

УДК 616.34-002.2-07-08-053.2

К. И. Довгая, Ю. М. Федченко

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Введение

Одной из серьезных проблем гастроэнтерологии являются хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК). Данные заболевания кишечника морфологически характеризуются неспецифическим иммунным воспалением стенки кишки – поверхностным при ЯК и трансмуральным при БК. При ЯК диффузное воспаление локализовано в пределах слизистой оболочки и поражает только толстую кишку на разном протяжении, в то время как при БК в патологический процесс вовлекаются любые органы пищеварительного тракта – от полости рта до анального канала [1].

Причины возникновения ХВЗК до настоящего времени окончательно неизвестны и, вероятнее всего, имеют многофакторное происхождение.

ЯК и БК характеризуются началом в молодом возрасте с последующим волнообразным или непрерывным течением [2].

По тяжести течения и частоте осложнений они занимают одну из ведущих позиций в структуре болезней пищеварительной системы. В настоящее время отсутствует единый взгляд на проблему воспалительных заболеваний кишечника среди врачей-педиатров, детских гастроэнтерологов: поздняя диагностика, не всегда рациональное лечение приводят к развитию осложнений и ранней инвалидизации [1, 2].

Для постановки ХВЗК необходимым является наличие соответствующих анамнестических данных, характерной клиники, эндоскопических и гистологических признаков [3].

Цель

Изучить особенности клиники и диагностики ХВЗК у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 49 «Медицинских карт стационарного пациента» (форма № 003/у-07) детей в возрасте от 2 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 4 Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2022 году. Учитывались пол, возраст, место жительства, физическое развитие, результаты клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 32 ребенка (7 человек получали стационарное лечение дважды в течение года, 3 человека – трижды, 1 человек – 5 раз): 20 (62,5 %) мальчиков и 12 (37,5 %) девочек. Проживают в г. Гомеле и районных центрах Гомельской области по 16 детей.

ХВЗК по МКБ-10 относятся к рубрике «Неинфекционный энтерит и колит» K50–52: K50 – БК; K51 – ЯК; K52 – другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (НГЭК).

В 2022 году ХВЗК выявлены впервые у 9 (28,1 %) детей: БК – 1 мальчик; ЯК – 4 девочки; НГЭК – 4 ребенка (2 мальчика, 2 девочки).

ЯК диагностирован у 19 (59,4 %) детей (10 мальчиков и 9 девочек); НГЭК – у 7 (21,8 %) пациентов (5 мальчиков и 2 девочки); БК – у 6 (18,8 %) детей (5 мальчиков и 1 девочка).

Результаты распределения ХВЗК в различных возрастных группах представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Структура ХВЗК по возрасту

| Возраст | ЯК (K51), кол-во (%) | БК (K50), кол-во (%) | НГЭК (K52), кол-во (%) | Всего, кол-во (%) |
|--------------|----------------------|----------------------|------------------------|-------------------|
| 1–5 лет | 2 (10,5 %) | 0 (0 %) | 2 (28,6 %) | 4 (12,5 %) |
| 6–11 лет | 3 (15,8 %) | 4 (66,7 %) | 1 (14,3 %) | 8 (25 %) |
| 12–17 лет | 14 (73,7 %) | 2 (33,3 %) | 4 (57,1 %) | 20 (62,5 %) |
| Итого | 19 (100 %) | 6 (100 %) | 7 (100 %) | 32 (100 %) |

Физическое развитие детей оценено с использованием центильных таблиц (Гродно, 2000). Физическое развитие среднее гармоничное у 7 детей (5 мальчиков и 2 девочки); ниже среднего, низкое, очень низкое гармоничное и дисгармоничное у 10 (5 мальчиков и 5 девочек); выше среднего, высокое, очень высокое гармоничное и дисгармоничное у 12 (8 мальчиков и 4 девочки); резко дисгармоничное у 3 (2 мальчика и 1 девочка). Физическое развитие ниже среднего, низкое, очень низкое гармоничное и дисгармоничное, в т.ч. резко дисгармоничное в большинстве случаев у детей с ЯК (9 (28,1 %) человек).

По индексу Кетле 21 (65,6 %) ребенок имеет дефицит массы тела (ЯК – 13, БК – 5, НГЭК – 3).

Клинические проявления ХВЗК характеризовались интоксикационным, болевым абдоминальным и диспептическим синдромами. Симптомы интоксикации выражены у 7 (21,9 %) пациентов: ЯК – 2, БК – 2, НГЭК – 3. Боли в животе различной локализации (в области эпигастрия, гипогастрия, околопупочной, по ходу кишечника) отмечали 19 (59,4 %) детей: ЯК – 11, БК – 4, НГЭК – 4, при этом при пальпации у 93,8 % живот мягкий, не вздут. Симптомы диспепсии были выявлены у 18 (56,25 %) детей: ЯК – 10, БК – 3, НГЭК – 5. Снижение аппетита – у 7 (21,9 %) детей: ЯК – 3, БК – 2, НГЭК – 2. Диарея выражена у 17 (53,1 %) человек: ЯК – 10, БК – 1, НГЭК – 6. Патологические примеси в кале: кровь (капли, сгустки) у 18 (56,25 %) детей: ЯК – 11, БК – 2, НГЭК – 5, слизь – у 9 (28,1 %) пациентов: ЯК – 3, БК – 2, НГЭК – 4.

Анализ лабораторных данных: определение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), кальпротектина, ANCA, ASCA, ANA. Определение уровня ЦИК было проведено 27 пациентам: вариант нормы у 24 (88,9 %) детей, повышенный уровень – 3 (11,1 %) детей: ЯК – 2, НГЭК – 1. Кальпротектин – 30 пациентам: вариант нормы у 13 (43,3 %) детей, повышенный уровень – 17 (56,7 %) детей: ЯК – 11, БК – 4, НГЭК – 2. ANCA – 12 детям: вариант нормы у 11 (91,7 %) пациентов, повышенный уровень – 1 (8,3 %) ребенок с ЯК. ASCA – 10 детям: вариант нормы у 7 (70,0 %) пациентов, повышенный уровень – 3 (30,0 %) детей: ЯК – 2, БК – 1. ANA – 11 пациентам, отклонения от нормы не выявлено.

Латентный дефицит железа у 4 мальчиков (ЯК – 2, БК – 2); железо дефицитная анемия у 4 детей (легкой степени у 3 детей (ЯК – 2, БК – 1); средней степени у 1 девочки с ЯК).

Фиброколоноскопия (ФКС) с биопсией слизистой оболочки кишечника для верификации диагноза была проведена 24 пациентам исследуемой группы (8 детям с ранее установленными диагнозами при данной госпитализации ФКС не проводилась). Результаты

ФКС: очаговый активный проктит выявлен у 6 (25,0 %) детей (ЯК – 1, БК – 1, НГЭЖ – 4); очаговый активный колит – 5 (20,8 %) пациентов (ЯК – 1, БК – 1, НГЭЖ – 3); диффузный активный колит у 9 (37,5 %) детей с ЯК, из которых у 7 деструкция крипт, у 5 крипт-абсцессы, формирование воспалительных псевдоворсинок в 1 случае; у 2 мальчиков с БК выявлен терминальный активный илеит; у мальчиков с НГЭЖ по 1 случаю проктосигмоидит и долихосигма. Эндоскопически патологии не выявлено (период ремиссии по основному заболеванию) у 4 (16,7 %) пациентов: ЯК – 3, БК – 1.

У пациентов исследуемой группы диагностирована сопутствующая патология: язва дуоденум у 2 (6,3 %) детей (ЯК – 1, БК – 1); хронический гастрит у 19 (59,4 %) детей (ассоциированный с Нр у 6 (31,6 %) пациентов: ЯК – 3, БК – 1, НГЭЖ – 2); гастроэзофагеальный рефлюкс у 13 (40,6 %) пациентов: с эрозивным эзофагитом у 4 детей (ЯК – 1, БК – 2, НГЭЖ – 1); с неэрозивным эзофагитом у 9 детей (ЯК – 6, БК – 2, НГЭЖ – 1); дуоденогастральный рефлюкс у 4 (12,5 %) детей (ЯК – 2, БК – 2); пищевая сенсibilизация к глютену у 5 (15,6 %) детей с ЯК; белково-энергетическая недостаточность (БЭН) у 5 (15,6 %) детей (ЯК – 4, БК – 1); вторичное нарушение микробиоты кишечника у 10 (31,3 %) детей (ЯК – 5, БК – 2, НГЭЖ – 3).

Выводы

Таким образом, ХВЗК чаще диагностируются у городских мальчиков среднего и старшего школьного возраста. Большинство пациентов с ЯК; БК и НГЭЖ встречаются одинаково часто. Более чем у половины детей с ХВЗК имеет место болевой абдоминальный и диспептический синдромы. У каждого второго пациента с ЯК диарея с примесью крови в кале, повышенный уровень кальпротектина. Железодефицитные состояния регистрируются у каждого четвертого пациента с ЯК и у каждого второго – с БК. Низкие показатели физического развития, БЭН чаще регистрируются у детей с ЯК. ХВЗК сопутствует патология верхних отделов пищеварительного тракта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский – Минск: Беларуская навука, 2019. – 426 с.
2. Горгун, Ю. В. Хронические воспалительные заболевания кишечника в Республике Беларусь / Ю. В. Горгун [и др.] // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2018. – № 3(55). – С. 5–12.
3. Луговкина, А. А. Особенности диагностики и лечения неспецифического язвенного колита / А. А. Луговкина [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – № 4(164). – С. 10–16.

УДК 616.1-053.32

И. В. Коваленко

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Введение

Демографическая ситуация, сложившая не только в Республике Беларусь, но и в мире, в целом, выдвигает задачу перед врачами в сохранении жизни каждого, появившегося на свет, ребенка. Современный уровень развития перинатальной помощи в Республике Беларусь дает возможность выхаживания детей не только с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, но и с патологией сердечно-сосудистой системы.