

пациентов положительный функциональный результат.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ЖКБ) ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Могилевец Э.В., Мороз В.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Многими авторами показано, что еще до операции в иммунной системе больных ЖКБ имеются существенные нарушения. Изучение процессов, происходящих в зоне оперативного вмешательства, наряду с исследованием параметров общего иммунитета, позволит полнее раскрыть механизмы функционирования, своевременно выявлять возможные нарушения и проводить их коррекцию.

Целью работы явилось определение характеристик общего и местного иммунитета у больных ЖКБ на фоне оперативного лечения.

Под наблюдением находилось 60 пациентов после лапароскопической холецистэктомии в возрасте от 23 до 74 лет. 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%). В крови перед операцией, а также на первые сутки после нее, проводилось иммунофенотипирование лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25, CD95), измеряли гемолитическую активность комплемента и уровни циркулирующих иммунных комплексов, а также изучали функциональную активность нейтрофилов. В жидкости, полученной по дренажу из подпеченочного пространства, через 12-24 часа после операции определяли те же показатели, что и в крови. Продолжительность лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в среднем составила $76,6 \pm 4,74$ мин.

В крови после операции отмечается повышение содержания

нейтрофилов на 80,88% и абсолютного количества лимфоцитов на 40%, а также снижение процентного содержания и абсолютного количества CD3-лимфоцитов наряду с тенденцией к снижению процентного содержания лимфоцитов на фоне низких значений до операции. Непосредственно в зоне оперативного вмешательства были исследованы показатели клеточного звена иммунитета в жидкости, полученной по дренажу из подпеченочного пространства через 12-24 часа после операции. Содержание нейтрофилов составило $75,6 \pm 3,50\%$ ($5,62 \pm 2,269 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитов – $10,8 \pm 1,32\%$ ($0,550 \pm 0,1548 \times 10^9/\text{л}$), CD3-лимфоцитов – $44,5 \pm 2,79\%$ ($0,289 \pm 0,0962 \times 10^9/\text{л}$), CD4-лимфоцитов – $36,6 \pm 2,55\%$ ($0,318 \pm 0,0884 \times 10^9/\text{л}$), CD8-лимфоцитов – $34,7 \pm 2,44\%$ ($0,254 \pm 0,0833 \times 10^9/\text{л}$), CD4/CD8 – $1,24 \pm 0,054$, CD19-лимфоцитов – $26,4 \pm 2,03\%$ ($0,245 \pm 0,0884 \times 10^9/\text{л}$), CD16-лимфоцитов – $38,2 \pm 2,87\%$ ($0,267 \pm 0,0728 \times 10^9/\text{л}$), CD25-лимфоцитов – $20,3 \pm 2,46\%$ ($0,215 \pm 0,0999 \times 10^9/\text{л}$), CD95-лимфоцитов – $49,2 \pm 3,85\%$ ($0,288 \pm 0,1021 \times 10^9/\text{л}$). Тестирование функциональной активности нейтрофилов выявило значение фагоцитарного числа от 34 до 73 ($57,25 \pm 2,364$), фагоцитарного индекса от 4,2 до 8,8 ($6,27 \pm 0,309$). Уровень ЦИК и общая активность комплемента в крови до и после операции существенно не изменились. Уровень ЦИК в зоне оперативного вмешательства составил $15,4 \pm 3,84$ ед, общая активность комплемента $1,44 \pm 0,1$. При сравнении показателей крови и жидкости выявлены статистически значимые различия, а именно: снижение ЦИК в 1,2раза ($p=0,0444$) и комплемента в 2 раза ($p=0,0004$), что может свидетельствовать о возможности элиминации антигена за счет эффекторных факторов.

Таким образом, у пациентов с ЖКБ до оперативного вмешательства имеются существенные нарушения функционирования Т-клеточного звена иммунитета, которые усиливаются после операции. В зоне оперативного вмешательства наблюдается экспрессия антигенов субпопуляций лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD19, CD16) и отмечается их миграция в очаг воспаления наряду с повышением

содержания лимфоцитов с рецептором к апоптозу и снижением иммунорегуляторного индекса. Изучение показателей местного иммунитета в биологических средах, максимально приближенных к очагу воспаления, является высокоинформативным и чувствительным методом и может использоваться для оценки течения послеоперационного процесса.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Могилевец Э.В., Матусевич О.В., Борисовец А.О., Гриневич Д.А.,
Высоцкий А.Ю.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общей хирургии

Интраоперационный гемо- и билиостаз является актуальной проблемой малоинвазивной хирургии, оптимальное решение которой позволяет в значительной мере сократить число конверсий и ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений. В большинстве случаев для выделения желчного пузыря и обработки его ложа на печени во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) используют монополярную коагуляцию-дессикацию. К положительным качествам методики относятся простота использования, высокая скорость рассечения тканей и достаточная надежность гемостаза. При этом температура коагулируемых тканей повышается выше критического уровня. В результате наступает деструкция ткани печени в области ложа, возможны несанкционированные ожоги, в среде углекислого газа образуются токсичные продукты коагуляции.

Цель исследования - изучить активность аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), уровни общего белка и общего билирубина в сыворотке крови и отделяемом из