

ухудшение состояния, вследствие чего им были выполнены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки. Несмотря на все усилия, у двух пациентов прогрессировала отрицательная динамика с развитием летального исхода.

#### **Выводы**

Малоинвазивные хирургические методики служат методом выбора при ограниченных панкреатогенных гнояниках.

При распространенной забрюшинной флегмоне ценность малоинвазивной санации становится зависимой не только от количественного, но и от качественного критерия, а именно удельного веса жидкого гноя и секвестров в гнойно-некротической полости.

*Л. А. ХМЫЛКО, Т. А. ЛАТОХО, С. К. ЛОЗОВИК*

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»  
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Болезнь Крона (БК) — это хронический воспалительный процесс, который потенциально может поражать любую часть кишечной трубки (от слизистой рта до ануса). Существенной специфической особенностью этой патологии является локальность, чередование пораженных сегментов с неизменными.

Язвенный колит (ЯК) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кишечника неуточненного генеза, склонное к рецидивированию с периодами кровавой диареи и патоморфологически — диффузным воспалительным процессом в стенке толстой кишки.

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) хотя и не лидируют среди гастроэнтерологической патологии, однако по тяжести течения, частоте осложнений, инвалидизации в молодом возрасте и летальности занимают одну из главенствующих позиций. В настоящее время распространенность ХВЗК у детей составляет 2,2–6,8 случаев на 100 тыс. детского населения. Клиническая картина ХВЗК включает в себя кишечные и внекишечные проявления, а также общие признаки воспаления. Дифференциальный диагноз ХВЗК сложен.

Прогноз в отношении выздоровления — неблагоприятный, а в отношении продолжительности жизни более благоприятен при ЯК. Современные методы лечения ХВЗК позволяют достичь клинической ремиссии заболевания, улучшить качество жизни пациентов.

**Цель.** Изучить особенности клиники язвенного колита и болезни Крона у детей, проживающих в Гомельской области.

**Материалы и методы.** Нами ретроспективно проанализировано 42 истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в детском гастроэнтерологическом отделении УГОКБ по поводу язвенного колита и болезни Крона в 2011–2013 гг. Всем детям было проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование.

#### **Результаты и обсуждение**

В исследуемую группу был включен 21 человек в возрасте от 1 до 16 лет, 13 (61,9 %) девочек и 8 (38,1 %) мальчиков. Проживают в городе 17 (81 %) детей, в сельской местности — 4 (19 %).

В 2011 г. на стационарном лечении по поводу ХВЗК находились 2 девочки (14 летняя с БК и 4 летняя с ЯК); в 2012 г. — 11 человек (в том числе и вышеназванные дети повторно); в 2013 г. — 16 детей. 10 пациентов в течение 3 лет находились на стационарном лечении 2 и более раз. В 2013 г. заболевание выявлено впервые у 4 детей (2 мальчика и 2 девочки); в 3

случаях БК, у 1 — ЯК. Отличить ЯК от БК (гранулематозный колит) только по клиническим признакам не представляется возможным. Для верификации диагноза проводилась колоноскопия с биопсией слизистой оболочки кишечника у всех детей исследуемой группы.

ЯК был диагностирован у 7 (33,3 %) детей (4 мальчика, 3 девочки); БК — у 14 (66,7 %) (4 мальчика, 10 девочек). В возрасте 1–6 лет было 5 (23,8 %) детей (3 мальчика, 2 девочки): в 4 случаях ЯК низкой степени активности, легкое течение; у 1 девочки в возрасте 6 лет впервые диагностирована БК. В возрасте 10–13 лет 6 (28,6 %) детей (3 мальчика, 3 девочки), из них 5 человек с БК и 1 мальчик с ЯК. В возрасте 14–16 лет 10 (47,6 %) детей (БК — 2 мальчика и 6 девочек; ЯК — 2 девочки).

Клинические проявления ХВЗК: частой жалобой были боли в животе — у 18 (85,7 %) детей, редко отмечалась тошнота — у 6 (28,6 %), рвота — у 2 (9,5 %), запоры — у 5 (23,8 %), диарея — у 9 (42,9 %), тенезмы — у 1 (4,8 %). Чаще обнаруживалась кровь в кале — у 9 (42,9 %) детей, реже — слизь в кале — у 5 (23,8 %), детальная структура приведена в табл. 1. Примесь слизи и крови в стуле разной консистенции отмечались как у пациентов с ЯК, так и с БК.

Таблица 1 — Частота клинических проявлений при болезни Крона и язвенном колите у пациентов в исследуемой группе.

Клинические признаки \ Формы ХВЗК	Болезнь Крона (14 чел)		Язвенный колит (7 чел)	
	чел.	%	чел.	%
Боли в животе	12	85,7	6	85,7
Тошнота	5	35,7	1	14,3
Рвота	1	7,1	1	14,3
Диарея	6	42,9	3	42,9
Запор	4	28,6	1	14,3
Тенезмы	0	0	1	14,3
Кровь в кале	4	28,6	5	71,4
Слизь в кале	2	14,3	3	42,9

Гипохромная анемия была диагностирована у 8 (38,1 %) детей (ЯК — 4, БК — 4), причем у 7 из них наблюдалась примесь крови в кале. Из них анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 99–115 г/л) была выявлена в 87,5 % случаев: у 4 девочек и 3 мальчиков (ЯК — 4, БК — 3); анемия тяжелой степени (гемоглобин 69 г/л) у 1 девочки с ЯК высокой степени активности, тяжелым течением.

Лейкоцитоз ( $9,5-16,5 \times 10^9/\text{л}$ ) был у 7 (33,3 %) детей (ЯК — 4, БК — 3), лейкопения (менее  $4,0 \times 10^9/\text{л}$ ) — у 1 (4,8 %) ребенка с БК.

Отягощенная наследственность болезнями ЖКТ (язвенная болезнь, хронический гастрит, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь) анамнестически установлена у 8 (38,1 %) детей, в т. ч. 1 случай саркомы толстой кишки у родной сестры.

Физическое развитие девочек исследуемой группы было: гармоничное — у 7 человек (среднее 6, высокое — 1), дисгармоничное — у 6 (обусловленное дефицитом массы тела I степени: среднее — 4, высокое — 2). Физическое развитие мальчиков было: гармоничное — у 2 (среднее — у 1, выше среднего — у 1), дисгармоничное — у 6 человек (среднее и ниже среднего с дефицитом массы тела II степени — у 3 детей, высокое с избытком массы тела I степени — у 3).

Полученные нами данные не противоречат литературным, а наша работа требует дальнейшего продолжения клинических наблюдений.

### Выводы

1. Наблюдается постепенный рост числа хронических воспалительных заболеваний кишечника в детском и подростковом возрасте; болезнь Крона по данным нашего исследования при этом встречается в 2 раза чаще, чем язвенный колит.

2. Заболевания наблюдаются преимущественно у детей, проживающих в городе, чаще у лиц пубертатного возраста, чаще у девочек. Характерных особенностей физического развития детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника не выявлено.

3. Основными клиническими симптомами хронических воспалительных заболеваний кишечника являются боли в животе, наличие диареи с примесью крови и слизи.

4. Примерно у трети детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника в период обострения наблюдаются изменения в анализе крови (анемия и лейкоцитоз).

*Е. Л. ЦИТКО<sup>1</sup>, О. С. ГОВРУШКО<sup>1</sup>, Е. В. ЦИТКО<sup>2</sup>*

### **АУТОЛИКВОРОХИМИОТЕРАПИЯ С ИММУНОМОДУЛЯЦИЕЙ ПРОДИГИОЗАНОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»<sup>1</sup>*

*Учреждение «Гомельская городская клиническая больница № 3»<sup>2</sup>*

Первичные опухоли центральной нервной системы (ЦНС) составляют 1,4 % от всех злокачественных опухолей и 2,4 % от онкологической летальности. Проблема лечения пациентов со злокачественными глиальными опухолями остается в значительной степени нерешенной, а результаты малоутешительными — средняя выживаемость не превышает 14 месяцев. Особый интерес, на сегодняшний день, вызывают методы loco-региональной аутоликворохимиотерапии (АЛХТ).

**Цель.** Оценить ближайшие результаты аутоликворохимиотерапии с использованием индуктора эндогенного интерферона — продигиозан, в комплексном лечении первичных глиальных опухолей головного мозга.

**Материалы и методы.** За период 2011–2013 гг., метод АЛХТ с курсом системной иммунотерапии индуктором эндогенного интерферона использовался у 14 пациентов с первичными глиальными супратенториальными опухолями. Во всех случаях первым этапом лечения выполнялось тотальное или субтотальное удаление опухоли. Распределение по типу гистологического строения следующее: глиомы I–II степени злокачественности 57,1 % (n = 8), III–IV степени анаплазии 42,9 % (n = 6). Средний возраст пациентов составил 50 ± 13 лет. Мужчин было 71,4 %, женщин 28,6 %.

Методика АЛХТ включала проведение люмбальной пункции на уровне L3–L4 позвонков с забором 10 мл ликвора, который соединяли с цисплатином в дозе 0,2 мг. После инкубации смеси в термостате при температуре 37 °С с экспозицией 30 мин, ее медленно вводили интратекально. В рамках одного курса проводили две процедуры АЛХТ с интервалом 5 дней, суммарно выполнялось 3 курса эндолюмбальной химиотерапии на аутологичной среде (ликвор).

За 48 часов до курса АЛХТ начинался курс системной иммунотерапии продигиозаном: внутримышечно 30 мкг один раз в сутки по схеме 2, 6 и 10 сутки курса.

Изучение токсичности АЛХТ проводилось согласно рекомендациям ВОЗ по критериям CTC-NCIC. Адаптационные реакции оценивались по интегральному показателю — процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле (Гаркави Л.Х. и соавт, 2003).

Статистический анализ результатов исследования выполнялся с помощью пакета STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc. USA). При сравнении результатов статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты и обсуждения**

Прогрессирование опухолевого процесса после 3 курсов АЛХТ с продигиозаном за 2 летний период обнаружено в 21,4 % (n = 3) случаев. Нейротоксические осложнения