

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДО И ПОСЛЕ СТАНДАРТНОГО И МОДИФИЦИРОВАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гарелик П.В.¹, Батвинков Н.И.¹, Могилевец Э.В.¹, Русин И.В.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,

Гродно, Республика Беларусь

Важная роль придается состоянию иммунореактивности организма при хирургических заболеваниях билиарной системы. Многими авторами показано, что еще до операции в иммунной системе больных калькулезным холециститом имеются существенные нарушения, а хирургическая агрессия и наркоз являются причиной срыва неустойчивого равновесия параметров противoinфекционной защиты [1, 2, 3, 5]. При наличии в организме очага хронической либо острой инфекции характеристики иммунокомпетентных клеток и иммунологических молекул в нем могут значительно отличаться от характеристик тех же типов клеток и молекул, циркулирующих в крови [2, 4, 5].

Целью работы являлось, наряду с изучением системы общего иммунитета, изучить состояние местного иммунитета в отделяемом из подпеченочного пространства у больных ЖКБ после стандартной и модифицированной лапароскопической холецистэктомии как среде, максимально приближенной к зоне оперативного вмешательства и, следовательно, наиболее информативной в отношении происходящих там «иммунологических баталий».

Материалы и методы исследований. Под наблюдением находились 2 группы пациентов после лапароскопической холецистэктомии. Основная группа: 31 пациент. Средний возраст составил $51,2 \pm 2,14$ года. Мужчин было 2 (7%) женщин 29 (94%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 23 (74%), острый – у 8 (26%). Контрольная группа: 60 пациентов после лапароскопической холецистэктомии. Средний возраст составил $51,4 \pm 1,51$ года. Мужчин было 8 (13%) женщин 52 (87%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 45 (75%),

острый – у 15 (25%). Всем пациентам выполнялась лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом. В основной группе после обработки пузырного протока и артерии в ложе желчного пузыря с помощью тонкой иглы, введенной через прокол брюшной стенки, из 2-х проколов по сторонам от тела желчного пузыря в области переходной складки брюшины между печенью и желчным пузырем вводилось 50 мл раствора. Состав раствора: 5% аминокaproновой кислоты 50 мл + 0,4 мл 0,18% адреналина гидратартрата + 1 мл 1% раствора эмоксипина. После этого желчный пузырь выделялся с помощью прецизионной коагуляции сосудистых ветвей. Также в основной группе после удаления желчного пузыря на его ложе укладывалась салфетка «Оксицеланим», состоящая из окисленной целлюлозы и содержащая иммобилизованный гентамицин и тимоген. На данный способ операции получен патент на изобретение РБ № 11967 «Способ лапароскопической холецистэктомии». Пациентам в венозной крови перед операцией и на первые сутки после нее, а также в жидкости, полученной по дренажу из подпеченочного пространства, после операции проводилось иммунофенотипирование лимфоцитов с определением кластеров дифференциации CD3, CD4, CD8, CD16, CD19 (В-лимфоциты), CD25, CD95, измеряли гемолитическую активность, определяли уровни циркулирующих иммунных комплексов, а также изучали функциональную активность нейтрофилов, включающую определение фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса нейтрофилов с культурой золотистого стафилококка. Статистический анализ данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA 6.

Результаты. После операции в контрольной группе в венозной крови отмечается повышение содержания нейтрофилов на 80,88% и лимфоцитов на 40%, а также снижение процентного содержания и абсолютного количества CD3-лимфоцитов, в то время как в основной группе было выше процентное содержание и абсолютное количество нейтрофилов, процентное содержание лимфоцитов, CD3-лимфоцитов, CD4-лимфоцитов, CD8-лимфоцитов, коэффициента CD4/CD8, CD19-лимфоцитов, CD25-лимфоцитов, фагоцитарное число и фагоцитарный индекс, ниже содержание CD95-лимфоцитов. В отделяемом по дренажу в основной группе выявлено статистически значимое более высокое

процентное содержание в перитонеальном отделяемом нейтрофилов в 1,16 раз, лимфоцитов, СД3-лимфоцитов в 1,24 раза, СД4-лимфоцитов в 1,26 раза, СД19-лимфоцитов в 1,37 раза, коэффициента СД4/СД8 в 1,42 раза, фагоцитарного числа в 1,24 раза и фагоцитарного индекса в 1,24 раза, а также более низкое процентное содержания СД95-лимфоцитов в 1,61 раза. На данный способ диагностики получен патент на изобретение РБ № 12194 «Способ оценки состояния Т-клеточного иммунитета в зоне оперативного вмешательства после лапароскопической холецистэктомии».

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют о большей напряженности иммунитета непосредственно в очаге по сравнению с кровью, причем в основной группе это выражено наиболее отчетливо. Изучение показателей иммунитета в биологических средах, максимально приближенных к очагу воспаления, является высоко информативным и чувствительным методом и может использоваться для оценки оперативных вмешательств с использованием иммуномодуляторов.

Литературные ссылки

1. Жарская, С.Л. Состояние факторов общего и местного иммунитета и микрофлора желчи у больных острым и хроническим холециститом: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / С.Л. Жарская; Иркут. гос. мед. ин-т. – Иркутск, 1994. – 24 с.

2. Караулов, А.В. Клиническая иммунология и аллергология: Учебное пособие / А.В. Караулов, А.М. Земсков, В.М. Земсков; под ред. А.В. Караулова. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2002. – 651 с.

3. Карсонова, Н.Г. Иммунокорригирующая терапия при хирургической инфекции / Н.Г. Карсонова, Б.В. Пинегин, Р.М. Хаитов // Анналы хир. гепатологии. – 1999. – Т. 4, № 1. – С. 88–96.

4. Тотолян, А.А. Современные подходы к диагностике иммунопатологических состояний / А.А. Тотолян // Мед. иммунология. – 1999. – Т.1, № 1–2. – С. 75–106.

5. Хаитов, Р.М. Физиология иммунитета: Обзор литературы / Р.М. Хаитов // Аллергия, астма и клинич. иммунология. – 2000. – № 2. – С. 3–16.