

УДК: 616.345, 616-056.51

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ НА ФОНЕ ПИЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

Мазанова Анастасия Станиславовна, Крылова Лидия Валерьевна

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Заболеваемость язвенным колитом (ЯК) в детском возрасте составляет 1-4 случая на 100 000 жителей, что составляет приблизительно 15-20 % от больных ЯК всех возрастов. Этиология ЯК до конца не изучена, но развитие заболевания в детском возрасте обозначает его как важную медико-социальную проблему. Проблема ЯК заключается в поздней диагностике, что приводит к развитию тяжелых форм и осложнений, требующих оперативного вмешательства и приводящих к инвалидизации пациента. **Цель исследования** – проанализировать вариант течения язвенного колита у ребенка школьного возраста с сопутствующим диагнозом атопический дерматит, пищевая сенсibilизация, кожно-гастроинтестинальная форма. **Материал и методы.** Проведен обзор 15 литературных источников по теме на русском и английском языках на платформе Elibrary и PubMed, отобрано 5 источников для составления литературного обзора. **Результаты.** В статье рассмотрен клинический случай язвенного колита у ребенка на фоне пищевой сенсibilизации. Показана важность постоянного и комплексного наблюдения за пациентом, тщательного выполнения рекомендаций для оптимального роста и развития ребенка, что, в целом, указывает на положительный прогноз. **Выводы.** Данный клинический случай демонстрирует важность комплексного подхода к лечению сочетанной патологии и необходимость тесного взаимодействия различных специалистов для достижения оптимальных результатов лечения.

Ключевые слова: язвенный колит, пищевая сенсibilизация

A CLINICAL CASE OF ULCERATIVE COLITIS WITH A CONTINUOUSLY RECURRENT COURSE ON THE BACKGROUND OF FOOD SENSITIZATION

Mazanovа Anastasia Stanislavovna, Krylova Lidiya Valerievna.

Department of Faculty Pediatrics and Propaedeutics of Childhood Diseases.

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The incidence of ulcerative colitis (UC) in childhood is 1-4 cases per 100,000 inhabitants, which is approximately 15-20% of UC patients of all ages. The etiology of UC is not fully understood, but the development of the disease in childhood designates it as an important medical and social problem. The problem of UC is late diagnosis, which leads to the development of severe forms and complications that require surgical intervention and lead to patient disability. **The aim of the study** is to analyze the course of ulcerative colitis in a school-age child with a concomitant diagnosis of atopic dermatitis, food sensitization, and skin and gastrointestinal form. **Material and methods.** A review of 15 literary sources on the topic in Russian and English on the Elibrary and PubMed platforms was conducted, 5 sources were selected to compile a literature review. **Results.** The article considers a clinical case of ulcerative colitis in a child against the background of food sensitization. The importance of continuous and comprehensive patient monitoring, careful implementation of recommendations for optimal growth and development of the child is shown, which, in general, indicates a positive prognosis. **Conclusions.** This clinical case demonstrates the importance of a comprehensive approach to the treatment of combined pathology and the need for close interaction between various specialists to achieve optimal treatment results.

Keywords: ulcerative colitis, food sensitization.

ВВЕДЕНИЕ

Язвенный колит (ЯК) – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание толстой кишки с распространением поражения непрерывно от прямой кишки в проксимальном направлении [1]. Этиология ЯК до конца не изучена; большую роль в развитие заболевания вносит сочетание таких факторов, как генетическая предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, нарушение формирования кишечной микробиоты и отрицательное воздействие факторов окружающей среды [2]. Генетический

фон предрасполагает к аутоиммунным реакциям, извращению механизмов распознавания микроорганизмов, формированию эндоплазматического ретикулоцитарного стресса и развитию дисфункций эпителиального барьера [3].

Типичные клинические симптомы заболевания включают в себя: хроническую (≥ 4 недель) или повторяющуюся (≥ 2 эпизодов в течение 6 месяцев) диарею, боли в животе, примесь крови в стуле, тенезмы, а также внекишечные симптомы - поражение кожи, слизистых, суставов, глаз, первичный склерозирующий холангит, задержку роста и/или пубертатного развития, общую слабость, дефицит массы тела, лихорадку [4,5].

Цель исследования - проанализировать клинический случай непрерывно-рецидивирующего течения язвенного колита у ребенка на фоне пищевой сенсибилизации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен обзор 15 литературных источников по теме на русском и английском языках на платформе Elibrary и PubMed, отобрано 5 источников для составления литературного обзора.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка Д., девочка 10 лет. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога с диагнозом: язвенный колит, тотальный (Е4), отсутствие тяжелой атаки в анамнезе (S0), низкая степень активности (PUSAI 20 баллов), непрерывно-рецидивирующее течение. Атопический дерматит. Пищевая сенсибилизация, кожно-гастроинтестинальная форма. Билиарный сладж. Угрожаема по развитию первичного склерозирующего холангита.

Анамнез жизни: ребенок от 5 беременности (1 – срочные роды, 2-4 медицинские аборты), протекавшей на фоне анемии I-й степени, отеков беременных (23 и 27 недели), тазового предлежания, кандидоза (30 недель), гестационного сахарного диабета (33 недели), умеренной преэклампсии (38 недель). От вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3370 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Грудное вскармливание до 8 месяцев. Прикормы введены поздно, с 6,5 месяцев. Семейный анамнез: у старшего брата девочки, 1996 г.р., периодически отмечается диарея.

Анамнез заболевания: С раннего возраста ребенок наблюдался аллергологом с диагнозом - атопический дерматит, младенческая форма распространенная, легкое течение, пищевая непереносимость неуточненная. Также имела пупочная грыжа. По УЗИ сердца - ДХЛЖ.

В возрасте 1 год 8 месяцев впервые появились жалобы на жидкий стул до 2 раз в день, рвоту, повышение температуры до 38,6 °С. Девочка была осмотрена педиатром, поставлен диагноз: ротавирусная инфекция? Через неделю родители с ребенком вновь обратились к педиатру с жалобами на сохраняющийся водянистый стул, с неперевавшими остатками пищи до 2-3 раз в день. Ребенок был осмотрен аллергологом-иммунологом, поставлен диагноз - синдром мальабсорбции неуточненный, транзиторная лактазная недостаточность? атопический дерматит, младенческая форма, легкое течение, пищевая непереносимость неуточненная.

В течение трех лет девочка не наблюдалась. С 4-х лет в медицинской документации выставлен диагноз: острый аллергический энтероколит, полная непереносимость белка коровьего молока, ЖДА II степени (Hb 89 г/л, ферритин 5 мкг/л). Через 2 месяца появились жалобы на тошноту, боль в левом подреберье, неустойчивый зловонный стул, периодически жидкий, гемоколит эпизодически, метеоризм. Гастроэнтерологом установлен диагноз: Язвенный колит? Гастроинтестинальная пищевая аллергия. ЖДА II степени. В 4 года обследована в гастроэнтерологическом отделении ГАУЗ СО «ДГКБ №9», установлен диагноз: язвенный колит, тотальное поражение, умеренной степени активности, средней степени тяжести, впервые выявленный. Не исключается гастроинтестинальная пищевая аллергия, целиакия.

Проведена колоноскопия: подвздошная кишка – ворсинчатый слой полностью прослеживается, эрозий и язв нет, имелась гиперплазия лимфоидных фолликулов. Слизистая оболочка толстой кишки: сосудистый рисунок смазан, по всей поверхности рассеянные эрозии, слизистая гиперемирована. Заключение: неспецифический язвенный колит, тотальный.

С 2019 года девочка ежегодно наблюдается в «Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации с диагнозом - неспецифический язвенный колит, тотальный, низкая степень активности (PUCAI 15 баллов), непрерывно-рецидивирующее течение. Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Хронический гастродуоденит, поверхностный, *H. pylori* не ассоциированный. Пищевая сенсibilизация, кожно-гастроинтестинальная форма. В лечении получала 5-аминосалициловая кислота 1250 мг в 2 приема, урсодезоксихолевая кислота 5 мл 1 прием вечером, Артишока листьев экстракт по 1 табл. 3 р в д, Меглюмина натрия сукцинат 200 мл в/в капельно. По лабораторным данным - иммунологической, воспалительной активности нет. Дефицита железа, анемии нет. Проведена колоноскопия и ЭГДС - диагностирована ремиссия основного заболевания на фоне проводимой терапии. Базисную терапию 5-АСК (месалазин - салофальк) рекомендовано продолжить. Обращает на себя внимание синдром цитолиза - АЛТ 168, АСТ 122 ед/л, выявлен впервые. Холестаз отсутствует. В ходе госпитализации: церулоплазмин - норма, альфа-1-антитрипсин - норма, жировой обмен не нарушен (повышения холестерина и триглицеридов нет), фиброза печени нет (проведена фиброэластометрия), жирового гепатоза нет, повышения рентгеновской плотности печени нет, исключено поражение желчных протоков по данным МРТ органов брюшной полости с МРХПГ (по данным МРТ деформация желчного пузыря с признаками стужения желчи, скорректирована желчегонная терапия - добавлен хофитол). Взят контроль лабораторных показателей: отмечается положительная динамика АЛТ 168-->160->134->123 ед/л, АСТ 122 ->101 ->106->91 ед/л.

Ребенок с верифицированным воспалительным заболеванием кишечника угрожаем по развитию первичного склерозирующего холангита. В настоящее время данных за поражение желчных протоков нет. Ребенку показана непрерывная терапия урсодезоксихолевой кислотой из расчета 15 мг/кг/сутки. При сохранении повышенной сывороточной концентрации АЛТ/АСТ будет рассмотрен вопрос о проведении биопсии.

С 2020 по 2022 годы ребенок наблюдался ежегодно в плановом порядке в «Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей» МЗ РФ. В динамике: основное заболевание находилось в стабильном ключе. Однако, наблюдалось обострение атопического дерматита на фоне пищевой сенсibilизации. В следствии, девочке были назначены препараты: декспантенол местно и фузидиевая кислота на участки гиперемии для предотвращения обострения заболевания.

В 9 лет у ребенка зарегистрировано синкопальное состояние неврологом по месту жительства. Поставлен диагноз: Синдром вегетативной дисфункции. Однократное синкопальное состояние. Цефалгия. Также в 2023 году девочка перенесла НКВИ.

В течение 2018 по 2023 год ребенок получал терапию препаратами железа, по поводу ЖДА. В 2023 году удалось достичь показателей красной крови: эритроциты 5,21; гемоглобин 118 г/л, ферритин 7,23 нг/мл.

В декабре 2023 году произведена плановая госпитализация в «Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей» МЗ РФ с диагнозом: неспецифический язвенный колит, тотальный (Е4), отсутствие тяжелой атаки в анамнезе (S0), низкая степень активности (PUCAI 20 баллов), непрерывно-рецидивирующее течение. Железодефицитная анемия легкой степени. Бульбит. Билиарный сладж. Пищевая сенсibilизация, кожно-гастроинтестинальная форма. Атопический дерматит. В лечении: 5-

аминосалициловая кислота 1000 мг утром и 1500 мг вечером. Внутривенно капельно: железа карбоксимальтозат 250 мг на 200 мл NaCl 0,9% за 90 минут.

В 2024 году впервые появились жалобы на приступообразный кашель в ночное время с принятием вынужденного положения, которые были расценены как реакция повышенной чувствительности верхних дыхательных путей. В лечении получала будесонид.

Последняя госпитализация в «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ проводилась в 2024 году (диагноз - язвенный колит, тотальный (E4), отсутствие тяжелой атаки в анамнезе (S0), низкая степень активности (PUCAI 20 баллов), непрерывно-рецидивирующее течение. Атопический дерматит. Пищевая сенсibilизация, кожно-гастроинтестинальная форма. Билиарный сладж. Угрожаема по развитию первичного склерозирующего холангита). При поступлении отмечались боли в животе в правом подреберье, периодически кашицеобразный стул 2-4 раза в сутки с примесью крови, обострение атопического дерматита, утомляемость. Проведено УЗИ органов брюшной полости – без патологии, эзофагогастродуоденоскопия - умеренно выраженные признаки антрального гастрита. колоноскопия - очаговое обеднение и деформация сосудистого рисунка преимущественно в правых отделах толстой кишки (последствия ранее перенесенного воспаления). Эндоскопическая ремиссия язвенного колита (UCEIS 1 балл). МРТ холангиопанкреатография - МР-картина гепатомегалии. Данных за объемное/очаговое поражение органов брюшной полости не получено. По сравнению с исследованием от 14.12.2023 г. - признаки увеличения размеров печени, в остальном без существенной динамики. Рентгенография кистей - костный возраст соответствует примерно 9,5; годам. Копрограмма – умеренная стеаторея. Кальпротектин в кале <30 мкг/г. ОАМ в пределах возрастной нормы. ОАК - данных за анемию нет. Биохимический анализ крови и гемостазиограмма - в пределах референсных значений.

На момент осмотра: вес 34 кг, рост 137 см. Физическое развитие среднее, гармоничное (SDS роста +0,07; SDS веса +0,27, BMI 18,19 кг/2, BMI SDS +0,49). Кожные покровы бледно-розовые, сухие, шелушения на ладонях, сыпи нет. Слизистые оболочки чистые. Зев, миндалины: розовый. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Пастозности и отеков нет. Лимфатическая система периферические лимфоузлы не увеличены. Костная система: без видимой патологии. Мышцы, суставы: мышечный тонус удовлетворительный. Суставы визуально не изменены, движения в полном объеме, безболезненные. Органы дыхания: носовое дыхание не затруднено, отделяемого нет. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧД - 20 в мин. SpO2 99%. Органы кровообращения: тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет, ЧСС-88 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Органы пищеварения: Аппетит сохранен. Тошноты, рвоты нет. Слизистая рта без признаков воспаления. Язык не обложен. Живот не увеличен в объеме, доступен глубокой и поверхностной пальпации, мягкий и умеренно болезненный в эпи- и гипогастриальной области, в остальных отделах безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул, со слов, регулярный, визуально, оформленный, минимально примесь крови. Мочеполовая система: Мочеиспускание безболезненное. Дизурических расстройств нет.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе терапии у ребенка достигнута положительная динамика по основному заболеванию, однако, периодически сохраняются эпизоды болей в животе, кашицеобразного стула с примесью крови, что требует дальнейшего строгого приема препаратов. Учитывая наличие в анамнезе синдрома цитолиза, нарастание размеров печени по данным МРХГ девочка угрожаема по развитию первичного склерозирующего холангита, что требует продолжения терапии урсодезоксихолевой кислотой.

ВЫВОДЫ

На фоне проведения терапии основного заболевания кожные проявления пищевой сенсибилизации отсутствовали, но настораживает дебют бронхиальной обструкции, что, возможно, является свидетельством «атопического марша» и требует углубленного обследования. Гастроинтестинальная симптоматика пищевой сенсибилизации, возможно, маскируется проявлениями язвенного колита, что не должно снижать настороженности лечащего врача в отношении аллергических симптомов, т.к. сенсибилизация, несомненно, оказывает отрицательное влияние на течение и прогноз основного заболевания.

Однако необходимо отметить, что раннее выявление заболевания, качественное наблюдение за ребенком и постоянное соблюдение рекомендаций позволили обеспечить своевременное физическое и интеллектуальное развитие ребенка.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. C.L. Berre. Epidemiology and Pathogenesis of Ulcerative Colitis / C.L. Berre, S.Honap, L.Peyrin-Biroulet // Summary report 12 aug 2023 – URL: [https://www.gastro.theclinics.com/article/S0889-8553\(20\)30073-X/abstract](https://www.gastro.theclinics.com/article/S0889-8553(20)30073-X/abstract) (дата обращения 25.02.2025). Текст: электронный.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. «Язвенный колит». – 2024. – 104 с.– URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/391_3 (дата обращения: 20.02.2025). – Текст: электронный.
3. Ulcerative Colitis-Diagnostic and Therapeutic Algorithms./ T. Kucharzik, S. Koletzko, K. Kannengiesser, A. Dignass // Dtsch Arztebl Int. - 2020. – Vol. 117, № 33-34. – P. 564-574.
4. Kobayashi, T. Ulcerative Colitis / T. Kobayashi, B. Siegmund, S. Danese // Nat Rev Dis Primers. – 2020. – Vol.10;6, №1. - P.74.
5. Porter, R. J. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis / R.J.Porter, R. Kalla // F1000Res. - 2020. - №9. – P.F1000.

Сведения об авторах

А.С. Мазанова – ординатор*

Л.В. Крылова - кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

A.S. Mazanova – Postgraduate Student

L.V. Krylova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

mazzy98@yandex.ru

УДК: 616-007-053.1

СОЧЕТАНИЕ СЕМЕЙНОЙ ГИПОСПАДИИ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Макарова Анастасия Валерьевна, Мышинская Ольга Ивановна

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Гипоспадия – один из распространенных пороков развития полиэтиологичной природы, основным признаком является дистопия наружного отверстия уретры на вентральную поверхность полового члена. **Цель исследования** - продемонстрировать сочетание гипоспадии с патологиями сердца. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации. Анализ зарубежных и отечественных публикаций с использованием поисковой системы PubMed. **Результаты.** Выявлено сочетание у двух sibсов, рожденных с разницей в 3,5 года, гипоспадии с патологией сердца в виде дополнительных хорд левого желудочка (ДХЛЖ), миокардиодистрофии, снижения сердечной фракции выброса, дилатации левого желудочка, у пациента №1 – брадиаритмии. **Обсуждение.** У обоих детей отмечались схожие клинические признаки и характер течения заболевания, что требует углубленного генетического обследования. **Выводы.** Сочетание гипоспадии, ДХЛЖ и миокардиодистрофии у двух sibсов крайне редко бывает случайным, что требует углубленного обследования и исключения генетических синдромов, моногенной патологии (мутации в генах развития сердца и уrogenитального тракта), митохондриальных болезней. При рассмотрении возможности сочетанной патологии сердца при гипоспадии необходимо активно выявлять эту патологию.

Ключевые слова: гипоспадия, дети, аномалии развития сердца, множественные пороки

COMBINATION OF FAMILY HYPOSPADIAS WITH CARDIAC SYSTEM PATHOLOGY

Makarova Anastasia Valerievna, Myshinskaya Olga Ivanovna

Department of Children's Diseases