группах качество жизни пациентов достоверно улучшилось за счет показателя РН. При этом, в группе А признаки БГ после операции сохранялись, но не прогрессировали. В группе В отмечено достоверное исчезновение признаков БГ.

Заключение. Вариант ОФ с ГЕА является более предпочтительным у больных с ХП, осложненным БГ.

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ И СИСТЕМНОЙ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ИЗМЕНЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ В ЖЕЛЧИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж., Аллахвердиев В.А., Гасымова Ш.Х.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Не смотря на бурное развитие современной хирургии, на сегодняшний день одним из основных проблем билиарной хирургии остается синдром механической желтухи (МЖ) и требует поиска новых способов в лечении. Исследованиями ряда авторов установлено, что при МЖ развивается вторичное иммунодефицитное состояние с дисбалансом цитокиноваго статуса.

Цель исследования: изучение эффективности применения Ронколейкина на динамику некоторых в цитокинов в протоковой желчи у больных с МЖ доброкачественной этиологии.

Материалы и методы. У 50 больных в возрасте от 16 до 80 лет с МЖ доброкачественной этиологии в протоковой желчи взятой во время операции, на 3-й и 7-й сутки после наружной декомпрессии холедоха было изучено содержания TNFα , IL-4 и IL-6. В экстренном и срочном порядке оперированы 39 больных с МЖ доброкачественной этиологии. Продолжительность желтухи составила от 1 до 17 дней. Во всех случаях выполнены холецистэктомия, холедохолитотомия и дренирование холедоха по Керу (23), Холстеду (5) и Пиковскому (5), в 8 случаях после холецистэктомии и холедохолитотомии наложен холедоходуоденоанастомоз. Малоинвазивные вмешательство выполнены у 31 больного: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) - у 25, ЭПСТ + стентирование применяли у – 3, ЭПСТ с механической литэкстракцией с целью декомпрессии общего желчного протока использовали у 3 пациентов. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью вариационной статистики и использованием U-критерия по Уилкоксону-Манна-Уитни.

Всем больным Ронколейкин назначали с учетом иммунных нарушений в 400 мл физиологическом растворе капельно внутривенно в течение 4-6 часов со скоростью 1-2 мл/мин. Для предотвращения потери биологической активности препарата в раствор добавили 10% раствора человеческого сывороточного альбумина. У больных с МЖ и ГХ

дополнительно 1 г ронколейкина, разведенного в 50 мл физиологическом растворе капельно вводили интрахоледохеально, через дренажной трубки оставленного в холедохе. Внутрихоледохеальное введение ронколейкина проводили всего 3 раза через день.

Результаты. В целом у больных при интраоперационном заборе желчи содержание TNFα в среднем составляло 100,9±2,8 пкг/мл, IL 6 – 57,3±2,9 пкг/мл, противовоспалительного цитокина IL-4 – 49,5±2,4 пкг/мл.

У больных на фоне системной цитокинотерапии Ронколейкином на 7-е сутки после операции в протоковой желчно концентрация TNFα была на 54,5% (P0<0,001), IL-4- на 49,7% (P0<0,001) и IL-6- на 63,2% (P0<0,001) меньше, по сравнению с исходным показетелем.

Заключение. Включение в общепринятую базисную консервативную терапию при МЖ доброкачественного генеза направленной системной и местной цитокинотерапии с ронколейкином позитивно влияет на динамику изменения цитокинов в желчи с клиническим улучшением состояния больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В ФАЗЕ СЕПТИЧЕСКОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ

Галимзянов Ф.В., Гафуров Б.Б., Прудков М.И.

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург, Россия

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных инфицированным панкреонекрозом в фазу неотграниченной септической секвестрации.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 146 больных неотграниченным инфицированным панкреонекрозом с обширными гнойно-некротическими затеками забрюшинном пространстве. Все пациенты были оперированы из малых открытых доступов без использования широких разрезов. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа (46 (31,5%) человек) - пораженные отделы забрюшинного пространства вскрывали и дренировали одномоментно при первичном оперативном вмешательстве: вторая группа (100 (68,5%) человек) - оперированы поэтапно: сначала дренировали один наиболее измененный квадрант забрюшинного пространства, на следующий день или через день после стабилизации состояния и купирования септического шока оперативному вмешательству подвергались остальные зоны гнойно-некротического воспаления. По демографическим показателям и распространенности поражения забрюшинного пространства группы не различались. Всем больным осуществляли комплексную клинико-лабораторную диагностику и диагностику