

КОРРЕКЦИЯ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА И ЭНДОТОКСИКОЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*Кошевский П. П., Алексеев С. А., Бовтюк Н. Я., Алексеев В. С.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. У пациентов с механической желтухой оперативное вмешательство усугубляет имеющийся дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов и эндогенную интоксикацию [Э. И. Гальперин, 2011, В. А. Ступин, 2008, S. C. Katz, 2011]. Воздействие на эти звенья патогенеза может улучшить результаты лечения механической желтухи.

Цель. Изучить возможность коррекции дисбаланса цитокинов и эндогенной интоксикации у пациентов с механической желтухой неопухолевой этиологии в периоперационном периоде.

Материалы и методы. В исследование был включен 61 пациент, оперированный по поводу механической желтухи неопухолевой этиологии. В основную группу были включены 30 пациентов, в группу сравнения – 31 пациент. Пациентам основной группы дополнительно применен метод воздействия импульсным током высокого напряжения и частоты на область печени в сочетании с введением препарата из белковых низкомолекулярных органических соединений, полученных

из животной эмбриональной ткани (решение о выдаче патента на изобретение № а20130005 от 08.12.2015). По возрасту, биохимическим и гематологическим показателям группы достоверно не различались. Перед операцией, на 2-е и 7-е сутки после оперативного вмешательства определяли концентрации интерлейкина-6 (ИЛ-6) и малонового диальдегида (МДА). В качестве группы контроля взяты 15 здоровых доноров. Результаты представлялись в формате Ме (25–75).

Результаты и обсуждение. Концентрация ИЛ-6 в основной группе до операции составляла 12,8 (7,7–22,8) пг/мл, в группе сравнения – 11,2 (8,2–25,5) пг/мл, в группе контроля – 2,4 (2,0–4,0) пг/мл. Концентрации ИЛ-6 в основной группе и группе сравнения до операции между собой не различались ($p = 0,992$) и были значительно выше, чем в группе здоровых доноров ($p < 0,001$). Концентрация ИЛ-6 в основной группе на 2-е сутки после операции составляла 40,2 (21,8–59,4) пг/мл, на 7-е – 14,7 (11,2–20,3) пг/мл, в группе сравнения 65,8 (34,7–152,3) пг/мл и 35,1 (18,6–57,9) пг/мл соответственно. В обеих группах концентрация ИЛ-6 на 2-е сутки после операции достоверно повышалась с последующим достоверным снижением к 7-м суткам после операции ($p < 0,001$), оставаясь при этом на 7-е сутки достоверно выше, чем в группе контроля ($p < 0,001$). На 2-е сутки после операции концентрация ИЛ-6 в основной группе была достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p = 0,012$). На 7-е сутки после операции концентрация ИЛ-6 в основной группе также была достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p = 0,001$). При этом концентрация ИЛ-6 в обеих группах пациентов с механической желтухой на 2-е и 7-е сутки после операции была достоверно выше, чем в группе контроля ($p < 0,001$).

Концентрация МДА в гемолизатах крови у пациентов с механической желтухой до операции в основной группе составляла 1,35 (0,86–1,75) мкмоль/мгНв, в группе сравнения – 1,29 (1,05–1,66) мкмоль/мгНв, в группе контроля – 0,87 (0,66–0,97) мкмоль/мгНв. Концентрация МДА в обеих группах пациентов с механической желтухой достоверно не различалась между собой ($p = 0,790$) и была достоверно выше, чем в группе контроля здоровых доноров ($p = 0,002$). На 2-е сутки после операции концентрация МДА в основной группе составляла 1,13 (0,78–1,75) мкмоль/мгНв, в группе сравнения – 1,46 (1,14–1,94) мкмоль/мгНв, на 7-е сутки после операции – 1,04 (0,83–1,72) мкмоль/мгНв и 1,28 (0,93–1,76) мкмоль/мгНв соответственно. На 2-е сутки после операции концентрация МДА в обеих группах пациентов с механической желтухой оставалась достоверно выше, чем в группе контроля ($p < 0,001$), при этом в основной группе она была достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p = 0,018$). К 7-м суткам после операции концентрация МДА в основной группе и группе сравнения достоверно не различалась между собой ($p = 0,306$).

Также применение метода позволило снизить частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и уменьшить длительность пребывания в стационаре после операции.

Вывод. Разработанный метод обеспечивает коррекцию цитокинового дисбаланса и эндогенной интоксикации в периоперационном периоде и позволяет улучшить результаты лечения у пациентов с механической желтухой неопухолевого этиологии.