



И.Е. Верхулецкий, Д.Н. Синепупов, Н.А. Синепупов

ИММУНООРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В РЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького

Цель работы — изучить эффективность применения препарата интерлейкин-2 человека рекомбинантный в комплексном лечении острого некротического панкреатита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 40 больных острым некротическим панкреатитом. В комплексном лечении 20 больных использовали иммуноориентированную терапию интерлейкином-2 человека рекомбинантным на протяжении 14 суток после госпитализации.

Результаты и обсуждение. Установлено, что в патогенезе некротического панкреатита и его осложнений большое значение имеют нарушения, возникающие в иммунной системе. При использовании иммуноориентированной терапии выявлено уменьшение летальности и снижение частоты развития гнойных осложнений, ускорение резорбции перипанкреатического инфильтрата, в том числе при тяжелом течении некротического панкреатита.

Выводы. Острый некротический панкреатит сопровождается достоверным снижением абсолютного числа лимфоидных популяций CD3, CD4, CD8, что клинически проявляется высокой частотой гнойных осложнений и сепсиса, обуславливающей высокую летальность. Введение препарата интерлейкин-2 человека рекомбинантный на стадии перипанкреатического инфильтрата способствует достоверному снижению частоты гнойных осложнений с 60 до 35 % и сепсиса с 10 до 5 %.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, иммуноориентированная терапия, интерлейкин-2 человека рекомбинантный.

Острый панкреатит принято относить к заболеваниям смешанного (реаниматолого-хирургического) профиля. Однако в последнее время накоплено много фактов для рассмотрения острого панкреатита (ОП) как иммунологического понятия, что позволяет решить трудные клинические проблемы. Несмотря на применение в лечении панкреонекроза современных детоксикационных технологий, разработку новых методов хирургических вмешательств, совершенствование медикаментозной терапии, летальность при этом заболевании как в Украине, так и за рубежом остается высокой, достигая 20 % при стерильном панкреонекрозе и 60—80 % — при инфицированных формах [1, 3, 4].

Панкреонекроз сопровождается высокой частотой развития шока на ранних стадиях заболевания, полиорганной недостаточностью и гнойно-некротическими осложнениями. Некроз ткани поджелудочной железы и вторичное инфицирование очагов деструкции вызывают синдром системной воспалительной реакции (SIRS), определяющей тяжесть и прогноз заболевания. Ведущую роль в развитии гнойно-септических осложнений и генерализации инфекции играет вторичный иммунодефицит, который характеризуется абсолютной лимфопенией (ниже 1200 клеток/мл) за счет резкого снижения Т-лимфоидных субпопуляций: Т-хелперов 1 типа и цитотоксических лимфоци-

тов (CD3, CD4, CD8). Характер и выраженность иммунодефицита при ОП находятся в прямой зависимости от тяжести панкреатита: при легкой (отечной) его форме иммунодефицита практически не наблюдается, тогда как при панкреонекрозе он развивается, как правило, у 100 % пациентов. Учитывая факт определяющего влияния распространенности деструкции поджелудочной железы на тяжесть ОП, можно говорить о наличии связи между выраженностью иммунодефицита и объемом панкреонекроза [2, 3]. Дополнительным аргументом в пользу наличия такой связи служит одновременность протекания обоих процессов: как формирование панкреонекроза, так и проявления иммунодефицита регистрируют в первые 48 ч от начала ОП. Таким образом, целесообразным является проведение исследований механизмов развития иммунной недостаточности у больных ОП, а также разработка методов лечения, позволяющих управлять патологическим процессом на ранних этапах развития заболевания.

Цель работы — изучить эффективность применения препарата интерлейкин-2 человека рекомбинантный в комплексном лечении острого некротического панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней № 1 факультета интернатуры и последипломного образования Донецкого национального медицинского университета имени Максима Горького, расположенной на базе городского панкреатического центра г. Донецк. Проанализированы результаты исследований, проведенных у 40 больных некротическим панкреатитом (28 мужчин и 12 женщин). Возраст больных — от 29 до 73 лет. Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, объективного обследования, клинико-лабораторных показателей, результатов ультразвукового исследования органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, диагностической лапароскопии, спиральной компьютерной томографии. Окончательную верификацию диагноза проводили интраоперационно, а в случаях летального исхода заболевания — при аутопсии. При формулировке диагноза использовали классификацию В.С. Савельева (2000).

У 30 (75 %) больных при госпитализации выявлены признаки SIRS по шкале признаков R. Bone (1991). У остальных больных клинические проявления SIRS развились в хирургическом отделении. Больные были распределены на две группы, сопоставимые по соотношению полов, среднему возрасту, давности заболевания, этиологии, клинико-морфологическим формам заболевания и тяжести состояния пациентов, по 20 человек в каждой.

У большинства больных была средняя степень тяжести заболевания (75 %), у остальных — тяжелая.

Группу сравнения составили 20 больных некротическим панкреатитом, получавших традиционную терапию, включающую коррекцию гемодинамических, водно-электролитных нарушений, спазмолитическую, антисекреторную, цитостатическую терапию, блокаторы H₂-рецепторов, антибиотикотерапию. В случае необходимости осуществляли инотропную стимуляцию и аппаратную поддержку дыхательной недостаточности. Объем и состав инфузионной терапии зависел от исходного состояния центральной и периферической гемодинамики, степени нарушения водно-электролитного баланса и компенсаторных возможностей миокарда. При средней степени тяжести объем инфузии составил в среднем 50 мл/кг массы тела, при тяжелом панкреатите — 70 мл/кг. Антибиотикотерапию осуществляли с помощью цефалоспоринов 3—4-го поколения в сочетании с метронидазолом, фторхинолонов в сочетании с метронидазолом либо монотерапией карбапенемами («Тиенам» или «Инванс»).

В случае инфицирования определяли характер микрофлоры и чувствительность к антибиотикам. Дальнейшую антибиотикотерапию осуществляли с учетом антибиотикограммы.

Всем больным применили хирургическое лечение. Сроки выполнения ранних операций составляли от 12 до 72 ч с момента поступления в стационар, поздние оперативные вмешательства проводили на 10—14-е сутки. Показаниями к операции в ранние сроки заболевания были: неэффективность консервативной терапии в течение первых трех суток с момента госпитализации, проявляющаяся прогрессированием тяжести заболевания, появление симптомов перитонита, сочетание панкреатита и деструктивного холецистита, нарастающая механическая желтуха без возможности разрешения эндоскопическими способами декомпрессии желчевыводящих путей. В случае успешной консервативной терапии удавалось добиться стабилизации состояния пациентов, локализовать очаг воспаления и выполнить оперативное лечение в отсроченный период по поводу гнойных осложнений.

Видеолапароскопические операции выполнены у 5 (12,5 %) больных, преимущественно в ранние сроки. Оперативные вмешательства из мини-доступов проведены у 11 пациентов в отсроченном порядке при ограниченных поражениях поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. У 20 (50 %) больных проведены операции из верхне-срединного доступа.

В 1-й группе больных некротическим панкреатитом на фоне проведения традиционной интенсивной терапии и оперативного вмешательства исследовали изменения показателей иммунного статуса и активность процессов апоптоза иммунокомпетентных клеток.

У пациентов 2-й группы в комплекс традиционной инфузионной терапии включали иммуно-

рапию интерлейкином-2 человека рекомбинантным — препаратом «Биолейкин». Препарат вводили всем больным в дозе 250—500 тыс. ЕД на 4-е сутки пребывания в стационаре.

Для исследования состояния больных с острым панкреатитом определяли показатели, характеризующие иммунный статус. Забор крови для изучения показателей иммунограммы проводили в 1-е, на 7-е и 14-е сутки наблюдения. Определяли абсолютное содержание в крови лейкоцитов, абсолютное и относительное содержание лимфоцитов, фагоцитарный индекс нейтрофилов (процентное содержание клеток, фагоцитировавших частицы латекса), концентрацию сывороточных иммуноглобулинов А, М и G методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини, содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом осаждения 4 % раствором полиэтиленгликоля (молекулярная масса — 6 кДа). Для исследования субпопуляций лимфоцитов использовали фракцию мононуклеаров, полученную центрифугированием 5 мл венозной крови с гепарином в градиенте плотности Фриколла-верографина 1,077 г/л. Идентификацию популяций и субпопуляций лимфоцитов проводили с помощью реакции непрямой иммунофлуоресценции с использованием флуоресцирующих моноклональных антител серии «Клонспектр» к поверхностным антигенам лимфоцитов CD3, CD4, CD8 и люминесцентного микроскопа ЛЮМАМ-Р8.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программ для персонального компьютера Microsoft Excel 7.0 и Statistica 6.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных 1-й группы в первые сутки после поступления не выявлено существенных нарушений иммунного статуса. Изменения клеточного звена иммунитета проявлялись незначительным снижением процентного содержания основных фракций Т-лимфоцитов — CD3⁺, CD4⁺. Процентное содержание CD8⁺ соответствовало нижней границе нормы. Абсолютное количество лимфоцитов и иммунорегуляторный индекс (ИРИ: соотношение Т-хелперы/Т-супрессоры) также были в пределах нормальных значений (табл. 1). Исследование гуморального звена иммунитета выявило следующие закономерности. В первые сутки отмечено умеренное повышение уровня IgA. Содержание IgM было в пределах верхней границы нормы. Такие изменения в иммунологическом статусе характерны для острого воспалительного процесса.

Отмечены исходно низкие показатели фагоцитарного индекса, что может свидетельствовать о нарушении, прежде всего, неспецифической защиты организма, в то время как специфические механизмы еще не успевают срабатывать. Отсутствие выраженных изменений в иммунограмме не

означает, что иммунная система не реагирует на деструктивный процесс в поджелудочной железе. Результаты исследования иммунограммы в динамике показали, что на 7-е сутки наблюдения у больных некротическим панкреатитом не происходит достоверных изменений иммунологического статуса, а на 14-е сутки параметры иммунограммы соответствуют картине иммунодепрессии средней или тяжелой степени. Зафиксировано выраженное снижение абсолютного количества лимфоцитов, фракций Т-лимфоцитов CD3⁺, CD4⁺ на фоне достоверного увеличения уровня CD8⁺-клеток относительно исходных значений ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о начале развития процесса аутосенсibilизации. Это же подтверждает достоверное снижение величины ИРИ по сравнению с исходными и нормальными значениями. Концентрация ЦИК в эти сроки характеризовалась статистически значимым увеличением относительно исходных показателей.

Существенные изменения происходили и в гуморальном звене иммунитета. Уровень основных фракций иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM) достоверно снижался по сравнению с нормой и исходными показателями ($p < 0,05$).

Таким образом, на 14-е сутки наблюдения у пациентов с некротическим панкреатитом, по данным иммунограммы, обнаружены изменения иммунологического статуса, свидетельствующие о развитии недостаточности иммунной системы. Нарастающая гипоксия и энергодефицит иммунокомпетентных клеток приводят к феномену иммунологического паралича как раз тогда, когда формируется перипанкреатический инфильтрат. Именно в эти сроки происходит присоединение вторичной инфекции и развитие гнойно-некротических осложнений. Из ранних осложнений у больных 1-й группы наиболее часто развивался панкреатический шок (25 %) и острая дыхательная недостаточность (20 %). Реже встречались острая печеночно-почечная недостаточность (10 %) и аррозивное кровотечение (5 %).

Развитие поздних осложнений панкреатита зарегистрировано на 2—3-й неделе наблюдения, что соответствовало срокам развития тотальной недостаточности защитных систем организма. Забрюшинная флегмона диагностирована у 4 (20 %) пациентов, абсцесс сальниковой сумки у 3 (15 %), гнойный перитонит — у 2 (10 %), панкреатогенный сепсис — у 2 (10 %) больных. У 1 пациента послеоперационный период осложнился образованием тонкокишечного свища (5 %). Летальность в группе сравнения составила 30 % (6 человек). У 3 (15 %) больных причиной смерти были острая дыхательная недостаточность и панкреатогенный шок, еще у 3 (15 %) — развившиеся гнойно-некротические осложнения (панкреатогенный сепсис, осложненный полиорганной недостаточностью).

Таким образом, проведенные исследования показали, что в патогенезе некротического панкреатита и его осложнений большую роль играют нарушения, возникающие в иммунной системе.

Эффективность применения препарата интерлейкин-2 человека рекомбинантный изучена у 20 больных острым некротическим панкреатитом, которые составили 2-ю группу. У всех пациентов исследуемой группы на момент госпитализации имелись признаки системной воспалительной реакции, у 75 % пациентов состояние соответствовало средней степени тяжести, у 25 % — тяжелой.

Изучение иммунного статуса больных, которым проводили иммуноориентированную терапию,

показало, что, как и в группе сравнения, у пациентов 2-й группы в первые сутки не было существенных нарушений основных показателей иммунограммы. На 7-е сутки наблюдения происходило достоверное повышение доли фракции CD3⁺ по сравнению с исходными показателями. На протяжении всего периода исследования фагоцитарный индекс возрастал, достигая на 14-е сутки нормальных значений, тогда как у пациентов 1-й группы — оставался пониженным (табл. 2).

На 14-е сутки лечения у больных 2-й группы восстановились до нормы абсолютное и относительное количество лимфоцитов, фракций CD3⁺, CD4⁺-клеток. Концентрация иммуноглобулинов

Т а б л и ц а 1
Динамика показателей иммунограммы у больных 1-й группы

Показатель	Норма	1-е сутки	7-е сутки	14-е сутки
Лимфоциты, %	28–39	28,1 ± 2,0	25,9 ± 2,2	15,3 ± 2,1*
Лимфоциты, клеток/мкл	1600–2400	1744,4 ± 6,5	1685,3 ± 5,8	1014,0 ± 8,2*
Т-лимфоциты, %	67–76	61,2 ± 3,2	57,6 ± 3,2	49,8 ± 4,3*
Т-хелперы, %	38–46	36,8 ± 1,6	34,6 ± 1,2	22,4 ± 2,6*
Т-супрессоры, %	28–40	27,9 ± 2,1	28,7 ± 0,4	36,7 ± 0,6*
ИРИ (Тх/Тс)	1,2–2,0	1,3 ± 0,5	1,2 ± 0,3	0,6 ± 0,1*
IgA, г/л	1,4–4,2	4,8 ± 0,8	5,3 ± 0,8	0,9 ± 0,2*
IgG, г/л	8,0–16,6	6,7 ± 1,2	8,9 ± 1,2	5,4 ± 1,4*
IgM, г/л	0,5–1,3	1,3 ± 0,3	1,8 ± 0,5	1,1 ± 0,6*
ЦИК, усл. ед.	0–100	70,5 ± 3,4	77,8 ± 4,3	97,6 ± 5,3*
Фагоцитарный индекс, %	40–80	27,9 ± 2,1	28,7 ± 0,4	36,7 ± 0,6*

* Различия по сравнению с исходными данными статистически значимы (p < 0,05).

Т а б л и ц а 2
Динамика показателей иммунограммы у больных 2-й группы

Показатель	Норма	1-е сутки	7-е сутки	14-е сутки
Лимфоциты, %	28–39	26,5 ± 1,4	25,2 ± 2,1	36,6 ± 2,1*
Лимфоциты, клеток/мкл	1600–2400	1648,2 ± 12,5	1623,4 ± 8,3	2321,0 ± 13,8*
Т-лимфоциты, %	67–76	52,7 ± 2,8	64,5 ± 3,7	71,8 ± 3,5*
Т-хелперы, %	38–46	34,8 ± 3,1	38,2 ± 2,7	46,7 ± 3,8*
Т-супрессоры, %	28–40	28,1 ± 2,5	27,8 ± 2,4	32,2 ± 3,5*
ИРИ (Тх/Тс)	1,2–2,0	1,24 ± 0,80	1,37 ± 0,90	1,45 ± 0,20*
IgA, г/л	1,4–4,2	3,2 ± 0,4	3,6 ± 0,9	3,6 ± 0,4*
IgG, г/л	8,0–16,6	6,8 ± 1,3	10,6 ± 1,5	11,8 ± 1,3*
IgM, г/л	0,5–1,3	1,2 ± 0,6	1,8 ± 0,4	1,3 ± 0,2*
ЦИК, усл. ед.	0–100	91,5 ± 5,2	74,7 ± 4,3	26,4 ± 1,7*
Фагоцитарный индекс, %	40–80	28,5 ± 2,4	40,2 ± 2,4	72,8 ± 6,2*

* Различия по сравнению с исходными данными статистически значимы (p < 0,05).

Таблиця 3
Осложнения некротического панкреатита

Осложнения	1-я группа	2-я группа
Ранние осложнения	12 (60 %)	7 (35 %)
Панкреатогенный шок	5 (25 %)	2 (10 %)
Острая дыхательная недостаточность	4 (20 %)	3 (15 %)
Печеночно-почечная недостаточность	2 (10 %)	1 (5 %)
Аррозивное кровотечение	1 (5 %)	1 (5 %)
Поздние осложнения	11 (55 %)	6 (30 %)
Флегмона забрюшинного пространства	4 (20 %)	2 (10 %)
Абсцесс сальниковой сумки	3 (15 %)	2 (10 %)
Гнойный перитонит	2 (10 %)	1 (5 %)
Панкреатогенный сепсис	2 (10 %)	1 (5 %)
Ранняя летальность (до 10-х суток)	4 (20 %)	2 (10 %)
Поздняя летальность (позднее 10-х суток)	2 (10 %)	1 (5 %)
Общая летальность	6 (30 %)	3 (15 %)

IgA, IgG, IgM соответствовала норме и достоверно отличалась от исходных показателей. Уровень ЦИК существенно снижался относительно исходного, тогда как в 1-й группе происходило достоверное увеличение содержания ЦИК (см. табл. 2).

Анализ частоты развития осложнений у пациентов 2-й группы выявил достоверное снижение общего количества как ранних, так и поздних осложнений по сравнению с больными, получавшими традиционную терапию (табл. 3).

В группе сравнения отмечено примерно одинаковое количество ранних и поздних осложнений, но ранняя летальность была высокой. Трех (15 %) пациентам через 10—14 сут выполнены повторные операции по поводу развития гнойных осложнений. В этой группе зафиксировано также наибольшее количество повторных санаций — 7.

Во 2-й группе применяемый метод лечения позволил стабилизировать состояние больных на раннем этапе лечения, уменьшить проявления SIRS, что обуславливало достоверное снижение как ранних, так и поздних осложнений по сравнению с 1-й группой. У больных 2-й группы в три раза реже развивался панкреатогенный шок, на 40 % реже — дыхательная и печеночно-почечная недостаточность.

На фоне лечения у больных 2-й группы только в двух случаях некротический панкреатит осложнился развитием флегмоны забрюшинного пространства, в одном — гнойным перитонитом. У 2 паци-

ентов в поздний послеоперационный период сформировался абсцесс сальниковой сумки. Летальность в исследуемой группе составила 15 %, что в 2 раза ниже, чем в группе сравнения. Снижение частоты развития осложнений в ранний и поздний период заболевания позволило сократить длительность пребывания больных 2-й группы в стационаре в среднем на 8 сут (32,6 по сравнению с 24,8 сут).

ВЫВОДЫ

Острый некротический панкреатит сопровождается достоверным снижением абсолютного числа лимфоидных популяций CD3, CD4, CD8, что клинически проявляется высокой частотой гнойных осложнений и сепсиса, обуславливающей высокую летальность.

Введение препарата интерлейкин-2 человека рекомбинантный на стадии перипанкреатического инфильтрата способствует достоверному уменьшению частоты гнойных осложнений с 60 до 35 % и сепсиса с 10 до 5 %.

Применение препарата интерлейкин-2 человека рекомбинантный при развившихся гнойных осложнениях сопровождается лучшей переносимостью оперативных вмешательств и снижением летальности с 30 до 15 %, особенно у пациентов с высоким риском.

Включение в комплекс лечебных мероприятий иммуноориентированной терапии позволяет сократить сроки стационарного лечения с 32,6 до 24,8 сут.

Література

1. Галимзянов Ф.В. Первичная диагностика инфицированного панкреонекроза // Хирургия.— 2006.— № 6.— С. 8—10.
2. Копчак В.М., Хомяк І.В., Копчак К.В. Гострий некротичний панкреатит: сучасні підходи до хірургічного лікування // Харківська хірургічна школа.— 2009.— № 3.1 (35).— С. 78—80.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Варианты те-
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Панкреонекроз и панкреатогенный сепсис. Состояние проблемы // Анналы хирургии.— 2003.— № 1.— С. 12—19.
5. Толстой А.Д., Панов В.П., Краснорогов В.Б. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.— СПб, 2003.— С. 42—44.

І.Є. Верхулецький, Д.М. Синєпупов, М.А. Синєпупов

ІМУНООРІЄНТОВАНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У РЕАКТИВНІЙ ФАЗІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Мета роботи — вивчити ефективність застосування препарату інтерлейкін-2 людини рекомбінантний у комплексному лікуванні гострого некротичного панкреатиту.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 40 хворих на гострий некротичний панкреатит. У комплексному лікуванні 20 хворих використовували імуноорієнтовану терапію інтерлейкіном-2 людини рекомбінантним протягом 14 днів після госпіталізації.

Результати та обговорення. Установлено, що в патогенезі некротичного панкреатиту і його ускладнень важливе значення мають порушення, які виникають в імунній системі. При використанні імуноорієнтованої терапії виявлено зменшення летальності і зниження частоти розвитку гнійних ускладнень, прискорення резорбції перипанкреатичного інфільтрату, зокрема при тяжкому перебігу некротичного панкреатиту.

Висновки. Гострий некротичний панкреатит супроводжується достовірним зниженням абсолютної кількості лімфоїдних популяцій CD3, CD4, CD8, що клінічно виявляється великою частотою гнійних ускладнень і сепсису, які зумовлюють високу летальність. Введення препарату інтерлейкін-2 людини рекомбінантний на стадії перипанкреатичного інфільтрату сприяє достовірному зменшенню частоти гнійних ускладнень з 60 до 35 % і сепсису з 10 до 5 %.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, імуноорієнтована терапія, інтерлейкін-2 людини рекомбінантний.

I. Ye. Verkhuletskii, D.N. Sinepupov, N.A. Sinepupov

THE IMMUNITY-ORIENTED THERAPY IN A COMPLEX TREATMENT OF ACUTE NECROTIC PANCREATITIS IN THE REACTIVE PHASE OF DISEASE

The aim — to study efficiency of application of preparation of recombinated interleykin-2 of man in the holiatry of sharp necrotizing pancreatitis.

Materials and methods. The results of the treatment of 40 patients with acute necrotic pancreatitis were analysed. In the course of a complex treatment of 20 patients the immunity-oriented therapy was used. The patients were treated with recombinated interleykin-2 of man drug for the course of 14 days since the day of hospitalization.

Results and discussion. The conducted researches rotined that in pathogeny of necrotizing pancreatitis and his complications a large value is played by violations, arising up in the immune system. Efficiency of application of preparation of recombinated interleykin-2 of man studied at 20 patients by a sharp necrotizing pancreatitis. At the use of the immunity-oriented therapy diminishing of lethality and decline of frequency of development of festerings complications, acceleration of resorbtion of peripancreatic infiltrate is exposed, including at the heavy flow of necrotizing pancreatitis.

Conclusions. A sharp necrotizing pancreatitis is accompanied the reliable decline of absolute number of limfoid population of CD3, CD4, CD8, that is clinically expressed in considerable frequency of festerings complications and sepsis. Introduction of preparation of recombinated interleykin-2 of man on the stage of peripancreatic infiltrate results in the reliable diminishing of index of frequency of festerings complications from 60 % to 35 % and frequency of sepsis — basic «suppliers» lethality at a necrotizing pancreatitis from 10 % in a control group to 5 % in the basic group of patients.

Key words: acute necrotic pancreatitis, the immunity-oriented therapy, recombinated interleykin-2 of man.