалом 48 часов.

Полученные результаты и их обсуждение

Результаты исследования иммунного статуса и изучаемые параметры иммунограмм были подвергнуты тщательной статистической обработке. Была выявлена четкая закономерность, которая выражалась в том, что чем тяжелее состояние больного, обусловленное острым панкреатитом, тем более глубокие изменения обнаруживались в состоянии иммунной системы пациента.

Наибольшим и более стойким изменениям подвержено клеточное звено иммунной системы. Изменения гуморального звена носили менее выраженный характер.

Полученные результаты исследования иммунного статуса у больных острым деструктивным панкреатитом после первой, второй и третьей инъекций ронколейкина представлены в таблице 1.

Сопоставительный анализ показателей, характеризующий состояние иммунной системы при остром деструктивном панкреатите с гнойно-септическими осложнениями, показал, что у всех больных с ОДП количество зрелых Т-лимфоцитов CD 3+, Т-лимфоцитов хелперов CD 4+, Т-лимфоцитов цитотоксических CD 8+ и иммунорегуляторный индекс (ИРИ) существенно снижены ($p < 0,05$). Отмечается достоверный рост нейтрофильных

гранулоцитов ($p < 0,001$), экспрессированных CD 16+ (NK клетки – натуральные киллеры). Отмечается как абсолютная, так и относительная выраженная лимфопения с одновременным ростом количества нейтрофилов, но их способность захватывать, убивать и переваривать микроорганизмы существенно снижена.

Показатели гуморального иммунитета носили менее выраженный характер и изменялись медленнее после введения ронколейкина. Такого состояния иммунного статуса у больных ОДП при поступлении.

Убедившись в том, что при остром панкреатите с большим постоянством выявляется вторичная иммунная недостаточность, а также четко просматривается прямая зависимость между тяжестью больного и иммунными нарушениями, т. е. чем тяжелее деструктивный процесс, тем более выражены иммунные изменения, мы сочли целесообразным включить в комплекс лечебных мероприятий отечественный иммунодуглятор ронколейкин.

Результаты изменения иммунных показателей в ходе лечения ронколейкином после первого, второго и третьего внутривенных введений ронколейкина представлены в таблице 1.

Анализ иммунограмм в послеоперационном периоде показал, что уже после первой инъекции ронколейкина отмечается четкая тенденция к нормализации отдельных показателей, а после третьего введения ронколейкина практически все звенья клеточного иммунитета достигли нормальных величин или были близки к ним.

После анализа всех показателей можно сделать вывод, что ронколейкин в большей мере оказывает им-

Таблица 1

Динамика показателей иммунограммы при лечении острого деструктивного панкреатита

Изучаемый показатель	Здоровые $M \pm m$	Больные острым деструктивным панкреатитом (результаты исследования указаны в тысячах)			
		При поступлении	1-е исследование	2-е исследование	3-е исследование
		$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$
Лейкоциты	$5,8 \pm 0,34^*$	$15,4 \pm 2,1^*$	$11,6 \pm 0,3^*$	$10,2 \pm 0,9^*$	$8,8 \pm 1,4$
Лимфоциты	$2,1 \pm 0,2$	$1,39 \pm 0,6^*$	$1,29 \pm 0,6^*$	$1,27 \pm 0,14^*$	$1,8 \pm 0,3$
Т-лимф. (CD3+)	$1,25 \pm 0,8$	$0,6 \pm 0,05^*$	$1,2 \pm 0,7$	$0,7 \pm 0,05$	$0,8 \pm 0,1$
Т-хелп/инд. (CD4+)	$1,00 \pm 0,7$	$0,3 \pm 0,04^*$	$0,7 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,1$	$0,7 \pm 0,1$
Т-эффектор (CD8+)	$0,52 \pm 0,04$	$0,27 \pm 0,05^*$	$0,21 \pm 0,2$	$0,41 \pm 0,15$	$0,5 \pm 0,015$
Индекс CD4+/CD8+	$1,92 \pm 0,1$	$1,1 \pm 0,3^*$	$1,2 \pm 0,2^*$	$1,5 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,2$
В-лимф. (CD19+)	$0,409 \pm 0,05$	$0,17 \pm 0,07$	$0,27 \pm 0,1$	$0,206 \pm 0,07$	$0,302 \pm 0,06$
NK-клетки (CD16+)	$0,33 \pm 0,02$	$0,25 \pm 0,01$	$0,3 \pm 0,01$	$0,12 \pm 0,02^*$	$0,35 \pm 0,04$
Нейтрофилы	$3,7 \pm 0,41$	$13,9 \pm 1,3$	$8,2 \pm 1,1$	$6,8 \pm 1,4$	$5,1 \pm 1,6$
Эозинофилы	$0,25 \pm 0,05$	$0,1 \pm 0,02$	$0,19 \pm 0,03$	$0,21 \pm 0,03$	$0,35 \pm 0,04$
Базофилы	$0,053 \pm 0,01$	$0,01 \pm 0,001$	$0,003 \pm 0,001$	$0,045 \pm 0,007$	$0,025 \pm 0,001$
Моноциты	$0,420 \pm 0,06$	$0,22 \pm 0,04$	$0,34 \pm 0,06$	$0,37 \pm 0,09$	$0,36 \pm 0,06$
Иммуноглобулины в мг/мл					
Ig G	$10,09 \pm 0,49$	$8,9 \pm 0,3$	$8,9 \pm 0,4$	$9,9 \pm 0,4$	$9,22 \pm 0,5$
Ig A	$2,79 \pm 0,04$	$1,96 \pm 0,02$	$2,03 \pm 0,03$	$2,2 \pm 0,05$	$2,61 \pm 0,04$
Ig M	$0,92 \pm 0,03$	$1,5 \pm 0,05$	$1,4 \pm 0,04$	$1,1 \pm 0,03$	$0,8 \pm 0,03$
Фагоцитарная активность нейтрофилов с латексом					
Фагоцитоз в %	$53 \pm 1,2$	$30,9 \pm 1,1$	$35,3 \pm 1,2$	$35,4 \pm 1,1$	$46,1 \pm 1,1$

Примечание: * – обозначены достоверные отличия между показателями иммунограмм при поступлении и по дням после лечения ронколейкином по отношению к здоровым лицам.

муномодулирующее влияние на клеточный иммунитет (CD4+, CD3+, CD6+, CD56+ клетки), при этом уменьшая системные воспалительные реакции (уменьшение количества лейкоцитов, угнетение избыточной продукции активных форм кислорода), препятствуя дальнейшему развитию бактериальных осложнений у больных острым панкреатитом.

Результаты лечения ронколейкином больных с гнойно-септическими осложнениями острого деструктивного панкреатита представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, среди больных, в комплексную терапию которых был включен иммуномодулятор ронколейкин, число послеоперационных осложнений сократилось почти на 20 процентов, а число больных, умерших после операции, сократилось в 2 раза (с 31,2% до 15,9%).

Ронколейкин в большей мере оказывает иммуномодулирующее влияние на клеточный иммунитет, при этом уменьшая системные воспалительные реакции.

Результаты лечения в контрольной и основной группах оказались существенно различными. Так, среди больных контрольной группы, у которых ронколейкин не применяли, осложнения после операции были отмечены у 45,6%, а летальность составила 31,2%. В основной группе, где в комплекс лечебных мероприятий был включен иммуномодулятор ронколейкин, послеоперационные осложнения составили 26,3%, а послеоперационная летальность – 15,7%.

Как видно из таблицы 3, малоинвазивные вмешательства были выполнены у 33% больных, остальным пациентам была выполнена лапаротомия. Столь частое использование лапаротомии прежде всего связано с тем, что все эти 67% больных были оперированы по поводу тяжелого деструктивного панкреатита. При этом в патологический процесс были вовлечены не только сама поджелудочная железа и парапанкреатическая клетчатка, но и практически все забрюшинное пространство с вовлечением параколон, реже паранефрия, под-

Таблица 2

Результаты лечения острого деструктивного панкреатита ронколейкином

Способ лечения	Число б-ных	Оперировано	Осложнения после операции	%	Умерло	%
Традиционный	140	140	64	45,6	44	31,2
+Ронколейкин	75	75	20	26,5	12	15,9

Обе группы больных (контрольная и основная) были вполне сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния и характеру оперативных вмешательств. Характер оперативных вмешательств у 215 больных, разделенных на две группы (получавших и не получавших ронколейкин в послеоперационном периоде), представлены в таблице 3.

диафрагмального пространства с развитием одно- или двустороннего содружественного плеврита.

Таким образом, при остром деструктивном панкреатите имеется выраженная иммунная недостаточность, и чем тяжелее протекает панкреатит, тем более выражены изменения в иммунном статусе пациентов.

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств у больных первой и второй групп

Характер операций	Первая группа		Вторая группа	
	Число больных	Число умерших	Число больных	Число умерших
ВЛС санация и дренирование брюшной полости	15	3	8	1
ВЛС дренирование сальниковой сумки и ЗБП	12	2	7	1
Пункция под УЗ-контролем ОЖС и их дренирование	12	2	8	0
Холецистэктомия, дренаж сальниковой сумки и ЗБП	20	3	7	2
Мобилизация поджелудочной железы, холедохостомия, дренирование брюшной полости и ЗБП	12	4	8	1
Секвестрэктомия поджелудочной железы, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки	14	4	7	1
Вскрытие абсцессов и флегмон ЗБП, дренирование сальниковой сумки и желчных путей	33	9	12	2
Вскрытие параколон и паранефрия слева	2	1	2	0
Вскрытие параколон и паранефрия справа	3	1	3	1
Вскрытие параколон слева	4	2	4	1
Вскрытие параколон справа	6	2	5	1
Мобилизация двенадцатиперстной кишки с дренированием корня брыжейки	4	2	2	0
Резекция хвоста поджелудочной железы со спленэктомией	2	1	2	0
Всего	140	44	75	12

Включение в комплексную терапию острого деструктивного панкреатита иммуномодулятора ронколейкина позволило уменьшить число осложнений на 19,3%, а число летальных исходов сократилось в 2 раза, поэтому ронколейкин может быть рекомендован к широкому применению для лечения выраженной вторичной иммунной недостаточности при остром деструктивном панкреатите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винник Ю. Г., Черданцев Д. В., Первова О. В. и др. Новый способ коррекции иммунологических нарушений у больных деструктивным панкреатитом // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 2. – С. 55–59.
2. Егорова В. Н., Смирнов М. Н. Использование ронколейкина в комплексном лечении острого панкреатита. МВФ (медицина, ветеринария, фармация). – 2000. – № 9. – С. 126.
3. Роменская В. А., Антипенко С. Г., Нестерова И. В. Вторичная иммунная недостаточность и её коррекция при остром деструктивном панкреатите. Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии: Материалы XV Международной конференции. Украина, Ялта – Гурзуф. – 2000. – С. 284–286.

4. Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Панкреонекрозы. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 260 с.
5. Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е. Острый панкреатит: Профиль. – 2007. – 336 с.
6. Толстой А. Д., Панов В. Б., Красногоров В. Б. и др. Паранепанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение. – СПб: Ясный свет, 2003. – 256 с.
7. Толстой А. Д., Попович А. М. Иммунные нарушения и методы иммуноориентированной терапии при остром деструктивном панкреатите. – Terra Medica, 2003. – № 3 4. – С. 28–31.
8. Шаповальянц С. Г., Михайлуков С. В. Острый панкреатит // В кн.: Неотложная абдоминальная хирургия: Руководство для врачей / Под ред. А. А. Гринберга. – Москва: Триада-Х, 2010. – С. 181–226.
9. Яценко В. И. Показатели клеточного иммунитета у больных гнойными воспалительными заболеваниями верхнего этажа брюшной полости на фоне НО-терапии // Инфекции в хирургии. Приложение к журналу РАСХИ. Сб. юбилейной конф. 16–18 ноября 2005. – Москва, 2005. – С. 100.

Поступила 10.02.2013

И. В. АКСЕНОВ¹, А. В. ОНОПРИЕВ¹, Н. С. ШЕЙРАНОВ²

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 88612902020. E-mail: aksenovi@inbox.ru;

²ГБУЗ Ставропольского края «Ессентукская центральная городская больница», Россия, 357635, Ставропольский край, г. Ессентуки, ул. Октябрьская, 464. Тел. 8 (87934) 2-56-80. E-mail: secretar@esscgb.esstel.ru

В статье представлены результаты выполнения эндоскопической холецистэктомии у 246 больных пожилого и старческого возраста при остром калькулезном холецистите. Описывается методика выполнения операции. Делается вывод о возможности выполнения эндоскопической холецистэктомии в ранние сроки с момента заболевания.

Ключевые слова: острый холецистит, эндоскопическая холецистэктомия.

I. V. AKSENOV¹, A. V. ONOPRIEV¹, N. S. SHEYRANOV²

ENDOSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

¹Department of surgery № 1 FPC and PPP GBOU VPO KubGMU Russian ministry of health, Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedin, 4. Tel. 88612902020. E-mail: aksenovi@inbox.ru;

²the state budgetary institution of public health of the Stavropol territory «Essentuki central city hospital», Russia, 357635, Stavropol territory, Essentuki, Oktyabrskaya street, 464. Tel. 8 (87934) 2-56-80. E-mail: secretar@esscgb.esstel.ru

The results of endoscopic cholecystectomy in 246 patients in elderly with acute calculous cholecystitis. Describes how to perform the operation. The conclusion about the possibility of endoscopic cholecystectomy in the early stages of becoming sick.

Key words: acute cholecystitis, endoscopic cholecystectomy.

Введение

Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте представляет серьезную проблему, так как именно у больных этого возраста осложненные формы заболевания встречаются наиболее часто [1, 3, 4]. При этом необходимо учитывать не только тяжесть самого

заболевания, но и то, что эти осложнения наблюдаются у пациентов с возрастными изменениями, чаще всего на фоне различных сопутствующих заболеваний. Клиническая картина у этих больных может быть стертой. Отмечается несоответствие между тяжестью деструктивных изменений стенки желчного пузыря и