

of age. At the same time, overweight and obesity in boys were more than 2 times as much as in girls.

2. Among children with overweight or obesity, such kind of physical activity as dancing is not common, but in comparison with those with normal body weight, they more often attend sports sections. The physical activity level of 16.67% of overweight or obese children does not meet the recommended by the World Health Organization (less than 1 hour per day). Among children with normal body weight, such an indicator is 5.71%, which is 2.9 times less. Thus, children with overweight or obesity focus on various sports sections and do not follow the World Health Organization's recommended minimum of physical activity per day.

3. Currently television does not affect children's sedentary behavior as much as the Internet does. But they have a direct impact on the purchasing behavior of children and on the consumption habits through advertisements. Children aged between 12 and 18 see junk food advertisements quite often. Thus, it is necessary to develop restrictive measures at the state level in relation to the advertising of food products that contribute to the development of obesity in children.

References:

1. Childhood obesity facts and data [Electronic resource] // World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/ru/> (accessed 20 March 2021).

2. Tenfold increase in childhood and adolescent obesity in four decades: new study by Imperial College London and WHO [Electronic resource] // World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/ru/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who> (accessed 20 March 2021).

3. BMI-for-age (5-19 years) [Electronic resource] // World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age> (accessed 20 March 2021).

4. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Electronic resource] // World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed 20 March 2021).

УДК 616.344-002-031.84

**Муллагалиева К.Р., Фрайфельд Т.А., Царькова С.А., Чередниченко А.М.
БОЛЕЗНЬ КРОНА 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.

**CROHN'S DISEASE 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 болезнью Крона, 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 Crohn's disease, 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, болезнь Крона, дети, клинические рекомендации.

Key words: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, children, modern clinical recommendations.

Введение

Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. При БК могут поражаться любые отделы ЖКТ – от полости рта до ануса. Тем не менее, в подавляющем большинстве случаев БК поражает илеоцекальный отдел. БК, в отличие от ЯК, не может быть излечена ни терапевтическими, ни хирургическими методами. [1] По тяжести течения, частоте осложнений и летальности они занимают во всем мире одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта. Социальную значимость данных заболеваний определяет преобладание последних среди лиц молодого, трудоспособного возраста, а также ухудшение качества жизни из-за хронизации процесса и, следовательно, частого стационарного лечения. [1] Несмотря на многолетнюю историю изучения, патогенез болезни Крона остаётся недостаточно раскрытым, что также доказывает актуальность рассмотрения данного заболевания в исследованиях различного характера. [1,2]

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

Материалы и методы исследования

Предметом исследования являлись данные 19 историй болезни детей, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ СО ДГКБ №9 в период с 2017 по 2019 гг., с диагнозом болезнь Крона. Были приняты следующие критерии включения в данное исследование:

1. Установленный диагноз болезнь Крона
2. Преобладающий возраст пациентов от 16 лет и старше
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 имеющимся данным половозрастная структура болезни Крона следующая: преобладают больные младшего и старшего подросткового возраста. Чаще заболевание встречается у мальчиков. Полученные результаты практически полностью не совпадают с таковыми в КР.

Клинические проявления и осложнения БК, представленные в таблице 1, отличаются большим разнообразием, что обусловлено различной локализацией процесса, его протяженностью, стадией заболевания, присоединившимися осложнениями. К наиболее частым клиническим симптомам БК у детей относятся: длительная хроническая диарея (более 6 недель), чаще без примеси крови, боль в животе упорного характера с четкой локализацией, потеря массы, значительный дефицит массы тела, отставание в росте, длительная лихорадка неясного генеза, анемия, чаще железодефицитная, перианальные осложнения. Клинические проявления и осложнения БК совпадают на 100% с данными КР.

Таблица 1

Клинические проявления и осложнения БК

Клинические проявления и осложнения	число больных	
	абсолютное	в %
абдоминальная боль, чаще локализованная в околопупочной области	18	95
диарея	9	47
гемоколит	6	32
физическое развитие отстает от паспортного возраста	8	42
физическое развитие соответствует паспортному возрасту	11	58
железодефицитная анемия	15	79

лихорадка	5	26
свищи перианальной области	8	42

Лихорадка – одна из наиболее частых неспецифических реакций организма ребенка на различные патологические процессы. При истощении компенсаторных механизмов либо изначально неадекватной перестройке терморегуляции лихорадка может приводить к осложнениям с развитием тяжелых патологических состояний. Как правило, коррекция лихорадки проводится самими родителями, при этом возможно нерациональное использование жаропонижающих средств даже в том случае, если родители в курсе установленного диагноза своего ребёнка. [4] Поэтому с целью освещения данной проблемы мы посчитали актуальным исследовать корреляцию между степенью активности БК и температурой пациентов при поступлении. Между обоими параметрами была выявлена достоверная корреляционная связь (коэффициент корреляции Спирмена $r=0,672$, $p<0,05$).

Исходя из данных КР, при сборе жалоб и анамнеза жизни необходимо обратить внимание на наличие аутоиммунных проявлений, связанных и не связанных с активностью воспалительного процесса, а также на симптомы, связанные с осложнениями БК. Кроме того, следует уточнить характер начала заболевания, информацию о непереносимости пищевых продуктов, приеме лекарственных препаратов (включая антибиотики и НПВС), семейном анамнезе. [1] Приведённый выше порядок сбора анамнеза соблюдается на базе гастроэнтерологического отделения ДГКБ №9 на 100%.

В реальной педиатрической практике были проведены следующие методы диагностики: лабораторные - ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови, копрограмма, анализ кала на энтеробиоз и на УПФ; инструментальные - ФГДС с биопсией ДПК, ФКС с биопсией тонкого кишечника, восходящего и сигмовидного отделов толстого кишечника, прямой кишки. Комплекс лабораторных и диагностических мероприятий реальной педиатрической практики совпадает с таковым в КР на 90%.

Пациентам с перианальными проявлениями БК в виде свищей прямой кишки или при подозрении на них рекомендовано проведение МРТ малого таза с внутривенным контрастированием для подтверждения диагноза, определения локализации, протяженности свищевого хода и наличия / отсутствия осложнений, что не было произведено. Целью обследования при перианальных проявлениях БК является, в первую очередь, исключение острого гнойного процесса в параректальной области, требующего срочного хирургического лечения, что оправдывает необходимость проведения данного мероприятия. [1] В остальном инструментальная диагностика проводится в соответствии с КР. Таким образом, комплекс инструментальной диагностики совпадает с таковым в КР на 90%.

Основными задачами лечения БК являются индукция ремиссии, ее поддержание, профилактика осложнений, предупреждение операций и повышение качества жизни пациентов. Большое значение в терапии БК имеет

лечебное питание, поскольку у пациентов формируется недостаточность питания вследствие анорексии, мальабсорбции, потери белков и электролитов, приема лекарственных средств. [1] Всем больным был назначен 4 лечебный стол по Певзнеру. Основной группой лекарственных средств, назначенных пациентам в ГАУЗ СО ДГКБ № 9, являлись производные 5-АСК (салофальк и пентаса), которые применялись у 18 пациентов. Также для лечения БК использовались глюкокортикостероиды системного (преднизолон) и местного (буденофальк) действия у 14 детей. Пациентам с БК при наличии резистентности к ГК, либо при их непереносимости, а также при наличии побочных эффектов (вторичные инфекции, холестатический гепатит, анорексия и др.) показаны иммуносупрессоры, применявшиеся у 11 пациентов. Так как у 8 детей имелись свищи, им была назначена антибактериальная терапия (метронидазол). 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.

Согласно КР, в связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, должны получать терапию и проходить мониторинг активности заболевания пожизненно. [1,3] Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинства пациентов рекомендовано: каждые 3 месяца выполнять исследование уровня маркеров воспаления. Пациенты, получающие иммунодепрессанты, ежемесячно выполняют исследование уровня эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов крови, свободного и связанного билирубина, креатинина, мочевины, определение активности АЛТ, АСТ, ЩФ, амилазы в крови для оценки функции печени. Пациентам при динамическом нарастании уровня маркеров воспаления рекомендуется выполнять (илео)колоноскопию для оценки активности заболевания. Всё вышеперечисленное совпадает с проводимыми в ДГКБ №9 мероприятиями. Пациентам рекомендовано выполнять УЗИ кишечника каждые 6 месяцев с целью раннего выявления рецидива. Также пациентам, страдающим БК, рекомендуется ежегодное рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений. [1,3] Данные исследования не включаются в перечень необходимых в рамках диспансерного наблюдения. Однако в соответствующем разделе КР указано, что УЗИ должно проводиться только при доступности экспертного исследования, следовательно, допускается отсутствие этого мероприятия в комплексе. Таким образом, мероприятия диспансерного наблюдения соблюдаются гастроэнтерологическим отделением ДГКБ №9 в плане ведения пациентов с БК на 90%.

Выводы:

1. Половозрастная структура заболевания практически полностью не совпадает с данными КР.

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**