

Исследование показателей иммунного статуса *in vivo* до и после ЭИТ показало, что модифицированные ронколейкином моноклеары также оказывают разнонаправленный эффект. Направленность иммуномодулирующего действия ЭИТ ронколейкином, вероятно, зависело от стадии и активности заболевания, выраженности интоксикации, сочетания ЭИТ с другими лечебными мероприятиями

При этом клинически у SOFA на 85% пациентов, пролеченных с использованием ЭИТ, наблюдалось улучшение, что сопровождалось регрессом клиники полиорганной дисфункции.

Выводы. Проведенные исследования показали, что включение ронколейкина в экстракорпоральном режиме в комплексную терапию пациентов с панкреатогенным тяжелым сепсисом дает выраженный клинико-иммунологический эффект.

Возможность достижения лучшего терапевтического эффекта в короткие сроки позволяет считать экстракорпоральный способ применения ронколейкина у пациентов с панкреатогенным тяжелым сепсисом наиболее целесообразным.

ОСТРЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Вижинис Е. И., Воробей А. В., Шулейко А. Ч., Махмудов А. М.,
Лагодич Н. А., Бондарь А. С., Шкурин С. В., Казловский А. А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Республиканский центр реконструктивной хирургической
гастроэнтерологии и колопроктологии
УЗ «Минская областная клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на разработку современных протоколов диагностики и лечения острого некротизирующего панкреатита (ОНП), применения новых лекарственных средств и высокотехнологичных методов операций, количество тяжелых осложнений остается на высоком уровне. Одним из наиболее

прогностически неблагоприятных осложнений ОНП являются некрозы и перфорации полых органов брюшной полости. Они возникают на стадии формирования постнекротической полости (псевдокисты) вследствие вовлечения в воспалительно-деструктивный процесс стенок прилежающих органов и часто осложняются аррозивным кровотечением.

Цель: оценить эффективность методов диагностики и лечения острого некротизирующего панкреатита, осложненного перфорацией полых органов брюшной полости и кровотечением.

Материал и методы. В клинике наблюдали 70 пациентов в возрасте от 28 до 69 лет с ОНП, осложнившимся некрозом и перфорацией стенки полого органа брюшной полости. У 15 пациентов выявили деструкцию задней стенки желудка с формированием соустья между желудком и постнекротической псевдокистой поджелудочной железы. В 5 клинических наблюдениях диагностировали перфорацию задней стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК); у 11 – аррозию и перфорацию тощей кишки, у 45 пациентов – поражение поперечноободочной кишки; в 4 наблюдениях – комбинированную патологию с деструкцией ДПК, толстой кишки и желудка. В 15 наблюдениях аррозия органа сопровождалась желудочно-кишечным кровотечением. Диагностическая программа включала УЗ-исследование, полипозиционное рентгеноскопическое обследование с контрастированием, КТ, видеоэзофагогастродуоденоскопию (ВЭГДС). Анализ результатов ВЭГДС позволил выделить несколько форм эндоскопических проявлений ОНП в желудке и ДПК. Первая форма - умеренные изменения стенок органа в виде гиперемии, отека, инфильтрации, внутрислизистых геморрагий. Вторая форма - выраженный отек, инфильтрация с налетами фибрина и пятнами стеатонекрозов, признаками циркулярного воспалительного стенозирования ДПК. Третья форма - некроз и перфорация стенки полого органа. В ряде наблюдений сопровождалась кровотечением из краев перфоративного отверстия. При эндоскопии через дефект стенки визуализировали некротическую полость со сгустками крови. Достоверно установить источник кровотечения видеоэндоскопически не

удалось. Четвертая форма - формирующиеся панкреатогастро-, панкреато-дуоденальные свищи.

Результаты и обсуждение. Консервативную интенсивную терапию всем пациентам проводили согласно действующему протоколу диагностики и лечения ОНП, утвержденному Министерством здравоохранения РБ. У пациентов с клиническими проявлениями кровотечения выполняли ранний хирургический гемостаз: прошивание стенок псевдокисты лигатурами или аппаратным швом – 9 наблюдений, обвивной шов аррозивного дефекта – 3, трансдуоденальная тампонада полости кисты – 3. Аррозия желудка: резекция – 5 наблюдений, ушивание дефекта – 3, проксимальная резекция и спленэктомия – 7 наблюдений. Пациентам с аррозией ДПК и тощей кишки выполняли ушивание дефекта, резекцию кишки с анастомозом, пластика дефекта петель тонкой кишки. У 5 пациентов с поражением ободочной кишки сформировали толстокишечный свищ, в 33 наблюдениях произвели петлевую илеостомию, в 7 наблюдениях выполнили резекцию толстой кишки с формированием колостомы. В 6 наблюдениях – комбинированные вмешательства, включающие дуоденопластику, гемиколэктомию, резекцию участка ободочной кишки со свищом. Девяти пациентам потребовались повторные вмешательства. Наибольшую летальность отметили у пациентов с аррозиями, сопровождающимися кровотечением.

Выводы. Объем оперативного пособия при деструкции и перфорации полых органов вследствие ОНП определяется степенью поражения прилежащих тканей и органов. Выполнение операции сопряжено с большими техническими трудностями из-за выраженной инфильтрации тканей, нарушения их дифференцировки, наличием эндогенной интоксикации и рисков интраоперационного кровотечения. Это затрудняет применение миниинвазивных лапароскопических методик.