

ФЕКАЛЬНЫЙ КАЛЬГРАНУЛИН В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Гарина Г.А., Ханафина М.А.

Научный руководитель: доктор мед. наук
А.А. Камалова

Казанский государственный медицинский университет
Минздрава России, Казань, Россия

Ключевые слова: дети; фекальный кальгранулин;
воспалительные заболевания кишечника; диагностика

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) имеют хроническое рецидивирующее течение. Эндоскопические методы обычно не используются для мониторинга ВЗК у детей из-за их инвазивности и высокой стоимости. Диагностическое значение фекальных биомаркеров в мониторинге и прогнозировании рецидивов ВЗК изучено недостаточно. Фекальный кальгранулин (ФК) S100A12 относится к белкам острой фазы, обладает антимикробными свойствами и выделяется кишечным эпителием под влиянием гранулоцитов. ФК является потенциальной альтернативой илеоколоноскопии при диагностике и мониторинге язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) у детей.

Цель работы: определить диагностическое значение ФК при БК и ЯК у детей.

Материалы и методы. Обследовано 116 больных с ВЗК и 32 условно здоровых ребёнка. Средний возраст составил 14 лет (Q_1 – Q_3 — 11–16). У всех детей определяли уровень ФК методом иммуноферментного анализа («Cloud-clone Corp.») в зависимости от показателей клинической, лабораторной, эндоскопической и гистологической активности ВЗК.

Результаты. Концентрации ФК в зависимости от клинической активности БК у детей значительно увеличивались при активной форме БК (Ме — 275,40 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 217,91–413,87 пг/мл), чем при неактивной форме (Ме — 67,36 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 54,68–89,08 пг/мл). При неактивной форме ЯК у детей его концентрации составили (Ме — 129,30 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 65,50–297,39 пг/мл), а при активной форме ЯК (Ме — 189,25 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 63,09–425,12 пг/мл). Уровень ФК был повышен при эндоскопически активной форме БК (Ме — 273,50 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 218,61–438,36 пг/мл), а при неактивной форме БК (Ме — 56,31 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 51,62–85,52 пг/мл). При неактивной форме ЯК его уровень составил (Ме — 106,00 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 56,04–131,17 пг/мл), а при активной форме ЯК (Ме — 205,6 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 118,09–452,3 пг/мл). При этом нами не выявлено значимых связей между концентрациями ФК и лабораторными показателями.

Заключение. ФК показал свою эффективность при диагностике клинической и эндоскопической активности БК и ЯК, при этом его концентрации были повышены у больных с клинически тяжёлой формой течения БК и при средней степени тяжести ЯК.
