



Клименко М. В.

РЕЗЕРВЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕРИЛЬНЫХ И ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Научный руководитель д-р мед.наук, проф. Велигоцкий Н. Н.

Кафедра торакоабдоминальной хирургии

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Актуальность. Ранняя диагностика инфицированной формы панкреонекроза является одной из самых трудных диагностических задач для выбора лечебной тактики. Различие стерильной и инфицированной фаз панкреонекроза (ПН) на этапе трансформации одной в другую на фоне выраженной системной воспалительной реакции затруднено. При стерильном ПН без явлений нарастающей полиорганной недостаточности нет необходимости в неотложном хирургическом лечении, в то же время доказанный инфицированный панкреонекроз, также как и непосредственные инфекционные осложнения панкреатической инфекции, являются показанием к хирургическому лечению.

Цель: определить клинико-диагностическое и прогностическое значение трансформирующего фактора роста $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$) при стерильных и инфицированных формах ПН на основании изучения особенностей содержания противовоспалительного цитокина в сыворотке крови.

Материалы и методы. Проанализированы результаты наблюдений за 42 больными ОП тяжелой степени: 22 пациента с инфицированной формой ПН и 20 со стерильной. Результаты компьютерной томографии оценивали по классификации Balthazar с индексом CTSI (1994), которая позволяла диагностировать некроз ПЖ, его распространенность, а также прогнозировать течение заболевания. Повторное исследование выполняли при повышении значения шкалы APACHE II в течение двух суток на 4 балла. Содержание TGF- $\beta 1$ в сыворотке крови определялось иммуноферментным методом в первые 24-48 часов и 7-10 сутки госпитализации больных острым панкреатитом. Для определения прогностической значимости различных показателей использовались неоднородные последовательные процедуры Вальда-Генкина, определялись прогностические коэффициенты и прогностическая информативность градации показателей. **Результаты и их обсуждение.**

Анализ распределений уровня TGF- $\beta 1$ у больных с инфицированной и стерильной формами ПН в первые сутки госпитализации показал, что значение цитокина $\leq 150,0$ нг/мл явилось характерным для стерильного ПН, тогда как значения $\geq 160,0$ нг/мл оказался специфичным для инфицированного ПН ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствовали о возможности использования TGF- $\beta 1$ с целью дифференциальной диагностики стерильного и инфицированного панкреонекроза в первые 24-48 часов. Выявлена и статистически подтверждена взаимосвязь показателей шкалы APACHE II, КТ-индекса Balthazar и концентрации TGF- $\beta 1$ при стерильных и инфицированных формах ПН. Более высокие показатели TGF- $\beta 1$ в первые 48 часов госпитализации у больных с инфицированным ПН расценивали как участие противовоспалительного цитокина в формировании генерализованной воспалительной реакции: аутолиз и некробиоз ПЖ, брюшинной клетчатки и развитие ферментативного асцит-перитонита носят абактериальный характер, а тяжесть состояния больных обусловлена выраженной панкреатогенной токсинемией.

Выводы. Использование уровня и динамики противовоспалительного цитокина TGF- $\beta 1$ в сочетании с данными шкалы APACHE II и КТ-индекса Balthazar в алгоритме диагностики острого панкреатита позволяет на ранних сроках госпитализации определить характер и объем панкреонекроза, а значит и выбрать оптимальную хирургическую тактику.