

2. Клинические проявления и осложнения БК, данные анамнеза заболевания совпадают на 100% с данными КР.

3. Комплекс лабораторных и инструментальных исследований совпадает с таковым в КР на 90%. Мероприятия диспансерного наблюдения соблюдаются гастроэнтерологическим отделением ДГКБ №9 в плане ведения пациентов с БК на 90%.

4. Лечение, проведенное в ГАУЗ СО ДГКБ № 9, полностью не совпадает с лечением, рекомендованным КР. Согласно КР, основной группой лекарственных препаратов, применяемых для лечения БК, являются глюкокортикостероиды. В ГАУЗ СО ДГКБ №9 же в качестве первой линии терапии применялись производные 5-АСК.

5. В ходе исследования была выделена группа риска высокой активности заболевания и наличием лихорадки (коэффициент корреляции Спирмена $r=0,672$, $p<0,05$).

6. Ведение пациентов с БК в ГАУЗ СО ДГКБ № 9 является достаточно эффективным и качественным, так как улучшение состояния пациентов наступало в среднем на 3-6 день, все дети выписаны в удовлетворительном состоянии. Однако оно частично не совпадает с данными КР.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Болезнь Крона» / Утверждены профессиональной ассоциацией «Союз педиатров России», согласованы Научно-практическим Советом Минздрава РФ – 2020.

2. Манасян Н.Ю. Болезнь Крона / Манасян Н.Ю., Тарасова Г.Н. // Смоленский медицинский альманах. – 2019. - № 1 – С. 196-199.

3. Ратманова Г.А. Диспансеризация детей с язвенным колитом и болезнью Крона / Ратманова Г.А., Русова Т.В. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. - № 171 (11). - С. 51–58.

4. Захарова И.Н. Педиатру – о лихорадочных состояниях у детей: что нужно знать и уметь / Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Творогова Т.М., Мачнева Е.Б. // Медицинский совет. - № 01. – 2016. – С.140-146.

УДК 616.348-002

Муллагалиева К.Р., Фрайфельд Т.А., Царькова С.А., Чередниченко А.М. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Mullagalieva K.R., Frayfeld T.A., Tsarkova S.A., Cherednichenko A.M.
ULCERATIVE COLITIS IN CHILDREN. MODERN CLINICAL
RECOMMENDATIONS AND REAL PEDIATRIC PRACTICE**

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

E-mail: tania.frayfeld@mail.ru

Аннотация. В настоящей статье проведено сравнение мероприятий по ведению пациентов с язвенным колитом, указанных в клинических рекомендациях, и выполненных у пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ СО ДГКБ №9 в период с 2017 по 2019 г. При сравнении учитывались данные анамнеза заболевания, жизни, лабораторной и инструментальной диагностики, лечения и диспансерного наблюдения.

Annotation. This article compares the measures for the management of patients with ulcerative colitis, specified in the modern clinical recommendations, and those performed in patients hospitalized in the gastroenterology department of GAUZ SO DGKB №9 in the period from 2017 to 2019. The comparison took into account the data of the anamnesis of the disease, life, laboratory and instrumental diagnostics, treatment and dispensary observation.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, дети, клинические рекомендации.

Key words: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, children, modern clinical recommendations.

Введение

Язвенный колит (ЯК) по классификации ВОЗ (X пересмотр) входит в группу хронических неинфекционных поражений толстой кишки и определяется как рецидивирующее заболевание неясной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений. [1,4] Он является одной из основных проблем современной гастроэнтерологии. За последние 30 лет распространенность ВЗК в развивающихся странах увеличилась. Несмотря на то, что дебют ЯК происходит чаще в возрасте 25–35 лет, следует принимать во внимание, что у 20–25% больных ЯК возникают в возрасте 20 лет или моложе. Распространенность в детском возрасте составляет 2:100 тысяч. [2] Именно поэтому проблема правильного ведения детей, страдающих ЯК, особенно актуальна в наши дни.

Цель исследования - проанализировать качество ведения пациентов с диагнозом язвенный колит, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ СО ДГКБ №9, в сравнении с данными современных клинических рекомендаций.

Материалы и методы исследования

Предметом исследования являлись данные 40 историй болезни детей, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ СО ДГКБ №9 в период с 2017 по 2019 гг., с диагнозом язвенный колит. Были приняты следующие критерии включения в данное исследование:

1. Установленный диагноз язвенный колит
2. Преобладающий возраст пациентов с 11 до 16 лет
3. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ СО ДГКБ №9 в период с 2017 по 2019 гг.

Исследование было проведено ретроспективным методом путем анализа данных статистических карт с использованием методов описательной (excel) и аналитической (калькулятор medstatistic.ru) статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным данным преобладают больные младшего и старшего подросткового возраста, чаще ЯК встречается у мальчиков. Половозрастная структура заболевания практически полностью не совпадает с данными КР. [1]

Клиническая картина ЯК представлена тремя ведущими симптомами: диареей, выделением со стулом крови, болями в животе. Первыми клиническими проявлениями болезни, согласно имеющимся данным, были абдоминальные боли. Преобладающее число составляли дети с жалобами на боли в околопупочной области (45%), в гипогастрии (14%), в редких наблюдениях боли в животе отсутствовали (10%). Примерно у половины больных (55%) они сопровождались диареей. Нередко расстройств стула не наблюдалось, реже отмечены запоры. У 38% детей выявлена кровь в стуле в виде следов и плевков. Клинические симптомы заболевания у детей не совпадают с таковыми в КР. В таблице 1 представлены внекишечные проявления и осложнения ЯК у наблюдаемых пациентов (табл. 1). Внекишечные проявления и осложнения заболевания на 50% совпадают с таковыми в КР. [1,4]

Таблица 1

Внекишечные проявления и осложнения язвенного колита у детей

Клинические симптомы	число больных	
	абсолютно е	в %
1. Физическое и половое развитие соответствует возрасту	20	50%
2. Задержка физического и полового развития	20	50%
3. Синдром вегетативной дисфункции: слабость, недомогание, повышенная утомляемость, депрессивное состояние, нервозность	40	100%

4. Железодефицитная анемия	9	22,5%
5. Осложнения	не отмечены	

В КР выделяются данные анамнеза жизни, приводящие к развитию ЯК. В реальной педиатрической практике нам удалось оценить один экзогенный фактор - диетический (пищевая аллергия, чужеродные белки, особенно белки коровьего молока), и один эндогенный – колоректальные заболевания в семье. Пищевая аллергия без учёта иных факторов обнаружена у 20% пациентов, колоректальные заболевания – у 48%. Таким образом, в целом данные КР по поводу влияния анамнеза жизни на формирование заболевания в нашем случае оказались верны на 66%. [1]

При анализе анамнеза жизни установлено, что грудное вскармливание продолжалось до года и дольше только у некоторых больных. Большинство детей были переведены на искусственное вскармливание в первые месяцы жизни. Среди сопутствующих заболеваний при проведении эзофагогастродуоденоскопии обнаружен гастрит/гастродуоденит – у 31 больного (НР-ассоциированный у 13 детей), гастроэзофагеальный рефлюкс – у 25 пациентов и дуоденогастральный рефлюкс у 14 детей. На основе этих данных мы выделили следующие группы риска. Была выявлена достоверная корреляционная связь между наличием хронического гастрита/гастродуоденита и развитием язвенного колита (коэффициент корреляции Спирмена $r=0,738$, $p<0,05$). Также между ранним переводом детей на искусственное вскармливание и развитием язвенного колита ($r=0,783$, $p<0,05$).

В реальной педиатрической практике проводились следующие диагностические мероприятия: лабораторные - ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови, копрограмма, анализ кала на энтеробиоз и на УПФ, определение антиглиадиновых антител; инструментальные - ФГДС с биопсией ДПК, ФКС с биопсией тонкого кишечника, восходящего и сигмовидного отделов толстого кишечника, прямой кишки.

Отличие лабораторных комплексов заключается в добавлении в комплекс лабораторных исследований анализ на антиглиадиновые антитела класса А и G. Этот анализ помогает оценить эффективность диетотерапии в динамике и способствует её коррекции. Отличием инструментальных комплексов является проведение ФКС с биопсией вместо ректороманоскопии и илеоколоноскопии. Однако с помощью данного типа исследования достигается выявление характерных для ЯК диагностических признаков (непрерывное воспаление, ограниченное слизистой оболочкой, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся проксимальнее, с четкой границей воспаления, отражающая ЯК контактная ранимость, отсутствие сосудистого рисунка и наличие или отсутствие эрозий и изъязвлений). Поэтому, несмотря на отличие комплексов мероприятий примерно на 10%, мы считаем, что данные комплексы обладают 100%-й диагностической ценностью.

Основа лечения больных ЯК - консервативное медикаментозное лечение. В качестве терапии первой линии были назначены лекарственные препараты 5-АСК, обладающие противовоспалительным эффектом, у 100% пациентов (месалазин 60мг/кг). При среднетяжелом течении заболевания у подростков, наличии системных проявлений (полиартрит, увеит, длительная лихорадка) 42,5% пациентов принимали пероральные стероиды (преднизолон 1мг/кг в течение 3-4 месяцев с постепенным снижением дозы и отменой препарата). Помимо преднизолона, при приеме которого возникали побочные эффекты, дети принимали будесонид, оказывающий только местное действие. Аффинность будесонида к рецепторам в 60 раз выше, чем у преднизолона, благодаря чему противовоспалительная активность будесонида во много раз выше, чем у классических ГКС. Иммуносупрессоры – тиопурины применялись при непереносимости стероидов или у пациентов с часто рецидивирующим течением, были назначены 25% (азатиоприн 2,5мг/кг однократно). На первой неделе заболевания при наличии симптомов выраженных вегетативных дисфункций проводилось инфузионное лечение глюкозосолевыми растворами. Обязательным компонентом лечения была диетотерапия, назначался стол №4. С исключением продуктов, усиливающих перистальтику кишечника, обладающим аллергенным и раздражающим действием, исключаются молочные продукты. Также проводилось лечение сопутствующей гастродуоденальной патологии. Улучшение состояния больных отмечено на 4-6 день пребывания в стационаре. Все больные выписаны на 3 неделе пребывания в стационаре в удовлетворительном состоянии, с купированием клинических, эндоскопических и гистологических признаков язвенного колита. Лечение, проведенное в ГАУЗ СО ДГКБ №9, на 100% совпадает с лечением, предложенным КР. [1,4]

В объеме диспансерного наблюдения у большинства пациентов, согласно КР, применимы следующие показания: осмотр гастроэнтеролога и педиатра, контроль маркеров воспаления, клинический анализ крови, копрограмма не реже 1 раза в 3 месяца, биохимический анализ крови не реже 2-3 раз в год. С целью профилактики обострений гастроэнтерологом рекомендуется постоянный прием пациентами в виде монотерапии или комбинации лекарственных препаратов следующих групп: препараты 5-АСК, иммуносупрессоры – тиопурины, либо биологические антицитокиновые препараты. В периоде реконвалесценции и ремиссии назначается стол № 4. В связи с более частой аллергией к белкам коровьего молока, назначаются лечебные смеси на основе гидролизатов белка и полимерные смеси. Всё вышеперечисленное совпадает с проводимыми в ДГКБ №9 мероприятиями. В план обследования детей также рекомендуется ежегодно включать УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек, проводимое с целью ранней диагностики внекишечных проявлений со стороны гепатобилиарной системы, поджелудочной железы, а также нежелательных побочных эффектов поддерживающей терапии. [1,3] Данное исследование не включается в перечень необходимых в рамках диспансерного наблюдения. Учитывая полученную нами и учтённую из КР информацию о наличии

внекишечных осложнений ЯК, мы считаем, что это исследование необходимо проводить. Таким образом, мероприятия диспансерного наблюдения соблюдаются гастроэнтерологическим отделением ДГКБ №9 в плане ведения ЯК на 90%.

Выводы:

1. Половозрастная структура заболевания и клинические симптомы заболевания практически полностью не совпадают с данными КР. Внекишечные проявления и осложнения заболевания на 50% совпадают с таковыми в КР.

2. Полученные в ходе исследования данные анамнеза жизни соответствуют КР на 66%. Комплексы лабораторных и инструментальных исследований, проведенные в ГАУЗ СО ДГКБ №9, практически идентичны таковым в КР.

3. Лечение, проведенное в ГАУЗ СО ДГКБ №9, на 100% совпадает с лечением, предложенным КР. Объем диспансерного наблюдения совпадает с данными КР на 90%.

4. В ходе исследования были выделены две группы риска развития ЯК (наличие гастрита/гастродуоденита, перевод на раннее искусственное вскармливание).

5. ГАУЗ СО ДГКБ №9 предоставляет качественную медицинскую помощь больным с ЯК, совпадающую с данными КР на 90%.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Язвенный колит у детей» / Утверждены профессиональной ассоциацией «Союз педиатров России», согласованы Научным советом Министерства Здравоохранения Российской Федерации – 2015.

2. Бикбавова Г.Р. Язвенный колит: описание, генетика, реализация (семейный случай язвенного колита) / Бикбавова Г.Р., Ливзан М.А., Лозинская М.Ю. // Consilium Medicum. – 2020. - № 22(8). - С. 85–89.

3. Ратманова Г.А. Диспансеризация детей с язвенным колитом и болезнью Крона / Ратманова Г.А., Русова Т.В. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. - № 171(11). - С. 51–58.

4. Федеральные клинические рекомендации «По оказанию медицинской помощи детям с язвенным колитом» / под ред. Алиева Э.И., Баранова А.А., Намазовой-Барановой Л.С., Потапова А.С. и др. - 2015.

УДК 614.46:159.99

**Подчиненова Е.А., Мышинская О.И.
ОТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ К ПАНДЕМИИ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ
МЕРОПРИЯТИЯМ**

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета
Уральский государственный медицинский университет