

*Лукьянчук П.Ю.*

## **ПОТЕНЦИАЛ НЕИНВАЗИВНОГО ИНДЕКСА ЗАЖИВЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ**

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Потапов А.С.,  
канд. мед. наук., ассист. Прохоренкова М.О.*

*Кафедра педиатрии и детской ревматологии*

*Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва,  
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, г. Москва*

**Актуальность.** Заболеваемость болезнью Крона (БК), хроническим воспалительным заболеванием, поражающим любые отделы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в детском возрасте продолжает неуклонно расти. В настоящее время, особую значимость приобретает оптимизация подхода к диагностическому контролю активности воспаления БК. Однако стандартные методы диагностики, такие как эндоскопия, сопряжены с рядом недостатков: инвазивностью, высокой ценой, часто – потребностью в стационарном лечении и проведению под общей анестезией, что делает их не всегда доступными. В связи с чем, в 2020 году международной группой авторов был разработан неинвазивный индекс заживления слизистой оболочки – MINI (Mucosal Inflammatory Noninvasive Index), позволяющий оценить степень воспаления в кишечнике на основании клинических и лабораторных данных: характера стула, концентраций С-реактивного белка (СРБ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ), фекального кальпротектина (ФК). Итоговые значения индекса варьируют от -3 до 25 баллов.

**Цель:** определить диагностическую ценность MINI в оценке степени активности воспалительного процесса у детей с БК.

**Материалы и методы.** В исследование включено 138 пациентов с БК, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении НМИЦ здоровья детей с 2018 по 2021 гг. Из них – 54 девочки (39,1%) и 84 мальчика (60,9%) со средним возрастом –  $13 \pm 3,4$  лет. Локализация и форма заболевания определялись по Парижской классификации. Для статистической обработки использовались такие показатели, как среднее арифметическое (M), стандартное отклонение ( $\pm SD$ ), медиана (Me) и межквартильный размах ([Q1;Q3]). В ходе работы проведен корреляционный анализ с расчетом коэффициента Спирмена между простой эндоскопической шкалой болезни Крона – SES-CD (Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease) и MINI, а также концентрациями отдельных лабораторных маркеров: СОЭ, СРБ, ФК и педиатрическим индексом активности болезни Крона – PCDAI (Pediatric Crohn's Disease Activity Index). Дополнительно выполнен ROC-анализ с расчетом порогового значения и отношения шансов (ОШ). Статистически значимым принято значения  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Среди пациентов наиболее часто встречались: илеоколит (L3) – у 71 пациента (51,4%), а также воспалительная форма заболевания (B1) – у 132 пациента (96%). Медианы лабораторных показателей были следующими: СОЭ – 10 [3;17], СРБ – 1,5 [0,5;6], ФК – 352,2 [78;814], PCDAI – 15 [10;25]. Корреляционный анализ показал высокую связь между MINI и шкалой SES-CD ( $\rho = 0,734$ ,  $p < 0,001$ ). Между SES-CD и СОЭ, СРБ, ФК, PCDAI выявлена умеренная взаимосвязь. При проведении ROC-анализа площадь под кривой (AUC – area under curve) составила  $0,88 \pm 0,03$  ( $p < 0,001$ ), что указывает на то, что модель MINI позволяет с чувствительностью 82,3%, специфичностью – 78,6% при значениях менее 5 диагностировать заживление слизистой оболочки кишечника. Таким образом, у детей с MINI  $\geq 5$  шансы выявления активного воспалительного процесса в 22,4 раза выше, чем при значениях MINI  $< 5$  (95% ДИ 8,8-56,9,  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** MINI показывает высокую диагностическую точность при оценке активности болезни Крона у детей. Его сильная связь с SES-CD и высокая прогностическая значимость делают данный индекс удобным и информативным неинвазивным инструментом. MINI можно эффективно использовать в амбулаторной практике, в том числе для принятия решения о необходимости проведения эндоскопии.