

**ДИНАМИКА ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ  
ПО ПОВОДУ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА  
В СТАДИИ СЕПТИЧЕСКОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ**

*Майоров В. М., Дундаров З. А., Лин В. В., Адамович Д. М.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель Республика Беларусь**

***Введение***

По данным ряда авторов, у 24–68 % больных острым деструктивным панкреатитом развиваются нарушения иммунной системы, что ухудшает прогноз. При анализе неудач среди прочих видна также проблема коррекции резко возрастающих метаболических потребностей пациентов [1, 2].

***Цель***

Оценка динамики иммунного статуса у пациентов с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом (ГНПП) на этапе септической секвестрации парапанкреатической клетчатки.

***Материал и методы исследования***

В контрольную вошли 38 пациентов, основную группу составили 44 пациента, у которых со 2-х суток было в комплексную программу лечения включено раннее энтеральное питание с использованием полисубстратных питательных смесей. Обе группы пациентов были сопоставимы по степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Иммунный статус оценивался на 10 и 20-е сутки послеоперационного периода по общему количеству Т-лимфоцитов (ТЛ), Т-хелперов (ТХ), Т-супрессоров (ТС), В-лимфоцитов (ВЛ) и по уровню сывороточных иммуноглобулинов (G, A, M).

***Результаты исследования и их обсуждение***

На момент операции в обеих группах отмечалась Т лимфопения, дисбаланс субпопуляционного состава ТЛ со снижением количества циркулирующих ТХ/индукторов и иммунорегуляторного индекса. У пациентов обеих групп был зарегистрирован вторичный иммунодефицит средней степени тяжести, при котором наиболее значимыми изменениями со стороны показателей иммунитета являлись пониженное содержание ТЛ и ВЛ, по сравнению с контрольной группой доноров. На 10-е сутки после операции в группах наблюдались существенные различия. Абсолютное количество лимфоцитов в контрольной группе составляло  $1369 \pm 65$  в 1 мл, в основной — был достоверно выше и составлял  $2086 \pm 84$  ( $p < 0,001$ ). Иммунный статус в контрольной группе характеризовался снижением активности Т-клеточного и В-гуморального звеньев иммунитета. Снижение активности иммунорегуляторных клеток выражалось в уменьшении общего числа ТЛ и ВЛ. В контрольной группе сохранялись признаки вторичного иммунодефицита, обусловленные супрессией клеточного и гуморального звеньев иммунной защиты. В основной группе было отмечено статистически значимое повышение уровня ВЛ до  $0,59 \pm 0,04$  ( $p < 0,01$ ), что сопровождалось увеличением уровней Ig G до  $2,55$  г/л ( $p = 0,04$ ) и Ig A до  $2,55 \pm 0,1$  г/л ( $p = 0,03$ ). Статистически значимое уменьшение лейкоцитоза ( $p < 0,01$ ) у пациентов основной группы свидетельствует об уменьшении тяжести системного воспалительного ответа. На 20-е сутки после операции в контрольной группе по-прежнему сохранялись лейкоцитоз ( $p < 0,01$ ) и лимфопения ( $p < 0,01$ ). Достоверно ниже было содержание ТЛ (Е-РОК) ( $p < 0,01$ ), активных ТЛ ( $p < 0,01$ ), ВЛ ( $p < 0,01$ ) и ТХ ( $p < 0,01$ ). Уровень секреторного Ig A также был достоверно ниже ( $p < 0,01$ ), чем у пациентов основной группы. В основной группе наблюдения уровень содержания ТЛ, активных ТЛ, ВЛ и ТХ был достоверно выше ( $p < 0,01$ ) аналогичных показателей контрольной группы и при этом достоверно не отличался от группы доноров. Уровень секреторного иммуноглобулина А был достоверно выше ( $p < 0,01$ ), чем в контрольной группе и группе доноров.

***Выводы***

1. При развитии ГНПП на момент оперативного вмешательства у пациентов обеих групп установлено развитие SIRS-синдрома в виде вторичного иммунодефицита средней степени тяжести.
2. При отсутствии проведения целенаправленной метаболической терапии (в виде раннего энтерального питания) регистрируется прогрессирующий глубокий иммунодефицит в послеоперационном периоде преимущественно за счет клеточного звена.
3. Включение в комплексную терапию энтерального питания способствует компенсации недостаточности клеточного компонента иммунных реакций и фагоцитоза.
4. Коррекцию состояния питания больных целесообразно начинать в раннем послеоперационном периоде. Объем нутриционной поддержки определяется индивидуально с учетом фактической потребности больного в энергии и нутриентах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Луфт, В. М.* Клиническое питание в интенсивной медицине: практ. руководство / В. М. Луфт. — СПб.: РСЗ АСПЭП, 2002. — 175 с.
2. *Афанасьев, А. Н.* Оценка результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита / А. Н. Афанасьев, А. В. Кириллин, А. Б. Шальгин // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2010. — № 4 (3). — С. 308–316.

УДК 616.37-002-07

### СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Майоров В. М.<sup>1</sup>, Мурашко С. Н.<sup>2</sup>, Мельникова Н. П.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Проблема лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) остается в центре внимания хирургов. Подтверждением этому явилась широкая дискуссия на прошедшем в городе Бресте 15 съезде хирургов Республики Беларусь, которая указала на отсутствие единых подходов в лечении этого тяжелого заболевания. Частота острой патологии неуклонно растет во всем мире, затраты на адекватную терапию представляют собой серьезную экономическую проблему, а летальность даже в специализированных панкреатологических клиниках достигает 11–25 % [1, 2]. Отсутствие единой точки зрения на патологический процесс при ОДП, необходимость дифференцировки форм, стадий и фаз заболевания, многообразие осложнений закономерно привели не только к пестрой терминологической палитре, но и к нередко диаметрально противоположным тактическим подходам в лечении этой патологии [3, 4].

Особенностью эволюции ОДП является широкий спектр клинических вариантов его течения в зависимости от темпа развития, объема деструкции поджелудочной железы (ПЖ) и осложнений [2, 4, 5]. Тяжесть пациентов с ОДП и судьба пациентов во многом определяется в первые сутки от его начала, до полного формирования первичного деструктивного очага. В настоящее время в отечественной и зарубежной клинической практике наиболее часто используются диагностические шкалы: АРАСНЕ, АРАСНЕ II, SAPS, Ranson и т. д. Основной проблемой всех вышеперечисленных шкал является слабая адаптированность к условиям отечественного здравоохранения.

#### **Цель**

Оценка оптимальной динамической и диагностической модели прогнозирования тяжести и прогноза клинического течения ОДП.

#### **Материал и методы исследования**

В течение последних 5 лет все пациенты, госпитализированные в отделение реанимации ГОКБ, заносятся в электронную базу данных. Нами был проведен сравнительный анализ наиболее часто используемых отечественных шкал (В. А. Юдина (1992), В. Б. Краснорогова (2003), Н. А. Яицкого и др. (2003) и А. Д. Толстого и др. (2003)). Проспективно и ретроспективно исследовали 591 карту стационарного пациента и данные электронного регистра. Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли больные, с отечным панкреатитом, во 2-ю больные ОДП. Разделение на группы проводилось по данным УЗИ, лапароскопии, интраоперационной ревизии. Оценка надежности данных систем проводится по ряду критериев — это чувствительность и специфичность, прогностичность положительного и отрицательного результата, критерием наглядности результата прогностичности (КНРП — суммарный показатель безошибочной работы).

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

На первом этапе исследования определялась информативность диагностических систем (ДС) в первые сутки поступления пациента. Чувствительность у всех представленных ДС колебалась в достаточно широком диапазоне от  $39,46 \pm 2,01$  % (А. Д. Толстой) до  $93,7 \pm 1,0$  % (в схеме Н. А. Яицкого). Низкая чувствительность в системе А. Д. Толстого объясняется тем, что данная система «заточена» на выявление тяжелых и крайне-тяжелых форм острого панкреатита. Система не приспособлена для выявления мелко и средне очаговых форм, которые преимущественно и составляют, основной пул ОДП (60–70 %). Это значит, что в  $n = 135$  случаях 22,8 %, говоря о ложноотрицательном результате, ДС оценки тяжести по А. Д. Толстому ошиблась, приписав более легкую степень тяжести, чем