

## ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЖКБ У ДЕТЕЙ

Шенин О.П.

Детская городская клиническая больница №9

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) у детей в настоящее время не является редкостью. Распространенность холелитиаза среди детского населения за последние 10 лет выросла с 0,1% до 1%. Определить время начала образования желчных камней довольно трудно, т.к. первые клинические симптомы болезни появляются значительно позднее.

Цель: установить вероятные факторы риска формирования холелитиаза у детей.

Материал и методы: клинко-anamnestический анализ; УЗИ органов пищеварения.

Результаты: наблюдали 48 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Причиной обращения родителей к педиатру-гастроэнтерологу явились боли в животе правосторонней локализации, по поводу которых почти все из числа наблюдаемых больных были госпитализированы в порядке неотложной помощи. При проведении УЗИ органов пищеварения у этих детей выявлен холелитиаз и в разные сроки течения болезни проведена холецистэктомия. По специальным картам опроса родителей проанализированы преморбидные факторы, возможно, являющиеся причиной формирования холелитиаза. Наибольшее внимания заслуживал неблагоприятный период прогноза в жизни детей, который характеризовался наличием наследственной отягощенности по желчнокаменной либо мочекаменной болезни у родителей и ближайших родственников (74%).

Почти в половине наблюдений (37%) имел место неблагоприятный антенатальный период в виде патологического течения беременности с гестозом, угрозой невынашивания, острых инфекционных заболеваний, повторного назначения антибактериальной терапии. Почти половина больных (41,6%) родилась недоношенными. Обратила на себя внимание значительная частота (39,6%) раннего перевода детей на искусственное вскармливание. Известно, что высокое содержание таурина в женском молоке улучшает всасывание липидов, а конъюгация его с желчными кислотами снижает риск развития гиперлипидемии и улучшает растворимость липидов в воде.

Многие из числа наблюдаемых больных были отнесены к часто болеющим детям (54,2%). В анамнезе у них выявлялись острые кишечные инфекции и повторные респираторные вирусные заболевания, в связи с чем, эти дети получали внутривенную инфузионную терапию, как известно, ухудшающую функцию гепатоцита с последующим увеличением литогенности желчи.

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**

Шейна 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.