

ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH DIFFERENT VARIANTS OF CLINICAL COURSE OF CALCULOUS CHOLECYSTITIS

A. Yashnov
O. Konovalova
Y. Hanina
N. Yashnova
M. Vdovina
M. Burtseva

Summary. Gallstone disease is one of the most common diseases of the digestive system in the world. In recent years, there has been an increase in morbidity among the working population, which has a negative impact on social activity and quality of life. Great difficulties in early clinical diagnosis and timely use of preventive measures are caused by nonspecific clinical manifestations and hidden course of cholelithiasis. Acute cholecystitis, in turn, occupies an honorable place among the urgent problems of modern surgery. Due to the introduction of modern methods of ultrasound diagnosis, it was possible to provide early detection of acute calculous and acalculous cholecystitis. However, due to minimally invasive interventions, the number of postoperative complications and mortality decreased. It should be noted that one of the problems of emergency surgery has now become atypical for destructive cholecystitis. However, currently there are no criteria in the diagnosis of this pathology, which can reliably determine the degree of destruction in the gallbladder. The aim of our work was to determine the state of humoral immunity (prospective study of immunogram) in patients suffering from different variants of the clinical course of calculous cholecystitis. A promising study of the immunogram of patients suffering from different variants of the clinical course of calculous cholecystitis. All patients are divided into 2 main groups: patients with chronic calculous cholecystitis and patients with acute calculous cholecystitis. In all examined groups of patients there is an increase in the level of total immunoglobulin. The most significant increase in the level of IgA, IgM is determined in patients with acute cholecystitis clinic.

Keywords: gallstone disease, immunoglobulins, acute cholecystitis, cholecystectomy, immunogram.

Яшнов Алексей Александрович

К.м.н., ассистент, ФГБОУ ВО Читинская
государственная медицинская академия
alexyashnov@mail.ru

Коновалова Ольга Геннадьевна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО Читинская
государственная медицинская академия

Ханина Юлия Сергеевна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО Читинская
государственная медицинская академия

Яшнова Надежда Борисовна

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская
академия

Вдовина Марина Георгиевна

ГУЗ Городская клиническая больница № 1

Бурцева Мария Александровна

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская
академия

Аннотация. Желчнокаменная болезнь — одно из самых распространённых заболеваний пищеварительной системы в мире. В последние годы отмечается рост заболеваемости среди работоспособной части населения, что оказывает негативное влияние на социальную активность и качество жизни. Большие трудности в ранней клинической диагностике и своевременном использовании профилактических мероприятий вызваны неспецифичностью клинических проявлений и скрытым течением желчнокаменной болезни. Острый холецистит в свою очередь занимает почётное место среди актуальных проблем современной хирургии. Ввиду внедрения современных методов ультразвуковой диагностики удалось обеспечить раннее выявление острого калькулёзного и бескаменного холецистита. Вместе с тем благодаря малоинвазивным вмешательствам снизилось количество послеоперационных осложнений и летальности. Необходимо отметить, что одной из проблем неотложной хирургии в настоящее время стали атипичное течение деструктивного холецистита. Вместе с тем в настоящее время нет критериев в диагностике данной патологии, которые достоверно могут определить степень деструкции в желчном пузыре. Целью нашей работы явилось определение состояния гуморального иммунитета (перспективное исследование иммунограммы) у пациентов страдающих различными вариантами клинического течения калькулёзного холецистита. Проведено перспективное исследование иммунограммы пациентов страдающих различными вариантами клинического течения калькулёзного холецистита. Все пациенты подразделены на 2 основные группы: пациенты с хроническим калькулёзным холециститом и пациенты с острым калькулёзным холециститом. Во всех обследуемых группах больных отмечается повышение уровня общего иммуноглобулина. Наиболее значительное повышение уровня IgA, IgM определяется у пациентов с клиникой острого холецистита.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, иммуноглобулины, острый холецистит, холецистэктомия, иммунограмма.

Введение

В настоящее время желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из 3 самых распространённых заболеваний пищеварительной системы в мире. В последние годы отмечается рост заболеваемости среди работоспособной части населения, что оказывает негативное влияние на социальную активность и качество жизни. Большие трудности в ранней клинической диагностике и своевременном использовании профилактических мероприятий вызваны неспецифичностью клинических проявлений и скрытым течением ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит остаётся большой проблемой, так как многократные обострения ухудшают качество жизни пациента. Вместе с тем хирургическая тактика при хроническом калькулёзном холецистите определена [1,2]. Острый холецистит по существу занимает почётное место среди актуальных проблем современной медицины. Благодаря многочисленным исследованиям в последние годы достигнуты определённые успехи касаясь проблем этиопатогенеза и диагностики. Ввиду внедрения современных методов ультразвуковой диагностики удалось обеспечить раннее выявление острого холецистита. Вместе с тем благодаря малоинвазивным вмешательствам снизилось количество послеоперационных осложнений и летальности. Необходимо отметить, что одной из проблем неотложной хирургии в настоящее время стали атипичное течение деструктивного холецистита. Зачастую, опираясь на клиническую картину, лабораторные и инструментальные данные, складывается впечатление о купировании острого процесса в желчном пузыре. Вместе с тем по данным разных авторов такое течение деструктивного холецистита в 20–60% приводит к ложным диагностическим данным. Ввиду того, что деструктивные изменения в стенке желчного пузыря сохраняются, а зачастую и продолжают нарастать, пациенты погибают. Данный вариант течения острого холецистита необходимо интерпретировать, как «скрытое». Ряд авторов при скрытом течении острого холецистита предлагают выполнять контрольное ультразвуковое исследование, и при сохранении явлений обструкции и деструкции принимать решение об оперативном лечении в экстренном или отсроченном порядке [3,4,5]. Вместе с тем в настоящее время нет критериев в диагностике, которые достоверно могут определить степень деструкции в желчном пузыре.

Немногочисленные исследования последних лет, изучающие вопросы диагностики деструкции в желчном пузыре, показывают, что у всех больных с острым холециститом наблюдаются изменения иммунологического статуса. Опираясь на иммунологические сдвиги в организме больного с деструктивным холециститом, мы сможем спрогнозировать, как поведёт себя патологический процесс. Вместе с тем появляется возможность ранней

диагностики осложненного течения острого холецистита и предотвращению послеоперационной летальности [6,7,8]. Необходимо отметить, что основное место занимает изменение гуморального звена иммунного ответа. Определённая уникальность антител заключается в специфическом взаимодействии с антигеном, благодаря которому они образовались. Молекулы антител состоят из двух тяжёлых (H) и двух лёгких (L) цепей, которые связываются между собой дисульфидными мостиками. Необходимо помнить, что антигенсвязывающий центр антител комплементарен к антигену по принципу «ключ — замок». В настоящее время изучено пять классов иммуноглобулинов, которые отличаются по строению тяжёлых цепей, молекулярной массе, физико-химическим и биологическим характеристикам: IgG, IgM, IgA, IgE, IgD [9].

Цель работы

Целью нашей работы явилось определение состояния гуморального иммунитета у пациентов страдающих различными вариантами клинического течения калькулёзного холецистита.

Материалы и методы

Проведено перспективное исследование иммунограммы пациентов страдающих различными вариантами клинического течения калькулёзного холецистита (n=150). Все пациенты подразделены на 2 основные группы: 1 группа пациенты с хроническим калькулёзным холециститом (n=75); 2 группа — пациенты с острым калькулёзным холециститом (n=75). Исследуемые группы пациентов, прооперированные по стандартной методике лапароскопической холецистэктомии. Всем пациентам проводился забор крови на иммунологическое исследование до операции. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS Statistics 7.0 с соблюдением принципов статистического анализа, принятых для исследований в биологии и медицине. Результаты приведены в среднем значении со средней квадратичной ошибкой ($M \pm m$). Для исследования взаимосвязей между изучаемыми параметрами проводили парный корреляционный анализ по Пирсону.

Результаты

Во всех обследуемых группах больных отмечается повышение уровня общего иммуноглобулина. Так у пациентов с хроническим калькулёзным холециститом показатель составил — 401,8МЕ/мл а у острых — 450,09МЕ/мл (Рисунок 1.).

Установлено что у пациентов с хроническим калькулёзным холециститом и у пациентов с острым каль-

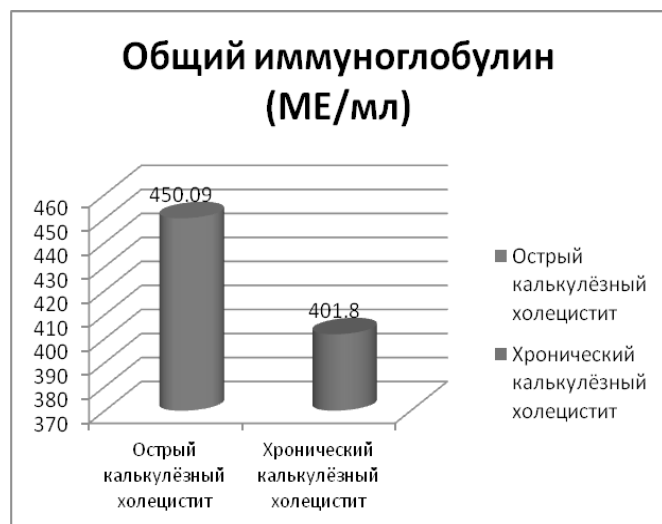


Рис. 1. Показатель общего иммуноглобулина/ A measure of total Immunoglobulin

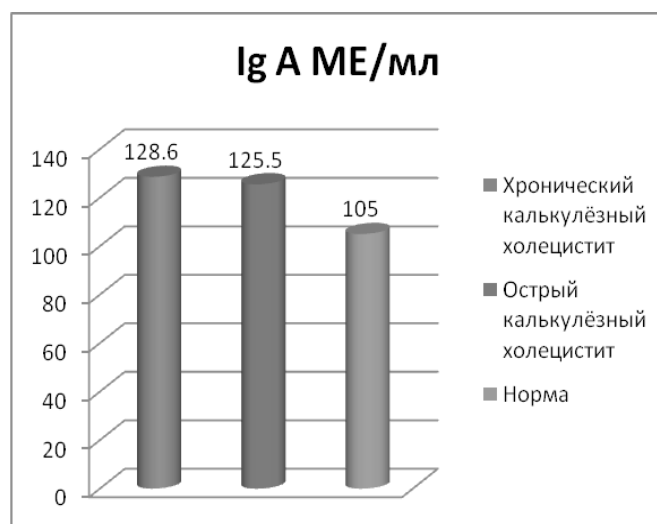


Рис. 2. Уровень IgA у пациентов с желчнокаменной болезнью/ IgA levels in patients with cholelithiasis

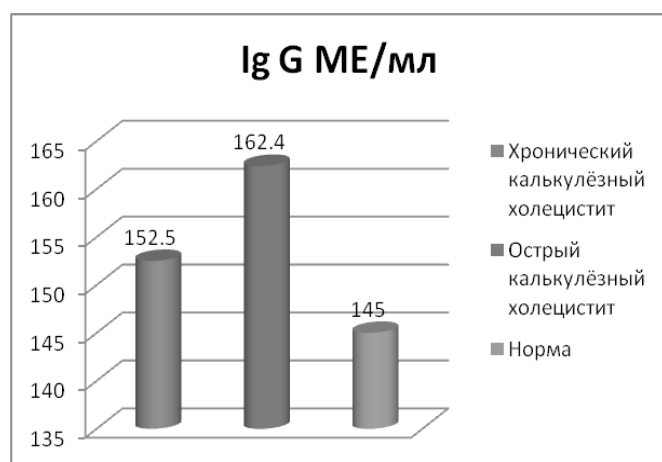


Рис. 3. Уровень IgG у пациентов с желчнокаменной болезнью/ IgG levels in patients with cholelithiasis

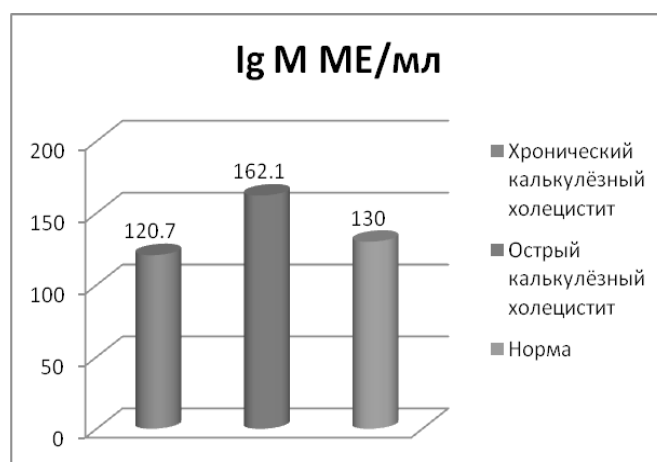


Рис. 4. Уровень IgM у пациентов с желчнокаменной болезнью/ IgM levels in patients with cholelithiasis

кулёзным холециститом концентрация IgA составляет 125,5455–128,619 МЕ/мл (в 1,2 выше нормы). (Рисунок 2).

Выявлено, что концентрация IgG в группе больных с хроническим калькулёзным холециститом составила 152,5238 МЕ/мл (в 1,04 раза выше нормы), а в группе с острым воспалительным процессом — 162,3636МЕ/мл (в 1,1 раза выше нормы) (Рисунок 3).

Определено, что концентрация IgM у пациентов в первой группе — 120,7143МЕ/мл (в пределах нормы), тогда как у пациентов второй труппы концентрация IgM — 162,1818МЕ/мл (1,3 раза выше нормы) (Рисунок 4).

При этом намечается тенденция, что у пациентов второй группы по гуморальному звену активирован воспалительный ответ с выбросом местнокомпонентных (IgA) и острофазных (IgM) антител. ($p < 0,05$), а у первой группы по гуморальному звену отмечается накопление антител памяти (IgG) совместно с повышением местнокомпонентных (IgA) антител ($p < 0,05$).

Выводы

1. У пациентов с желчнокаменной болезнью отмечается повышения уровней основных классов иммуноглобулинов.

2. У больных с клиникой острого холецистита отмечается значительное повышение уровня IgA, Ig M.

3. У больных с клиникой хронического холецистита идет накопление белков-памяти, на фоне повышения местно компонентных антител.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиндюк С. А. Оптимизация диагностики и хирургического лечения острого калькулезного холецистита. Тюмень.: диссертация кандидата медицинских наук; 2005.
2. Феклюнина А. А. Хирургическая тактика при хроническом калькулезном холецистите у пациентов пожилого и старческого возрастов. Санкт-Петербург.: диссертация кандидата медицинских наук; 2009.
3. Винник Ю. С., Миллер С. П. Возможности лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите. Эндоскопическая хирургия. 2000; 2:17–18.
4. Каримов Ш. И., Ким В. Т., Хакимов М. Ш. Выбор хирургического лечения острого холецистита у больных с повышенным операционным риском. Анналы хирургической гепатологии. 2004. 9(2):115–119.
5. Малюга, В. Ю. Хирургическая тактика при лечении деструктивных форм калькулезного холецистита. Москва.: Автореф. дис. канд. мед. наук; 2000.
6. Луппальцев, В. И. Почепцов В. Г., Бобылов А. Г. Состояние иммунитета у лиц пожилого и старческого возраста до и после операции по поводу острого холецистита. Клиническая хирургия. 1988. 4:23–24.
7. Трифонова Э. Б., Сайфутдинов Р. Г. Факторы, влияющие на сократительную функцию желчного пузыря у больных желчнокаменной болезнью. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012. 4: 24–35.
8. Призенцов А. А., Лобанков В. М., Скуратов А. Г. Желчнокаменная болезнь: состояние проблемы. Проблемы здоровья и экологии. 2012. 3 (33): 39–44.
9. Полетаев А. Б. Клиническая и лабораторная иммунология. М.: Мед. информ. Агентство; 2007.

© Яшнов Алексей Александрович (alexuashnov@mail.ru), Коновалова Ольга Геннадьевна, Ханина Юлия Сергеевна, Яшнова Надежда Борисовна, Вдовина Марина Георгиевна, Бурцева Мария Александровна.
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Читинская государственная медицинская академия