

Выводы:

1. Результаты проведенного опроса выявили достоверную значимость критериев исследуемых при анкетировании.

2. Скрининг-метод выявления бронхиальной астмы является быстрым и информативным методом, который возможно применять в практике врача детской поликлиники.

Список литературы:

1. Емельянов А. В. Аллергический ринит и бронхиальная астма в реальной клинической практике: результаты Российского многоцентрового исследования / А.В. Емельянов// Российский аллергологический журнал.- 2017.- № 18. -С. 29–36

2. Зайцева С. В. Синдром бронхиальной обструкции у детей / С.В. Зайцева // Трудный пациент.-2017.- №2.-С.3

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 4-е изд., испр. и доп. /под ред. И.К. Волкова, Н.А. Геппе // М.: Издательский дом «Атмосфера».- 2012.-453с.

4. Rabe KF, Adachi M, Lai CKW et al.// Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global Asthma Insights and Reality surveys. J Allergy Clin Immunol, 2015.- 114.- p40-47.

5. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R.// The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2016.- 469.-p59-62.

УДК 616.345-002-07

Хусаинова Ю.М., Костенко Д.Е., Джаббарова Ш.Я, Баженова Ю.Л. БОЛЕЗНЬ КРОНА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Khusainova Yu.M., Kostenko D.E., Jabbarova S.I., Bazhenova Yu.L CROHN'S DISEASE WITH PREDOMINANTLY EXTRATERRESTRIAL MANIFESTATIONS: CLINICAL CASE

Department of polyclinic pediatrics and pediatrics postgraduate training
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kostenko.daria@mail.ru

Аннотация. Внекишечные проявления болезни Крона часто сопутствуют симптомам поражения желудочно-кишечного тракта, однако в некоторых случаях они предшествует появлению кишечной симптоматики, что затрудняет

диагностику заболевания. В данной статье приводится клинический случай нетипичного начала болезни Крона с внекишечных проявлений.

Annotation. Extraintestinal manifestations in Crohn's disease often accompany symptoms of gastrointestinal lesions, but in some cases they precede the appearance of intestinal symptoms, which makes it difficult to diagnose the disease. This article presents a clinical case of an atypical onset of Crohn's disease with extraintestinal manifestations.

Ключевые слова: болезнь Крона, системные заболевания, внекишечные проявления.

Key words: Crohn's disease, systemic diseases, extraintestinal manifestations.

Введение

Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. Распространенность БК как в России в целом, так и в отдельных ее регионах неизвестна [3].

БК – мультифакториальное заболевание, в генез которого определяет генетическая предрасположенность и иммунная патология. Значимым претендентом на роль триггера аутоиммунного процесса при БК является цитомегаловирус [8].

Клиника БК представляет собой сложную комбинацию кишечных и внекишечных проявлений. Последние могут затрагивать все органы и системы организма, приводя к развитию периферических артритов, увеитов, узловой эритемы, ТЭЛА, вульвитов, реже – других состояний [7].

Цель исследования – демонстрация клинического случая болезни Крона, характеризующегося преобладанием внекишечных проявлений в дебюте при «стёртости» кишечных расстройств.

Материалы и методы исследования

Данные анамнеза, амбулаторной карты, выписных эпикризов, заключений проведенных исследований и консультаций.

Результаты исследования и их обсуждение

Первые симптомы появились в возрасте 9 лет (жалобы на периодические боли в ногах, частые головные боли), поставлен диагноз ВСД.

В течение двух последующих лет постепенно нарастают боли в крупных суставах верхних и нижних конечностей, МФС левой руки. Госпитализирована с диагнозом: ювенильный хронический артрит (полиартрит), акт. I ст., ФН 0-1 ст., Ре 0 ст.; персистирующая цитомегаловирусная инфекция. При обследовании суставов - синовит. В лечении – НПВС, сульфаниламиды с кратковременной положительной динамикой в виде уменьшения болевого синдрома в течение года.

Присоединились боли в спине. В лабораторном исследовании - повышение АСТ, АЛТ, ЩФ, ревмопробы отрицательные. Сохранялись выраженные арталгии. В терапии - увеличена доза сульфасалазина.

В 11 лет – ухудшение состояния ребенка, усиление арталгий. Плановая госпитализация в кардиоревматологическое отделение с диагнозом: недифференцированный полиартрит, акт. I-II ст., ФН I-II ст; персистирующая цитомегаловирусная инфекция. Проведена ревизия базисной терапии, в связи с ее неэффективностью назначен метотрексат.

В этом же году окулистом поставлен диагноз кератопатия, получала Максидекс (дексаметазон) с положительной динамикой.

В возрасте 14 лет у пациентки была обнаружена киста правого яичника (есть вероятность, что киста – проявление БК; заболевание имеет склонность к свищеобразованию, возможно формирование энтерооариального свища и воспалительных псевдокист; в пользу предположения говорит правосторонняя локализация кисты, если принять во внимание наиболее частую локализацию воспалительного процесса при БК – подвздошно-слепокишечный переход [10, 12]). А также диагностированы хронический неинфекционный энтероколит (рецидивирующее течение), хронический поверхностный гастродуоденит с гиперхлоргидрией, Нр-ассоциированный. Назначен длительный прием закофалька.

Повторная госпитализация в связи с жалобами на периодические боли во всех суставах, отечность тканей в области коленных суставов, хруст в ШОП. При УЗИ суставов – синовит обоих ТБС, минимальный тендовагинит разгибателей пальцев обоих ЛЗС, уплотнение капсулы КС; увеличена доза метотрексата.

В течение трех месяцев участились боли в животе (независимо от приема еды), появился стул с примесью крови. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение. Диагноз – угрожаемая по болезни Крона с последующей отменой метотрексата и назначением салофалька.

В 15 лет в связи с усилением боли в суставах, проведено УЗИ суставов – минимальный выпот в ГСС, ТБС, МФС. В терапии комбинация метотрексата и сульфасалазина.

В течение последующего года девочка на ежедневные боли в эпигастрии и околопупочной области, чаще при физической нагрузке и перед дефекацией, снижение аппетита, тошноту, отрыжку, изжогу, метеоризм, учащение стула (до 5 р/сут), слабость, утомляемость, дефицит веса. Установлен диагноз: болезнь Крона тонкой кишки, воспалительная форма, средней тяжести, умеренной активности; хронический поверхностный гастродуоденит, Нр-отр., обострение; ЮИА, полиартрит, минимальной активности. Назначены месалазин («препарат выбора» при БК тонкой кишки), метотрексат, фолиевая кислота, будесонид.

На момент осмотра (2018 г.) пациентке 17 лет, диагноз: болезнь Крона тонкой кишки, воспалительная форма, ремиссия; хронический гастродуоденит, распространённый, неассоциированный с Нр, обострение; юношеский полиартрит. Динамика на фоне лечения положительная.

Обращает на себя внимание вопрос хронического гастродуоденита у пациентки. В 2015 г. (14 лет) был установлен диагноз Нр-ассоциированного гастродуоденита; в 2017, 2018 гг. идет речь о гастродуодените, не

ассоциированном с Нр-инфекцией, при отсутствии эрадикационной терапии. По данным литературы, сульфасалазин, при длительном применении обладает, эрадикационными свойствами в отношении Нр. Наличие воспалительных изменений в верхнем этаже ЖКТ в отсутствие *Helicobacter pylori* при БК является поводом для более глубокого обследования этого участка кишечника [6, 11].

Выводы:

1. Внекишечные проявления БК могут преобладать в клинической картине заболевания, поэтому важна настороженность врачей в отношении атипичного течения болезни.

2. Более пристальному наблюдению подлежат дети с ЦМВИ в анамнезе.

3. Пациентов с установленным диагнозом БК следует внимательно относиться к симптомам, подозрительным на внекишечное проявление, своевременно и правильно диагностировать и лечить данные состояния.

Список литературы:

1. Бойко Т.И. Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника // Новости медицины и фармации. — 2010. — С. 280-340

2. Грищенко Е.Г. Трудности диагностики болезни Крона верхних отделов желудочнокишечного тракта / Н.Н. Николаева, Л.В. Николаева, О.А. Байкова, и др. // Сибирское медицинское обозрение. - 2013. - №6 -С.84

3. Дуброва С. Э. Болезнь Крона тонкой кишки / Г.А. Сташук, Ю.В. Горбачева // ЭиКГ. - 2014.- №4 -С.104

4. Andreani S.M. Crohn's disease of the vulva / K. Ratnasingham, H.H.Dang, G.Gravante, other // Int J Surg.- 2010.- №8.-P.2-5.

5. Lee Y.A. Clinical Features and Extraintestinal Manifestations of Crohn Disease in Children / P. Chun, E.H. Hwang, S.W. Mun, other // Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. -2016.- P.236-242.

6. Lv Y.L. Is cytomegalovirus infection related to inflammatory bowel disease, especially steroid-resistant inflammatory bowel disease? / F.F. Han, Y.J. Jia, other // A meta-analysis. Infect Drug Resist. -2017.- P.511-519.

УДК 613.955

Черепанова Д.С., Хакимова Д.Н.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Cherepanova D.S., Khakimova D.N.

ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH CHRONIC DISEASES OF THE URINARY SYSTEM

Department of faculty pediatrics and propedeutics of children's diseases