**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОСТРОФАЗОВОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

*Железнякова Н.М., Гопций Е.В., Зеленая И.И., Пасиешвили Т.М., Степанова Е.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Цель исследования:** установить особенности иммунного ответа в фазу активного воспаления у больных с сочетанным течением хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и хронического панкреатита (ХП).

**Материалы и методы.** Обследовано 72 больных с ХОЗЛ I и II. В 35 наблюдениях (48,6%) ХОЗЛ сочеталась с ХП с наличием экскреторной недостаточности поджелудочной железы (основная группа), у 37 пациентов наблюдалось изолированное течение ХОЗЛ (группа сравнения). Показатели нормы исследуемых величин были получены у 20 практически здоровых лиц аналогичного возраста и пола (группа контроля). Содержание С-РБ в сыворотке крови исследовали иммуноферментным методом с использованием антител к С-РБ, которые были выделены из антисыворотки к С-РБ путем высаливания сульфатом аммония. Уровни прововоспалительных цитокинов – интерлейкина-1β (ИЛ-1β) и фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) определяли с помощью наборов реагентов ProCon ООО «Протеиновый контур», С.-Пб., Россия. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью лицензионных программ «Microsoft Excel» и « Statistica 6.0».

**Результаты**. У больных с изолированным ХОЗЛ было отмечено достоверное повышение С-РБ до 4,1±0,12 мг/л, что было в 2,9 раза выше показателей контроля - 1,43±0,06 мг/л (р<0,05). Наличие сопутствующей патологии увеличивало глубину данных изменений - уровень С-РБ у больных основной группы составил 6,2±0,17 мг/л, что превышало показатели контроля в 4,3 раза (р<0,05), а группы сравнения - в 1,5 раза (р<0,05). Уровень ИЛ-1β в основной группе составил 71,1±4,7 нг/л, что было достоверно выше показателей как группы контроля - 26,0±1,6 нг/л (р<0,05), так и группы сравнения - 42,9±3,4 нг/л (р<0,05). Аналогичные девиации наблюдались и при анализе вариаций ФНО-α: в группе с коморбидной патологией данный показатель составил 91,7±3,8 нг/л, у пациентов с изолированной ХОЗЛ - 38,9±2,9 нг/л, в группе контроля - 24,2±1,5 нг/л. При этом различия в группах обследованных больных были достоверны (р<0,05) как при сопоставлении с нормативными показателями так и между собой.

**Выводы.** Белки как раннего, так и позднего острофазового ответа адекватно реагировали на развитие воспаления в бронхолегочной системе. При этом, наличие сопутствующего ХП вносило существенные изменения в картину воспалительного ответа и проявлялось достоверным усилением экспрессии острофазовых реактантов. Что, в условиях наличия хронического воспаления, посредством гиперактивации системы комплемента и, тем самым, инициации аутоиммунных реакций, может способствовать вторичному повреждению как органов-мишеней, так и вовлечением в патологический процесс «относительно интактных» органов и систем, что позволяет рассматривать данный «патологический тандем» как прогностически неблагоприятный.