

5. Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis / R. E. Black [et al.] // Lancet. – 2010. – № 375 (9730). – P. 1969–1987.

БОЛЕЗНЬ КРОНА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (ОПЫТ 4 ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.МИНСКА)

***Строгий В.В., Назаренко О.Н., Белкина Е.И., Печковская Е.В.*,
Калинин О.Д.*, Шепелев Д.С.****

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра пропедевтики детских болезней, Минск, Беларусь

*УЗ «4 городская детская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание, которое характеризуется трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов ЖКТ, с преобладанием изменений в подслизистом слое и возможными системными и внекишечными осложнениями [1].

Примерно у 25% больных воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) манифестируют в детском возрасте, причём за последние 10 лет частота ВЗК у детей возросла в 3 раза [1, 2]. Заболеваемость болезнью Крона у детей составляет примерно 3 на 100000 и также имеет тенденцию к возрастанию. БК может поражать любой участок пищеварительного тракта, но у детей, по данным литературы, доминирует поражение илеоцекального отдела (70%), поражение толстой кишки встречается в 30%, аноректальной области – у 20%, верхних отделов ЖКТ – у 5 – 15% детей [2].

Трудности диагностики и лечения БК у детей обусловлены отсутствием специфических симптомов; «масками» других заболеваний; необходимостью инвазивного инструментального обследования, с учётом возможного поражения любого участка

ЖКТ; недостаточными знаниями врачей о современных подходах к диагностике и лечению БК в связи с быстрым совершенствованием таковых в мире [2, 3].

Стратегия терапии индукции и поддержания ремиссии болезни Крона у детей, согласно Консенсусному Руководству ECCO и ESPGHAN по лечению болезни Крона у детей (2014) [3] отличается от таковой у взрослых. Для детей и подростков, продолжающих расти, для индукции ремиссии отдаётся предпочтение полному энтеральному питанию (ПЭП) по причине его безопасности и сравнимой с глюкокортикостероидами эффективности в отношении достижения ремиссии. У большинства пациентов с БК, возникшей в детском возрасте, для поддержания ремиссии требуется применение иммуносупрессоров. В последнее время главной целью лечения следует считать достижение «глубокой ремиссии» (подразумевается заживление слизистой) посредством раннего начала применения биологических препаратов и иммуносупрессоров с учётом предикторов неблагоприятного прогноза [3].

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения болезни Крона у детей района обслуживания 4 ДКБ г. Минска, возможностей её диагностики на современном этапе и анализ результатов применявшегося лечения.

Объект и методы исследования. Анализ 34 случаев БК у детей в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на лечении (21 пациент) или обследовании в кабинете эндоскопии (13 больных) с 2006 года по настоящее время на базе УЗ «4 ГДКБ» г. Минска, с учетом локализации патологического процесса и результатов комплексного обследования.

Результаты и их обсуждение. При оценке возрастной структуры БК детей дошкольного возраста было 3 (8,82%), 7-11 лет – 5 (14,71%) и старше 12 лет – 26 (76,47%); имело место некоторое преобладание пациентов мужского пола (67,65%). При оценке преимущественной локализации БК (n=34) изолированное поражение различных отделов ЖКТ наблюдалось у 50% детей (поражение толстой кишки – у 8, тонкой – у 6, и желудка – у 3). У половины пациентов имело место сочетанное поражение

различных отделов пищеварительного тракта. Суммарная частота встречаемости вариантов локализации процесса представлена на рисунке 1.

Диагноз устанавливали на основании проведения илеоколоноскопии с множественной биопсией и эзофагогастродуоденоскопии с биопсией (ЭГДС, в некоторых случаях с осмотром начальных отделов тощей кишки) всем больным, КТ-энтерографии (3), видеокапсульной эндоскопии (11) и УЗИ кишечника (21), которое оказалось хорошим подспорьем при установлении диагноза или предварительной оценке динамики БК (в 9 случаях были обнаружены петли тонкой кишки с подчеркнутой стенкой, в 5 – сглаженная гаустрация и очаговое утолщение стенок толстой кишки, в 3 – перистальтирующее образование в проекции тонкого кишечника).

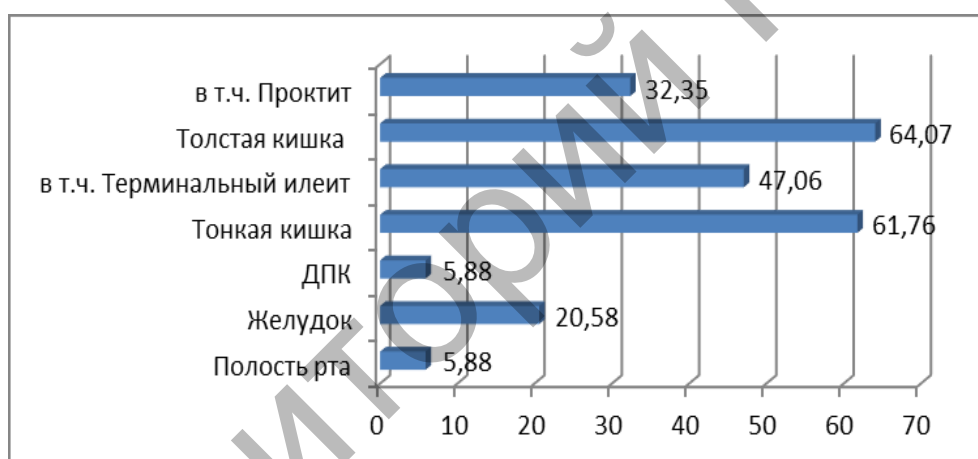


Рисунок 1 – Частота поражения различных участков желудочно-кишечного тракта у детей с болезнью Крона, %

При проведении ЭГДС отсутствие эндоскопических и морфологических изменений имело место лишь в 5 (14,7%) случаях. У остальных пациентов, кроме обнаружения БК желудка (7 случаев) и ДПК (1), были выявлены: рефлюкс-эзофагит с эрозиями – в 3 (8,82%) случаях, без эрозий – в 6 (17,74%), эозинофильный эзофагит – в 1 (2,94%) случае; хронический эрозивный гастродуоденит – в 10 (29,7%), хронический гастродуоденит – в 15 (44,11%), целиакия – в 3 (8,82%) случаях.

Наиболее частыми жалобами (рисунок 2) были схваткообразные боли в животе (15 пациентов, 68,18%),

локализовавшиеся в параумбиликальной области (54,54%) или в правом боку (13,64%), потеря массы тела (45,45%) или анемия (45,45%). Результаты лабораторных исследований представлены на рисунке 3. В последние годы при определении показаний для комплексного эндоскопического обследования при подозрении на БК мы используем определение кальпротектина в кале, а в плане дифференциальной диагностики – определение токсинов А и В к *Cl. Difficile*. При оценке индекса массы тела больных по программе «WHO Anthro Plus» у 16 (76,2%) наблюдалось отрицательное z-значение, свидетельствующее о задержке физического развития, из них у 7 (33,3%) – $-1\text{ CO} \leq z$, у 6 (28,6%) – от $-2\text{ CO} \leq z < -1\text{ CO}$, у 2 (9,5%) – от $-3\text{ CO} \leq z < -2\text{ CO}$, у 1 (4,7%) – $z < -3$. У 5 детей (23,8%) наблюдалось положительное z-значение.

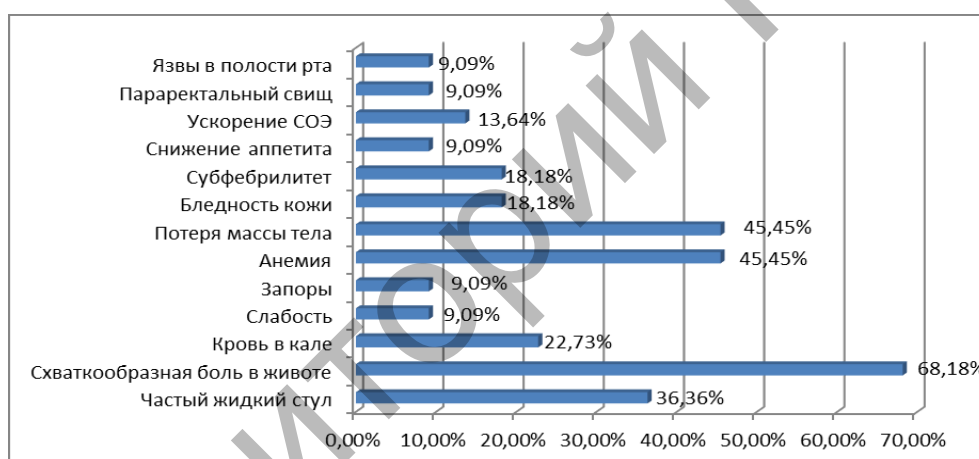


Рисунок 2 – Жалобы пациентов при установлении диагноза «Болезнь Крона», %

При назначении терапии индукции ремиссии стационарным больным применить ПЭП с хорошим эффектом удалось только у 3 пациентов, в 3 случаях при назначении ПЭП был отказ детей от данного метода; в остальных случаях (15) ПЭП не применяли, или назначали энтеральное питание как дополнение к суточному рациону. Преднизолон в качестве стартовой терапии в дозе до 1 мг/кг с хорошим положительным эффектом был назначен 15 детям.

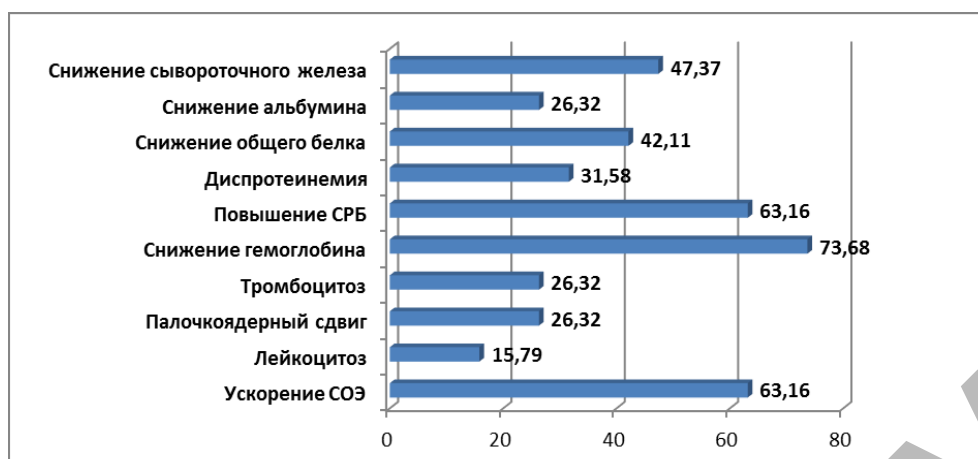


Рисунок 3 – Частота отклонений в общих и биохимических анализах крови у детей с болезнью Крона, %

В качестве средства поддержания ремиссии с хорошим эффектом применяли азатиоприн в дозе 2,5 мг/кг, который назначали ещё во время достижения ремиссии (поскольку препарат начинает оказывать эффект через 1,5–2,5 мес. от его назначения) у 15 пациентов, у 1 ребёнка имелся побочный эффект в виде выраженной лейкопении (через некоторое время азатиоприн был назначен вновь в половинной дозе). 2 пациента от приёма азатиоприна отказались. В 1 случае при прогрессировании БК была назначена биологическая терапия. 5 детей с благоприятным течением БК получали препараты 5-амино-салициловой кислоты для поддержания ремиссии.

Список литературы:

1. Хронические воспалительные заболевания толстой кишки у детей / И. Н. Захарова [и соавт.]. – М., 2010. – 99 с.
2. Корниенко, Е. А. Воспалительные заболевания кишечника у детей / Е. А. Корниенко. – М., 2014. – 207 с.
3. Consensus Guidelines ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease / F. M. Ruemmele [et al.] //Journal of Crohn's and Colitis. – 2014. – Vol. 8. – P. 1179–1207.