

УДК 616.24-007.272:616.37-002.2]:616.15

Я.М. Телекі

С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН ЯК БІОМАРКЕР ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ПОЄДНАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У роботі вивчено рівень С-реактивного протеїну (С-РП) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) із супутнім хронічним панкреатитом (ХП). У пацієнтів з ураженням підшлункової залози виявлені більші значимі величини С-РП. Продемонстровано, що як у хворих на ХОЗЛ, так і

ХОЗЛ із ХП зміни рівня С-РП залежать від віку, статі хворих та ступеня тяжкості захворювань.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний панкреатит, С-реактивний протеїн.

Вступ. Згідно з даними дослідників [5], показники С-РП при різноманітних запальних захворюваннях характеризуються значними розмахами, частіше за все пов'язаними із взаємодією різноманітних рецепторів на плазматичній мембрані лімфоцитів, з різними цитокінами, які визначають стадії запального процесу за участі регулюючої ролі генів, та потребують глибокого клінічного аналізу.

На основі інформації про значення С-РП у розвитку запалення (як біологічного процесу) складається думка, що можна пов'язати формування хронічного латентного запального процесу із залученням у патогенез різних форм С-РП як при ХОЗЛ [7], так і ХП, з мінімальними симптомами (синдромами) [6]. Тому було вивчено динаміку рівня С-РП у хворих за супутнього перебігу ХОЗЛ та ХП.

Мета дослідження. Вивчити рівень С-РП у сироватці крові хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом.

Матеріал і методи. Дослідження проведені у 56 хворих на ХОЗЛ В-С груп, у яких ступінь обструкції відповідав GOLD 1-2 із низьким ризиком і більш вираженою симптоматикою (В), а також GOLD 3 із високим ризиком, але менш вираженою симптоматикою (С), – I група, 60 хворих на ХОЗЛ із відповідною характеристикою груп із супутнім ХП (II група) та 19 практично здорових осіб – як референтна група. Діагноз, стадія захворювання встановлювалися згідно з рекомендаціями GOLD 2011 року, наказом МОЗ України від 27.06.2013 № 555 [3]. Індекс пачкорів у хворих I групи дорівнював $25,5 \pm 8,08$, індекс тютюнопаління – $258 \pm 69,6$, у II групі – $30,8 \pm 14,9$ та $251 \pm 80,4$ відповідно.

Рівень С-реактивного білка встановлювали за допомогою набору фірми DAI (США) шляхом проведення твердо фазного імуносорбентного аналізу на аналізаторі імуноферментних реакцій RT-2100C (RaytoElectronicsInc., Китай).

Статистичну обробку матеріалу проведено із застосуванням інтерквартильного розмаху (показники 25-го та 75-го процентиля) із використанням пакета програми Statistica 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних показав неоднозначні результати. Так, пацієнти I групи розподілилися на дві підгрупи: у першій підгрупі (75 % обстежених) рівень С-РП (медіана та інтерквартильний розмах) склали 0,9 мг/мл (25-й перцентиль=0,3 мг/л, 75-й перцентиль=1,6 мг/л). Клінічно у цій групі переважали особи із II ст. ХОЗЛ, щодо статевих відмінностей – переважно це були жінки; у другій підгрупі – (медіана та інтерквартильний розмах) набули значень 7,0 мг/л (5,7–8,3 мг/л) відповідно.

Особі II групи розподілилися на три підгрупи. У першій підгрупі (20 % осіб) рівень С-РП (медіана та інтерквартильний розмах) склали 37,3 мг/л (від 18,8 до 41,5 мг/л). Серед цих пацієнтів близько 95 % були активними курцями, клінічно були вираженіші прояви задишки, інтоксикаційного, больового та диспепсичного синдромів, чисельність жінок та чоловіків практично не відрізнялась. Тобто, переважання активних курців у цій підгрупі підтверджує показаний іншими дослідниками [8] взаємозв'язок між курінням і виникненням системної запальної реакції, а також інтенсифікацією процесів оксидативного стресу, порушенням ендотеліальної дисфункції і підвищенням коагуляційного потенціалу крові. Відомо, що куріння є важливим фактором ризику розвитку не тільки ХОЗЛ, але й ХП. Так, у низці епідеміологічних досліджень [2] показано, що ризик розвитку хронічного панкреатиту підвищений у тих, хто курить порівняно із суб'єктами, які не курять, і ступінь ризику зростає кількості вкурених цигарок. Характерним є розвиток панкреатиту в більш ранньому віці [1]. Вважають, що в осіб жіночої статі порівняно з чоловіками є відмінності в метаболізмі в організмі цигаркового диму, а саме збільшення осідання токсичних речовин у легеневій тканині у жінок, погіршення кліренсу і посилення відповідної реакції на токсичні речовини. Крім того, стимуляція естрогенових рецепторів у легеневій тканині призводить до посиленого метаболізму цигаркового диму за рахунок цитохрому Р-450, внаслідок чого синтезуються оксиданти і окиснювачі. Крім того, у жінок виявляється вища вихідна концентрація

прозапального цитокіну інтерлейкіну-8 вища, порівняно з чоловіками, зростання якого залежить ще від наявності тютюнопаління, що призводить до ще більшого збільшення вмісту нейтрофілів у дихальних шляхах та підтримання хронічного запального процесу [4].

Для другої підгрупи II клінічної групи (14,5 %) рівень С-РП (медіана та інтерквартильний розмах) набув значення 8,9 мг/л (від 7,1 до 10,2 мг/л). Для цієї підгрупи було характерним переважання чоловіків з підвищеною масою тіла, клінічно – прояви задишки, інтоксикаційного синдрому були меншими порівняно з першою підгрупою II клінічної групи; у третій підгрупі, найчисельнішій, показник прозапального білка дорівнював 1,2 мг/л (25-й перцентиль=0,5 мг/л, 75-й перцентиль=2,0 мг/л). Серед пацієнтів зазначеної підгрупи переважали хворі GOLD 1-2 (B) та жінки, що підтверджує дані інших дослідників [4].

Отже, показники С-РП у досліджених осіб характеризуються значними розмахами, які можуть бути пов'язані із взаємодією різноманітних рецепторів на плазматичній мембрані лімфоцитів та цитокінів, які визначають стадії запального процесу, регулюючи роллю генів, і, без сумніву, потребують глибокого клінічного аналізу.

Висновки

1. У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом клінічна картина та показники С-реактивного протеїну вказують на його участь у прогресуванні хронічного запального процесу при обох захворюваннях.

2. Наявність хронічного панкреатиту зумовлює значні коливання рівнів С-реактивного білка та сприяє погіршанню клінічного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень.

С-РЕАКТИВНЫЙ ПРОТЕИН КАК БИОМАРКЕР ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Я.М. Телеки

Резюме. В работе изучен уровень С-реактивного протеина (С-РП) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с сопутствующим хроническим панкреатитом (ХП). У пациентов с поражением поджелудочной железы обнаружены большие величины С-РП. Продемонстрировано, что у больных с ХОБЛ, так и ХОБЛ с ХП изменения уровня С-РП зависят от возраста, пола больных и степени тяжести заболеваний.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, хронический панкреатит, С-реактивный протеин.

C-REACTIVE PROTEIN AS A BIOMARKER OF INFLAMMATORY PROCESS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMBINED WITH CHRONIC PANCREATITIS

J.M. Teleki

Abstract. The level of C-reactive protein in patients with chronic obstructive pulmonary disease with concomitant chronic pancreatitis was examined. In patients with background lesions of the pancreas the greater magnitude of the inflam-

Перспектива подальших досліджень полягає у вивченні динаміки рівня С-реактивного білка у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень залежно від патогенетично обґрунтованого лікування.

Література

1. Васильев Ю.В. Табакокурение как возможный фактор развития хронического панкреатита и рака поджелудочной железы (обзор литературы) / Ю.В. Васильев // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2007. – № 6. – С. 78-81.
2. Григорьева И.Н. Никотин и поджелудочная железа / И.Н. Григорьева // Вестн. Клуба панкреатологов. – 2009. – № 4. – С. 21-22.
3. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555 “Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації, “Хронічне обструктивне захворювання легень”. – К.: Міністерство Охорони Здоров'я України, 2013. – 92 с.
4. Овчаренко С.И. Особенности хронической обструктивной болезни легких у Женин [Электронный ресурс] / С.И. Овчаренко, В.А. Капустина. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/cm/medicum/article/18040>.
5. Титов В.Н. С-реактивный белок – вектор переноса жирных кислот к клеткам, которые непосредственно реализуют синдром системного воспалительного ответа / В.Н. Титов // Клин. и лаб. диагност. – 2008. – № 6. – С. 3-13.
6. Христюк Т.Н. Хронический рецидивирующий панкреатит в период острой атаки и синдром системного воспалительного ответа: патогенетические и клинические аспекты / Т.Н. Христюк // Сучас. гастроентерол. – 2009. – № 4 (48). – С. 14-17.
7. Circulating fibronectin to C-reactive protein ratio and mortality: a biomarker in COPD / S. F. Man [et al.] // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 32. – P. 1451-1457.
8. MacNee W. Pulmonary and systemic oxidant/antioxidant imbalance in chronic obstructive pulmonary disease / W. MacNee // Proc. Am. Thorac. Soc. – 2005. – Vol. 2 (1). – P. 50-60.

matory proteins was observed. It was demonstrated that in patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic obstructive pulmonary disease with chronic pancreatitis changes of the C-reactive protein depended on age, sex of patients and severity of diseases.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, chronic pancreatitis, C-reactive protein.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Л.Д. Тодоріко

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 2 (74). – P. 197-199

Надійшла до редакції 11.03.2015 року

© Я.М. Телекі, 2015

УДК 616.858-008.6-079.4

Е.А. Труфанов

АСИММЕТРИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Резюме. Целью нашего исследования являлось изучение асимметрии двигательных синдромов у больных болезнью Паркинсона. Нами обследовано 230 больных болезнью Паркинсона. Для болезни Паркинсона характерны асимметричное начало (99,57 %) и течение заболевания (95,22 %). По мере прогрессирования болезни Паркинсона выраженность двигательных проявлений, как правило, сохраняется на стороне начала заболевания. Болезнь Паркинсона гораздо чаще начина-

ется с доминантной стороны тела, по сравнению с субдоминантной (62,61 % vs. 36,52 %, $p < 0,001$). У больных болезнью Паркинсона с началом заболевания с субдоминантной стороны тела, сильнее выражена двигательная асимметрия, по сравнению с больными, у которых заболевание начиналось с доминантной стороны тела ($p < 0,007$).

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, прогрессирование, прогноз, асимметрия.

Введение. В большинстве случаев имеется значительная асимметрия двигательных симптомов при спорадических и наследственных формах болезни Паркинсона (БП). Механизмы развития этой асимметрии не изучены. Имеется лишь скудная информация о том, что асимметрия двигательных симптомов и сторона начала БП могут быть генетически обусловлены [5, 6].

Первоначальные двигательные симптомы болезни Паркинсона обычно начинаются на одной стороне тела и появляются на другой стороне тела только через 2-5 лет заболевания [4]. Асимметричное начало двигательных симптомов является одним из самых надежных диагностических факторов, как спорадических, так и наследственных форм БП [2, 11].

Клинические, нейровизуализационные и патоморфологические исследования показали, что первоначальная асимметрия поражения допаминэргических нейронов сохраняется и на более поздних стадиях заболевания, когда двигательная асимметрия БП менее заметна [3, 13, 14].

Если одни исследователи указывают на то, что болезнь Паркинсона чаще всего начинается с доминантной стороны тела [8, 9], то другие исследователи утверждают, что не имеется такой зависимости [10].

Леворукие больные болезнью Паркинсона имеют тенденцию к более выраженным проявлениям заболевания на левой стороне тела [12], а праворукие – на правой стороне тела [7].

Цель исследования. Изучить асимметрию двигательных синдромов у больных болезнью Паркинсона.

Материал и методы. Нами обследовано 230 больных болезнью Паркинсона (151 мужчина и 79 женщин). Средний возраст больных составлял $67,91 \pm 0,72$ лет, средняя продолжительность БП – $8,11 \pm 0,39$ лет. 213 обследованных нами больных БП были праворукими, 16 больных – леворукими, и в одном случае не представлялось возможным выявить доминантную сторону тела. У 144 (62,61 %) больных заболевание начиналось с доминантной стороны тела, у 84 (36,52 %) – с субдоминантной и только у одного больного (0,43 %) заболевание начиналось симметрично [1].

Диагноз болезни Паркинсона устанавливался на основании клинических диагностических критериев банка мозга общества болезни Паркинсона Соединенного Королевства [2].

Статья является фрагментом НИР “Дифференциальный диагноз и прогноз болезни Паркинсона, паркинсонических синдромов и эссенциального тремора”. Государственный регистрационный номер 0112 U 001892.

Результаты исследования и их обсуждение. На момент осмотра у 11 обследованных больных БП (4,78 %) была симметричная двигательная симптоматика (брадикинезия, тремор, ригидность), у 107 (46,52 %) – двигательные синдромы были более выражены на правой стороне тела и у 112 (48,7 %) больных – на левой. На рис. 1 пока-