

В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков, Г.Д. Гунзынов

ИММУНОДИАГНОСТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)

Цель исследования: разработка программы комбинированной иммуномодулирующей терапии у пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 13 больных обоего пола от 20 до 62 лет с острым деструктивным панкреатитом в стадии гнойных осложнений в послеоперационном периоде, получавших комплекс базисной консервативной терапии и комбинированную иммуномодулирующую терапию Тактивин, а также 10 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, получавших только комплексную базисную терапию и 42 больных с острым панкреатитом отечной формы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Комплексная оценка состояния иммунной системы до и после лечения при остром деструктивном панкреатите позволила установить определенные закономерности. Количество $CD3^+$ — Т-лимфоцитов у 77 % больных было достоверно снижено по сравнению с группой контроля ($34,3 \pm 4,04$ против $57,8 \pm 1,62$ %; $p < 0,001$). У 23 % пациентов количество $CD4^+$ — Т-лимфоцитов было достоверно выше уровня контроля, а у 46 % — ниже контроля ($55,3 \pm 3,18$ %; $25,67 \pm 2,2$ % соответственно против $39,43 \pm 1,12$ % в контроле; $p < 0,01$). Количество $CD8^+$ — Т-клеток у 54 % пациентов было выше уровня контроля, а у 23 % — ниже ($33,43 \pm 4,05$ %; $16,0 \pm 1,15$ % соответственно против $22,67 \pm 1,3$ %; $p < 0,05$).

При изучении гуморального звена иммунитета все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от уровня сывороточных иммуноглобулинов (23 % пациента с достоверно низким содержанием IgA, 38,5 % — IgG и у 31 % — с высоким содержанием количества IgA и IgG). Относительное количество ФАН составило у 46 % пациентов $32,57 \pm 1,73$ %, а у 31 % — $64,0 \pm 3,02$ против $51,39 \pm 2,55$ % контроля ($p < 0,001$, $p < 0,05$). Анализ динамики иммунологических показателей в сравниваемых группах показал, что в группе больных, получавших Тактивин, уменьшилось количество $CD8^+$ — Т-клеток у 54 % пациентов — до $19,86 \pm 6,55$ ($p < 0,01$) при остром деструктивном панкреатите, а коэффициент регуляции ($CD4^+ / CD8^+$) имел тенденцию к восстановлению. Уровень содержания IgA у 23 % возрос до уровня контрольных значений ($179,2 \pm 29,75$ МЕ/мл против $93,3 \pm 15,5$ МЕ/мл; $p < 0,05$), а у 31 % снизился с $209 \pm 10,14$ МЕ/мл до $155 \pm 27,3$ МЕ/мл. Концентрация IgG достоверно повысилась у 46 % — до $1232 \pm 103,5$ МЕ/мл против $844 \pm 38,9$ МЕ/мл, а у 31 % снизился до $1079 \pm 56,7$ МЕ/мл против $1474 \pm 80,9$ МЕ/мл ($p < 0,05$). Установлено, что комплексная базисная терапия практически не оказывала влияния на систему НГ ($p < 0,05$), а комбинированная иммуномодулирующая терапия способствовала снижению общего количества НГ в периферической крови с $75,9 \pm 2,8$ до $63,3 \pm 4,63$ % ($p < 0,01$), снижению общего количества НГ, экспрессирующих $CD11 \beta$ -рецепторов адгезии ($p < 0,05$). Вместе с тем традиционная терапия практически не изменяла показатели иммунной системы ($p < 0,05$).

Таким образом, установлен позитивный клинико-иммунологический эффект комбинированной иммуномодулирующей терапии при остром деструктивном панкреатите.

В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, Г.Ф. Жигаев, Б.Г. Гармаев, Ч.В. Содномов

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Цель исследования: по показателям С-реактивного белка в сыворотки крови больных острым панкреатитом оценить тяжесть и динамику течения заболеваний, сопровождающегося некрозом поджелудочной железы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены показатели С-реактивного белка у 71 больного с заболеваниями поджелудочной железы. Мужчин было 42, женщин — 29. Возраст больных составил $43 \pm 17,1$ (20—68 лет) года. Исследуемую

группу составил 51 больной с острым панкреатитом, контрольную — 10 больных с хроническим панкреатитом и 10 — с аденокарциномой поджелудочной железы. Диагноз и оценка степени тяжести острого панкреатита основывались на клинко-инструментальных и лабораторных данных в соответствии с Международной классификацией острого панкреатита (Атланта, 1992) и Всероссийским съездом панкреатологов (Волгоград, 2000).

Все пациенты исследуемой группы с острым панкреатитом были госпитализированы в сроки от 2 до 55 часов от момента заболевания, а исследование сыворотки крови на С-реактивный белок проводилось через $39 \pm 15,2$ часа от начала заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели уровня С-реактивного белка в сыворотке крови больных контрольной группы составили при хроническом панкреатите 4220 ± 2610 нг/мл, при аденокарциноме поджелудочной железы — 1050 ± 853 нг/мл. В исследуемой группе острого панкреатита показатели С-реактивного белка варьировали от 20389 до 356098 нг/мл, средний показатель составил $132335,8 \pm 93467$ нг/мл, что статистически достоверно ($p < 0,001$).

У 10 больных острым панкреатитом показатели С-реактивного белка варьировали от 20389 до 45189 нг/мл, средний показатель соответствовал 33088 ± 9522 нг/мл (1-я группа), тяжесть течения соответствовала легкой/средней степени по шкале Ranson (< 3 баллов).

У 41 больного с острым панкреатитом показатели С-реактивного белка варьировали от 105234 до 356098 нг/мл, средний показатель соответствовал 208475 ± 94007 нг/мл (2-я группа), тяжесть течения заболевания соответствовала тяжелой степени острого панкреатита по шкале Ranson (≥ 3 баллов). Показатели С-реактивного белка 2-й группы исследуемых больных с острым панкреатитом превышали показатели С-реактивного белка 1-й группы ($p < 0,005$). У всех больных 2-й группы тяжесть течения острого панкреатита была обусловлена полиорганной дисфункцией. Причем у 18 больных 2-й группы при показателях С-реактивного белка ≥ 220335 нг/мл площадь некроза составила $\geq$ двух третей объема ткани поджелудочной железы (по данным операционного и секционного исследования).

Таким образом, с применением в диагностике острого панкреатита С-реактивного белка своевременно идентифицируется панкреонекроз. Отмечена прямая зависимость между показателями С-реактивного белка и масштабом поражения поджелудочной железы у больных с панкреонекрозом.

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, Г.Ф. Жигаев,
Ч.В. Содномов, Б.Г. Гармаев**

ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)**

Псевдокиста поджелудочной железы является наиболее частым вариантом локального осложнения острого панкреатита и встречается у 73 % больных с деструктивным и у 5 % пациентов с интерстициальным панкреатитом. Более 20 % псевдокист инфицируются, а у 10–12 % пациентов развивается кровотечение. Летальность у больных псевдокистой составляет 12 %, а при наличии инфицирования увеличивается до 41 % (Feig B.W. 1993, Malecka-Pans E. 1998). У 32 % больных с псевдокистой происходит их спонтанное рассасывание. Однако однозначно ответить на вопрос, по какому пути пойдет развитие процесса, не представляется возможным. В настоящее время острый панкреатит превратился в одно из распространенных хирургических заболеваний и занимает третье место после острого аппендицита и холецистита. Распространенность при хроническом панкреатите составляет 20–40 % через 7 недель от начала заболевания, количество осложнений увеличивается на 20 % каждые 5 недель, достигая 67 % после 19 недель.

В хирургическом отделении № 1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко за период с 2003 по 2008 годы проведено лечение 45 больным с диагнозом «псевдокиста поджелудочной железы». Лечебная тактика основывалась на комплексной оценке состояния больных при поступлении, степени выраженности эндотоксикоза, данных ультрасонографии, КТ, лабораторных показателей. Различные по объему операции при псевдокисте поджелудочной железы выполнены 15 (33,3 %) больным. При стерильных псевдокистах поджелудочной железы при малых размерах до 5 см выполняли радикальное иссечение последней — трем (20 %) пациентам, при больших размерах — цистоеюноанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну — 6 (40 %) больным. В случае инфицирования псевдокисты ограничивались вскрытием и наружным дренированием — 6 (40 %) пациентов. Консервативно было излечено 30 (66,7 %)