

При проведении УЗИ органов пищеварения более чем у трети больных (35,5%) была установлена аномалия желчного пузыря, что нарушало отток желчи и способствовало ее кристаллизации.

В анамнезе некоторых из числа наблюдаемых больных (5 детей) выявлялись все перечисленные неблагоприятные факторы. У большинства детей (31 ребенок) можно было установить от 2 до 4 неблагоприятных факторов, отнесенных к числу факторов риска формирования желчнокаменной болезни. В ряде наблюдений (12 больных) имел место лишь один из указанных ранее неблагоприятных факторов.

Выводы:

1. Желчнокаменная болезнь у детей относится к числу полиэтиологических заболеваний.

2. Не представляется возможным оценить значимость какого-либо из выявленных преморбидных факторов для формирования желчнокаменной болезни у детей.

3. Жалобы на боли в животе правосторонней локализации могут указывать на наличие холелитиаза и требуют проведения УЗИ органов пищеварения.

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Шеина О.П., Переплетчикова Л.В.

Детская городская клиническая больница №9

Актуальность: Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к числу хронических воспалительных заболеваний кишечника с неблагоприятным прогнозом. В последнее время отмечается тенденция к росту заболеваемости НЯК. Если в 1998 году в городе наблюдалось 6 детей с диагнозом НЯК, то в 2003 году 23 ребенка до 15 лет, за 2004 год еще восемь первично заболевших детей пополнили список. Лечение таких больных длительное и составляет большую проблему для педиатров и гастроэнтерологов.

Цель: обобщить опыт наблюдения за больными неспецифическим язвенным колитом и оценить прогноз этого заболевания.

Материалы и методы: клиничко-анамнестический анализ; ректороманоскопия с биопсией слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки; гистологическое изучение биопсийного материала; иммунного статуса; бактериологическое исследование кала; ирригография.

Наблюдали 26 больных в возрасте от 2 до 15 лет, страдающих неспецифическим язвенным колитом с длительностью заболевания от нескольких месяцев до 3 – 5 лет. В анамнезе у всех больных выявлялась острая кишечная инфекция различной этиологии.

У большинства наблюдаемых детей (21 больной) заболевание развивалось постепенно с появления неустойчивого стула с кровью, в некоторых случаях (5 больных) оно имело острое тяжелое течение с выраженной анемизацией и гипотрофией детей. Инструментальным и рентгенологическим обследованием больных был диагностирован дистальный колит (21 ребенок) и редко – тотальный колит (5 детей). В качестве сопутствующей патологии, как правило, выявляли лямблиоз (80,5%) и дисбактериоз кишечника (100%).

Иммунологический статус у больных был изменен и характеризовался селективным дефицитом IgA. Течение НЯКа у двух детей осложнилось первичным склерозирующим холангитом, у одного ребенка полиартритом. В одном наблюдении дебютом заболевания являлся геморрагический васкулит, кожно- абдоминальный синдром. Все больные были госпитализированы в стационар для проведения комплексной терапии. Лечебный стол предусматривал исключение молока и грубой растительной клетчатки. В качестве базисной терапии все дети получали салофальк 40-60мг/кг, лечебные микроклизмы с гидрокортизоном и отварами дубящих трав. Дополнительно назначали витамин Е, витамины группы В, инфузионную терапию при наличии клинических признаков инфекционного токсикоза. Некоторые больные получали глюкокортикостероиды коротким курсом. Больным со склерозирующим холангитом назначали урсодезоксихолевую кислоту (урсофальк), что позволило стабилизировать показатели внутрипеченочного холестаза и цитолиза. Благодаря проводимой терапии клинические симптомы гемоколита были купированы в течение 8 – 14 дней, нормализация стула наступила позже, на 3 – 4 неделе. Морфологическая ремиссия была достигнута через 12 – 14 мес. на фоне длительного приема салофалька и соблюдении строгой безмолочной диеты. Снижение дозы салофалька проводилось постепенно под контролем морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки толстой кишки. Клиническая ремиссия у наблюдаемых больных имела длительность от 3 до 5 лет.

За 2004 год с клиничко-морфологическим обострением НЯК в гастроэнтерологическое отделение поступили 4 больных в связи с самостоятельным прерыванием приема салофалька.

Выводы:

1. Проведение комплексной медикаментозной и диетотерапии позволяет добиться клинической ремиссии в течение НЯКа.

2. Длительное назначение базисной терапии в виде салофалька позволяет не только купировать основной клинический симптомокомплекс НЯКа, но и снизить морфологическую активность этого заболевания, что прогностически благоприятно.