

УДК 616.348-002-002.44-053.2(476.2)

И. В. Беломытцева, Е. В. Чумакова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Язвенный колит(ЯК) – хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание толстой кишки с рецидивирующим либо непрерывным течением, местными и системными осложнениями. Язвенный колит распространён преимущественно среди населения индустриально развитых стран. Заболеваемость ЯК у детей колеблется от 1 до 4 случаев на 100 000 жителей в Северной Америке и Европе, что составляет приблизительно 15–20% от больных ЯК всех возрастов. В последние два десятилетия наблюдают рост числа больных неспецифическим язвенным колитом как среди взрослых, так и среди детей всех возрастных групп. Дебют заболевания может возникнуть даже в грудном возрасте. Распределение по полу составляет 1:1, причём в раннем возрасте чаще болеют мальчики, в подростковом - девочки.

Этиология воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), в том числе ЯК, не установлена: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды.

Результатом взаимного влияния данных факторов риска является активация Th2-клеток, гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов, в первую очередь, фактора некроза опухоли-альфа и молекул клеточной адгезии. Недостаточность иммунной регуляции приводит к неконтролируемым ответам на повреждение ткани и развитию локального воспаления. Результатом этих реакций становится лимфоплазмочитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки с развитием характерных макроскопических изменений и симптомов ЯК [11].

При ЯК поражается только толстая кишка (за исключением ретроградного илеита), в процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой (за исключением острого тяжелого колита) и носит диффузный характер [2].

Клиническая картина представлена тремя ведущими симптомами: диареей, выделением со стулом крови, болями в животе. Почти в половине случаев заболевание начинается исподволь [3]. При лёгком колите заметны единичные прожилки крови в стуле, при тяжёлом – значительная её примесь. Иногда стул приобретает вид зловонной жидкой кровавой массы. У большинства больных развивается диарея, частота стула варьирует от 4–8 до 16–20 раз в сутки и более. В жидком стуле помимо крови содержатся в большом количестве слизь и гной. Диарею с примесью крови сопровождают, а иногда и предшествуют ей боли в животе, чаще во время еды или перед дефекацией. Боли схваткообразные, локализуются внизу живота, в левой подвздошной области или вокруг пупка. Изредка развивается дизентериеподобное начало болезни. Весьма характерны для тяжёлого язвенного колита повышение температуры тела (обычно не выше 38 °С), снижение аппетита, общая слабость, снижение массы тела, анемия, задержка полового развития.

Диагноз ЯК у детей должен устанавливаться на основании сочетания данных анамнеза, физикального осмотра и фиброколоноскопии с множественной биопсией. Единого критерия для постановки диагноза ЯК не существует. Как правило, диагноз ЯК следует подозревать у ребенка с хронической (≥ 4 недель) или повторяющейся (≥ 2 эпизодов в течение 6 месяцев) диареей с кровью, тенезмами, болями в животе после исключения инфекционных и других причин, а в тяжелых случаях – с потерей массы тела, общей слабостью и рвотой. Особенностораживающими данными в отношении воспалительных заболеваний кишечника у ребенка являются сопутствующая задержка роста и/или пубертатного развития, наличия ВЗК в семье, повышении маркеров воспаления или наличия анемии. Язвенный колит, дебютирующий в детском возрасте, оказывается тотальным в 60–80% всех случаев, то есть в два раза чаще, чем у взрослых. Поскольку доказано, что протяженность поражения коррелирует с большей активностью заболевания, в детском возрасте при первой атаке течение болезни становится более тяжелым, приводя к колэктомии у 30–40% детей в течение 10 лет, по сравнению с 20% у взрослых. Кроме того, при лечении детей приходится учитывать возрастные особенности, такие как рост, половое развитие, питание и прирост минеральной плотности костной ткани в подростковом возрасте, а также особенности психосоциального поведения и развития. Дифференциальную диагностику проводят с болезнью Крона, целиакией, дивертикулитом, опухолями и полипами толстой кишки, туберкулезом кишечника, болезнью Уиппла и др.

Лечебные мероприятия при ЯК включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургическое лечение, психосоциальную поддержку и диетические рекомендации. Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений ЯК. Целью терапии является достижение и поддержание бесстероидной ремиссии (прекращение приема глюкокортикостероидов в течение 12 недель после начала терапии), профилактика осложнений ЯК, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения.

Цель

Изучить структуру и особенности клинико-лабораторного течения язвенного колита у детей Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведено анализ 30 медицинских карт стационарных пациентов, находящихся на лечении в педиатрическом отделении №4 Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с января 2018 по май 2022 года, с диагнозом язвенный колит. Обработка данных проведена при помощи электронных таблиц «Microsoft Office Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

Из 30 госпитализированных пациентов 22 (73%) пациента являлись городскими жителями, 8 (26%) пациентов проживали в сельской местности.

В возрасте от 8 до 11 лет было 4 пациента (13%), с 12 до 15 лет – 18 пациентов (61%), от 15 до 17 лет – 8 пациентов (26%).

Удовлетворительное состояние при поступлении было у 19 пациентов, что составило 63%, средней степени тяжести – у 11 (36%) пациентов.

СЕКЦИЯ Педиатрия

В 53% случаев (16 пациентов) среди сопутствующей патологии выявлен хронический неатрофический слабовыраженный неактивный антральный гастрит, у 9 (30%) пациентов – гастроэзофагальный рефлюкс с незрозивным эзофагитом, у 6 (20%) пациентов обнаружен гастроэзофагальный рефлюкс без эзофагита, у 4 (13%) пациентов выявлен диффузный токсический зоб, аскаридоз - у 2 пациентов, что составило 6%.

В стационар 4 пациента госпитализированы в экстренном порядке (13%). 26 пациентов – в плановом, что составило 86%.

С жалобами на боли в животе поступило 27 пациентов (90%). На примесь крови в стуле предъявляли жалобы 6 (20%) пациентов, на частый жидкий стул – 15 детей, это составило 50%. Один пациент отмечал периодические боли по ходу кишечника.

В анамнезе среди перенесенных заболеваний у 30 (100%) пациентов наблюдалась острая респираторная инфекция, ветряная оспа – у 25 (83%) пациентов, у 20 (66%) пациентов наблюдался острый тонзиллит в анамнезе.

Низкое гармоничное физическое развитие было у 11 (36%) пациентов. Среднее гармоничное физическое развитие отмечено у 14 пациентов, это составило 46%. Высокое гармоничное физическое развитие – у 5 (16%) пациентов.

Аппетит у 22 пациентов был сохранён (73%), у 8 пациентов понижен (26%).

Объективно у 16 (53%) пациентов при пальпации выявлен мягкий безболезненный живот. У 2(6%) госпитализированных отмечалась болезненность в левой половине живота.

Наследственный анамнез со стороны матери был отягощен у 18 (60%) пациентов за счет хронического гастрита и неспецифического язвенного колита, со стороны отца – у 6(20%) пациентов за счет хронического гастрита.

Данные фиброколоноскопического исследования показали, что просвет просмотренных отделов был не изменен у 22 пациентов (73%). Из них у 8 (26%) пациентов слизистая оболочка была эрозивована и контактно кровоточива. Слизистая оболочка была эластичная, слегка отечная, нормальной окраски была у 4 (13%) пациентов. У 4 (13%) пациентов наблюдалась отечная и гиперемированная слизистая. У 4 (13%) пациентов слизистая оболочка была отечной, с эрозиями и фиброзным налетом на стенках, отмечалась контактная кровоточивость. Лимфоидная гиперплазия подвздошной кишки была у 8 пациентов (26%), непрерывный диффузный язвенный колит выявлен у 8 человек, что составило 26%. 2 (6%) пациентов.

Нарушение гистоархитектоники и деструкция крипт слизистой оболочки отмечена у 2 (6%) пациентов.

У 16 (53%) пациентов в общем анализе крови максимальный уровень лейкоцитов возрастал до $11 \times 10^9/\text{л}$, у 5 (16%) пациентов отмечалось повышение СОЭ до 23 мм/час. В биохимическом анализе крови в единичном случае отмечалось повышение уровня мочевины до 16 ммоль/л.

У 23 пациентов (76%) анализ кала на скрытую кровь был положительным, у 7 (23%) пациентов – отрицательным. Амилаза в моче в пределах 115–150 Ед/л наблюдалась у 9 пациентов, это составило 30%, у 14 пациентов амилаза в моче была в пределах 230–245 Ед/л (46% пациентов), у 7 (23%) пациентов уровень амилазы составил 400–425 Ед/л. У 15 пациентов кальпротектин был на уровне 1000 мкг/г, что составило 50%, у 2 (6%) пациентов – 300 мкг/г, у 6 (20%) пациентов – менее 100 мкг/г.

Заключение

В результате исследования было выявлено, что городские жители преобладали по численности над сельскими, язвенный колит чаще наблюдался у пациентов в возрасте 12–15 лет. У большей части пациентов наблюдался язвенный колит средней степени

тяжести. Среди сопутствующих заболеваний чаще наблюдался хронический неатрофический слабовыраженный неактивный антральный гастрит. Среди жалоб чаще встречались жалобы на боли в животе, жидкий стул и примесь крови в кале. Среди перенесенных заболеваний у всех пациентов в анамнезе наблюдалась острая респираторная инфекция. У большинства пациентов аппетит сохранялся нормальным, физическое развитие преобладало среднее гармоничное. У половины пациентов кальпротектин составил 1000 мкг/г. При проведении фиброколоноскопического исследования выявлено, что у большинства пациентов просвет просмотренных отделов был не изменен. Наследственный анамнез был отягощен, преимущественно, со стороны матери за счет хронического гастрита и язвенного колита. У большинства пациентов отмечался положительный анализ кала на скрытую кровь. У большей части пациентов отмечалось повышение СОЭ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с.
2. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения : учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 576 с.
3. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Гвидо Адлер; [А.А. Шептулина]. – М. : 2001. – 527 с.

УДК 616-053.3-007-053.1-037

О. А. Зайцева¹, О. С. Ивашкевич², Т. Е. Аликина²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ФАКТОРОВ РИСКА ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Введение

Врожденные пороки развития (ВПР) занимают значительный удельный вес в структуре причин младенческой смертности, детской инвалидности [1].

Рождение в семье ребенка с врожденным пороком развития (ВПР), в большинстве случаев, наносит моральный урон и отдаляет родителей от социума, перенаправляя их на внутренние проблемы семьи. Уровень врожденных аномалий среди недоношенных детей в 3–4 раза выше, чем у доношенных, что и обусловило предположение многих авторов об общем патогенезе возникновения ВПР у плода, а также в случаях невынашивания беременности и преждевременных родов [2].

К источникам формирования ВПР относятся генетические (хромосомные) и тератогенные факторы, но в большинстве случаев причина врожденных дефектов остается неизвестной. Состояние здоровья матери, качество ее жизни, окружающая среда, акушерский анамнез, особенности течения беременности и родов являются значимыми факторами в формировании здоровья ребенка [3].