

3. Скворцов, В.В. Дисбиоз кишечника и антибиотик-ассоциированная диарея, диагностика и лечение / В.В. Скворцов // Журнал Лечащий врач. – №2, 2008. – С.43-47.

БОЛЕЗНЬ КРОНА У ДЕТЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГОДКБ)

Волкова М.П., Голенко К.Э.¹, Вежель О. В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная детская клиническая больница

Актуальность. Болезнь Крона – хроническое неспецифическое прогрессирующее трансмуральное гранулематозное воспаление ЖКТ.

В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника, в том числе и болезнью Крона (БК) не только в Европе, но и в странах постсоветского пространства [1, 2]. В Беларуси за последние 10 лет количество воспалительных заболеваний кишечника выросло в 3 раза.

При БК чаще всего поражается терминальный отдел тонкой кишки, поэтому существуют такие синонимы этого заболевания, как «терминальный илеит», «гранулематозный илеит» и др. В патологический процесс может вовлекаться любой отдел пищеварительного тракта от корня языка до заднепроходного отверстия. Течение БК волнообразное, с обострениями и ремиссиями. БК выявляют у детей всех возрастных групп. Пик заболеваемости приходится на 13–20 лет. Большинство детей с болезнью Крона – это подростки, средний возраст которых составляет 12 лет. Среди заболевших соотношение мальчиков и девочек 1:1,1.

Этиология и патогенез заболевания неизвестны. Обсуждают роль инфекции (микобактерии, вирусы), токсинов, пищи, некоторых лекарственных препаратов, рассматриваемых в качестве пускового момента развития острого воспаления. Большое значение придают иммунологическим, дисбиотическим, генетическим факторам. Клиническая картина болезни отличается большим разнообразием. Начало заболевания, как правило, постепенное, течение многолетнее с периодическими обострениями. Клинические проявления можно подразделить на несколько синдромов: кишечные симптомы, боли в животе, общие симптомы заболева-

ния, белково-энергетическая недостаточность (БЭН). Возможны и острые формы. Основным клиническим симптомом у детей – упорная диарея (до 10 раз в сутки). У пациентов с болезнью Крона достаточно часто наблюдается развитие фистул и свищей, протекающих с присоединением вторичной инфекции и формированием абсцессов или перитонита, а при локализации воспалительного очага в дистальных отделах толстой кишки или прямой кишке формируются перианальные осложнения. Наличие хронических перианальных поражений, в частности трещин и свищей, может иметь место приблизительно у 1/5 больных.

Общие симптомы заболевания: общая слабость, потеря массы тела, лихорадка. При значительном поражении тонкой кишки нарушаются всасывание и метаболизм белков, углеводов, жиров, витамина В12, фолиевой кислоты, электролитов, железа, магния, цинка и др. Характерна задержка роста и полового развития.

Диагностика болезни Крона нередко растягивается на месяцы и годы из-за разнообразия симптомов и частого скрытого течения заболевания.

Цель исследования – изучить клинические особенности болезни Крона у детей, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ».

Результаты и их обсуждение. В Гродненской областной детской клинической больнице с 2008г. по 2016г. под наблюдением находилось 9 детей в возрасте от 3 до 17 лет с болезнью Крона, в том числе за последние 5 лет – 8 детей. Девочек было 7, мальчиков – 2 человека. В возрасте от 3 до 6 лет – 1 ребенок, от 7 до 12 лет 4 ребенка, от 13 до 17 лет 4 ребенка. Начало заболевания в возрасте с 3 до 6 лет отмечалось у 1 ребенка, с 7 до 10 лет у 2 детей, с 11 до 17 лет у 6 детей. Первичная госпитализация у 4 детей была в хирургическое отделение с жалобами на боль в животе, у 2 детей в инфекционную больницу в связи с наличием жидкого стула с кровью, у 3 детей в детскую больницу в гастроэнтерологическое отделение. При поступлении дети предъявляли жалобы на боли в животе (78% случаев), повышение температуры тела (67% случаев), наличие крови в стуле (44% случаев), снижение аппетита и потеря массы тела (33% случаев), бледность кожных покровов, запоры, в одном случае перианальные поражения. Срок от начала заболевания до постановки диагноза болезни Крона был от 6 месяцев до 5 лет. Количество госпитализаций за время наблюдения было от 2 до 11 раз. В одном случае девочка

была прооперирована в хирургическом отделении 7 раз по поводу перианальных поражений, а диагноз установлен только через 5 лет. В 3 случаях диагноз после дополнительного обследования был перекалифицирован с хронического неспецифического язвенного колита на болезнь Крона. При объективном обследовании дефицит массы тела имели 6 детей (75%). При пальпации живота болезненность выявлена у 70% детей, преимущественно в правой подвздошной области.

При лабораторном обследовании анемия легкой степени выявлена у 4 детей, средней степени у 3 детей и анемия тяжелой степени у 2 детей, практически у всех анемия была гипохромная и микроцитарная. В 90% случаев выявлялся нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево и в 100% случаев ускоренная СОЭ (от 20 до 50 мм/ч). В 60% случаев в анализах крови отмечался тромбоцитоз, эозинофилия.

В биохимическом анализе крови в 56% случаев отмечалось снижение уровня сывороточного железа, в 45% случаев снижение общего белка и повышение СРБ и серомукоида.

В 100% случаев детям выполнялось УЗИ органов брюшной полости, изменения со стороны печени и/или поджелудочной железы выявлены у половины детей. В 3 случаях на УЗИ выявлено утолщение кишечной стенки до 12-17мм. Также всем детям неоднократно выполнялась фиброгастродуоденоскопия и колонофиброскопия с биопсией слизистой оболочки, 1/3 детей – КТ и МРТ брюшной полости, 1 девочке капсульная эндоскопия в г. Минске.

Поражение желудка и 12-перстной кишки выявлено у 1 пациента, тонкого кишечника у 2 пациентов, у 6 детей поражение тонкого и толстого кишечника. Легкая форма заболевания была у 2 пациентов, среднетяжелая у 4 детей и тяжелая форма заболевания – у 3 детей.

При госпитализации все пациенты получали гипоаллергенную диету, в 2 случаях – энтеральное питание. Медикаментозное лечение заключалось в назначении препаратов 5-аминосалициловой кислоты в 100% случаев, глюкокортикоидную терапию (преднизолон в 67% случаев), цитостатики (азотиаприн, 6-меркаптопурин, метотрексат) в 33% случаев, антибактериальную терапию (метронидазол, цiproфлоксацин, цефалоспорины) в 80% случаев, инфузионную терапию, парентеральное питание,

ферментные препараты, энтеросорбенты, пробиотики, антигистаминные препараты, противогрибковые препараты. В результате лечения кушингоид отмечался у 3 пациентов, остеопороз костей позвоночника у 2 детей.

Длительность госпитализации составила от 24 до 70 дней. С улучшением выписано 7 детей, 2 ребенка переведены в г. Минск для дальнейшего обследования и лечения.

Выводы:

1. За последние 5 лет количество случаев болезни Крона у детей по данным УЗ «ГОДКБ» значительно увеличилось.

2. Болезнью Крона страдают преимущественно девочки в возрасте от 11 до 17 лет.

3. В 2/3 случаев отмечается тонко-толстокишечная форма заболевания.

4. От начала заболевания до постановки диагноза в среднем проходит 2–3 года.

5. Дети с болями в животе и потерей массы тела требуют более тщательного обследования для своевременной постановки диагноза и назначения соответствующего лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водилова, О.В. Особенности течения болезни Крона в детском возрасте / О. В. Водилова, Л. Н. Мазанкова, И. Л. Халиф // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 6. – С. 69–74

2. Hanauer, S.B. Inflammatory bowel disease: epidemiology, pathogenesis and therapeutic opportunities / S. B. Hanauer // Inflamm. Bowel. Dis. – 2006. – Vol. 12. – P. 3–9.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Волкова М. П., Голенко К. Э.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Одна из наиболее частых жалоб, предъявляемых молодыми людьми, является жалоба на боль в животе. Болевой абдоминальный синдром представляет собой один из самых значимых, часто встречаемых, симптомов в практике врача и одним из основных поводов для экстренной госпитализации, т.к.