

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Варганов М.В.¹, Стяжкина С.Н.¹, Третьяков Е.В.¹, Климентов М.Н.¹

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» г. Ижевск, Удмуртская Республика, Россия (426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281), vsadnikex@mail.ru

На сегодняшний день бактериальная транслокация из просвета кишки считается основным механизмом возникновения гнойно-септических осложнений асептического панкреонекроза. Мы считаем, что для улучшения барьерных свойств слизистой оболочки кишечника необходимо ректальное введение иммуномодулятора. В исследовании участвовали две группы пациентов. В основную группу вошли пациенты, получающие стандартную терапию и иммуномодулятор «Деринат», который вводили ректально. Группу сравнения составили пациенты с диагнозом асептический панкреонекроз, которые получали стандартную терапию. Нами проведен анализ клинических результатов включения в комплексную терапию асептического панкреонекроза ректального введения иммуномодулятора «Деринат». На основании полученных данных было показано снижение количества инфицированных форм панкреонекроза, уменьшение количества оперативных вмешательств, снижения летальности.

Ключевые слова: асептический панкреонекроз, иммуномодулятор, клинические результаты.

CLINICAL RESULTS OF THE USE OF IMMUNOMODULATOR IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ASEPTIC NECROTIZING PANCREATITIS

Varganov M.V.¹, Styazhkina S.N.¹, Tretyakov E.V.¹, Klimentov M.N.¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Udmurt Republic, Russia (426034, Izhevsk, street Communarov, 281), vsadnikex@mail.ru

To date, bacterial translocation from the intestinal lumen is considered the main mechanism of occurrence of septic complications of pancreatic necrosis aseptic. We believe that to improve the barrier properties of the intestinal mucosa is necessary rectal immunomodulator. The study included two groups of patients. The study group consisted of patients receiving standard therapy and immunomodulator "Derinat" which was administered rectally. The comparison group consisted of patients diagnosed with pancreatic aseptic who received standard therapy. We analyzed the clinical results included in the complex therapy of pancreatic necrosis aseptic rectal immunomodulator "Derinat." Based on these data, it was shown to reduce the number of infected pancreatic necrosis forms, reducing the number of surgical interventions, reducing mortality.

Keywords: aseptic necrotizing pancreatitis, immunomodulation, clinical results.

Инфицированный панкреонекроз - наиболее частое и клинически значимое септическое осложнение панкреатита, так как возникает относительно рано в течение заболевания, летальность при котором достигает 40% [1]. В связи с этим необходим активный поиск методов по предотвращению возникновения этого тяжелого осложнения.

Пациенты с инфицированным панкреонекрозом считаются наиболее тяжелым контингентом. Основная часть из них - это люди трудоспособного возраста [2,7]. Возрастающая частота и тяжесть острого деструктивного панкреатита с его высокой летальностью, делает эту проблему одной из наиболее актуальных для хирургии и требует поиска новых и усовершенствования уже имеющихся способов лечения, поэтому имеет высокое медицинское, научное, социальное и практическое значение.

Как средство профилактики гнойно-септических осложнений панкреонекроза иммунотерапия, по данным некоторых авторов по эффективности схожа с антибиотикотерапией. При ее проведении снижается количество гнойно-септических осложнений и летальность при панкреонекрозе [6,3,4,5].

Цель исследования

Доказать положительное влияние включения ректального введения иммуномодулятора «Деринат» в стандартную консервативную терапию на клинические результаты лечения пациентов с асептическим панкреонекрозом.

Материалы и методы

В работе анализируются результаты лечения 60 пациентов с диагнозом асептический панкреонекроз, находившихся на лечении в хирургическом отделении БУЗ «Первой Республиканской клинической больницы» г. Ижевска Удмуртской Республики с 2012 по 2014 год.

Основную группу составили 30 пациентов с диагнозом асептический панкреонекроз. Данную группу составили пациенты, получающие стандартную консервативную терапию и иммунокоррекцию. В качестве иммуномодулятора использовали препарат «Деринат», который вводили ректально при помощи микроклизм. Перед проведением микроклизмы проводили очистительную клизму с использованием 1,5 литров кипяченой воды комнатной температуры. «Деринат» 20 мл - 0,25% разводили в 50 мл кипяченой воды комнатной температуры. Введение проводили 1 раз в день в течении 3-х дней. Группа сравнения состояла из 30 пациентов, получавших стандартную консервативную терапию без использования иммуномодулятора «Деринат».

Все группы стандартизированы по полу, возрасту и тяжести состояния (для оценки прогноза тяжести течения острого панкреатита использовали систему Ranson J.H.C.). Диагноз острый панкреатит при поступлении в приемное отделение 1 РКБ г. Ижевска определяли общепринятыми методами (жалобы, анамнез, физикальное исследование, наличие лейкоцитоза, ферментемии (α -амилаза крови, мочи), проводились инструментальные исследования (УЗИ, ФГС, обзорная рентгенография брюшной полости). Для исключения инфицирования очагов некроза поджелудочной железы и системной воспалительной реакции мы оценивали уровень прокальцитонина иммунохроматографическим полуколичественным измерением, так же определяли уровень СРБ. В качестве критериев клинической эффективности применения иммуномодулятора «Деринат» мы использовали следующие показатели: количество инфицированных форм панкреонекроза в основной группе и группе сравнения, количество и структура возникших осложнений, количество и структура оперативных вмешательств, летальность у пациентов

основной группы и группы сравнения.

Результаты

Несмотря на комплексную терапию пациентов в исследуемых группах у части из них произошло инфицирование очагов некроза. Данные о количестве инфицированных форм представлены в таблице (таблица 1).

Таблица 1

Количество инфицированных форм панкреонекроза в исследуемых группах

Формы заболевания	Группа сравнения	Основная группа
Инфицированный панкреонекроз	23,3±8,1%	16,7±8,4%
Асептический панкреонекроз	76,7±6,7%	83,3±5,9%

В группе сравнения осложнения были выявлены у 60%±17,4 от общего количества пациентов данной подгруппы, основное количество осложнений в данной подгруппе пришлось на парапанкреатический инфильтрат, который был выявлен у 16,7%±2,8 от всех пациентов в данной подгруппе. Ферментативный перитонит, гнойный перитонит, панкреатогенный абсцесс был выявлен у 10,0%±2,4 от общего количества пациентов в данной подгруппе основной группы. В основной группе осложнения были выявлены 53,3%±5,14 от общего количества пациентов данной подгруппы. Основное количество осложнений пришлось на парапанкреатический инфильтрат, который был выявлен у 16,7%±3,8 от общего количества пациентов в данной подгруппе. Ферментативный асцит – перитонит был выявлен у 13,3%±2,6 от общего количества пациентов во II подгруппе основной группы Септическая флегмона забрюшинной клетчатки и панкреатогенный абсцесс были диагностированы у 10,0%±2,4 от всех пациентов в данной подгруппе. Гнойным перитонитом осложнилось течение панкреонекроза у 3,3%±1,2 от всех пациентов в данной подгруппе (таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных панкреонекрозом по наличию осложнений

Осложнение	Группа сравнения	Основная группа
Септическая флегмона забрюшинной клетчатки (парапанкреатической, параколической, тазовой)	13,3±2,3%	10,0±2,4%
Панкреатогенный абсцесс	10,0±2,4%	10,0±2,4%
Гнойный перитонит	10,0±2,4%	3,3±1,2%

Парапанкреатический инфильтрат	16,7±2,8%	16,7±3,8%
Ферментативный (абактериальный) асцит-перитонит	10,0±2,4%	13,3±2,6%
Общее количество осложнений	60±17,4%	53,3±5,14%

Оперативное вмешательство в объеме: лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки забрюшинной клетчатки, брюшной полости, с последующими плановыми санациями в группе сравнения было выполнено 23,3±7,1 пациентов. Малоинвазивные вмешательства были выполнены 36,3±7,3% пациентам в данной группе. Дренирование абсцессов под УЗИ контролем было проведено 13,3±1,3% пациентов. Лапароскопические санации и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости было проведено 23,3±3,4 пациентов.

В основной группе лапароскопические санации и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости были выполнены 16,7±6,4% пациентов. Дренирование абсцессов под УЗИ контролем 20,0±3,5% пациентов. Оперативное вмешательство в объеме: лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки забрюшинной клетчатки, брюшной полости, с последующими плановыми санациями была проведена 13,3±2,4% пациентов во II подгруппе основной группы (таблица 3).

Таблица 3

Оперативные вмешательства у пациентов с асептическим панкреонекрозом

Оперативные вмешательства	Группа сравнения	Основная группа
Лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки забрюшинной клетчатки, брюшной полости, с последующими плановыми санациями	23,3±7,1%	13,3±2,4%
Дренирование абсцессов под УЗИ контролем.	13,3±1,3%	20,0±3,5%
Лапароскопические санации и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	23,3±3,4%	16,7±6,4%

Летальность в группе сравнения составила 20,0±3,4% в основной группе 13,3±3,5%.

Заключение

Включение в комплексное лечение пациентов с асептическим панкреонекрозом ректального введения иммуномодулятора «Деринат» приводит к уменьшению инфицированных форм панкреонекроза с $23,3 \pm 8,1\%$ до $16,7 \pm 8,4\%$, уменьшает количество осложнений с $60 \pm 17,4\%$ до $53,3 \pm 5,14\%$. В структуре выполненных операций у пациентов с ректальной иммунокоррекцией количество лапаротомий меньше, чем у пациентов, получающих стандартную терапию $13,3 \pm 2,4\%$ и $23,3 \pm 7,1\%$ соответственно. Уменьшается летальность с $20,0 \pm 3,4\%$ до $13,3 \pm 3,5\%$.

Список литературы

1. Агаев, Б. А. Послеоперационное лечение больных острым панкреатитом: реферат/ Б.А. Агаев, Н. А. Мамедова // Хирургия. -2009. № 8. - С. 73-76.
2. Балныков С.И. Петренко Т.Ф. Предикторы высокой вероятности летального исхода у больных с изначально прогнозируемым легким течением панкреонекроза // Хирургия. – 2010. - №3. - С. 37-40.
3. Гнойно-некротический парапанкреатит и его осложнения: учебное пособие для врачей / Р.А. Сопия [и др.]. - СПб.: изд.-во СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2004. - С. 31.
4. Иммунные и ферментные нарушения у больных острым панкреатитом / Б.С. Брискин [и др.] // Хирургия. - 2001. - №4. - С. 106-108.
5. Иммунокоррекция при деструктивном панкреатите: методическое пособие для врачей / Ю.С.Винник [и др.]. - Красноярск, 2006. - 196 с
6. Парапанкреатит: этиология, патогенез, диагностика, лечение/ А.Д. Толстой [и др.]. - СПб., 2003. - 159 с.
7. Casas J.D. Prognostic value of CT in the early assessment of patients with acute pancreatitis. / Casas J.D., Diaz R., Valderas G. et. al. // JR Am. J. Roentgenol. 2004. - Vol. 182. -№3.-P. 569-574.

Рецензенты:

Ситников В.А., д.м.н., профессор ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск;

Шкляев А.Е., д.м.н., профессор ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск.