

ДИНАМИКА ФЕРРИТИНА В ЭВОЛЮЦИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Савенков М.С., Петрова О.В., Кчибеков Э.А., Оганесян А.А., Балашов В.И.

Астраханская государственная медицинская академия

Астрахань, Россия

*maxikoza@mail.ru

Число больных с осложненной желчнокаменной болезнью, острым обтурационным холециститом по еще не до конца установленным причинам неуклонно растет. Актуальной проблемой остается выявление скрыто протекающих форм гнойно-деструктивного холецистита, особенно в группах больных повышенного риска осложнений и пожилых, несмотря на разработанные стандарты диагностики, тактику лечения на согласительных конференциях (М.Д. Дибиров с соавт., 2005г.; Р.Т. Меджитов, 2005г.). Патогенез скоротечного воспаления и разрушения стенки желчного пузыря у данной категории больных во многом не ясен, а предложенные лабораторные тесты для их верификации не столь чувствительны и требуют дальнейшего уточнения. Одним из малоизученных тестом является определение ферритина - показателем выраженности нагноительных осложнений. Ферритин (Фе) является железосодержащим гликопротеином, участвует в бактерицидных и иммунорегуляторных эффектах при воспалении.

Цель исследования – определить типы реагирования ферритина на развитие различных морфологических форм острого холецистита.

Изучена динамика уровня Фе в стенке желчного пузыря после холецистэктомии у 34 больных в возрасте от 60 до 76 лет. Форма гнойно-деструктивного поражения верифицирована морфологически и гистологическими исследованиями: катаральный холецистит -6, флегмонозно-гангренозный-22, хронический -6. Контрольную группу составили 8 образцов желчных пузырей полученных у погибших от острой травмы. Содержание Фе в тканях стенки желчного пузыря исследовали в трех зонах (визуально – зона наиболее выраженного воспаления, наименьших изменений, промежуточная зона) методом иммунодиффузионного титрования в агаре со стандартной тест – системой**. Одновременно оценивали уровень цитокинов (ФНО, IL-1 β , IL-10, If- β) и белков острой фазы СРБ и СБАГ (С-реактивный белок и связанный с беременностью α 2-гликопротеин) в сыворотке крови. Результаты представлены в таблице.

Таблица

Соотношение показателей ферритина в тканях желчного пузыря

Зона морфологических изменений	Ферритин в экстрактах желчных пузырей мг/л на 1 у.е. общего белка		
	катаральный	флегмонозный	гангренозный
Наибольшая	0,3-0,7	4,44-12,0	0
Промежуточная	0,1-0,2	1,0-4,0	0,1-0,4
Наименьшая	0	0,5-0,9	0,5-0,94
Контроль	0		

Как видно из таблицы, в контрольной группе ни в одном участке желчного пузыря Фе не обнаружен, при прогрессировании воспалительно-деструктивных процессов от катарального до флегмонозной форм уровень Фе возрастает в 12 раз (от 1 до 12 мг/л на 1 у.е. общего белка), а с развитием некроза стенки желчного пузыря Фе не выявляется.

Изменение уровня Фе коррелировало с изменениями показателей гуморального иммунитета.

Полученные нами результаты указывают, что разные уровни Фе в стенке желчного пузыря при его остром воспалении отражают динамику быстро протекающих гнойно-некротических изменений. Максимальное содержание ферритина выявлено в наиболее

измененной части желчного пузыря, а наименьшая концентрация или отсутствие его в менее измененной части желчного пузыря, что свидетельствует о прямой связи между степенью воспалительного процесса в определенной зоне и количеством Фе. Планируется дальнейшее изучение содержания Фе в сыворотке крови при данной патологии для уточнения скрыто протекающих форм гнойно-деструктивного холецистита.

** Тест-система состояла из антисыворотки к Фе, полученной иммунизацией кроликов по стандартной схеме полочищенным препаратом Фе. В качестве тест-антигена использовали Фе, полученный по методу Граника. Тест-система смоделирована и апробирована на кафедре биохимии с курсом КЛД.