

2. Терапия соматропином в течение одного года способствует уменьшению выраженности дислипидемии у большинства детей с низкорослостью, вне зависимости от генеза заболевания.

Библиографический список

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. М.: Медицина, 2002. 752 с.
2. Дедов И.И., Тюльпаков А.Н., Петеркова В.А. Соматотропная недостаточность. М.: ИндексПринт, 1998. 312 с.
3. Киселёва Н.Г. Клинико-диагностическая характеристика различных вариантов низкорослости с оценкой заместительной гормональной терапии в детском возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 2002.

4. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы): Руководство для врачей: В 2 т. / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. Т. 2. 464 с.

5. Безлепкина О.Б., Донина Е.Ю., Нараева Е.В. Гормон роста и липиды // Врач. 2004. № 8. С. 39-41.

6. Amato G. Body composition, bone metabolism and heart structure and function in growth hormone (GH)-deficient adults before and after GH replacement therapy at low doses // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1993. Vol. 77. P. 1671-1676.

7. Myocardial dysfunction in treated adult hypopituitarism: a possible explanation for increased cardiovascular mortality / M. Shahi, S.A. Beshiah, D. Hackett [et al.] // Br. Heart. J. 1992. Vol. 67. P. 92-96.

8. Национальный консенсус: Диагностика и лечение соматотропной недостаточности у детей / Под ред. И.И. Дедова. М.: АСК Юнион, 2006. 5 с.

УДК 616.344-002-053.2

Оригинальная статья

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

Н.А. Малахинова – ГОУ ВПО Российский ГМУ, г. Москва, аспирант.

CLINICAL FEATURES OF NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE IN CHILDREN

N.A. Malakhinova – Russian State Medical University, Moscow Children Clinical Hospital, Post-graduate.

Дата поступления – 06.08.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Малахинова Н.А. Клинические особенности течения неспецифического язвенного колита и болезни Крона у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 650–653.

В статье представлены данные о возрастных показателях манифестации, локализации, клинических особенностей течения БК и НЯК. В данном исследовании участвовали 85 пациентов с манифестацией болезни Крона в детском возрасте и 101 ребенок с диагнозом «неспецифический язвенный колит».

Ключевые слова: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, дети, воспалительные заболевания кишечника.

Malakhinova N.A. Clinical features of nonspecific ulcerative colitis and Crohn's disease in children // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 650–653.

The article presents the data of age, manifestation, localization and clinical features of course of Crohn's disease and nonspecific ulcerative colitis. A total of 85 children with Crohn's disease and 101 children with nonspecific ulcerative colitis have been under study.

Key words: Crohn's disease, nonspecific ulcerative colitis, children, inflammatory bowel disease.

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и неспецифический язвенный колит (НЯК), являются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии. Болезнь Крона (БК) – хроническое неспецифическое рецидивирующее воспаление различных отделов желудочно-кишечного тракта, характеризующееся сегментарностью, трансмуральным поражением с образованием воспалительных инфильтратов и глубоких язв, которые нередко осложняются кровотечением, перфорацией, образованием свищей, стриктур и перианальных абсцессов [1]. Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительно-деструктивное поражение слизистой оболочки толстой кишки аутоиммунной природы с развитием геморрагий, эрозий и язв, формированием внекишечных проявлений болезни, а также местных и системных осложнений [2]. Преимущественное поражение лиц молодого возраста, тяжесть течения, наличие осложнений, опасных для жизни, устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости обуславливают особую актуальность изучения данной проблемы [1]. Цель исследования – изучение клини-

ческих особенностей течения неспецифического язвенного колита и болезни Крона в детском возрасте.

Методы. За период 2007-2009 гг. в исследовании принимали участие 186 пациентов с ВЗК, находившихся на стационарном лечении в Российской детской клинической больнице (РДКБ), Научном центре здоровья детей РАМН (НЦЗД РАМН), Научном центре колопроктологии, ДГКБ № 13 им. Филатова, ДГКБ № 9 им. Сперанского. Диагноз ставился на основании комплексного обследования, включающего клинические, эндоскопические, рентгенологические, морфологические, лабораторные методы исследования. Статистический анализ данных проводился при помощи программы Statistica с использованием стандартных статистических методов. В число обследуемых вошли 85 пациентов с манифестацией болезни Крона в детском возрасте и 101 ребенок с диагнозом «неспецифический язвенный колит». Распределение пациентов с ВЗК по возрасту на момент проведения исследования представлено в табл. 1.

Среди пациентов с ВЗК пациенты мужского пола составили 55,4% (103 чел.), женского пола – 44,6% (83 чел.). Средний возраст больных ВЗК составил 13,2±0,9 года. Длительность ВЗК варьировала от 2 месяцев до 16,3 года и в среднем составила 3,9±0,5 года. В группе больных с НЯК (n=101) были дети в возрасте от 1,5 года до 17 лет 10 месяцев. Средний

Ответственный автор – Малахинова Наталья Ардановна.

Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1.

Тел.: 8 – 916-282-10-80.

E-mail: Malakhinova2007@mail.ru

возраст пациентов с НЯК равен $10,8 \pm 0,9$, а длительность заболевания в среднем – $3,5 \pm 0,6$ года. Распределение больных с НЯК по полу: мужского пола – 51 человек (50,5%) и женского пола – 50 человек (49,5%). Возраст пациентов в группе с БК на момент исследования – от 3 до 33 лет. Средний возраст больных с БК – $15,9 \pm 0,9$ лет. Длительность БК в среднем составила $4,5 \pm 0,8$ года. Распределение пациентов с БК по полу: мужского пола – 52 (61,2%) и женского пола – 33 (38,8%).

Результаты. Манифестация БК и НЯК происходила во все возрастные периоды от первого года жизни до 18 лет (табл. 2). На основании данных, приведенных в табл. 2, можно сделать вывод, что манифестация БК в сравнении с НЯК статистически достоверно чаще происходила в возрастной период от 12 до 17 лет ($p < 0,05$), а дебют НЯК был статистически достоверно чаще, чем БК, в три первых года жизни ребенка ($p < 0,05$). По нашим данным, в возрастных группах 4-6 лет и 7-11 лет не было выявлено статистически достоверных различий в частоте манифестации БК и НЯК ($p > 0,05$).

У пациентов с БК были определены следующие локализации заболевания: поражение верхних отделов ЖКТ – у 9 человек (10,5%), илеит – у 19 человек (22,3%), колит – у 17 больных (20%), илеоколит – у 38 больных (44,7%). При оценке протяженности воспалительного процесса у больных с НЯК сочетание поражения тонкой и толстой кишки было выявлено в 70,3% случаев (71 пациент), частота встречаемости проктита и проктосигмоидита составила 23,8% случаев (24 пациента), левосторонний колит был обнаружен в 5,9% случаев (6 пациентов) (табл. 3).

На основании данных, представленных в табл. 3, было выявлено, что при БК статистически достоверно чаще, чем при НЯК, происходит поражение верхних отделов ЖКТ и подвздошной кишки ($p < 0,05$), а у

детей с НЯК в сравнении БК статистически достоверно чаще отмечается сочетанное поражение тонкой и толстой кишки ($p < 0,05$). В результате исследования не было получено статистически достоверных различий в частоте поражения толстой кишки между пациентами с БК и НЯК ($p > 0,05$).

У пациентов с БК по течению заболевания были выделены следующие формы: воспалительная форма (нестриктурирующее и непенетрирующее течение заболевания) – у 41 человека (48,2%), стриктурирующая форма – у 20 больных (23,5%), пенетрирующая форма – у 14 больных (16,5%), сочетание стриктурирующего и пенетрирующего течения – у 10 человек (11,8%). В результате исследования было выявлено, что статистически достоверно чаще при манифестации БК в детском возрасте встречается воспалительная форма в сравнении с пенетрирующей формой БК ($p < 0,05$). В группе пациентов с БК не было определено статистически достоверных различий между частотой встречаемости стриктурирующей формы с пенетрирующей ($p > 0,05$) и воспалительной формами БК ($p > 0,05$).

При исследовании особенностей клинической картины у пациентов с болезнью Крона преобладали следующие симптомы: абдоминальные боли (87%), учащенный стул (64,7%), диарея (55,3%), потеря массы тела (52,3%), повышение температуры тела от $37,5^\circ$ до 39° – в 50,5% случаев. Для больных с НЯК более характерны следующие симптомы: примесь крови в стуле (87,1%), учащенный стул (80,2%), абдоминальные боли (73,3%), диарея (67,3%). В табл. 4 представлены данные о частоте встречаемости клинических симптомов, характерных для ВЗК, среди пациентов с БК и НЯК.

При сравнении частоты встречаемости клинических симптомов в группах больных с НЯК и БК было определено, что потеря веса, повышение темпера-

Таблица 1

Распределение пациентов с ВЗК (n=186) по возрасту (на момент исследования)

Заболевание	1-3 года	4-6 лет	7-11 лет	12-17 лет	8 лет-33 года
БК	1 (1,2%)	1 (1,2%)	8 (9,4%)	51 (60%)	24 (28,2%)
НЯК	13 (12,9%)	12 (11,9%)	13 (12,9%)	63 (62,3%)	0
ВЗК	14 (7,6%)	13 (7,1%)	21 (11,5%)	114 (60,7%)	24 (13,1%)

Таблица 2

Возраст манифестации заболевания при БК и НЯК

Возраст манифестации	БК (n=85)	НЯК (n=101)	p
0-3 года	7 (8,2%)	32 (31,7%)	0,0002
4-6 лет	6 (7,1%)	14 (13,9%)	0,2
7-11 лет	25 (29,4%)	30 (29,7%)	0,9
12-17 лет	47 (55,3%)	25 (24,7%)	0,00001

Таблица 3

Локализация воспалительного процесса при БК и НЯК

Локализация заболевания	Пациенты с БК (n=85), %	Пациенты с НЯК (n=101), %	p
Верхние отделы ЖКТ	9 (10,5%)	1 (0,99%)	0,006
Илеит	19 (22,3%)	0	0,00001
Толстая кишка	17 (20%)	30 (29,7%)	0,2
Тонкая и толстая кишка	38 (44,7%)	71 (70,3%)	0,0004

Клинические симптомы в группе пациентов с БК и НЯК

№ п/п	Симптом	Пациенты с БК (n=85), %	Пациенты с НЯК (n=101), %	p
1	Абдоминальный болевой	74 (87%)	74 (73,3%)	0,2
2	Повышение температуры (37,5-39°)	43 (50,5%)	27 (26,7%)	0,0009
3	Диарея	47 (55,3%)	68 (67,3%)	0,09
4	Учащенный стул	55 (64,7%)	81 (80,2%)	0,01
5	Запоры	5 (5,8%)	11 (10,9%)	0,2
6	Примесь крови в стуле	38 (44,7%)	88 (87,1%)	0,00001
7	Потеря массы тела	45 (52,9%)	31 (30,7%)	0,002
8	Наличие свищей	24 (28,2%)	0	0,00001
9	Наличие стриктур	30 (35,3%)	0	0,00001
10	Анальные трещины	13 (15,3%)	6 (5,9%)	0,04
11	Тенезмы	8 (9,4%)	7 (6,9%)	0,6

туры, наличие свищей, стриктур и анальных трещин достоверно чаще встречается при БК, чем при НЯК ($p < 0,05$). У больных с НЯК в сравнении с БК было достоверно чаще выявлено наличие примеси крови в стуле и учащенный стул ($p < 0,05$).

Обсуждение. По данным Е.Г. Цимбаловой, манифестация БК и НЯК преимущественно происходит у детей в возрасте до шести лет (40% – БК и 45% – НЯК) [3]. Результаты нашего исследования подтверждают высокую частоту манифестации НЯК в три первых года жизни детей, но дебют БК статистически достоверно чаще происходил в возрасте от 12 до 17 лет. По данным разных авторов, частота встречаемости локализаций воспалительного процесса при БК и НЯК значительно варьирует. По данным П.Л. Щербакова (2000), при БК в 50% случаев происходит поражение подвздошной кишки, ограниченные поражения илеоцекального угла – в 15-20% [4]. По мнению А.Р. Златкиной (2004), в 30% случаев у пациентов с БК диагностирован колит, у 40-50% больных наблюдается илеоколит, у 30% – множественная локализация [5]. По нашим данным, отмечается частота локализаций БК, схожая с данными А.Р. Златкиной и П.Л. Щербакова, так как колит был выявлен у 20% пациентов с БК, илеоколит – в 44,7% случаев, илеит (изолированно) – в 22,3% случаев, а поражение подвздошной кишки отмечалось у 67% пациентов с БК. В книге Г. Адлера (2001) сообщается, что НЯК в 40-60% случаев ограничивается лишь дистальными отделами кишечника [1]. Результаты нашей работы противоречат данным Адлера, так как в 70,3% случаев у детей с НЯК был обнаружен илеоколит, а поражение дистальных отделов кишечника встречалось только у 23,8% больных. Важной особенностью течения БК является наличие стриктур и свищей. По мнению В.Г. Румянцева (2007), патологический процесс при БК развивается по фиброзно-обструктивному или пенетрирующе-фистулезному пути. При рубцовом сужении симптомы обструкции нарастают и носят постоянный характер. Симптомы диареи сменяются задержкой стула и вздутием живота. Поскольку воспалительный процесс при БК носит трансмуральный характер, происходит формирование различных свищевых ходов. Чаще формируются межкишечные свищи, реже, но с более серьезными последствиями образуются свищи с желудком или свищи толстой кишки с прилежащими тазовыми органами (чаще в мочевого пузыря). Иногда свищи

заканчиваются слепо с образованием внутрибрюшных абсцессов, манифестирующихся интенсивными болями в животе и лихорадкой [6]. В результате нашего исследования было подтверждено, что свищи и стриктуры являются отличительной особенностью БК. Свищи (в том числе межкишечные, параректальные, коловезикальные) были выявлены – у 28,2% больных, стриктуры в ЖКТ встречались у 35,3% пациентов с БК. В научной работе Н.Е. Циголевой указывается, что у больных с НЯК в 96% случаев отмечалась кровь в стуле, абдоминальные боли – у 89%, диарея – в 84%, потеря веса – в 71% и повышение температуры – у 36% детей [7]. По нашим данным, к ведущим клиническим симптомам при НЯК также относятся: наличие крови в стуле – у 87,1%, абдоминальные боли – у 73,3%, учащенный стул – у 80,2% и диарея – у 67,3%. Потеря же веса отмечалась более чем в 2 раза реже. Повышение температуры тела у больных с НЯК также встречалось немного реже, по нашим данным. Более того, в результате анализа полученных данных установлено, что потеря веса и повышение температуры тела статистически достоверно чаще встречались при БК, чем при НЯК. Общую тенденцию можно проследить, обращаясь к работе В.Г. Румянцева (2007). К важным симптомам БК В.Г. Румянцев (2007) тоже относит потерю пациентами 10-20% от исходной массы тела вследствие анорексии или сознательного ограничения питания из-за частых позывов на дефекацию. В противоположность НЯК кровь в стуле встречается лишь у трети пациентов с БК с локализацией изъязвлений в толстой кишке, а массивные кровотечения регистрируются в 1-2% наблюдений [6].

Заключение. Манифестация БК в сравнении с НЯК статистически достоверно чаще происходила в возрастной период от 12 до 17 лет ($p < 0,05$), а дебют НЯК был статистически достоверно чаще, чем БК, в возрасте до трех лет жизни ребенка ($p < 0,05$).

Выводы:

1. При БК статистически достоверно чаще, чем при НЯК, происходит поражение верхних отделов ЖКТ и подвздошной кишки ($p < 0,05$); у детей с НЯК статистически достоверно чаще отмечается, чем у детей с БК, сочетанное поражение тонкой и толстой кишки ($p < 0,05$).

2. В результате исследования выявлено, что статистически достоверно чаще при манифестации БК в детском возрасте встречается воспалительная форма,

чем пенетрирующая ($p < 0,05$). Не было определено статистически достоверных различий между частотой встречаемости стриктурирующей формы с пенетрирующей ($p > 0,05$) и воспалительной формы БК ($p > 0,05$).

3. При сравнении частоты встречаемости клинических симптомов в группах больных с НЯК и БК было определено, что потеря веса, повышение температуры, наличие свищей, стриктур и анальных трещин достоверно чаще встречается при БК, чем при НЯК ($p < 0,05$). У больных с НЯК в сравнении с больными БК было достоверно чаще отмечались наличие примеси крови в стуле и учащенный стул ($p < 0,05$).

Библиографический список

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Пер. с нем. М.: ГЭОТАР-Мед., 2001. С. 500.

2. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний / Под ред. А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной, 2007. С. 172.

3. Цимбалова Е.Г. Клинико-лабораторные проявления и критерии активности воспалительных заболеваний кишечника у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 24 с.

4. Щербаков П.Л. Воспалительные заболевания кишечника у детей: болезнь Крона и неспецифический язвенный колит // Детский доктор. 2000. № 4. С. 22-26.

5. Златкина А.Р. Современная терапевтическая тактика воспалительных заболеваний кишечника // Consilium medicum. Прил.: Гастроэнтерология. 2004. № 1. С. 911.

6. Румянцев В.Г. Язвенный колит, болезнь Крона // Болезни толстой кишки и аноректальной области. М., 2007. С. 106-132.

7. Щиголева Н.Е. Клиника, течение и исходы медикаментозной терапии неспецифического язвенного колита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 25с.

УДК 616.839:616.62-008.22:616.62-008.222/223-021.3]-053.2-07(045)

Оригинальная статья

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ И УРОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ НОЧНЫМ ЭНУРЕЗОМ

О.В. Нестеренко – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры факультетской педиатрии, кандидат медицинских наук; **И.В. Королева** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, доцент кафедры факультетской педиатрии, кандидат медицинских наук; **В.И. Горемыкин** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой факультетской педиатрии, профессор, доктор медицинских наук; **С.Ю. Елизарова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры факультетской педиатрии, кандидат медицинских наук; **А.В. Хижняк** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры факультетской педиатрии, кандидат медицинских наук, **А.А. Протопопов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, проректор по учебной работе, профессор, доктор медицинских наук.

PSYCHO-AUTONOMIC AND URODYNAMIC DISORDERS IN CHILDREN WITH PRIMARY NOCTURNAL ENURESIS

O.V. Nesterenko – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, department of faculty pediatrics, candidate of medical sciences; **I.V. Koroleva** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, department of faculty pediatrics, assistant professor, candidate of medical sciences; **V.I. Goremykin** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, head of department of faculty pediatrics, professor, doctor of medical science; **S.U. Elisarova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, department of faculty pediatrics, candidate of medical science; **A.V. Khignyak** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, department of faculty pediatrics, candidate of medical sciences; **A.A. Protopopov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, pro-rector of academic work, professor, doctor of medical sciences.

Дата поступления – 07.06.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Нестеренко О.В., Королева И.В., Горемыкин В.И., Елизарова С.Ю., Хижняк А.В., Протопопов А.А. Психовегетативные и уродинамические нарушения у детей с первичным ночным энурезом // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 653–658.

Проведен анализ психовегетативного статуса, уродинамики нижних мочевых путей, характера семейного воспитания у детей с различным течением первичного ночного энуреза. Обследованы 198 детей с ПНЭ и 36 здоровых детей, составивших группу сравнения. Обнаружено, что для детей с ПНЭ характерно наличие детрузорно-сфинктерной диссинергии и нарушенное семейное воспитание, степень тяжести энуреза коррелирует с выраженностью минимальных мозговых дисфункций. Особенности вегетативной регуляции у детей с первичным ночным энурезом складываются из стабильного повышения тонуса парасимпатической и снижения тонуса симпатической нервной системы, степень выраженности которых увеличивается с нарастанием тяжести заболевания.

Ключевые слова: первичный ночной энурез, уродинамика, психология, вегетатика.

Nesterenko O.V., Koroleva I.V., Goremykin V.I., Elisarova S.U., Khignyak A.V., Protopopov A.A. Psycho-autonomic and urodynamic disorders in children with primary nocturnal enuresis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 653–658.

The analysis of psycho-autonomic status, urodynamics of lower urinary tract, the character of family education in children with various courses of primary night enuresis (PNE) was made. 198 children with PNE and 36 healthy children who formed the control group were examined. It was found out that children with PNE were observed to have detrusor-sphincter dissynergy and inadequate family education; the severity of enuresis correlated with the severity of minimal brain dysfunctions. Peculiarities of autonomic regulation in children with primary nocturnal enuresis were caused by stable increase of the parasympathetic nervous system tonus and decrease of the sympathetic nervous system tonus, the severity of the both increasing with the increase of the disease severity.

Key words: primary nocturnal enuresis, urodynamics, psychology, psycho-autonomic, severity.

Введение. Актуальность изучения проблемы первичного ночного энуреза (ПНЭ) у детей и интерес

к нему исследователей различных специальностей связаны с тем, что энурез является расстройством, часто приводящим к выраженной социально-психологической дезадаптации детей. Его распространенность, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах и составляет в среднем около

Ответственный автор – Оксана Валериевна Нестеренко
Адрес: 410600, г. Саратов, ул. Мичурина, 122А, кв. 79.
Тел.: 89179843613, (8452) 22-40-66.
E-mail: ronikia@gmail.com