

кут участков кровоснабжаемых сухожилий обеспечило эффективное восполнение ахиллова сухожилия и восстановление дефекта кожи, что обеспечило реабилитацию всех пациентов.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению различных травм ахиллова сухожилия позволил в большинстве случаев получить положительные результаты.

П.А. Иванов, В.Ю. Погребняков, С.И. Курупанов

СОСТОЯНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Областная клиническая больница (Чита)

Целью работы явилось изучение состояния провоспалительных цитокинов IL-1 α , IL-1 β , IL-8, TNF α в ответ на малоинвазивную хирургическую агрессию в ближайшем послеоперационном периоде. Изучение проводили у 17 больных при плановом рентгенохирургическом лечении по поводу неосложненных кистозных образований различной локализации. Все обследованные больные не имели значимых сопутствующих заболеваний и системных расстройств. Концентрация провоспалительных цитокинов в дооперационном периоде составляла для IL-1 α — $31,9 \pm 3,7$ пкг/мл; IL-1 β — $49,6 \pm 8,2$ пкг/мл; IL-8 — $36,7 \pm 6,3$ пкг/мл; TNF α — $32,6 \pm 5,4$ пкг/мл.

Повторные исследования концентрации цитокинов проводили в сроки от 1 до 3 дней после

вмешательства. При этом было установлено следующее: концентрация IL-1 α составила $33,8 \pm 4,2$; IL-1 β — $50,4 \pm 6,1$; IL-8 — $36,2 \pm 5,2$; TNF α — $40,5 \pm 4,4$ пкг/мл.

Следует указать, что отклонение уровня TNF α было обнаружено у 7 больных, при этом в 4 случаях были дренированы интрапанкреатические кисты ПЖ, а в 3 — кисты печени. Дренирование же парапанкреатических скоплений жидкости не сопровождалось существенным повышением уровня концентрации TNF α .

Таким образом, мы полагаем, что провоспалительная системная реакция имеет зависимость от расположения дренируемого патологического очага и операционной травмы рядом расположенных органов и тканей.

Ю.А. Кагаполов, В.Н. Перехода, Е.В. Осипов, А.М. Агапов, Г.В. Арнаутков

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)

В Амурской областной клинической больнице с 1996 — 2004 гг. пролечено 916 больных с острым панкреатитом. Среди них 136 пациент с некротическими формами. В группе оперированных пациентов у 25 больных диагностирован жировой панкреонекроз, у 53 — геморрагический, у 58 — субтотальные и тотальные гнойно-некротические изменения поджелудочной железы.

Выраженный болевой синдром в животе, болезненность при пальпации, напряжение мышц, инфильтрат левого подреберья и эпигастральной области, высокая температура, лейкоцитоз в клиническом анализе крови и хилез при биохимическом исследовании являлись патогномоничными для панкреонекроза.

В последние годы чаще применяется лапароскопическая диагностика и лечение (75,5 %), дрени-

рование сальниковой сумки и брюшной полости. Эту тактику применяли при отечной форме панкреатита, с наличием стеатонекрозов в 27 случаях. При положительной динамике дренажи удалены на 5 — 7 сутки.

При наличии ограниченных некрозов выполняли марсупиализацию с рассечением прямой мышцы слева, дренажи подвели к очагу через винсловое отверстие в правом подреберье. В последующем перевязывали 1 раз в 3 — 5 дней. До полного отторжения секвестров.

При сформированном некрозе удаляли поджелудочную железу на уровне перешейка. Такая методика применена в 19 случаях. Дренирование сумки проводили в левом подреберье трубками и перчаточными выпускниками, ниже селезенки, справа выводили в подреберье через