

ролиды в возрастных дозировках. 22 (44,9 %) детям с доказанной стрептококковой этиологией узловой эритемы после курса антибиотикотерапии однократно вводился бициллин-5 в возрастной дозировке.

При неэффективности вышеуказанного лечения и высокой степени активности воспалительного процесса 7 (16,3 %) детям назначались глюкокортикоиды: преднизолон в дозе 1–2 мг/кг в течение 1–3 недель.

Выводы

Основной причиной узловой эритемы у детей является инфекция. Данный панникулит чаще развивается у девочек подросткового возраста, характеризуется высокой лабораторной активностью и требует индивидуального подхода к проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бусалаева, Е. И. Узловая эритема: в чем «трудности» диагностики / Е. И. Бусалаева, С. М. Жучкова, И. Б. Боликова // Трудный пациент. — 2017. — Т. 15, № 10–11. — С. 49–52.
2. Егорова, О. Н. Узловая эритема при ревматологических заболеваниях / О. Н. Егорова, Б. С. Белов // Медицинский совет. — 2019. — № 6. — С. 95–99.

УДК 616.34-072.1-053.2(476.2)

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Лозовик С. К.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы отмечается рост воспалительных заболеваний кишечника как у взрослых, так и среди детского населения во всем мире. Эти заболевания возникают в молодом возрасте, в 10–15 % случаев имеют сходную клиническую картину и сопровождаются тяжелыми осложнениями. Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) характеризуются прогрессирующим течением и являются одной из наиболее серьезных проблем современной гастроэнтерологии. По МКБ-10 относятся к рубрике «Неинфекционный энтерит и колит» K50–52: K50 болезнь Крона (БК); K51 язвенный колит (ЯК); K52 другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (НГЭК). У 1/3 пациентов первые проявления хронических воспалительных заболеваний кишечника происходят до 18 лет, причем у 40 % из них — до 10 лет. Среди факторов, способствующих развитию ХВЗК, обсуждается роль неблагоприятных экологических воздействий, погрешностей в питании, стресса, курения, различных инфекций и паразитарных инвазий, наследственной предрасположенности. Фиброколоноскопия (ФКС) — метод исследования всей толстой кишки, включающий осмотр слизистой оболочки, прицельную биопсию и при необходимости лечебные процедуры: остановку кровотечения, электроэксцизию полипов. Колоноскопия детям показана для установления причины неясной симптоматики, выявления воспалений, новообразований либо присутствие чужеродных тел. Все чаще методы эндоскопических исследований используются при проведении профилактических осмот-

ров, поскольку позволяют выявлять ранние признаки заболевания. Эти методы позволяют также контролировать эффективность лечения заболевания. Устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости, преимущественное поражение лиц молодого возраста, тяжесть течения, наличие опасных для жизни осложнений обуславливают особую актуальность изучения данной проблемы [1, 2, 3].

Цель

Проанализировать результаты эндоскопического исследования у детей с патологией кишечника.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ «Медицинских карт стационарного пациента» детей в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 4 (гастроэнтерологического профиля) Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» по поводу диагностики и лечения заболеваний кишечника в 2019 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 117 пациентов: 64 (54,7 %) девочки и 53 (45,3 %) мальчика. Проживают в г. Гомеле 65 (55,6 %), в Гомельской области — 52 (44,4 %) ребенка. За год в отделении пролечено 1259 человек; с целью диагностики патологии кишечника, верификации диагноза выполнено 116 (9,2 %) ФКС (17-летней девочке в течение года ФКС выполнена дважды с интервалом 6 месяцев). Показаниями к проведению ФКС были абдоминальная боль, неустойчивый характер стула, патологические примеси в кале (слизь, кровь), снижение массы тела, контроль течения заболеваний кишечника на фоне лечения. По результатам ФКС патологии не выявлено у 73 (63,5 %) детей (36 девочек и 37 мальчиков); диагностированы патологические изменения у 42 (36,5 %) пациентов (26 девочек и 16 мальчиков): колит (в т. ч. катаральный проктосигмоидит, проктит) — 15 (35,7 %); долихоколон (в т. ч. долихосигма) — 6 (14,3 %); лимфоидная гиперплазия слизистой ободочной и прямой кишки — 5 (11,9 %); язвенный колит — 5 (11,9 %); полипы толстой кишки — 3 (7,1 %); эозинофильный колит (в т. ч. сигмоидит), признаки спаечной болезни брюшной полости, глистная инвазия по 2 (4,8 %); терминальный илеит, болезнь Крона, атония кишечника, атрофия слизистой (состояние после оперативного лечения болезни Гиршпрунга), сглаженность и атрофия ворсин терминального отдела подвздошной кишки по 1 (2,4 %) случаю.

ХВЗК как основной диагноз имел место у 16 человек (девочек и мальчиков поровну). В 2019 г. ХВЗК выявлены впервые у 7 пациентов: ЯК — 4 (3 девочки и 1 мальчик), НГЭК — 3 мальчика; из них 3 ребенка с ЯК получали лечение в стационаре дважды в течение года. «Стаж» заболевания у детей исследуемой группы: до 3-х лет — 10 (62,5 %), 5–8 лет — 6 (37,5 %) случаев. ЯК диагностирован у 7 (43,75 %) детей: 5 (71,4 %) девочек и 2 (28,6 %) мальчика; БК — у 2 (12,5 %) детей (девочка и мальчик); НГЭК — у 7 (43,75 %): 2 (28,6 %) девочки и 5 (71,4 %) мальчиков. Возраст пациентов: 1–5 лет — 4 (25 %) мальчика; 6–11 лет — 3 (18,75 %) — 2 девочки и 1 мальчик, 12–17 лет — 9 (56,25 %) — 6 девочек и 3 мальчика.

Клинические проявления ХВЗК: боли в животе (эпигастрии, околопупочной области, по ходу кишечника) отмечали 12 (75 %) детей (ЯК — 7,

БК — 1, НГЭК — 4), снижение аппетита 2 (12,5 %) ребенка с ЯК, тошноту — 1 (6,3 %) девочка с БК, изжогу — 1 (6,3 %) девочка с ЯК, метеоризм — 2 (12,5 %) девочки с ЯК, БК. Диарея выявлена у 8 (50 %) человек (ЯК — 4, НГЭК — 4); запор у 2 (12,5 %) детей с ЯК. Кровь в кале (примеси, капли, сгустки) у 7 (43,8 %) детей (ЯК — 4, НГЭК — 3), слизь в кале у 5 (31,3 %) пациентов (ЯК — 3, БК — 1, НГЭК — 1). Интоксикационный синдром имел место у 4 (25 %) детей (ЯК — 2, НГЭК — 2), вегетативный — у 2 (12,5 %) детей с НГЭК.

ФКС с биопсией слизистой оболочки кишечника для верификации диагноза была проведена 13 пациентам исследуемой группы (2 девочкам с ранее установленными диагнозами ЯК и БК при данной госпитализации ФКС не проводилась). Результаты ФКС: патологии не выявлено — у 2 (15,4 %) детей с НГЭК; катаральный проктосигмоидит (проктит) — у 2 (15,4 %) детей (ЯК — 1; НГЭК — 1); очаговый активный колит у 3 (23,1 %) детей с НГЭК; ЯК подтвержден у 5 (38,5 %) пациентов; у 1 (7,7 %) мальчика с 6-летним стажем ЯК эндоскопически хронический колит, энтеробиоз, а морфологически подтвержден ранее установленный диагноз. Заключение морфологического исследования при ЯК: хронический непрерывный диффузный активный колит с деструкцией крипт, формированием крипт-абсцессов.

Выводы

Таким образом, ФКС выполнена каждому 10 пациенту с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, у каждого третьего из них выявлена патология кишечника, в 1,5 раза чаще у девочек среднего и старшего школьного возраста. У каждого третьего пациента с выявленной патологией диагностированы ХВЗК; у каждого седьмого при ФКС выявлена аномалия развития толстой кишки, что может являться причиной запоров.

ХВЗК диагностируются одинаково часто у девочек и у мальчиков. В исследуемой группе пациентов с ХВЗК одинаково часто встречается ЯК и НГЭК, при этом ЯК чаще диагностируется у девочек, а НГЭК — у мальчиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: рук-во для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. — Минск: Беларуская навука, 2019. — 426 с.
2. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. А. Лапиной. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. — 704 с.
3. Детская гастроэнтерология / под ред. Н. П. Шабалова. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 736 с.

УДК 616.33-072.1

ДИАГНОСТИКА РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА НА ОСНОВЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Мазуренко Н. Н.

**Учреждение образования
«Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Рефлюкс-гастрит (РГ) возникает на фоне нарушения сократительной активности привратника желудка, в результате чего происходит поступление (заброс, рефлюкс) содержимого двенадцатиперстной кишки (ДПК)