

оно может снижать сопротивляемость организма и проявляться ранними неблагоприятными расстройствами различных систем, приводя в дальнейшем к патологическим проявлениям.

Высокая частота у подростков выраженных форм социально значимой патологии свидетельствует о необходимости внедрения организационных технологий активного выявления функциональных расстройств и начальных форм хронических болезней, чтобы своевременно проводить лечебно-оздоровительную и профилактическую работу. Несомненно, главным путём дальнейшего совершенствования медицинского обеспече-

ния подростков и их оздоровления является диспансеризация. Действительно, при проведении диспансеризации путём приписки в военкомате удаётся добиться охвата до 95%. Особое значение имеет работа с лицами 2-й группы (практически здоровые) с наличием факторов риска. Для повышения индекса здоровья подростков, для повышения трудовых резервов, в том числе и призывных ресурсов, необходима хорошо организованная, целенаправленная работа, при этом она должна проводиться не только специалистами органов здравоохранения, но и властными структурами, организующими и контролирующими воспитание и оздоровление подростков.

Принята к печати 25.12.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты. Вестник РАМН 1999; 9: 40-42.
2. Бруй Б.П., Дмитриев В.И., Балыгин М.М. О некоторых медико-демографических и социальных аспектах развития подростков. Здравоохранение РФ 1999; 2: 41-47.
3. Венедиктов Д.Д. Системный подход к проблемам национального здоровья. Вестник РАМН 1998; 2: 33-38.
4. Кетова Г.Г. Охрана здоровья и медико-социальная характеристика юношей допризывного и призывного возраста. Челябинск; 2001; 240 с.
5. Кетова Г.Г. Самонаправленность юношей на военную службу и уровень их информированности о правах и обязанностях граждан, подлежащих призыву. Медицинские, социальные и экологические аспекты формирования здоровья населения. В кн.: материалы научно-практической конференции. Челябинск; 2001; с.180-183.
6. Рахманов Р.С., Покровский А.В., Дюдяков А.А. О влиянии образа жизни и экологических факторов на состояние здоровья молодежи допризывного возраста. Гигиена и санитария 1999; 2: 19-21.
7. Сухарев А.Г., Купче Т.К. Состояние здоровья детей и подростков и факторы риска в геоэпидемической зоне. Гигиена и санитария 1999; 4: 33-35.

УДК 616.37-002-036.12-06-008.6-08:616.34-008.87-078

© А.С. Сираева, Л.П. Фаизова, З.Ш. Садыкова, 2008

А.С. Сираева, Л.П. Фаизова, З.Ш. Садыкова ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А [sIgA] У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Проведено исследование показателей секреторного иммуноглобулина А в смывах кишечника у больных хроническим панкреатитом (ХП) с внешнесекреторной недостаточностью в зависимости от проводимой терапии. Выявлены достоверные отличия уровня секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в смывах толстого кишечника у больных ХП по отношению к показателям в контрольной группе. Уровень продукции sIgA у больных ХП был достоверно ниже. Определение уровня sIgA в смывах толстого кишечника может служить методом оценки системы местного иммунитета слизистой толстого кишечника.

Ключевые слова: толстый кишечник, секреторный Ig A, местный иммунитет.

SECRETORY IMMUNOGLOBULINE A DYNAMIC INDICES OF PATIENTS WITH CHRONIC PANKREATITE UNDER THE INFLUENCE OF THE THERAPY

There was carried out an investigation of secretory immunoglobuline A indices in secretion of intestines of patients with chronic pankreatite with outsecretory deficiency depending on carried out therapy. There was exposed reliable differences of the secretory immunoglobulin A level in large intestine of patients with chronic pankreatite with respect to control group indices. The level of production of sekretory immunoglobuline A of patients with chronic pankreatite was much lower.

Key words: large intestine, secretory immunoglobuline A, local immunity.

В России количество больных ХП составляет около 60 тысяч (40,1 на 100 тысяч населения, или 0,4%), а соотношение острых и хронических панкреатитов - 1: 5. Болезни ПЖ встречаются в 1,5 раза чаще, чем болезни печени и в 4,2 раза реже, чем болезни билиарной системы. За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом более чем в 2 раза.

Хронический панкреатит является наиболее частой причиной развития экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Лечение экзокринной панкреатической недостаточности остается в настоящее время сложной задачей, что объясняется многофакторностью ее патогенеза и трудностью выбора оптимальной схемы лечения. По данным различных авторов распространенность ХП среди населения различных стран варьирует от 0,2 до 0,68%, а среди больных гастроэнтерологического профиля составляет 8-9%.

Практически при всех этиологических формах панкреатита со временем развивается синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ), который обусловлен уменьшением массы её функционирующей экзокринной паренхимы в результате атрофии, фиброза, неоплазии либо нарушением оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку (ДПК) в силу блока выводных протоков ПЖ конкрементом, опухолью, густым и вязким секретом.

Последнее десятилетие ознаменовалось ростом исследований состояния естественной микрофлоры пищеварительного тракта, выполняющей важнейшие физиологические функции и обеспечивающей колонизационную резистентность организма. [Ардатская М.В., 2006; Ильин В.К., 2007].

Одним из наиболее важных свойств кишечной микрофлоры является ее тесное взаимодействие с иммунной системой, большое значение отводится модулирующему влиянию кишечной микрофлоры на продукцию цитокинов, обладающих широким спектром биологического действия [Губергриц

Н.Б., 2000; Маев И.В., 2003; Царегородцева Т.М., Серова Т.И., 2003; Ивашкин В.Т., 2004].

Другой важный эффект - стимуляция локального иммунитета, в первую очередь обусловленный усилением секреции ключевого звена системы местного иммунитета, а именно секреторного Ig A.

Важное значение имеет взаимодействие между ответом слизистой оболочки и иммунным ответом в масштабах всего организма. Показано, что системное стимулирование иммунной системы (например, путем инъекции или через дыхательные пути) приводит к выработке антител в организме, но может не вызывать ответа слизистых.

Иммунный ответ слизистой оболочки – наиболее важный компонент ее обороны, защищающий макроорганизм от инвазии антигена через поверхность слизистой оболочки, и определяется, в первую очередь, секреторными антителами. Резистентность секреторных иммуноглобулинов к действию протеолитических ферментов обусловлена секреторным компонентом, это и определяет преимущества их перед антителами других изотипов. Секреторный sIg A действует как первая линия иммунной защиты слизистых, нейтрализующая патогенны [Хаитов Р.М., 2000].

Таким образом, защитные механизмы слизистой оболочки включают в себя много факторов и являются продуктом совместной деятельности макроорганизма и микрофлоры. Здесь действуют как неспецифические защитные факторы (рН, редокс-потенциал, вязкость, низкомолекулярные метаболиты микрофлоры), так и специфические - секреторный Ig A, фагоциты и иммунные клетки. В совокупности формируется "колонизационная резистентность" - способность микрофлоры и макроорганизма в кооперации защищать экосистему слизистых от патогенных микроорганизмов.

Цель настоящего исследования

Исследовать уровень sIg A в смывах кишечника у больных хроническим панкреатитом.

Материалы и методы

Определение уровня секреторного Ig A (sIg A) в смывах толстой кишки проводили применяя твердофазный иммуоферментный анализ с использованием набора реагентов (sIg A - ИФА-БЕСТ). Производитель ЗАО ВЕКТОР-БЕСТ, г. Новосибирск.

Исследование проведено у 86 больных хроническим панкреатитом, из них: у 12 больных без внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и у 74 больных с наличием внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования отмечены достоверные отличия уровней секреторного sIg A в смывах толстого кишечника у больных ХП по отношению к показателям в контрольной группе. Уровень продукции секреторного sIg A у больных ХП был достоверно ниже его значения в контрольной группе: $10,9 \pm 1,38$ мг/л, против $14,7 \pm 1,15$ мг/л, $p < 0,05$ (табл.1.).

Таблица 1.
Содержание секреторного иммуноглобулина А в смывах толстого кишечника у практически здоровых лиц и больных ХП в зависимости от наличия внешнесекреторной недостаточности ПЖ.

Показатели	Уровень sIgA мг/л
Контроль (n=20)	$14,7 \pm 1,15$
Больные (n=86)	$10,9 \pm 1,38^*$
Больные ХП без ВСН ПЖ (n=12)	$13,1 \pm 1,2^{**}$
Больные ХП с ВСН ПЖ (n=74)	$5,37 \pm 1,05^*$

Прим. * $p < 0,05$ -статистическая значимость различий с данными контрольной группы, ** $p < 0,05$ -степень достоверности между вариантами ХП.

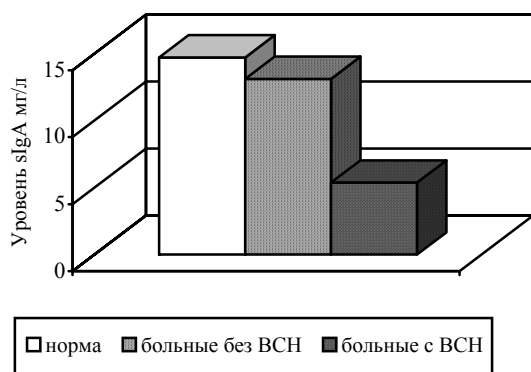


Рис. 1. Содержание секреторного иммуноглобулина А в смывах толстого кишечника у практически здоровых лиц и больных ХП в зависимости от наличия внешнесекреторной недостаточности ПЖ.

В группе больных ХП без внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы содержание sIg A составило $13,1 \pm 1,2$ мг/л, что было достоверно ($p < 0,05$) ниже по отношению к показателям в группе контроля $14,7 \pm 1,15$ мг/л ($p < 0,05$).

В группе больных ХП с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы отмечено снижение содержания sIg A в до $5,37 \pm 1,05$ мг/л по отношению к показателям здоровых лиц $14,7 \pm 1,15$ мг/л ($p < 0,05$) и больных ХП с наличием внешнесекреторной недостаточности $5,37 \pm 1,05$ мг/л ($p < 0,05$).

При исследовании взаимосвязей уровня секреторного sIg A в смывах толстого кишечника у больных ХП с наличием внешнесекреторной недостаточности выявлены следующие корреляционные зависимости: уровень секреторного sIg A прямо коррелировал с показателями панкреатической эластазы-1, являющейся маркером внешнесекреторной функции ПЖ ($r = 0,7$), ($p < 0,05$), активностью липазы ($r = 0,43$), ($p < 0,05$) и уровнем долевого участия уксусной кислоты в профиле короткоцепочечных жирных кислот ($r = 0,7$), ($p < 0,05$).

Исследование динамики показателей уровня секреторного иммуноглобулина А в смывах толстого кишечника проведено у 74 больных ХП с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ в зависимости от проводимой терапии. В 1-й группе (n=34) больные получали традиционную терапию в соответствии со стандартами диагностики и лечения (2002). Во 2-й группе (n=40) больные получали комплексное лечение с включением пребиотического препарата Энтеросан по 2 капсуле 3 раза в день в течении 3 недель. (табл.2).

Уникальность препарата «Энтеросан» подтверждается его свойствами, созданными самой природой, которые невозможно воспроизвести искусственными методами. Прежде всего, это природные сиаломуцины, которые усиливают защитные свойства эпителия кишки, восстанавливают предэпителиальный барьер и защищают от воздействия повреждающих факторов (ксенобиотики, токсины, соли тяжелых металлов, патогенная микрофлора, антибиотики, гормоны, химиопрепараты и т. д.) [4,7].

Рядом авторов [4,6,7] показано, что он имеет в своем составе гликопротеиды, гликозаминогликаны, протеолитические ферменты и амилазу, желчные и нуклеиновые кислоты. Компоненты препарата оказывают комплексное воздействие на желудочно-кишечный тракт при нарушении процессов пищеварения [4].

Действие препарата реализуется за счет восстановления внутриполостного окислительно-восстановительного потенциала кишечника, восстановления экосистемы толстой кишки, уменьшения диспептических явлений

и диареи, нормализации процессов всасывания липидов в кишечнике, абсорбции микроорганизмов, токсинов, солей тяжелых металлов, радионуклидов, бактериостатического действия желчи на кишечную флору и предупреждения развития гнилостных процессов[4,6].

Ферментативное действие препарата обосновано наличием собственных протеолитических ферментов[5].

Таблица 2.
Динамика показателей уровня секреторного иммуноглобулина А в смывах толстого кишечника у больных хроническим панкреатитом под влиянием различных видов терапии.

Показатели	Контроль n-20	1 группа традиционная терапия (n-34)		2 группа комплексная терапия (n-40)	
		3	4	5	6
sIgA мг/л	14,7±1,15	5,37±1,05	P<0,05	5,87±1,04	P<0,05
		10,7±1,05	P* < 0,05	15,7±1,15	P* > 0,05 P● < 0,05

Прим.: в числителе показатели – до лечения, в знаменателе – после лечения, * p>0,05- до и после лечения, p<0,05- статистическая значимость различий с данными контрольной группы, ●p<0,05-степень достоверности между вариантами ХП.

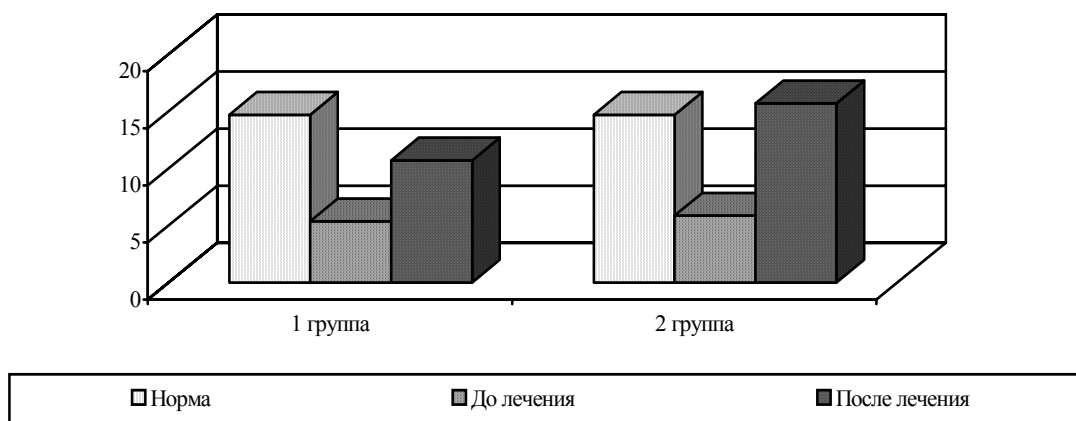


Рис.2. Динамика показателей уровня секреторного иммуноглобулина А в смывах толстого кишечника у больных хроническим панкреатитом под влиянием различных видов терапии.

Под влиянием проведенного лечения больных хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы наблюдалась динамика показателей уровня секреторного иммуноглобулина А. (табл.2). Сниженные до лечения значения уровней секреторного иммуноглобулина А повысились в обеих группах больных после проведенной терапии. Значение уровня секреторного иммуноглобулина А. в первой группе больных на фоне традиционной терапии повысилось до 10,7±1,05 мг/л по сравнению с исходным (5,37±1,05 мг/л) уровнем (p< 0,05). Во 2-ой группе больных, после проведенной комплексной терапии, уровень секреторного иммуноглобулина А повысился более значительно (15,7±1,15 мг/л), по сравнению с исходным (5,87±1,04 мг/л) уровнем (p< 0,05), достигнув нормальных показателей. Положительные изменения показателей уровня секреторного иммуноглобулина А. в смывах толстого кишечника сочеталось с улучшением эндоскопической картины состояния слизистой оболочки после проведенной терапии.

Заключение

В результате проведенного лечения отмечалась положительная динамика показате-

лей секреторного иммуноглобулина А в смывах толстого кишечника в обеих группах больных, достоверно более значимая во 2-й под влиянием комплексного лечения.

Снижение концентрации sIg А может быть связано с нарушением синтеза секреторного компонента и сборки молекулы sIg А или, свидетельствовать о хроническом течении процесса, особенно в сочетании с повышенным уровнем Ig А [Костюкова С.Б.,1996; Арефьева Н.А., Медведев Ю.А.,1997]. Учитывая, прямую корреляционную зависимость пониженного уровня секреторного sIg А в смывах толстого кишечника со снижением долевого участия уксусной кислоты в профиле КЖК в кале, участвующей главным образом в регуляции местного иммунитета [Белюсова Е.А.,2005], снижение концентрации sIg А происходит в результате нарушения метаболической активности микрофлоры, в особенности анаэробных популяций презептальной зоны [Ильина Н.О.,2006]. По снижению уровня sIg А в супернатанте содержимого толстой кишки можно судить о дистрофии слизистой оболочки и нарушениях всасывательной функции кишечника [Петухов В.А., 2003].

Принята к печати 20.12.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова, Е.А. Синдром мальабсорбции (патофизиология, клиника, лечение): пособие для практических врачей / Е.А. Белоусова, А.Р. Златкина. - М., 1998. - <http://medicalexpress.freenet.uz/index.php?id=1701-9&lang=ru>
2. Маев, И.В. Хронический панкреатит: [монография] / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Ю.А. Кучерявый; отв. ред. И.И. Жданюк. - М.: ОАО «Издательство Медицина», - 2005. - 504 с.
3. Петухов, В.А. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы при ЖКБ: этиопатогенез, диагностика и принципы лечения / В.А. Петухов, П.Ю. Туркин // Русский медицинский журнал. - 2002. - № 4. - С. 167-171.
4. Колганова, Н.А. Энтеросан в клинической терапии дисбактериоза толстого кишечника у больных с atopическим синдромом / Н.А. Колганова // Сборник научных трудов. - М., 2003. http://www.medminiprom.ru/index.php?id=2&sub_id=22
5. Клиническая эффективность гепатосана и энтеросана - медикаментозных препаратов на натуральной основе / О.Н. Минушкин, Г.А. Елизаветина, Л.В. Масловский [и др.] // Кремлёвская медицина. Клинический вестник. - 2000. - № 1. - С. 100.
6. Охлобыстин, А.В. Новые данные о патогенезе наследственного панкреатита / А.В. Охлобыстин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1999. - № 4. - С. 18-23.
7. Гладских, Л.В. Органотерапия хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта препаратом «Энтеросан» / Л.В. Гладских, М.Ю. Штукарева // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2002. - № 1. - С. 53.

УДК 616.366-003.7-06-089-072.1

© В.М. Тимербулатов, Г.М. Гарипов, И.В. Верзакова, Р.Б. Сагитов, Л.Л. Акубеков, 2008

В.М. Тимербулатов, Г.М. Гарипов, И.В. Верзакова, Р.Б. Сагитов, Л.Л. Акубеков
**ВЫБОР МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
 БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Представлен анализ результатов лечения 3113 больных желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Авторами использованы три метода мини-инвазивных операций – лапароскопический (1272), через мини-лапаротомный доступ (1841) и эндоскопически-ассистированный (92). Уточнены показания к каждому методу оперативного лечения. Подчеркивается опасность чрезмерного увлечения мини-инвазивными методами как универсальными во всех клинических ситуациях, когда должны применяться традиционные методы хирургии. Анализируются структура, причины и методы устранения интра- и послеоперационных осложнений по классификации авторов (соответственно 0,95% и 7,8%).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, миниинвазивные операции, интра- и послеоперационные осложнения

V.M. Timerbulatov, R.M. Garipov, I.V. Verzakova, R.B. Sagitov, L.L. Akukbekov
**THE CHOICE OF MINIMAL INVASIVE METHODS IN SURGICAL TREATMENT
 OF GALL-BLADDER DISEASE AND ITS COMPLICATIONS.**

Authors represented results of surgical treatment 3113 patients with gall-bladder disease and its complications. Authors used three minimal invasive methods for surgery gall-bladder disease- laparoscopic cholecystectomy (1272), minilaparotomic cholecystectomy (1841) and laparoscopic assisted cholecystectomy (92). Authors set indications for each minimal invasive surgical method, and conclude that not only one method is universal for all clinical situations. In article analyzed structure, etiology of intraabdominal and postoperative complications based on own classification (0,95% and 7,8% conformity).

Key words: gall-bladder disease, minimal invasive surgery, intraabdominal and postoperative complications.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу распространенных заболеваний и выявляется у 5-10% населения [2]. В настоящее время в лечении данного заболевания используются следующие методы лечения: консервативные (медикаментозная литолитическая терапия), дистанционная ударно – волновая литотрипсия и хирургические.

Последние являются ведущим методом лечения ЖКБ и используются в 95-97%. Так, только в Республике Башкортостан ежегодно проводятся более 4000 оперативных вмешательств на желчевыводящих путях. Прошло более 20 лет после выполнения первой лапароскопической холецистэктомии (Mouret P, 1987), и она стала «золотым стандартом» хи-