

Заключение. Таким образом, транскутанная лазерная перфорация нижних конечностей с фракционной аутомиелотерапией обеспечивает быстрое восстановление пациентов, расширяет перспективы лечения ишемических состояний нижних конечностей.

Гульмурадова Н.Т.¹, Гейниц А.В.², Гаджиев А.И.¹, Струков С.Ю.¹

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ ФГУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России», г. Москва, Россия;

² Московский медицинский университет «Реавиз», г. Москва, Россия

Gulmuradova N.T., Geynits A.V., Gadjiyev A.I., Strukov S.Yu. (Moscow, RUSSIA)

HIGH-LEVEL LASER LIGHT FOR SURGICAL TREATMENT OF POST NECROTIC CYSTS IN THE PANCREAS

Обоснование. Среди всех выявляемых кист поджелудочной железы подавляющее большинство (84–98%) составляют постнекротические кисты, возникающие, как правило, в результате перенесенного острого деструктивного панкреатита, травм поджелудочной железы или прогрессирующего течения хронического панкреатита. Наиболее грозным осложнением кист поджелудочной железы являются аррозивные кровотечения в полость кисты, свободную брюшную полость, желудочно-кишечный тракт и забрюшинное пространство.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы путем применения высокоэнергетического лазерного излучения.

Материал и методы. В настоящем сообщении представлены результаты наложения цисто-гастроанастомоза по Юрашу с применением CO₂ и полупроводникового лазера «Аткус-15» у 21 пациента с постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПНКПЖ). Среди наблюдавшихся больных были 17 мужчин и 4 женщины в возрасте от 39 до 66 лет, в сроки от 8 мес. до 2 лет от момента заболевания. Все они ранее перенесли острый деструктивный панкреатит, смешанный панкреонекроз. Наличие ложной кисты головки или тела поджелудочной железы было подтверждено данными клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования (УЗИ, ЭГДС и КТ). Размеры ПНКПЖ, по данным КТ, составляли от 80 × 113 × 71 до 110 × 126 × 82 мм.

Во всех случаях пациентам выполняли цистогастротомию по Юрашу с применением комбинированного высокоэнергетического лазерного излучения (CO₂-лазера «Лансет-2» и полупроводникового лазера «Аткус-15» на различных этапах операции по разработанной в клинике ФГУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России» методике.

Заключение. Комбинированное применение CO₂- и полупроводникового лазеров при постнекротических кистах ПЖ при наложении цисто-гастроанастомоза позволяет выполнить лазерную вапоризацию внутренней оболочки кисты, получая тем самым надежный гемостаз и предотвращение рецидива заболевания.

Гульмурадова Н.Т., Струков С.Ю., Любчик Е.Н.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ (НИЛИ) НА СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

ФГУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России», г. Москва, Россия

Gulmuradova N.T., Strukov S.Y., Lyubchik E.N. (Moscow, RUSSIA)

EFFECTS OF LOW-LEVEL LASER THERAPY (LLL) AT THE IMMUNE SYSTEM IN DIFFERENT FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

Введение. В настоящее время в патогенезе острого панкреатита (ОП) ведущую роль отводят иммунным нарушениям,

особенно у пациентов с панкреонекрозом, у которых наблюдаются выраженные изменения как со стороны гуморального, так и клеточного иммунитета. С целью эффективности санации деструктивных очагов и для улучшения переносимости хирургического вмешательства больным с первых суток госпитализации одновременно с традиционной терапией проводили сеансы низкоинтенсивной лазерной терапии – ВЛОК (внутривенное лазерное облучение крови). Начиная с 3-х суток пациентам проводили транскутантное комбинированное одномоментное низкоинтенсивное лазерное облучение аппаратами «Милта-Ф» и «Мустанг» по разработанной нами схеме.

Материалы и методы исследования. Нами были проведены исследования иммунного статуса у 57 пациентов с ОП, из числа которых 32 больным проводили сеансы НИЛИ (основная группа). Среди обследованных отечной формой ОП (I группа) было 13 больных; стерильным панкреонекрозом и ферментативным перитонитом (II группа) – 25 пациентов; инфицированным панкреонекрозом (III группа) – 19 больных. У пациентов I гр. проводили только комплексное консервативное лечение, у больных II гр. – комплексное консервативное лечение и лапароскопическое дренирование брюшной полости, у III гр. – традиционное хирургическое лечение. Мониторинг исследований иммунного статуса проводили до и после проведения курса сеансов НИЛИ.

Результаты исследования. Сеансы НИЛИ у пациентов с острым отечным панкреатитом способствовали нормализации уровня лейкоцитов, лимфоцитов, и лейкоцитарно-Т-лимфоцитарного индекса, что является показателем адекватности иммунного ответа на фоне выздоровления пациентов. При этом отмечено достоверное повышение Т-лимфоцитов и их субпопуляций: Т-хелперов и Т-цитотоксических клеток в сравнении с данными у больных контрольной группы. Показатели фагоцитарной активности и иммуноглобулинов оставались в пределах нормы.

Проведение курса НИЛИ у больных стерильным панкреонекрозом и ферментативным перитонитом после видеолaparоскопического дренирования брюшной полости способствовало восстановлению показателей Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций, снижению уровня лейкоцитов ($7,1 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$) и лейкоцитарно-Т-лимфоцитарного индекса с $13,7 \pm 5,2$ до нормы ($5,72 \pm 5,2$) ($p < 0,05$). Подобный иммуномодулирующий эффект НИЛИ предотвращал инфицирование очагов панкреонекроза и тем самым способствовал снижению летальности до 5,1%.

После проведения курса НИЛИ мини-инвазивных и традиционных методов хирургического лечения больных инфицированным панкреонекрозом наступило восстановление показателей Т-клеточного звена иммунитета CD3+ и CD4+ как в относительном, так и в абсолютном показателе на фоне нормализации уровня Т-цитотоксических клеток CD8+, В-лимфоцитов и маркеров активации Т-лимфоцитов.

В обеих группах больных уровень иммуноглобулина G оставался выше нормы, а фагоцитарная активность и активация маркеров Т-лимфоцитов оставались ниже нормы ($p < 0,05$).

Заключение. Применение НИЛИ в раннем послеоперационном периоде у пациентов с различными формами острого панкреатита оказывает модулирующее влияние на клеточное звено иммунитета.

Дербенев В.А., Мустафаев Р.Д., Раджабов А.А., Ширяев В.С., Гульмурадова Н.Т.

ВЛОК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России», г. Москва, Россия

Derbenev V.A., Mustafayev R.D., Radjabov A.A., Shiryayev V.S., Gulmuradova N.T. (Moscow, RUSSIA)

INTRAVENOUS LASER BLOOD IRRADIATION IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH SURGICAL INFECTION

Обоснование. Хирургическая инфекция во всех случаях сопровождается локальным и системным воспалительным