

Ф.И.О.:  
Дата рождения: Пол:  
Регистрация био материала:  
Био материал: Кровь (сыворотка);  
Взятие био материала:

Заявка №:  
Заказчик:  
Исполнитель:

### Маркеры аутоиммунных заболеваний

Показатель	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Антитела к <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (ASCA) IgG	17,05	Ед/мл	0 - 10

**Комментарии к пробе:** Антитела к *Saccharomyces cerevisiae* (*S. cerevisiae*, ASCA) класса IgG представляют собой тест количественного определения содержания антигликановых антител, направленные против олигоманнозных эпитопов клеточной стенки пекарских дрожжей *Saccharomyces cerevisiae*. Химический термин «гликан» используется для определения молекул, несущих гликозидную связь, включая моно-, олиго- и полисахариды, которые являются преобладающими поверхностными компонентами эритроцитов, иммунных клеток и микроорганизмов. Генерация антигликановых антител классов IgG, IgA, IgE и IgM, включая ASCA, анти-маннобиозидные антитела (AMCA), анти-ламинариозидные антитела (ALCA), анти-хитобиозидные антитела (ACCA), анти-ламинариновые антитела (Anti-L) и анти-хитиновые антитела (Anti-C), была показана при многих воспалительных и аутоиммунных заболеваниях, в том числе при болезни Крона. Появление ASCA может быть связано с потерей иммунологической толерантности к компонентам собственной микрофлоры кишечника, что лежит в основе механизма развития воспалительных заболеваний кишечника. Часто та встречаемости ASCA у пациентов с болезнью Крона составляет 30-75%, язвенным колитом – 10-15%, здоровых лиц – 1-2%. Антитела к *S. cerevisiae* редко встречаются при первичном билиарном циррозе, первичном склерозирующем холангите, целиакии. Положительный результат выявления ASCA класса IgG при проведении дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника с большой вероятностью свидетельствует о наличии болезни Крона (специфичность теста 88-95%). Выявление ASCA класса IgG служит прогностическим маркером пенетрирующего и стенозирующего фено типа, локализации заболевания в верхних отделах желудочнокишечного тракта и/или обширного поражения толстого кишечника, прогрессирования заболевания по данным эндоскопии, необходимости проведения хирургического лечения и риска развития послеоперационного рецидива болезни Крона. Антитела к *S. cerevisiae* в 20-25% случаев обнаруживаются

у родственников пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Сочетанное определение антител ASCA класса IgG с классом IgA в диагностике болезни Крона повышает специфичность теста до 88-94%, совместное обнаружение антител ASCA классов IgG и IgA с определением антител к экзокринной части поджелудочной железы и GP2 антигену – 100%. При проведении дифференциальной диагностики болезни Крона и язвенного колита результаты теста целесообразно интерпретировать в сочетании с результатами других серологических методов диагностики и прогнозирования течения воспалительных заболеваний кишечника, включая сывороточные (pANCA, антитела к бокаловидным клеткам кишечника) и фекальные (кальпротектин, гемоглобин и гемоглобин-гаптоглобиновый комплекс) биомаркеры. Определение антител к внутреннему фактору (фактор Кастла) представляет собой тест выявления количественного содержания в сыворотке крови антител к внутреннему фактору – ферменту, продуцируемому обкладочными (париетальными) клетками фундальных желёз слизистой оболочки дна и тела желудка и обеспечивающему всасывание витамина B12 (цианкобаламина) в тонком кишечнике. Аутоантитела к внутреннему фактору способны вызывать нарушение его функции как за счет блокады связывания с витамином B12, так и препятствуя прикреплению комплекса «витамин B12 и внутренний фактор» к рецепторам клеток подвздошной кишки. Уменьшение или прекращение синтеза фактора Кастла и/или нарушение всасывания комплекса «витамин B12 и внутренний фактор» приводит к дефициту витамина B12, развитию прогрессирующей B12-дефицитной (пернициозной, мегалобластной) анемии и неврологической симптоматики (фуникулярный миелоз). Отрицательный результат теста определения антител к фактору Кастла в 50-60% случаев позволяет исключить диагноз пернициозной анемии и других проявлений дефицита витамина B12 (полиневрит, фуникулярный миелоз, атаксия, истощение мышц и гипорефлексия), которые могут быть обусловлены аутоиммунным атрофическим гастритом, тотальной/субтотальной резекцией желудка, врожденным нарушением секреции гастромукопротеина, полипозом желудка, токсическим действием высоких доз алкоголя на слизистую оболочку желудка, а также атрофией слизистой оболочки желудка у людей пожилого и старческого возраста. Для исключения аутоиммунного атрофического гастрита, как причину дефицита витамина B12 и пернициозной анемии, рекомендуется сочетанное определение антител к внутреннему фактору и париетальным клеткам желудка. При исследовании антител к фактору Кастла следует не допускать парентерального введения витамина B12 в течение не менее 48 часов перед взятием образца крови. Отрицательный результат определения содержания антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) класса IgG с высокой вероятностью позволяет исключить диагноз активного гранулематозного васкулита. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела направлены против ферментов и белков азурофильных гранул нейтрофилов, включая протеиназу 3 (PR3), миелопероксидазу (MPO), эластазу, катепсин G, лактоферрин, лизоцим, бактерицидный, увеличивающий проницаемость белок (BPI), азурозидин и другие. Согласно клиническим рекомендациям Европейской почечной ассоциации и Европейской ассоциации диализа и трансплантации (EULAR/ERA-EDTA) и национального консенсуса по тестированию на антинейтрофильные цитоплазматические антитела от 2017 года, определение данных аутоантител входит в диагностические критерии гранулематозных васкулитов – микроскопического полиангиита, синдромов Вегенера, Чарг-Стросса, Гудпасчера, а также может быть дополнительным серологическим маркером в диагностике язвенного колита. При наличии клинических симптомов АНЦА-ассоциированного васкулита, рекомендовано изолированное выявление антител к протеиназе 3 и миелопероксидазе с помощью ИФА-тестов второго поколения (Bossuyt X. et al., 2017). Отрицательный результат определения содержания антинейтрофильных цитоплазматических антител снижает вероятность наличия язвенного колита и первичного склерозирующего холангита. При проведении первичной и дифференциальной диагностики первичного склерозирующего холангита, первичного билиарного холангита и аутоиммунного гепатита отрицательный результат теста необходимо интерпретировать совместно с другими печеночными антителами, включая определение антинуклеарного фактора, антимитохондриальных антител, антител гладким мышцам, микросомам печени-почки 1 типа, растворимому печеночному/печеночноподжелудочному антигену, цитозольному антигену печени типа 1 и антинуклеарных антител (Sp100, gp210 и PML), воспалительных заболеваний кишечника – совместно с сывороточными (ASCA, антитела к бокаловидным клеткам кишечника, экзокринной части поджелудочной железы, гликопротеину 2) и фекальными (кальпротектин, гемоглобин, гемоглобин-гаптоглобиновый комплекс) биомаркерами.

Дата выполнения исследования:

Исследование выполнил: