

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

*Ю.Н.Василец, О.Н.Назаренко, А.Д.Сахнович, Л.И.Кастюкевич,
О.Н.Нестерук*

*Белорусский государственный медицинский университет, 4 городская
детская клиническая больница, г. Минск*

Болезнь Крона (БК) относится к числу заболеваний, своевременное распознавание которых нередко вызывает практические трудности. В детском возрасте БК характеризуется более агрессивным течением, чем у взрослых, процесс имеет более распространенный характер и требует более интенсивной терапии, а также сопряжен с более высоким риском осложнений.

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния различных факторов на возникновение БК у детей, рассмотрение проявлений заболевания и особенностей его локализации в детском возрасте для улучшения критериев диагностики заболевания данной патологии. С указанной целью проведен анализ 187 историй болезни 61 пациента с БК в возрасте от 1 до 17 лет, которые были госпитализированы в отделение гастроэнтерологии 4 ГДКБ г. Минска за период с 2014 по 2023 гг. Наиболее подробному анализу подвергались данные историй болезни при первом поступлении и установлении диагноза. Изучались семейный анамнез, основной диагноз, сопутствующие заболевания, жалобы, результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Для определения значимости гендерного влияния на развитие БК мы сравнили количество пациентов мужского пола с пациентами женского пола, и оказалось, что количество первых (67,20% из всей выборки) превышает количество вторых (32,80%) в 2,05 раза. Для определения возможной причины неоднородности гендерной структуры БК был проведен анализ соотношения количества пациентов мужского пола с пациентами женского пола в разных возрастных группах (1 – 6 лет – 75%, 7 – 12 лет – 60%, 13 – 17 лет – 70%), поскольку в более раннем возрасте влияние половых гормонов отсутствует. В результате было выявлено, что мужской пол преобладает над пациентами женского пола в 1,5 – 3 раза во всех возрастах, что указывает на вероятную связь гендерной структуры заболевания с генетическим фактором. При оценке семейного анамнеза у 8 пациентов (13,11%) имелся отягощенный наследственный анамнез по БК у родственников (3 случая, 4,92%), по раку кишечника (4 случая, 6,56%); и у 1 пациента (1,64%) при проведении геномного секвенирования был выявлен ген, предрасполагающий к развитию БК.

В результате оценки возрастной структуры заболевания возрастными рисками возникновения БК были периоды 11-13 лет (диагноз установлен 29,5% детям из выборки) и 15-17 лет (50,8% детей из выборки). Наиболее частой сопутствующей патологией были заболевания верхних отделов пищеварительного тракта: гастрит – 32,79%, гастродуоденит (18,03%), ГЭРБ (13,02%), дуоденит (4,02%); а также анемия (26,23%) и белково-энергетическая недостаточность (11,48%). Подробный анализ генеза анемий во взаимосвязи с тяжестью и локализацией патологического процесса показал, что в 90% случаев они были скорее проявлением основного заболевания.

При сравнении частоты различных локализаций патологического процесса у детей установлено большое разнообразие: илеоколит наблюдался в 37,7% случаев, колит – 19,7%, илеит – у 13,1%, сочетание поражения ВОПТ и илеоколита – у 13,1, поражение полости рта – у 9,8%; и по 6,5% пациентов имели сочетанную патологию с поражением желудка, тонкой и толстой кишки, либо полости рта, желудка и толстой кишки, либо илеита с перианальным поражением; причем имела место более высокая частота сочетанных поражений, чем у взрослых.

Наиболее характерными отклонениями лабораторных показателей при установлении диагноза БК в ОАК являются: сдвиг лейкоцитарной формулы влево (47,54%), повышение СОЭ (40,98%), относительный лимфоцитоз (40,98%), а также пониженный гемоглобин (34,43%) на фоне эритроцитоза (32,79%). В биохимическом анализе крови по данным нашего исследования наиболее частыми отклонениями являются: снижение уровня сывороточного железа (42,62%), повышение уровня СРБ (21,31%), понижение уровня ферритина (14,75%), гипопропротеинемия (13,12%).

Таким образом, выявленный ряд клинических и лабораторных особенностей БК у детей в момент установления диагноза может способствовать более точному определению показаний для эндоскопического обследования.

Большое разнообразие локализаций поражения ЖКТ у детей – от полости рта до ануса определяет расширенные показания для назначения не только илеоколоноскопии, но и ФГДС, видеокапсульной эндоскопии и МРТ кишечника.

**Материалы
XXXII Конгресса детских
гастроэнтерологов России
и стран СНГ
«Актуальные проблемы
абдоминальной патологии у детей»**

Москва, 18–20 марта 2025 г.

Под общей редакцией проф. С.В.Бельмера

Москва, 2025