

провоспалительных цитокинов в ткани. Выявлено, что при ДВБ концентрация TNF α высокая (299,3 \pm 34,5 pg/ml), что определяет активацию тканевых макрофагов — свидетелей воспаления. При СРК — нормальный уровень TNF α (9,2 \pm 0,8 pg/ml). В ткани при ДВБ повышена концентрация γ -IFN (262,3 \pm 12,7 pg/ml), что указывает на активацию Th1. Концентрация ФК выше 55 мкг/г свидетельствует о воспалительном процессе, выраженность которого коррелирует с повышенным уровнем

провоспалительных цитокинов. Низкий уровень ФК установлен у 32 больных (15 — при ДВБ, и 17 — при СРК).

Выводы: Различная степень повышения концентрации ФК свидетельствует о развитии воспаления в слизистой толстой кишки. Кальций регулирует воспалительный процесс с активацией макрофагального звена местной иммунной системы, которые приводят к изменениям в строении толстой кишки.

Оценка степени активности язвенного колита по картине белой крови

Цель исследования: определить наиболее простой и чувствительный показатель активности язвенного колита (ЯК) по картине белой крови.

Материал и методы. Обследованы 45 пациентов язвенным колитом с тяжелым и среднетяжелым течением в период активности. Из обследованных 15 с дистальной формой, 15 — с левосторонней, 15 — с тотальной формой. Диагноз верифицирован при ФКС с досмотром слепой кишки и последующим гистологическим исследованием биоптатов. Проведено клинико-лабораторное и эндоскопическое сопоставление степени активности.

Результаты. При оценке белой крови оказалось, что общепринятый показатель активности — лейкоцитоз определялся лишь у 16 из 45 больных (35,6%). У 31 пациента (71,1%) выявлен палочкоядерный сдвиг. Наряду с этим проанализировано соотношение палочкоядерных форм и лимфоцитов. Оказалось, что у пациентов со среднетяжелыми формами ЯК оно составило в среднем 0,52, в то

время как при тяжелом течении — 0,85. Протяженность поражения не влияла на показатели белой крови.

Выводы.

1. Лейкоцитоз не является наиболее показательным критерием активности ЯК, поскольку выявляется лишь у трети больных с несомненной клинико-эндоскопической активностью (среднетяжелой и тяжелой).
2. Палочкоядерный сдвиг по чувствительности превосходит лейкоцитоз в 2 раза в качестве показателя активности ЯК.
3. Чем выше показатель отношения палочкоядерных лейкоцитов к лимфоцитам, тем тяжелее течение ЯК (при показателе выше 0,4 — среднетяжелое течение, выше 0,6 — тяжелое течение).
4. Показатели белой крови указывают на степень активности ЯК, а не протяженность поражения толстой кишки.

Пак С. Ф.
СПбГУ (медицинский ф-т, каф. пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: dr-61paksf@yandex.ru

Тактика ведения больных язвенным колитом при беременности

Цель исследования: определить тактику ведения больных язвенным колитом (ЯК) в период беременности.

Материал и методы. Под наблюдением состояли 8 женщин в возрасте от 20 до 34 лет, страдающих ЯК, верифицированным при ФКС с последующим гистологическим исследованием биоптатов. У 1 из пациенток была субтотальная форма, у 3 — левосторонняя, у 4 — дистальная форма. В 3 случаях течение ЯК расценивалось как среднетяжелое, в 5 — как легкое. На момент наступления беременности клинико-эндоскопическая ремиссия продолжалась от полугода до года. У всех 8 пациенток была первая беременность, у одной из них через год после родов была повторная беременность. 1 больная была беременна двойней. Из 8 наблюдаемых клинически активности ЯК развилась у 5, из них у 2 во втором триместре, у 3 — в третьем триместре. В период беременности обследование

ограничилось рутинной лабораторной диагностикой. У всех пациенток проводилось лечение свечами с салофальком в дозе 2 г в сутки в сочетании с пробиотиком «Флорин форте» и регулятором моторики дюспаталином. У 1 пациентки с субтотальной формой ЯК помимо этого было назначено внутрь 2 г салофалька.

Результаты. Во всех случаях удалось достигнуть клинической ремиссии в срок от 2 до 3 недель, после чего доза салофалька постепенно снижалась вплоть до отмены, полный курс лечения составил 1 месяц. Все пациентки родоразрешались самостоятельно в срок без осложнений, дети здоровы.

Выводы.

1. Активность ЯК во время беременности развивается не у всех пациенток.
2. В случае активности ЯК в период беременности предпочтительна терапия свечами с салофальком в сочетании с пробиотиками.

Пак С. Ф.
СПбГУ (медицинский ф-т, каф. пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: dr-61paksf@yandex.ru

Кожные проявления у больных целиакией взрослых

Цель исследования: изучение структуры и частоты кожной патологии у взрослых пациентов с целиакией, наблюдающихся в клинике пропедевтики внутренних болезней СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Пациенты, результаты. Под наблюдением находились 72 больных с целиакией, средний возраст которых составил (33 \pm 14) лет. Во всех наблюдениях диагноз целиакии устанавливали на основании эндоскопических, гистоморфологических и иммуногенетических критериев.

У всех пациентов наблюдались различные кожные проявления.

В 8 случаях (11%) кожные проявления были представлены герпетиформным дерматитом Дюринга, подтвержденным гистологически. Процесс на коже был представлен полиморфными высыпаниями с преобладанием пятен, уртикарных элементов, пузырьков, реже — крупных пузырей.

В 40 случаях (55,5%) был установлен атопический дерматит, который характеризовался

Прокофьева Н. А.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

непрерывно-рецидивирующим течением с потерей сезонности обострений. Поражение кожи носило универсальный характер, преобладала лихеноидная форма заболевания. В 9 случаях (12,5 %) атопический дерматит сочетался с другим атопическим заболеванием — бронхиальной астмой.

Общая сухость кожи (ксеродермия) и фолликулярный гиперкератоз были у 61 пациента (85 %).

Выводы. Таким образом, среди различных заболеваний, ассоциированных с целиакией, имеют

место различные дерматологические проявления, для которых характерно отсутствие сезонности, частые рецидивы, распространение, утяжеление течения кожного процесса и неэффективность традиционных схем лечения. Заболевания кожи, ассоциированные с целиакией, требуют дифференцированного подхода к лечению, что способствует регрессии кожного процесса и улучшению результатов лечения.

Решетова Т.В., Жигалова Т.Н., Газиева А.Т.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Снижение тревожности без ухудшения когнитивных функций

Цель исследования: демонстрация возможности уменьшения тревожности без негативного влияния на концентрацию внимания, память.

Материалы и методы. В исследовании участвовали больные с СРК, получавшие и не получавшие помимо базисного лечения валемидин.

В группу больных СРК, получающих валемидин по 30 капель 3 раза в день 2 недели, вошли 52 человека. В группу больных СРК, получающих только базисную соматическую терапию по СРК, был включен 31 человек. В контрольную группу здоровых вошли 19 человек

Результаты исследования. В группе сравнения (пациенты, получавшие только базисную терапию) на фоне объективного снижения симптоматики со стороны кишечника психологические характеристики не имели достоверного улучшения.

Сочетание базисной терапии с валемидином позволило уменьшить тревожность (до лечения

(12,4±2,4), через 2 недели после — (5,9±0,8), $p < 0,05$) и параллельно снизить когнитивную дисфункцию: до лечения (12,2±1,1), через 2 недели после (7,9±0,9), $p < 0,05$. Валемидин, в отличие от других психотропных препаратов, абсолютно не оказал негативного влияния на кратковременную память.

Выводы. У больных СРК на фоне базисной терапии и приема в течение 2 недель валемидина наблюдалась положительная динамика показателей тревоги (снижение вдвое), которые в итоге достоверно не отличались от показателей, характерных для группы здоровых. Лечение валемидином больных СРК достоверно снизило проявления тревоги, уменьшило когнитивную дисфункцию. На фоне лечения валемидином у больных СРК не было негативных изменений памяти. На фоне адекватной базисной терапии больных СРК когнитивная дисфункция не имела достоверной положительной динамики. Улучшение клинической симптоматики со стороны кишечника у больных СРК, получавших только базисную терапию, не привело автоматически к редукции тревоги и улучшению когнитивных функций.

Тихонова Т.А., Козлова И.В., Мялина Ю.Н.
Саратовский ГМУ им.
В.И. Разумовского, Россия

Некоторые показатели «внутренней картины болезни» у пациентов с заболеваниями толстой кишки

Цель исследования: определить психологические особенности пациентов с синдромом раздраженной кишки (СРК), неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и болезнью Крона (БК).

Материалы и методы: основная группа — 52 больных СРК, 32 — НЯК, 14 — БК, группа контроля — 30 клинически здоровых лиц. Диагнозы подтверждены результатами колоноскопии с биопсией. Комплекс психологических тестов включал метод цветочных выборов Люшера, тесты СМОЛ, САН (самочувствие, активность, настроение), шкалу депрессии Бека, опросник КЖ (качество жизни по НМЦ «Радикс»).

Результаты. Стрессовые ситуации и депрессивные расстройства достоверно чаще встречались у пациентов с СРК (60 %), чем у лиц с ВЗК и в группе контроля. Методом СМОЛ у 76 % пациентов с СРК выявили конверсионный и тревожно-мнительный типы личности, у 44 % больных с НЯК — паранойальный, у 79 % лиц с БК — социопатический тип. При анализе типов реагирования у лиц с СРК определили протестный (42 %) и активно-зависимый (8 %) варианты, при НЯК — пассивно-оборонительный

(25 %), при БК — созерцательный (29 %). Пациенты имели высокий уровень фрустрации потребностей: физиологических, в самореализации, аффилиативной (при СРК), что может обуславливать повышенную тревожность больных в сравнении с группой контроля (30 % здоровых, 66 % лиц с СРК, 72 % — с НЯК, 79 % — с БК). Качество жизни снижено у большинства пациентов (75 % лиц с СРК, 55 % — с НЯК, 71 % — с БК). Снижение самочувствия и активности чаще отмечали больные с ВЗК. У лиц с СРК на фоне удовлетворительного самочувствия и активности было снижено настроение.

Выводы. Наличие особых типов личности, эмоционального реагирования, депрессии у больных показывают сходство психических механизмов формирования патологии при функциональных и органических заболеваниях толстой кишки. Преобладание данных особенностей у лиц с СРК позволяет предположить большее влияние психического фактора на развитие функциональной патологии. Эти особенности могут являться как ядерными чертами личности, так и формироваться под влиянием тяжелого заболевания.

Хамрабаева Ф.И., Алиева Х.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Узбекистан

Профилактика дисбиоза толстой кишки при эрадикационной терапии

Цель исследования: изучить эффективность эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком «Энтерожермина» в качестве профилактики дисбиоза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 102 больных язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Всем пациентам