

**ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ  
ИММУНОЛОГИИ В КЛИНИКЕ  
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Венглинская Е.А., Парахонский А.П.

*Краснодарский медицинский институт высшего  
сестринского образования**Кубанский медицинский университет  
Краснодар, Россия*

Отмечено участие иммунной системы (ИС) в патогенезе основных заболеваний человека. Методологически, проблему иммунодиагностики распространённых заболеваний человека с учётом достижений современной экспериментальной и клинической иммунологии, можно условно разделить на основные группы способов её решения: серологические методы и оценка иммунного статуса. Последняя является патогенетическим видом диагностики, что позволяет верифицировать диагноз конкретного заболевания. Постановка диагноза невозможна без клинико-лабораторных данных, и только комплексный подход может реализовать возможности современных достижений клинической иммунологии при оказании больным специфической иммунологической помощи. Динамику любого заболевания с иммунопатогенетической основой следует рассматривать с точки зрения динамического взаимодействия эффекторных звеньев ИС, участие которых в патологических процессах обусловлено наличием антигенного раздражителя и индуцированным каскадом различных цитокинов. Установлено, что развитие большинства заболеваний имеет иммунопатогенетическую основу, а их течение, хронизация, благополучный или летальный исход во многом связаны с функциональной активностью клеток-эффекторов, находящихся под регуляторным влиянием Т<sub>h</sub>-клеток-помощников. Так, при ревматоидном артрите (РА) обострение заболевания протекает на фоне повышенной активности Т<sub>h</sub>1-клеток, а, следовательно – эффекторов ГЗТ. Состояние ремиссии у этих больных опосредуется усилением функциональной активности антителопродуцирующих клеток. При системной красной волчанке, заболевания близкого по патогенезу РА, иммунодинамика болезней прямо противоположна. Выяснение эффекторных функций ИС проясняет иммунопатогенетические основы динамики основных заболеваний человека; намечает пути целенаправленной иммунопатогенетической терапии заболеваний с учётом активности различных субпопуляций иммунокомпетентных клеток, требующих своеобразных методов воздействия. Сформировались такие направления клинической иммунологии, как иммунопрофилактика, иммунотерапия, иммунореабилитация заболеваний человека. Методы иммунопрофилактики (вакцины, сыворотки) следует считать единственными, которые действительно предотвращают развитие инфекционных заболеваний.

Конечная цель иммунотерапии – создание и применение препаратов высокоспецифической направленности в отношении различных популяций и субпопуляций иммунокомпетентных клеток, в отношении отдельных интерлейкинов и цитокинов. Важным представляется необходимость разработки новых иммуномодулирующих препаратов на основе веществ эндогенного животного и экзогенного растительного происхождения с их природной не токсичностью в терапевтических дозировках. Основные виды иммунотерапии предполагают возможность использования ИС в качестве мишени терапевтического воздействия. Здесь ИС используется также в качестве источника лекарственных препаратов (иммуноглобулины, цитокины, пептиды), что повышает специфичность и эффективность воздействия. Применение адаптивной клеточной иммунотерапии при лечении онкологических, аутоиммунных, аллергических заболеваний, вторичных иммунодефицитных состояний с использованием интерлейкина-2, комплекса ауто- и ксеноцитокинов, официальных лекарственных иммуномодулирующих препаратов показало их высокий терапевтический эффект. С помощью различных видов иммунотерапии практически успешно решаются проблемы лечения основных неинфекционных заболеваний человека. Проблемы прогноза связаны с тактикой лечения конкретных заболеваний.

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-  
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ  
ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО  
БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА И  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**Екимова Н.В., Лифшиц В.Б., Субботина В.Г.,  
Колопкова Т.А., Комаров И.И.*Государственный медицинский университет  
Саратов, Россия*

Одной из актуальных проблем гастроэнтерологии являются заболевания желчного пузыря: хронический бескаменный холецистит (ХБХ), желчнокаменная болезнь (ЖКБ) (Я.С. Циммерман, 2006).

Важность всестороннего изучения холецистита связана с тем, что он наряду с язвенной болезнью занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения и его лечение является одной из приоритетных проблем современной медицины (А.С. Логинов, 2001; М.И. Филимонов, 2001). Болезнь значительно «помолодела», встречается не только в молодом, но и в раннем детском возрасте (Н.Н. Кулик, 2000).

Значительную частоту заболеваемости связывают как с влиянием генетических факторов, так и с действием экологических факторов, ведущих к нарушению липидного обмена (И.А. Горьковская, 1999).

Проблема ЖКБ в наше время приобрела не только медицинское, но и социальное значение. Этот факт обусловлен целым рядом причин. Во-первых, по распространенности она занимает 3-е место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Среди взрослого населения Европы частота обнаружения ЖКБ составляет 10 – 15%. Отмечается устойчивая тенденция к росту распространенности и среди детей – в настоящее время в среднем 5%. Этот факт позволяет прогнозировать в ближайшее десятилетие дальнейшее увеличение количества больных ЖКБ (Л.Б. Лазебник, А.А. Ильченко, 2005).

Во-вторых, возможность длительного бессимптомного течения заболевания создает определенные трудности обнаружения его на ранних стадиях, что является причиной поздней диагностики, как правило, на стадии уже сформировавшихся желчных камней, когда применение консервативных методов лечения ограничено, а единственным и практически безальтернативным методом остается холецистэктомия.

В-третьих, широкое внедрение в практику новых, менее инвазивных технологий оперативных вмешательств не решило проблемы холелитиаза (С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, 2000).

**Целью настоящего исследования** явилось изучение клинических, сонографических, биохимических показателей при обострении и ремиссии хронического бескаменного холецистита и желчнокаменной болезни, определение взаимосвязи критериев, с построением на основе полученных данных математических моделей прогнозирования течения заболеваний.

#### **Клиническая характеристика обследованных и методы исследования**

Обследовано 98 больных (48 мужчин и 50 женщин) средний возраст  $50,0 \pm 6,2$  лет. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – ХБХ в период обострения (32 человека, из них 19 мужчин и 13 женщин), 2-я – ХБХ в период ремиссии (31 человек, из них 15 мужчин и 16 женщин), 3-я – ЖКБ (35 человек, из них 14 мужчин и 21 женщина).

Проведено клинико-anamnestическое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря на аппаратах DP – 9900Plus / Mindray (КНР); SDU – 500C «Sreimadzu» (Япония) конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц. В сыворотке крови определяли щелочную фосфатазу (ЩФ) методом Haussament T.U. (1977), концентрацию липидов: общего холестерина сыворотки крови CHOD – PAP методом, холестерина ЛПВП методом Burstein M., Selvenick H.R. and Morfin R.J, триглицеридов (ТГ) методом Young D., Pestaner L.C. and Gibbermann V. (1975) с математическим расчетом холестерина ЛПНП и коэффициента атерогенности (КА).

В ходе проведенного исследования было выявлено, что клиническая картина ХБХ в период обострения, ХБХ в период ремиссии и ЖКБ у пациентов не отличалась от классической, опи-

санной в литературе (А.А. Ильченко, 2004; Р.А. Иванченкова, 2005; Т.Е. Полунина, 2005). Возможно, это связано с тем, что под нашим наблюдением находились пациенты, находящиеся на стационарном лечении, т.е. отобранные для проведения исследования.

Нами было отмечено повышение индекса массы тела у больных с ЖКБ выше нормы ( $30,1 \text{ кг/м}^2$ ) и по сравнению с больными ХБХ (от  $25,8 \text{ кг/м}^2$ ).

У пациентов с ЖКБ наследственность былаотягощена в 62,0 % случаев (в основном по первой линии родства), при ХБХ – у 15,8%.

При УЗИ исследовании значительных отличий в средних размерах желчного пузыря, размерах холедоха и толщины стенки выявлено не было. В группе больных ХБХ в период ремиссии деформация и перегиб встречались значительно чаще, чем у больных ЖКБ (соответственно, 9,6% и 9,6% случаев; 0% и 2,8%) ( $p < 0,05$ ).

В общем анализе крови значительных отклонений от нормы выявлено не было.

В обострение ХБХ и при ЖКБ в 1,7 и 1,8 раза была повышена ( $p < 0,05$ ) ЩФ сыворотки крови, по сравнению с ремиссией ХБХ (соответственно: ХБХ в период обострения  $220,8 \pm 19,7$  Ед/л; ЖКБ  $234,0 \pm 25,8$  Ед/л и ХБХ в период ремиссии  $132,0 \pm 16,9$  Ед/л).

В группе больных ЖКБ выше нормы ( $5,3 \text{ ммоль/л}$ ) были показатели холестерина сыворотки крови, но они достоверно не отличались от таковых ( $p > 0,03$ ) в группах ХБХ в период обострения ( $4,9 \text{ ммоль/л}$ ) и ХБХ в период ремиссии ( $4,9 \text{ ммоль/л}$ ).

При ЖКБ, по сравнению с обострением и ремиссией ХБХ отмечается рост ( $p < 0,05$ ) ТГ (соответственно: ЖКБ  $1,8 \pm 0,7$  Ммоль/л; ХБХ в период обострения  $1,3 \pm 0,4$  Ммоль/л; ХБХ в период ремиссии  $1,3 \pm 0,5$  Ммоль/л) и КА (соответственно: ЖКБ  $3,2 \pm 0,9$ ; ХБХ в период обострения  $2,3 \pm 0,7$ ; ХБХ в период ремиссии  $2,2 \pm 0,6$ ).

В группе больных с ХБХ в период ремиссии отмечено увеличение в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ) ХС ЛПВП (рис. 6) по сравнению с группой больных с ЖКБ (соответственно: ХБХ в период ремиссии  $1,8 \pm 0,5$  ммоль/л и ХБХ в период ремиссии  $1,2 \pm 0,3$  Ммоль/л). Достоверных различий в показателях ХС ЛПНП выявлено не было.

По данным нашего исследования имеются статистически значимые различия генетических, сонографических и, особенно, биохимических (обмен липопротеидов: триглицериды, холестерин ЛПВП) параметров при ХБХ и ЖКБ.

#### **Выводы**

Таким образом, определение корреляционных связей сонографических и биохимических критериев позволит построить нам методом дискриминантного анализа математические модели прогнозирования течения ХБХ и ЖКБ для опти-

мизации лечебных и профилактических мероприятий.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЫТОВОГО  
ГЛАЗНОГО ТРАВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ ПО  
ДАНЫМ ПУНКТА ЭКСТРЕННОЙ  
ГЛАЗНОЙ ПОМОЩИ**

Ермолаев В.Г., Тегза В.Ю., Алексеев В.Н.,  
Ермолаев А.В.

*Астраханская государственная медицинская  
академия  
Астрахань, Россия*

За 10-летний период в пункт экстренной глазной помощи (ПЭГП) по поводу бытовых травм глаза обратилось 3297 детей в возрасте 0-14 лет, что составило в расчёте на 100000 населения 374,72‰.

Распространённость химических ожогов у мальчиков и девочек была равна соответственно 52,86‰ и 29,04‰. Наивысший показатель данной патологии у лиц мужского пола наблюдался в возрасте 5-9 лет (70,86‰). Среди женской группы отмечалось повышение распространённости химических ожогов с увеличением возраста от 26‰ в 0-4 года до 33,22‰ в 10-14 лет.

Термические ожоги (8,75‰) встречались в 4,6 раза реже химических ожогов. Максимальный показатель этой патологии (11,9‰) приходился на возраст 10-14 лет. Общий уровень у мальчиков (13,51‰) более чем в 3 раза превышал таковой у девочек (4,37‰).

Распространённость электроофтальмий на 100000 детей составила 1,93 случая. Общая динамика уровня данной глазной патологии в зависимости от возраста варьировала от 1,47‰ до 2,17‰. В зависимости от пола наблюдалось преобладание распространённости электроофтальмий у мальчиков (3,08‰), по сравнению с девочками (0,87‰).

В возрастной динамике распространённости контузий у мальчиков отмечалось повышение показателя с увеличением возраста детей от 43,71‰ в 0-4 года до 55,49‰ в 10-14 лет. У девочек наблюдалась обратная закономерность со снижением показателя от 30,11‰ в 0-4 года до 16,61‰ в 10-14 лет. Общий уровень данной патологии у мальчиков (47,88‰) почти в 2 раза превышал таковой у девочек (24,24‰).

Уровень распространённости инородных тел роговицы был равен 34,89‰, причём у мальчиков (38,64‰) он был несколько выше, чем у девочек – 31,44‰. Максимальные значения у мальчиков (55,94‰) наблюдались в 5-9 лет, а у девочек (45,84‰) – в 10-14.

Инородные тела конъюнктивы встречались в 1,5 раза чаще и составляли 53,53‰, а их «пик» распространённости приходился на возраст 5-9 лет и был равен 82,05‰ у мальчиков и

60,13‰ – у девочек. Общий уровень инородных тел конъюнктивы у мальчиков составлял 61,39‰ и 46,29‰ – у девочек.

Распространённость поверхностных травм глаза у мальчиков (131,56‰) превышала таковую у девочек (61,36‰) более чем в 2 раза. В зависимости от возраста значения показателей у мальчиков были примерно равны. В свою очередь у девочек наблюдалось снижение показателя от 76,63‰ в 0-4 года до 39,2‰ в 10-14 лет.

«Пик» распространённости поверхностных травм защитно-вспомогательного аппарата приходился на 0-4 года и был равен 50,00‰. Наблюдалось преобладание распространённости этой патологии у мальчиков (51,68‰), по сравнению с девочками (21,83‰).

Проникающие ранения роговицы (3,86‰) у мальчиков (6,87‰) встречались в 6,3 раза чаще, чем у девочек (1,09‰). Наивысшее значение показателя в мужской группе (7,15‰) приходилось на 10-14 лет, а в женской (2,05‰) на 0-4 года. В свою очередь проникающие ранения склеры встречались в 3 раза реже ранений роговицы (1,14‰).

Показатель распространённости проникающих корнеосклеральных ранений был равен 1,93‰. Общие уровни в зависимости от пола детей были примерно равны (1,9‰ – у мальчиков и 1,97‰ – у девочек). «Пик» распространённости данного вида глазного травматизма у мальчиков (2,22‰) приходился на 10-14 лет, а у девочек (4,79‰) на 0-4 года.

Показатель возникновения открытых ран защитно-вспомогательного аппарата глаз на 100000 детей составил 8,07 случаев. В общей динамике наблюдалось уменьшение уровня с увеличением возраста детей от 12,5‰ в 0-4 года до 4,9‰ в 10-14 лет. У мальчиков этот вид глазной патологии встречался почти в 3,5 раза чаще, чем у девочек (12,8‰ и 3,71‰).

В отдельную группу были выделены наиболее распространённые посттравматические осложнения. Так, общий показатель распространённости посттравматических конъюнктивитов был равен 44,89‰. В мужской группе (58,31‰) данная патология встречалась в 1,8 раза чаще, чем в женской (32,53‰). «Пик» заболеваемости в обеих половых группах приходился на 0-4 года и составлял 73,12‰ – у мальчиков и 36,95‰ – у девочек.

Общий уровень распространённости посттравматических кератитов был равен 6,93‰, причём у мальчиков 7,35‰ он был несколько выше, чем у девочек – 6,55‰. Максимальное значение показателя у мальчиков (9,62‰) приходилось на 10-14 лет, а у девочек (8,06‰) – на 5-9 лет.

Самую минимальную группу среди посттравматических осложнений составили воспаления сосудистой оболочки. В возрасте 0-4 года данная патология не регистрировалась. Общий