

Выводы

За период с 2016 по 2018 гг. на стационарном лечении находилось 244 пациента с ветряной оспой. Наибольшее количество случаев было выявлено в 2016 г.

Наиболее часто у пациентов отмечается средняя степень тяжести с типичной клинической картиной.

Осложнения возникли в 12 (14,6 %) случаях. Наиболее встречаемым осложнением был острый ветряночный менингоэнцефалит (75 % в период за 2016–2018 гг.). Начиная с 2017 г. были обнаружены случаи абсцесса (флегмоны) передней стенки живота, флегмоны шейно-подчелюстной области, абсцесса паховой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергиенко, Е. Н. Современный взгляд на ветряную оспу у детей / Е. Н. Сергиенко // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — Минск, 2017. — № 2. — С. 19–20.
2. Современные особенности клинического течения ветряной оспы у детей / Л. В. Никифорова [и др.] // Запорожский медицинский журнал. — 2011. — Т. 13, № 4. — С. 122–123.
3. Мазанкова, Л. Н. Ветряная оспа у детей: особенности течения и лечения / Л. Н. Мазанкова // Педиатрия. — М.: Медиа Медика, 2006. — № 1. — С. 27–30.

УДК 616.34-002-036.12-07-08-053.2(476.2)

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА

Хмылко Л. А.¹, Беликова Г. С.¹, Лымарь Ж. В.¹, Груздева М. А.², Сотникова В. В.²

¹Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) — это аутоиммунные заболевания, которые характеризуются хроническим прогрессирующим воспалительно-деструктивным поражением желудочно-кишечного тракта. К ним относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). На сегодняшний день эти заболевания являются наиболее актуальными проблемами в детской гастроэнтерологии. Заболеваемость и распространенность в связи с возрастанием частоты возникновения данной патологии в детском возрасте повсеместно [1, 2].

Цель

Установить клинико-диагностические особенности возникновения и протекания хронических воспалительных заболеваний кишечника в детском возрасте.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на основании ретро- и проспективного анализа 123 историй болезни 32 несовершеннолетних пациентов, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 1 У «ГОКБ» и педиатрическом отделении № 4 У «ГОДКБ», в связи с ХВЗК в период с июля 2014 г. по октябрь 2019 г., в том числе БК — 11 (34,38 %), ЯК — 21 (65,2 %). Соотношение диагнозов равно 1:1,67.

Изучены следующие показатели: возраст, пол, вес, рост, индекс массы тела (ИМТ), жалобы при поступлении, коморбидность, результаты клинико-диагностических методов исследования, количество койко-дней.

ИМТ вычислялся по следующей формуле:

$$I = \frac{m}{h^2}$$

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft «Statistica» 10.0 (USA) и Microsoft Office Excel 2007, уровень значимости определяли при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

За анализируемый период впервые выявлено 17 ХВЗК (13,82 %), в том числе: БК — 3 (17,65 %), ЯК — 14 (82,35 %). Средний возраст пациентов ХВЗК составил $11,52 \pm 4,30$ лет: для девочек — $12,69 \pm 2,94$ лет, для мальчиков — $9,92 \pm 5,27$ лет. Наблюдалось следующее распределение по полу: 16 (50 %) мальчиков и 16 (50 %) девочек (соотношение — 1:1).

Девочки и мальчики болеют одинаково часто, однако, при разделении по нозологиям БК чаще встречается у мальчиков, ЯК — у девочек. Городские и сельские жители болеют одинаково часто. ЯК в детском возрасте встречается чаще, чем БК в 1,9 раз. В среднем, дебют заболевания отмечался в 8–12 лет. Стоит отметить, что ЯК дебютирует раньше, чем БК, в среднем, на 2 года.

Большинство детей (47,06 %) были направлены на первичную госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение (ХВЗК?) из областной детской консультативной поликлиники, при этом большой процент направлений отмечался из ДХО (35,2 %).

Основные подтипы БК у детей: илеоколит (45,45 %) и илеит (45,45 %), при ЯК — проктосигмоидит (70,59 %).

Стероидозависимая форма диагностирована у 15,63 % детей (из них, 80 % — с ЯК), у 60% на фоне их приема развился экзогенный гиперкортицизм. Большинство детей (70,59 %) имело среднетяжелую степень заболевания. Средняя продолжительность госпитализации составила 20 дней, при этом, дети с ЯК находились в стационаре на 7 дней дольше, чем с БК. Частота госпитализации за исследуемый период времени, составила в среднем 3–4 раза (4–5 раз — для детей с ЯК и 3–4 раза — с БК). Инвалидизация детей с ХВЗК составила 37,5 %.

50 % пациентов имели наследственную предрасположенность к заболеваниям ЖКТ (при этом отягощенную наследственность по ХВЗК имело лишь 12,5 % детей). Неотягощенная наследственность отмечалась у 31,25 % пациентов. Операционный анамнез отягощен у 31,25 % (чаще выполнялась аппендэктомия (30 %)).

В 54,47 % случаев язык не был обложен налетом, наиболее часто (24,59 %) наблюдалась обложенность языка у корня. 75,41 % случаев характеризовался отсутствием болезненности живота при пальпации (из них в 13,93 % — болезненность в околопупочной области). Кратность стула, в среднем, составила 2–4 раза в сутки. У 10,66 % детей отмечалась склонность к запорам. У 25,41 % отмечалась примесь крови в стуле.

Основными жалобами детей при дебюте ХВЗК явились: патологические примеси в стуле (47,06 %), изменение консистенции стула («понос», «запор», «кашицеобразный») (41,18 %), боль в животе (41,18 %) пациентов и тошнота (23,53 %).

При первичной госпитализации (ХВЗК?), у всех пациентов наблюдалась анемия смешанного генеза легкой (75 %) или средней (25 %) степени тяжести. Наиболее подвержены анемизации пациенты с ЯК. В 19,51 % случаев диагностирован лейкоцитоз, в 20,83 % — ускорение скорости оседания эритроцитов и в 4,88 % — тромбоцитоз. В 4,07 % случаев наблюдалась щелочная реакция мочи, в 4,88 % случаев — протеинурия, в 7,31 % случаев — оксалаты, в 6,50 % случаях — слизь, в 2,44 % случаях — бактерии и в 1,63 % случаев — ураты.

Оценка БАК у детей с ХВЗК, установила, что среднее значение, как при первичном поступлении, так и в целом, повышено для креатинина, лактатдегидрогеназы и кальция. Наблюдалось повышение антистептолизина-О и щелочной фосфатазы у детей с ЯК и аспартатаминотрансферазы — у детей с БК.

Установлено, что наиболее достоверными серологическим методами исследования являются: циркулирующие иммунные комплексы (повышены в 37,63 %), диспротеинемия (за счет изменения фракции альфа-1-альбуминов, иммуноглобулин Е (100 % среди исследованных на него).

В большинстве случаев, кал детей, страдающих ХВЗК, имеет следующие макроскопические характеристики: оформленный (81,30 %), мягкий (82,11 %), коричневый (97,56 %), обычного запаха (100 %); отрицательная реакция на скрытую кровь (66,67 %) и кальпротектин (70,00 %). Микроскопические: наличие мышечных волокон (82,93 %), нейтрального жира (8,94 %), йодофильной флоры (8,13 %), лейкоцитов (11,38 %) и эритроцитов (8,94 %); повышенное количество переваренной (53,66 %) и непереваренной (86,99 %) клетчатки.

Дисбактериоз наблюдался в 88,17 % случаев, в основном, за счет массивного роста дрожжеподобных грибов, отсутствия роста бифидо- и/или лактобактерий.

Чаще у пациентов с БК и ЯК наблюдается следующая коморбидность: дефицит массы тела (19,44 % случаев), патология щитовидной железы (35,48 % случаев из проведенных УЗИ щитовидной железы), патология печени и желчного пузыря (46,57 % от обследованных УЗИ органов брюшной полости). По данным электрокардиографии, наиболее часто пациенты с ХВЗК имели нарушение ритма сердца (55,56 %).

По результатам эндоскопических (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия) установлено, что наиболее часто пациенты с ХВЗК страдают слабовыраженным, неактивным, без атрофии и метаплазии антральным гастритом (52 % от выполненных гистологических исследований) и долихосигмой (9,62 %).

Выводы

ХВЗК по-прежнему остаются сложными в диагностическом плане патологиями в детской гастроэнтерологии. Основная трудность состоит в том, что зачастую БК и ЯК маскируются под другую соматическую патологию (внекишечные проявления) и, фактически, не имеют никаких предпосылок к дебюту.

Таким образом, диагностика ХВЗК у детей требует мультидисциплинарного подхода и настороженности, относительно ЯК и БК, врачей-специалистов любого профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. East-West gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO- EpiCom inception cohort / J. Burisch [et al.]. — Gut, 2014. — № 63(4). — P. 588–97.
2. Increasing incidence of paediatric inflammatory bowel disease in Ontario / E. I. Benchimol [et al.] // Canada: evidence from health administrative data. — Gut, 2009. — № 58. — P. 1490–1497.

УДК 616.155.194.8-053.2-073.582-08-031

ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕРРОТЕРАПИИ

Ходулева С. А.¹, Ромашевская И. П.², Демиденко А. Н.², Киреева Т. И.²

¹Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Необходимость своевременного купирования дефицита железа (ДЖ) у детей неоспорима. Соблюдая главный принцип терапии «использование препаратов железа преимущественно для перорального приема», следует учитывать, что физиологические механизмы абсорбции железа аргументируют большую эффективность препаратов двухвалентного