

Результаты и обсуждение

Оказалось, что во всех группах больных АИТ наблюдалось повышение концентрации ИФ- γ , при чем максимальное увеличение содержания ИФ- γ выявлено в группе больных с АИТ манифестным гипотиреозом в 36,6 раза ($p=0,004$) (табл. 1). Кроме этого, во всех группах возрастала концентрация ФНО- α , наиболее значимая в группе больных АИТ с эутиреоидным состоянием щитовидной железы ($p<0,001$).

В то же время уровень ИФ- α увеличивался у больных АИТ субклиническим и манифестным гипотиреозом и не менялся в группе больных с АИТ эутиреозом.

Помимо этого, наблюдалось увеличение концентрации ИЛ-8 и ИЛ-6 во всех группах больных, а рост уровня аутоантител к ИЛ-8 зарегистрирован в группах с субклиническим и манифестным гипотиреозом и не менялся у больных с эутиреоидным состоянием щитовидной железы.

Таким образом, полученные данные подтверждают

теорию аутоиммунного воспаления в щитовидной железе. Следует обратить внимание на резкий рост провоспалительного цитокина ИЛ-8, обладающего хемоаттрактными свойствами. Максимальный уровень этого цитокина зарегистрирован у больных АИТ манифестным гипотиреозом, но параллельно с этим наблюдается уменьшение концентрации аутоантител к ИЛ-8, по сравнению с исходными данными. Вероятно, полученные результаты свидетельствуют об истощении компенсаторного механизма, ограничивающего уровень ИЛ-8, что сопровождается рекрутацией нейтрофилов и окончательной деструкцией щитовидной железы.

Возможно, максимальное увеличение ИФ- γ и достаточно высокий уровень ИФ- α , свидетельствуют в пользу выраженности деструктивного процесса. Высокий уровень ФНО- α был зарегистрирован у больных АИТ с эутиреоидной функцией щитовидной железы. Данный факт, вероятно, свидетельствует о начальных стадиях заболевания и недостаточной степени компенсации, что приводит к усиленной продукции ФНО- α .

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреодология: Учеб. пособие. – М.: Медицина, 2007. – 816 с.
2. Велданова М.В. Уроки тиреодологии. – Петрозаводск, 2005. – 397 с.
3. Глазнова Т.В., Бубнова Л.Н., Трунин Е.М. и др. Продукция некоторых цитокинов у больных с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. – 2005. – №3. – С.29-32.
4. Зорин Н.А., Аппельганс Т.В. и др. Сравнительное изучение уровней некоторых цитокинов, белков острой фазы, тиреотропного гормона и антител к тиреопероксидазе при лечении аутоиммунного тиреоидита // Цитокины и воспаление. – 2006. – Т. 5. №3. – С.46-48.
5. Исаева М.А., Богатырева З.И. и др. Аутоантитела

различных уровней специфичности и функциональности в патогенезе и диагностике аутоиммунных заболеваний щитовидной железы // Клиническая и экспериментальная тиреодология – 2007. – Т. 3. – С.27-34.

6. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 76. №1. – С.5-8.

7. Маркелова Е.В., Лазанович В.В. и др. Исследование сыровоточного ИЛ-8 при диффузном токсическом зобе // Медицинская иммунология – 2002. – Т.4. №2. – С.204.

8. Уразова О.И., Кравец Е.Б. и др. Апоптоз нейтрофилов и иммунорегуляторные цитокины при аутоиммунных тиреопатиях // Клиническая и экспериментальная тиреодология. – 2007. – Т.3. №4. – С.49-53.

Информация об авторах: 672090, Чита, ул. Горького, 39а, ГОУ ВПО ЧГМА, тел. 8-3022-35-38-00, e-mail: zuevaaa@yandex.ru, Цыбиков Намжил Нанзатович – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.; Зуева Анна Анатольевна – аспирант, врач ГУЗ ККБ; Жигжитова Евгения Батовна – ассистент, к.м.н.; Пруткина Елена Владимировна – ассистент, к.м.н.

© КЧИБЕКОВ Э.А., ЗУРНАДЖЬЯНЦ В.А. – 2010

ИММУНОХИМИЧЕСКИЙ СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Э.А. Кчибеков, В.А. Зурнаджьянц

(Астраханская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов, кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, зав. – д.м.н., проф. В.А. Зурнаджьянц)

Резюме. Дифференциальная диагностика острого панкреатита и острого холецистита сложна и не всегда точна. Недостаточно разработаны критерии ранней дооперационной диагностики различных форм панкреонекроза и показания к оперативному лечению, в связи с чем нередко выполняются ненужные диагностические лапаротомии и открытые дренирующие операции, что, в свою очередь, увеличивает частоту гнойно-воспалительных заболеваний и приводит к высокой летальности, 2-3% – при отечной форме, и от 18-20% до 25-80% – при деструктивных формах панкреатита. В связи с этим для повышения точности дифференциальной диагностики острого панкреатита и острого холецистита более перспективными представляются методы иммунохимического определения концентрации α_2 -макроглобулина в сыворотке крови.

Ключевые слова: острый холецистит, острый панкреатит, α_2 -макроглобулин (МГ), дифференциальная диагностика, балльная оценка.

IMMUNOCHEMICAL WAY OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE PANCREATITIS AND ACUTE CHOLECYSTITIS

Е.А. Kchibekov, V.A. Zurnadzhjants
(Astrakhan Medical Academy)

Summary. Differential diagnosis of acute pancreatitis and acute cholecystitis is difficult and is not always exact. Criteria of early diagnosis of various forms of pancreonecrosis and indications to operative treatment in this connection quite often lead to fulfillment of unnecessary diagnostic laparotomy and opened draining operations, that, in turn, increases frequency of pyo-inflammatory diseases, that lead to high death rate, 2-3% - in edematous form, and from 18-20% to 25-80% - in destructive forms of pancreatitis. In this connection for increase of accuracy of differential diagnosis of acute pancreatitis and acute cholecystitis immuno-chemical definitions of concentration of α_2 -macroglobulin in blood serum are to be considered

as the most perspective methods.

Key words: acute cholecystitis, acute pancreatitis, α_2 -macroglobulin (MG), differential diagnosis, estimation in points.

Дифференциальная диагностика острого панкреатита и острого холецистита сложна и не всегда точна. Она основывается на тщательном сборе анамнеза, объективных физикальных данных, лабораторных тестах, рентгенологического и компьютерного томографического исследования. Однако ни одна из этих позиций не дает надежного диагностического результата [1,5].

Диагностика острого панкреатита является весьма сложной проблемой и в настоящее время. Недостаточно разработаны критерии ранней дооперационной диагностики различных форм панкреонекроза и показания к оперативному лечению, в связи с чем нередко выполняются ненужные диагностические лапаротомии и открытые дренирующие операции, что, в свою очередь, увеличивает частоту гнойно-воспалительных заболеваний и приводит к высокой летальности, 2-3% – при отечной форме и от 18-20% до 25-80% – при деструктивных формах панкреатита [4,6].

Оценка тяжести заболевания строится на анализе клинико-лабораторных шкал, которые позволяют повысить точность прогнозирования исхода заболевания и развития гнойно-септических осложнений. Наиболее распространенными системами оценки тяжести состояния больного и прогноза являются шкалы Ranson (1974), Glasqow (1984), Apache-2 (1984) [2,9,11].

Кроме того, не редко деструктивные процессы в поджелудочной железе и желчном пузыре протекают латентно и диагностируются при уже развившихся осложнениях.

Стандартные лабораторные тесты позволяют диагностировать острый панкреатит и острый холецистит, а так же дифференцировать их между собой в 35%-45% случаев. На эти показатели большое влияние оказывает точность, а также своевременность проведения с одной стороны доступных и в то же время высокоинформативных методов обследования. Количество расхождений диагнозов достигает 10-15% [1,3].

Затруднение в диагностике острого панкреатита и, особенно его деструктивных форм, обусловлено полиморфностью клинических проявлений, низкой их специфичностью, а также отсутствием четких лабораторных показателей, которые бы однозначно указывали на воспалительный процесс в поджелудочной железе [11].

Единственным на сегодня обоснованным показанием к хирургическому лечению некротизирующего панкреатита являются инфицированные некрозы поджелудочной железы в сочетании с нарастающим сепсисом [13]. При диагностике многих деструктивных состояний хорошо зарекомендовал себя α_2 -макроглобулин (МГ), который, по мнению исследователей, считается показателем деструкции тканей [8].

В связи с этим намного более перспективны в этом направлении представляются методы иммунохимического определения концентрации α_2 -макроглобулина в сыворотке крови.

Цель работы: повышение точности дифференциальной диагностики острого панкреатита и острого холецистита.

Материалы и методы

Концентрацию МГ в сыворотке крови определяли у 82 больных с острым панкреатитом и 215 больных с

острым холециститом при поступлении, непосредственно в день операции, через 3-5 дней после оперативного вмешательства и при выписке больных методом радиальной иммунодиффузии (мг/л) исследовались концентрации α_2 -макроглобулина.

Для удобства интерпретации результатов цифры сывороточного МГ в границах от 0 до 200 мг/л приняты за 1 балл.

Полученные результаты исследований обработаны с помощью пакета статистического анализа Statistica 6, SPSS V 10.0.5, программ «STATLAND», «EXCEL-97», «Basic Statistic» с учетом стандартных методик вариационной статистики, включая вычисление t-критерия Стьюдента для оценки значимости различий. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

При поступлении в стационар, исследуя уровень α_2 -макроглобулина в сыворотке, определяют баллы для каждой нозологии, при этом при значениях α_2 -макроглобулина 200 мг/л, принятых за 1 балл, соответственно уровень до 800мг/л – за 4 балла, судят об остром

Таблица 1

Частота обнаружения и концентрации (M±m) МГ в сыворотке крови доноров и больных с различными формами ОХ при поступлении и выписке

| БЕЛОК | ОХ n=205 | | ХОЛЕЦИСТИТ | | | | | |
|--------------------|-------------|---------------|-------------------------|---------------|---------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| | | | катаральный ОХ, n=85 | | флегмонозный ОХ, n=101 | | гангренозный ОХ, n=19 | |
| | n=109 до | n=96 после | n=46 до | n=39 после | n=51 до | n=50 после | n=12 до | n=7 после |
| МГ, (ИДА) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Сыворотка, мг/л | 957±73 | 660±56 | 762±156 | 562±123 | 1087±97 | 720±96 | 1150±118 | 777±267 |

Примечание: * - значимость различий между значениями до- и после лечения.

панкреатите, а при уровне α_2 -макроглобулина, превышающем 800 мг/л, – об остром холецистите. Результаты иммунохимического тестирования МГ, сопоставленные с данными общеклинического обследования, показали, что у больных острым панкреатитом до лечения уровень МГ был пониженным до 800 мг/л ($p<0,01$) (4 балла), при остром холецистите повышен до 1150 мг/л ($p<0,01$) (6 баллов).

Таблица 2

Частота обнаружения и концентрации (M±m) МГ в сыворотке крови доноров и больных с ОП подвергнутых оперативному и консервативному лечению при поступлении и выписке

| БЕЛОК | ОП (консервативн) n=74 | | ОП (оперированные) n=8 | | доноры n=180 |
|--------------------|---------------------------|---------------|---------------------------|--------------|-----------------|
| | n=40 до | n=34 после | n=8 до | n=8 после | |
| МГ, (ИДА) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Сыворотка, мг/л | 805±180 | 1237*±206 | 1120±160 | 1440±403 | 1033±267 |

Примечание: * - значимость различий между группами больных с контролем (доноры).

В таблицах 1,2 видна четкая зависимость концентрации МГ от степени деструктивного процесса в поджелудочной железе или в желчном пузыре. В динамике уровень МГ (повышается при остром холецистите и снижается в процессе лечения, тогда как при остром панкреатите уровень МГ при воспалении понижено и восстанавливается при успешном лечении), что следует использовать в дифференциальной диагностике острого панкреатита и острого холецистита.

На основании созданной нами бальной оценки у 56% обследованных больных, поступивших в стационар с предварительным диагнозом острый холецисто-

панкреатит, уточнен диагноз: острый холецистит или острый панкреатит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Араблинский А.В. и др. Лучевая диагностика острого панкреатита // Мед. визуализация. 2000. – С.2-14.
2. Гербенко Г.И., Смило Р.М., Кузнецов А.В. Оптимизация диагностических методов у больных острым панкреатитом // Медицина неотложных состояний. – 2007. – Т. 8. №1. – С.117.
3. Губергриц Н.Б., Баринаева Н.Е., Беляев В.В. Клинико-патогенетическая оценка информативности и современные возможности оптимизации ультразвуковой диагностики хронического рецидивирующего панкреатита // Мед. визуализация. – 2002. – №1. – С.48-58.
4. Гербов В.В., Кулиш В.А., Мешеша Берхане Редае. Возможности эндоскопического лечения распространенного перитонита. // В сб: Миниинвазивные технологии в неотложной хирургии. – Краснодар, 2002. – С.30-31.
5. Лищенко А.Н., Ермаков Е.А., Дегтярёв М.М., Талалай З.Ф. Диагностическая и лечебная тактика при осложнённом остром холецистите и холецистопанкреатите // Вопросы оказания экстренной и неотложной помощи: Материалы юбил. конф., посвящённой 35-летию Краснодарского городского центра скорой медицинской помощи. – Краснодар, 1999. – Т.1. – С.39-44.

6. Ломакин М.С. Иммунологический надзор. – М.: Медицина, 1990. – С.256.
7. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – М., 1996. – С.322.
8. Назаров П.Г. Реактанты острой фазы воспаления. – СПб.: Наука, – С.2001-401.
9. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения // Анналы хирургии. – 2001. – №3. – С.58-62.
10. Brown A., Baillargeon J.D., Hughes M.D., Banks P.A. Can fluid resuscitation prevent pancreatic necrosis in severe acute pancreatitis // Pancreatology. – 2002. – Vol. 2. №2. – P.104-107.
11. Buechler M.W., Gloor B., Muller C.A., et al. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection // Ann. Surg. – 2000. – Vol. 232. №5. – P.619-626.
12. Knaus W.A., Draper E.A., Wagner D.P., Zimmerman J.E. APACHE II. A severity of disease classification system // Crit Care Med. – 1985. – Vol. 13. – P.818-829.
13. Lee V.T., Chung A.Y., Chow P.K., et al. Infected pancreatic necrosis – an evaluation of the timing and technique necrosectomy in a Southeast Asian population // Ann. Acad. Med. Singapore. – 2006. – Vol. 35. №8. – P.523-530.

Информация об авторах: 414041, Астрахань, ул. Яблочкова 5, кв. 60, е – mail: Eldar_76@inbox.ru, Кчибеков Элдар Абдурагимович – ассистент, к.м.н.; Зурнаджянц Виктор Ардоваздович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор.

© ЦЫДЕНОВА Ц.Б. – 2010

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «БАЛИЗ-2» НА ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Ц.Б. Цыденова

(Бурятский государственный университет, ректор – д.п.н., проф., член-корр. РАО С.В. Калмыков, кафедра факультетской хирургии, зав. – д.м.н., проф. А.Н. Плеханов)

Резюме. В статье дана характеристика иммунных дисфункций, происходящих у больных бактериальным вагинозом. При этом отмечено, что применение препарата «Бализ-2» в комплексной терапии данной патологии способствует нормализации иммунологических нарушений, в частности приводит к нормализации про- и противовоспалительных цитокинов.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, иммунология, цитокины, лечение.

ESTIMATION OF THE INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENT WITH USE OF PREPARATION «BALIZ-2» ON IMMUNE STATUS OF PATIENTS WITH BACTERIAL VAGINOZUM

C.B. Cydenova
(Buryat State University)

Summary. The feature of immune dysfunction, taking place in patients with bacterial vaginosis is described in the article. It has been established that using the preparation «Baliz-2» in complex therapy of the present pathology promotes normalizations of immune disturbances, in particular results in normalizations of pro- and anti-inflammatory cytokines.

Key words: bacterial vaginosis, immunology, cytokines, treatment.

По данным литературы, частота встречаемости бактериального вагиноза (БВ) колеблется от 12 до 42% в структуре воспалительных заболеваний половых органов [3,9]. Одной из основных причин, способствующих возникновению и рецидивирующему течению БВ, является снижение защитных сил организма, обусловленное нарушением как системного, так и местного иммунитета, в частности, расстройством местных механизмов защиты слизистых оболочек генитального тракта [4,5,6].

Лечение БВ направлено, прежде всего, на ликвидацию имеющейся патогенной флоры с последующей коррекцией нарушенной экосистемы влагалища. В комплексе лечебных мероприятий используются антибактериальные, противовоспалительные, анальгетические,

антигистаминные, витаминные препараты, ферменты, эубиотики и биологически активные соединения [1,7]. Однако эффективность этих лекарственных средств в лечении БВ не до конца изучена и продолжает еще обсуждаться в отечественной и зарубежной литературе.

Целью работы явилась оценка влияния комплексного лечения с использованием препарата «Бализ-2» на динамику иммунологических показателей у больных БВ.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 235 больных с диагнозом БВ. Все больные были разделены нами на 3 группы. Основную группу составили 112 больных, которые в