

Шаверская Э. Ш.,  
Ефремова Л. И., Кари-  
мова Л. М., Сысоев К. В.,  
Марданов Д. Н.  
ГП № 1, Ижевск, Ижевская  
ГМА, Россия

### Исследование двигательной функции желудка у пациентов с ГЭРБ

**Цель исследования:** изучение особенностей моторной функции желудка у пациентов с изолированным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и в сочетании ГЭРБ с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материал и методы исследования.** Обследованы 37 больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ и 46 пациентов с изолированной ГЭРБ. Моторная функция желудка изучалась методом периферической электрогастрографии с использованием электрогастрографа ЭГГ-4М в два этапа по 40 минут каждый. Первый этап — проведение электрогастрографии утром натощак, второй этап — после стандартного завтрака. В зависимости от частоты регистрации сократительных циклов были выделены три типа моторно-эвакуаторной деятельности желудка: нормогастрия (2–4 цикла/мин), тахигастрия (более 4 циклов/мин) и брадикастрия (менее 2 циклов/мин).

**Результаты исследования.** При оценке электрогастрограмм натощак было выявлено, что миоэлектрическая активность желудка у больных ГЭРБ и ХОБЛ характеризовалась преобладанием брадикастрии — (1,3±0,1) цикл/мин у 24 пациентов — (64,9±7,8)%,  $p < 0,001$ . Нормогастрия — (2,36±0,3) цикл/мин — была выявлена у 10 пациентов с ГЭРБ

и сопутствующей ХОБЛ — (27,0±7,3)%,  $p < 0,001$ ); тахигастрия — (4,7±0,2) цикл/мин — у 3 — (8,1±4,5)%. У пациентов с изолированной ГЭРБ также преобладала дисмоторика желудка по брадикастрическому типу — (1,20±0,04) цикл/мин,  $p < 0,001$  у 27 пациентов — (58,7±4,9)%,  $p < 0,001$ , но нарушения моторики по тахикастрическому — типу (4,8±0,2) цикл/мин — отмечены в 2 раза чаще — у 8 (17,4±3,8)% пациентов. После приема пищи у большинства пациентов в обеих группах определялись синдромы брадикастрии и тахикастрии. Помимо частотного анализа, был рассчитан коэффициент отношения амплитуды сигнала, соответствующей доминирующей частоте, после стандартного завтрака к амплитуде сигнала натощак. У больных ГЭРБ и ХОБЛ этот показатель был достоверно ниже 0,8±0,1 ( $p < 0,001$ ) в сравнении с контрольной группой — 1,9±0,1.

**Выводы.** По данным проведенных исследований нарушение двигательной функции желудка у пациентов с ГЭРБ как в сочетании с ХОБЛ, так и при изолированном течении, характеризуется преобладанием брадикастрического типа ЭГГ. Уменьшение амплитудного коэффициента можно расценивать как снижение реакции желудка на прием пищи и/или растяжение желудка натощак.

### Функциональные и органические заболевания кишечника

Лантухов Д. В., Эфендиев А. О., Вологжанин Д. А.,  
Васильев Е. В.  
Военно-медицинская  
академия им. С. М. Кирова,  
Городская больница № 40,  
Санкт-Петербург, Россия

#### Алгоритм диагностики целиакии у взрослых

Согласно результатам ряда исследований, атипичные, бессимптомные формы целиакии выявляются среди взрослого населения в 7 раз чаще, что представляет собой одну из проблем современной гастроэнтерологии. Внедрение в практику новых серологических маркеров целиакии приводит к совершенствованию существующих алгоритмов диагностики. В качестве скринингового метода у пациентов с низкой вероятностью целиакии используется определение уровня IgA к тканевой трансглутаминазе (tTG) и уровня общего IgA.

При низких титрах tTG IgA и общего IgA определяют уровень tTG IgG и антитела к деаμιрированным пептидам глиаина (DGP IgG). В случае низких уровней tTG IgG, DGP IgG и отрицательных результатов исследования tTG IgA при нормальном уровне общего IgA диагноз целиакии исключается.

При высоком титре tTG IgG и DGP IgG рекомендовано выполнение ФГДС с прицельной биопсией

и гистологическим исследованием. В случае обнаружения в биоптате укорочения кишечных ворсинок, углубления крипт, лимфоцитарной инфильтрации собственной пластинки при высоких титрах tTG IgA в крови пациента устанавливается диагноз «целиакия».

В случае отрицательного результата гистологического исследования и низкого титра tTG IgA диагноз «целиакии» исключается.

При расхождении данных биопсии и результатов серологического исследования диагноз «целиакии» ставится под сомнение. В этом случае рекомендовано выполнение генетического исследования (выявление аллелей DQ2 и DQ8) и повторное определение уровня общего IgA и/или tTG IgG и DGP IgG.

Внедрение в практику современных алгоритмов позволяет существенно повысить эффективность диагностики целиакии, включая как классические, так и малосимптомные формы заболевания.

Левченко С. В., Лазебник Л. Б.  
Московский государствен-  
ный медико-стоматоло-  
гический университет  
им. А. И. Евдокимова

#### Оценка воспалительной реакции в слизистой оболочке при дивертикулярной болезни толстой кишки по уровню фекального кальпротектина.

**Цель:** установить взаимосвязь кальпротектина в кале с воспалительным процессом в слизистой оболочке толстой кишки.

**Материалы и методы:** обследовано 78 больных с невоспалительными хроническими заболеваниями толстой кишки, из них 25 — СРК (группа контроля), 53 — с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДвБ). Возраст больных 58–83 года. Диагноз верифицировали клиническими, рентгенологическими, эндоскопическими и иммунологическими методами. Иммуноферментным методом в ткани толстой кишки определяли TNF $\alpha$ ,  $\gamma$ -IFN (Bender MedSystems GmbH), в образцах кала

кальций-зависимый маркер воспаления — кальпротектин (ФК) (Buhlmann). Статистическая обработка «Statistica 6.0».

**Результаты:** У 72% (38 больных) ДвБ концентрация ФК колебалась от 47 до 103 мкг/г (средние значения 72,4±12,3 мкг/г). 23 больных лечились нестероидными противовоспалительными средствами, у 5 выявлены антитела к иерсениам. При СРК уровень ФК у 17 больных был ниже, чем при ДвБ (от 4 до 40 мкг/г), у 8 больных — повышен (61,8 ± 7,6 мкг/г). Возможно бактериальное и лекарственное повреждение слизистой кишки. Воспалительная реакция подтверждена повышением

провоспалительных цитокинов в ткани. Выявлено, что при ДВБ концентрация TNF $\alpha$  высокая (299,3 $\pm$ 34,5 pg/ml), что определяет активацию тканевых макрофагов — свидетелей воспаления. При СРК — нормальный уровень TNF $\alpha$  (9,2 $\pm$ 0,8 pg/ml). В ткани при ДВБ повышена концентрация  $\gamma$ -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 герпетическим 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