

Проведенная ЭФГДС у всех детей основной группы показала наличие гастроэзофагеального рефлюкса 1-2 степени, в 37% выявлен антральный гастрит. В группе сравнения антральный гастрит обнаружен только у одного ребенка.

Выводы:

1. Отягощенное течение беременности повышает риск развития ГЭРБ в 4 раза.
2. При бронхиальной астме в сочетании с ГЭРБ реже отмечается избыточная масса тела, чем при бронхиальной астме без ГЭРБ.
3. Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей с бронхиальной астмой имеет скрытое течение, установить наличие рефлюкса можно лишь при проведении эндоскопического исследования, которое необходимо включать в план обследования пациентов с бронхиальной астмой.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации: Бронхиальная астма у детей. Союз педиатров России. - 2019. - 76 с.
2. Аршаба С.К. Современные аспекты сочетанной патологии: бронхиальная астма и заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей / С.К. Аршаба // Педиатрическая фармакология. – 2008 - № 5(4). - С. 70-75.
3. Коршунова Л.В. Сочетание бронхиальной астмы и ГЭРБ / Л.В. Коршунова, О.М. Урясьев, Н.П. Фоменко, Ю.Б. Урясьева// Земский врач. - 2015. - № 1. - С. 24-27.
4. Горячкина Л. А. Ошибки в диагностике бронхиальной астмы. Результаты наблюдений. / Л.А. Горячкина, О.С. Дробик, М.Ю. Передельская // Трудный пациент – 2010. - № 12. - С. 36–39.
5. Ташматова Г.А. Состояние пищеварительной системы детей, страдающих бронхиальной астмой / Г.А. Ташматова, Б.Т. Халматова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020 - № 1(173). С. 174-176.

УДК 616.345

**Суровцева Д.А., Ушакова Р.А., Тимошинова О.А., Архипова А.С.,
Ухова Ю.С.**

**ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ У ДЕТЕЙ С
БОЛЕЗНЬЮ КРОНА И ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

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

Surovceva D.A., Ushakova R.A., Timoshinova O.A., Archipova A.S., Uchova Y.S.
**PRIMARY SCLEROSING HOLANGITIS IN CHILDREN WITH CROHN'S
DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS**

Department of outpatient pediatrics and pediatrics FPK and PP
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: prostoooggi@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности течения язвенного колита и болезни Крона у детей. Авторами установлены ведущие клинико-лабораторные признаки, указывающие на формирование первичного склерозирующего холангита у пациентов с воспалительным заболеванием кишечника.

Annotation. The article discusses the features of the course of ulcerative colitis and Crohn's disease in children. The authors have established the leading clinical and laboratory signs indicating the formation of primary sclerosing cholangitis in patients with inflammatory bowel disease.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, первичный склерозирующий холангит, воспалительные заболевания кишечника, дети.

Key words: ulcerative colitis, Crohn's disease, primary sclerosing cholangitis, inflammatory bowel disease, children.

Введение

Желудочно-кишечный тракт и гепатобилиарная система тесно связаны друг с другом. Поэтому нередко на фоне течения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) определяются клинико-лабораторные маркеры активного гепатита [7]. В последние годы увеличивается частота обнаружения первичного склерозирующего холангита (ПСХ) у 10,5% детей с ВЗК [6]. Согласно многочисленным ранее выполненным исследованиям, считается, что ПСХ диагностируется у 2,4–7,8% больных ЯК и 1,0–3,4% пациентов с БК [1].

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) – это хроническое воспаление вне- и внутрипеченочных желчных протоков неизвестной этиологии. Вероятнее всего, патогенез ПСХ - процесс многофакторный, и развитие заболевания происходит у генетически предрасположенных людей под воздействием триггеров, инициирующих запуск аутоиммунных процессов, приводящих к повреждению холангиоцитов и прогрессирующему фиброзу печени [5].

Актуальность проблемы состоит в том, что ПСХ рассматривают как прогрессирующее заболевание, которое неизбежно приводит к циррозу печени. У детей проявления ПСХ трудно распознать на фоне ВЗК [6]. И, как показывает практика, пациенты с сочетанным ВЗК и ПСХ могут иметь худший прогноз от цирроза печени, чем больные с изолированным ПСХ.

Цель исследования - проанализировать особенности течения воспалительных заболеваний кишечника и выявить диагностически значимые

признаки первичного склерозирующего холангита у детей на фоне язвенного колита и болезни Крона.

Материалы и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ клинико-лабораторных данных на основании изучения медицинской документации гастроэнтерологического отделения ГАУЗ СО «ДГКБ № 9» г. Екатеринбурга. В исследование включены 58 случаев за период 2015-2019 гг. Отбор историй болезни проводили методом сплошной выборки. Оценивали жалобы при поступлении в стационар, наличие сопутствующей патологии, данные лабораторных и инструментальных методов обследования.

Были сформированы две группы: в основную группу включили детей ($n=13$), которым диагностировали ПСХ и ВЗК. В контрольную группу вошли дети ($n=45$), у которых были выявлены исключительно случаи ВЗК.

В основной группе возраст детей составил $11,9 \pm 0,8$ лет, минимальный возраст 8 лет, максимальный — 17 лет. Всего в основной группе было 10 мальчиков и 3 девочек. В контрольной группе были дети в возрасте $12,1 \pm 0,6$ лет, минимальный возраст составил 2 года, максимальный 18 лет, среди них было 24 мальчика и 21 девочка.

Анализ показателей и их величин проводили с помощью пакета статистических программ STATISTICA, версия 12,0 (StatSoft Inc, Original Articles США). При оценке достоверности различий между исследуемыми группами для количественных показателей с учётом ненормальности распределения признаков использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни, для качественных показателей – критерий Фишера. Различия считались статистически достоверными при значении $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке жалоб у большей части пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона преобладали боли в животе: при ЯК абдоминальные боли отмечались у 84% детей, при БК – у 81% ($p > 0,05$). Дети чаще жаловались на боли в околопупочной и эпигастральной области. Изжога была характерна для детей с БК, в то время как при ЯК жалоб на изжогу не описано ни у одного ребенка. Этот факт можно объяснить типичностью локализации воспалительного процесса при БК, когда возможно поражение желудочно-кишечного тракта на всем его протяжении вплоть до желудка, а при ЯК характерны дистальные локализации процесса. Примесь крови в стуле, как типичный клинический симптом язвенного колита, достоверно чаще отмечали у больных с ЯК ($p < 0,05$), при болезни Крона признаки гемоколита регистрировали только у двух детей.

Диспепсические жалобы на тошноту, рвоту, отрыжку, метеоризм отмечали пациенты обеих групп, статистически достоверных различий по частоте встречаемости симптомов обнаружено не было ($p > 0,05$).

Анализируя сопутствующую патологию, закономерным явлением стало обнаружение признаков лактазной недостаточности у 19% детей с БК (рис.1), при ЯК данной патологии не выявили ($p < 0,05$). Данный факт можно объяснить

типичной локализацией воспалительного процесса при БК, когда возможно поражение всех отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе и тощей кишки, в которой наиболее активно происходит процесс ферментации лактозы.

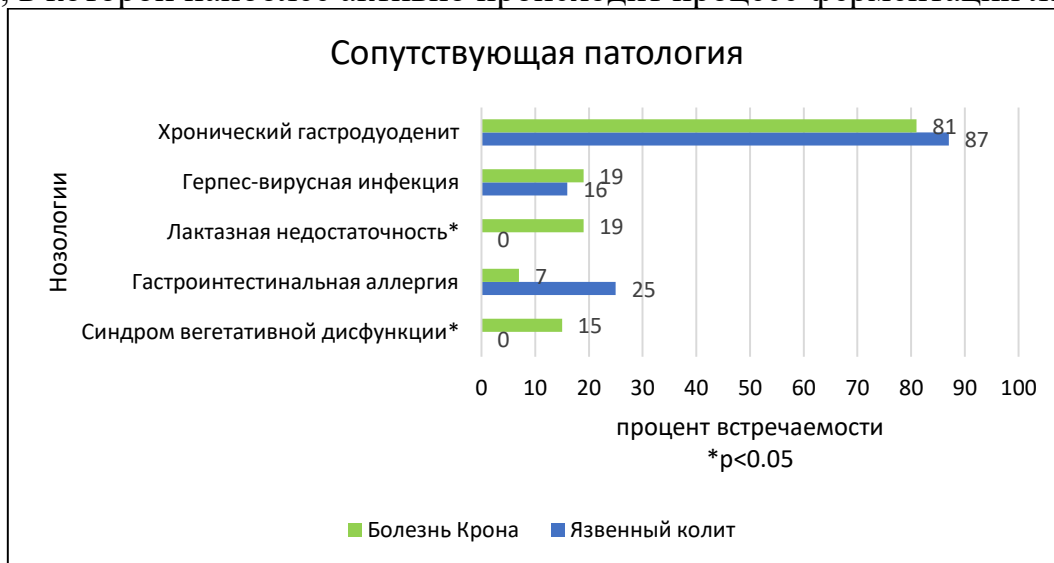


Рис. 1. Распространенность сопутствующей патологии у детей с язвенным колитом и болезнью Крона

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) установлен у 10 пациентов с ЯК и у трёх детей с болезнью Крона ($p>0,05$). Только у одного обследуемого с БК была отмечена желтуха, у остальных детей синдром желтухи не проявился. На основании наличия ПСХ все пациенты были разделены на две группы: в основную группу включены дети, имеющие ПСХ и ВЗК ($n=13$), контрольную группу составили больные исключительно с ВЗК ($n=45$). По данным литературы, ПСХ чаще встречается при язвенном колите, как и в нашей основной группе, но различия получились статистически не значимыми [1].

Потерю массы тела чаще регистрировали у 23% детей основной группы, в контрольной группе снижение массы тела было только у 8% обследованных детей ($p>0,05$). Этот симптом является неспецифическим, может быть обусловлен как наличием ПСХ, так и имеющимся ВЗК. У трети детей каждой группы отмечались жалобы на слабость ($p>0,05$).

Общий анализ крови у детей с ВЗК для определения ПСХ является малоинформативным, так как все выявленные воспалительные изменения объясняются поражением кишечника. Определение эозинофилии в основной группе явилось интересным фактом. В литературе некоторые авторы указывают на эозинофилию как один из лабораторных признаков ПСХ [2, 4]. Но незначительное повышение эозинофилов в крови описывается и при ВЗК. Высказывается мнение, что обнаружение эозинофилии при ВЗК позволяет прогнозировать риск формирования ПСХ у больного ребенка [7]. Но не стоит забывать о наличии гастроинтестинальной аллергии у детей обеих групп, которая также может стать основной причиной эозинофилии.

Наиболее наглядно различия в двух исследуемых группах прослеживались по результатам биохимического анализа крови. При ПСХ в крови обычно

наблюдается холестатический биохимический профиль [6]. В биохимии крови между двумя исследуемыми группами была выявлена статистически достоверная разница в показателях щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), таблица 1. У детей основной группы с ПСХ уровень трансаминаз не превышал показателей 2-3х норм. Также в основной группе отмечали достоверное повышение величины тимоловой пробы, указывающее на наличие синдрома мезенхимального воспаления, характерного для хронических заболеваний печени и аутоиммунных гепатитов [3].

Таблица 1

Показатели биохимии крови в основной и контрольной группах

Показатели	ВЗК с ПСХ (основная группа)	ВЗК без ПСХ (контрольная группа)	p
Общий белок г/л	75,7±1,4	69±1,6	p=0,004
АЛТ, ед/л	70,6±34,8	13,6±0,9	p=0,059
АСТ, ед/л	66,5±30	22,2±1,1	p=0,009
ГГТП, ед/л	43,4±15,5	13,2±1,3	p=0,042
ЩФ, ед/л	306,5±60	166,5±14,4	p=0,010
Билирубин общий, мкмоль/л	16,2±5,5	12,8±1,4	p=0,688
Тимоловая проба, ед	11,9±3,7	5,0±0,6	p=0,023
СРБ, мг/л	6,4±4	7,9±2,4	p=0,895

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости было установлено, что в основной группе у 15% детей описаны эхопризнаки брюшной лимфаденопатии, гепатоспленомегалия и перегиб/деформация желчного пузыря. В контрольной группе признаки лимфаденопатии обнаружили только у одного ребенка, гепатомегалия - 11%, спленомегалия - 8%, перегибы/деформации желчного пузыря - у 15% обследованных пациентов.

И только при проведении магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости и магнитно-резонансной холангиографии у детей основной группы определялись МР-признаки первичного склерозирующего холангита. В контрольной группе вне- и внутрипеченочные протоки были интактны.

Выводы:

1. Особенность локализации воспалительного процесса при язвенном колите и болезни Крона способствует появлению различной клиники со стороны желудочно-кишечного тракта у детей. Для язвенного колита характерным признаком является гемоколит. При болезни Крона достоверно чаще развивается сопутствующая патология в виде симптомов вторичной лактазной недостаточности.

2. Малосимптомное течение первичного склерозирующего холангита у детей диктует необходимость проведения развернутого биохимического анализа крови всем больным с воспалительным заболеванием кишечника для

определения холестатического профиля. При первичном склерозирующем холангите наряду с синдромом цитолиза в виде 2-3х-кратного повышения уровня трансаминаз, определяется умеренное повышение показателей щелочной фосфатазы ($p=0,010$) и гамма-глутамилтранспептидазы ($p=0,042$), а повышение величины тимоловой пробы ($p=0,023$) свидетельствует в пользу мезенхимального воспаления, характерного для хронического заболевания печени.

Список литературы:

1. Нарушение гемостаза у детей с воспалительными заболеваниями кишечника. Дис. ...канд. мед. наук. / Каншина А.А. – Москва; 2020.
2. Климов Л.Я. Первичный склерозирующий холангит с летальным исходом у девочки 13 лет / Л.Я. Климов, В.А. Курьянинова, В.С. Кашников и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – №1. – С. 107-112.
3. Клиническая интерпретация биохимического анализа крови при заболеваниях печени : учебное пособие для студентов / А. В. Давыдова ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: ИГМУ, 2013.– 46 с.
4. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. Первичный склерозирующий холангит // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. - №2. – С. 75-82.
5. Райхельсон К.Л. Первичный склерозирующий холангит: обзор рекомендаций по диагностике и лечению заболевания / К.Л. Райхельсон, Е.В. Пазенко, Н.В. Марченко // Consilium Medicum. – 2017. – №8. – С. 121-130.
6. Рейзис А.Р. Хронические воспалительные заболевания кишечника и первичный склерозирующий холангит: уникальное двуединство / А.Р. Рейзис, С.Н. Борзакова // Доктор. Ру. – 2017. – №12. С. 24–29.
7. ЦНИИ гастроэнтерологии Департамента здравоохранения Москвы. Воспалительные заболевания кишечника и первичный склерозирующий холангит // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. - №2. – С. 63-70.
8. Barrie A. Recurrent blood eosinophilia in ulcerative colitis is associated with severe disease and primary sclerosing cholangitis / A. Barrie, M. Mourabet, K. Weyant et al. // Dig Dis Ski. - 2013. - № 58(1). - P. 222-228.

УДК 616-056.3

Сыропятова С.А., Лепешкова Т.С.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АЛЛЕРГЕН-
СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ

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