DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-171-11-51-58

Диспансеризация детей с язвенным колитом и болезнью Крона

Русова Т.В., Ратманова Г.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Regular medical examination of children with ulcerative colitis and Crohn's disease

T.V. Rusova, G.A. Ratmanovaga

Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

Для цитирования: Русова Т.В., Ратманова Г.А. Диспансеризация детей с язвенным колитом и болезнью Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;171(11): 51–58. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-171-11-51-58

For citation: Rusova T.V., Ratmanovaga G.A. Regular medical examination of children with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;171(11): 51–58. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-171-11-51-58

Русова Татьяна Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры поликлинической педиатрии; ORCID: 0000-0002-8472-2830

Ратманова Галина Алексеевна, к.м.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии; ORCID: 0000-0002-7714-2707

Tatyana V. Rusova, Doct. of Med. Sci., Professor of the Department of polyclinic pediatrics; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8472-2830>

Galina A. Ratmanovaga, Cand. of Med. Sci., Associate Professor of the Department of pediatrics and neonatology; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7714-2707>

✉ Corresponding author:

Русова
Татьяна Валентиновна
Tatyana V. Rusova
rusovatv@mail.ru

Резюме

Представлены схемы диспансерного наблюдения педиатром и врачами-специалистами детей с язвенным колитом и болезнью Крона, проведения лабораторных и инструментальных обследований, описан комплекс профилактических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий. Ключевыми аспектами программы являются ее комплексность, преемственность, этапность и использование современных диагностических методов. Обсуждаются вопросы диетотерапии, медикаментозного лечения, и многие другие аспекты наблюдения за детьми с язвенным колитом и болезнью Крона. Критерии эффективности программы: отсутствие обострений и осложнений заболевания, нормальное физическое и половое развитие ребенка, улучшение качества жизни пациента.

Ключевые слова: дети, диспансеризация, язвенный колит, болезнь Крона.

Summary

Schedules of regular medical checkups for children with ulcerative colitis and Crohn's disease by paediatricians and medical specialists, of laboratory and instrumental examinations are offered, a complex of prophylactic, therapeutic and rehabilitation measures is described. Key aspects of the programme are its complex character, continuity, division into stages and use of modern diagnostic methods. Problems of diet therapy, medication and many other aspects of the follow-up of children with ulcerative colitis and Crohn's disease are discussed. Criteria of the effectiveness of the programme are: the absence of exacerbations and complications of diseases, normal physical and sexual development of a child, improvement of the quality of the patient's life.

Keywords: children, regular medical examination, ulcerative colitis, Crohn's disease

Диспансеризация детей с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) должна проводиться с учетом тяжести и протяженности поражения желудочно-кишечного тракта, наличия внекишечных проявлений и осложнений, а также частой сопряженности данной патологии с другими заболеваниями органов пищеварения, что свидетельствует о необходимости формирования индивидуальных программ наблюдения и противорецидивной (поддерживающей) терапии у каждого больного [1–4]. При организации диспан-

серного наблюдения пациентов необходимо тесное взаимодействие врача педиатра и гастроэнтеролога с целью контроля течения заболевания, раннего выявления факторов риска и клинических проявлений рецидивов, обострений, осложнений, нарушений функции желудочно-кишечного тракта, проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, оценки эффективности лечения и мониторинга побочных эффектов фармакотерапии, выявления и лечения сопутствующих заболеваний.

Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяются индивидуально. Для большинства пациентов не реже 1 раза в 3 месяца целесообразно осуществлять осмотр гастроэнтеролога и педиатра с полным объективным обследованием, включая перианальную область, оценкой физического и полового развития, контролем маркеров воспаления (уровень СРБ высокочувствительным методом, фекального кальпротектина), клинического анализа крови (при применении иммунодепрессантов – ежемесячно), копрограммы [5]. Более частое наблюдение требуется пациентам при развитии осложнений, нежелательных побочных проявлений поддерживающей фармакотерапии, недостаточной эффективности лечебных мероприятий и др. Эндоскопическое исследование (илео) колоноскопии рекомендуется выполнять при ухудшении состояния, нарастании уровня маркеров воспаления, а также в случае необходимости исключения отдельных сопутствующих состояний, нарастания клинических проявлений, подозрения на осложнения.

При развитии отдельных внекишечных проявлений язвенного колита и болезни Крона организуется наблюдение врачами – специалистами и проведение дополнительной лабораторной и инструментальной диагностики по профилю сформировавшейся патологии: поражение органа зрения (uveит, ретинит, иридоциклит и др.) – офтальмолог; суставов (артропатии, сакроилеит и др.) – ревматолог, ортопед; поражение кожи (узловая эритема, гангренозная пиодермия, псориаз) – дерматовенеролог; слизистой полости рта при болезни Крона (афтозный стоматит, гингивит, гранулематозный хейлит, язвы языка) – стоматолог, сердечно-сосудистой системы (миокардит, перикардит, васкулит) – детский кардиолог, ЭКГ, ЭХОКГ и т.д.

У пациентов с болезнью Крона при появлении симптомов, характерных для поражения пищевода, желудка, 12-перстной кишки (боль в эпигастрии, тошнота, рвота и др.) назначается эзофагофибροгастродуоденоскопия (ЭФГДС) с биопсией.

При подозрении на гастроинтестинальную аллергию (непереносимость отдельных пищевых продуктов) проводится осмотр аллерголога-иммунолога, аллергологические тесты (уровень специфического/общего IgE, кожные тесты, проба с исключением белков коровьего молока и других аллергенов и др.).

Консультация гематолога необходима при развитии тяжелой анемии желездефицитной, хронической болезнью, мегалобластной при приеме препаратов 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), либо появлении лейкопении, нейтропении, лимфопении, тромбоцитопении при приеме поддерживающей терапии (иммуносупрессоры азатиоприн, 6-меркаптопурин, препараты 5-АСК, антицитокиновые препараты) с целью определения терапевтической тактики при данных состояниях, в том числе возможности дальнейшего применения иммуносупрессоров.

Профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия

Режим. В домашних условиях детям необходимо обеспечить соблюдение режима дня, исключить устраняемые факторы риска обострений – нарушения диеты, стрессы, физические и эмоциональные

Нередко у детей с язвенным колитом и болезнью Крона развиваются нежелательные побочные эффекты поддерживающей фармакотерапии со стороны отдельных органов и систем (нервной системы, психической сферы, суставов, кожные проявления, стероидный сахарный диабет, вторичный гипопитуитаризм, глаукома или катаракта вследствие стероидной терапии и др.), в этом случае необходимо участие в ведении пациентов врачей – специалистов в зависимости от возникшей патологии с проведение необходимых лабораторно-инструментальных исследований.

В случае неэффективности консервативной терапии, формировании осложнений, требующих хирургической помощи (стриктуры, перфорация кишки, массивное кишечное кровотечение, малигнизация, дисплазия слизистой кишечника и др.) в ведении пациента участвует детский хирург-проктолог.

При планировании антицитокиновой терапии проводится консультация фтизиатра.

Индивидуально, но не реже 2–3 раз в год с целью ранней диагностики внекишечных проявлений со стороны гепатобилиарной системы (первичный склерозирующий холангит, гепатит и др.), поджелудочной железы (панкреатиты), а также нежелательных побочных эффектов поддерживающей терапии проводится биохимический анализ крови с определением содержания амилазы, липазы, глюкозы, билирубина общего, прямого и непрямого, АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), холестерина, β-липопротеидов, мочевины, креатинина, мочевой кислоты (при приеме 6-меркаптопурина). Ежегодно в план обследования детей включается ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек.

С целью своевременного выявления и коррекции снижения минеральной плотности кости, остеопороза (внекишечные проявления, побочный эффект системной стероидной терапии) не реже 1 раза в год проводится остеоденситометрия.

У детей с язвенным колитом и болезнью Крона 2 раза в год осуществляется выявление туберкулеза: реакция Манту с 2 ТЕ у детей 1–7 лет, Диаскинтест у детей 8–14 лет, Диаскинтест или флюорография легких у детей 15–17 лет [6].

В периоде ремиссии у пациентов на фоне поддерживающей терапии особую опасность представляют инфекции, поэтому для своевременной диагностики и санации очагов инфекции в полости рта и носоглотки 2 раза в год проводится консультация оториноларинголога и детского стоматолога.

Дети с язвенным колитом и болезнью Крона длительное время должны получать лечебную физкультуру, поэтому для разработки индивидуальных рекомендаций по физическим нагрузкам и комплексам ЛФК необходимо участие в работе с пациентами врача по лечебной физкультуре.

перегрузки. Рекомендуется дневной отдых, а по возможности дневной сон, максимальное пребывание на свежем воздухе, ограничение времени пребывания за компьютером. По возможности

в увлечениях ребенка устранить элементы соревнования. Не допустить формирования вредных привычек, в частности курения. Исключить пассивное курение в ближайшем окружении ребенка. При организации путешествий таким детям следует избегать резкой смены климатических зон. Вопрос о возможности посещения дошкольных организаций, обучения детей школьного возраста на дому решается индивидуально. Для предупреждения инфицирования ребенка следует ограничить посещение мест скопления людей (торговых и развлекательных центров и т. п.). Необходимо избегать переохлаждений, проводить профилактику ОРВИ. Обязательна тщательная личная гигиена и санация очагов инфекции у родителей и других лиц из окружения ребенка. В случае лейкопении и нейтропении усилить внимание ежедневным гигиеническим мероприятиям, тщательное мытье рук (двойное намыливание тыльной и ладонной поверхности и межпальцевых промежутков), ежедневный душ со сменой нательного белья, уход за зубами и деснами с использованием только мягких зубных щеток. Для лучшего очищения зубов применять специальные «скользящие и плоские» зубные нити. Предупреждение у ребенка даже минимальных травм, тщательная обработка ран, порезов, мацераций. Во избежание микротравм не рекомендуется ношение открытой обуви.

Питание. Значительное место отводится лечебному питанию, недооценка которого может приводить к обострению воспалительных заболеваний кишечника. Диетические рекомендации для каждого конкретного пациента составляются гастроэнтерологом индивидуально с учетом тяжести заболеваний, пораженных отделов желудочно-кишечного тракта, моторики кишечника, степени белково-калорийной недостаточности, имеющихся дефицитов железа, микроэлементов, витаминов. Следует учитывать индивидуальную непереносимость у отдельных пациентов некоторых белков, в частности, коровьего молока (при аллергии к белкам коровьего молока), глютена (болезнь Крона с поражением тонкой кишки), яиц и т. п. Родители должны вести «пищевой дневник», позволяющий своевременно выявить продукты, которые не переносит ребенок. Гастроэнтеролог совместно с участковым педиатром анализирует данные дневника и дает рекомендации по питанию пациента. В периоде реконвалесценции и ремиссии – стол № 4в. Диета должна быть полноценной по составу с увеличением суточного калоража и легкоусвояемых белков на 20–30%, по сравнению с физиологической нормой, богатой витаминами и минеральными веществами. Рекомендуются блюда отварные, запеченные, приготовленные на пару либо в духовом шкафу. Принимать пищу следует теплой 6 раз в день с равномерным распределением желателно в одни и те же часы. Исключают продукты, раздражающие слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, стимулирующие перистальтику кишечника, секреторную функцию желудка и кишечника, поджелудочной железы, стимулирующие работу желчевыводящей системы, усиливающие брожение и гниение, содержащие облигатные аллергены [1, 2, 3, 7]. Рекомендуются

снизить количество потребляемого сахара до минимума. Поваренная соль – на нижней границе физиологической нормы. При поражении (удалении) подвздошной кишки заменить часть жиров среднепечочными триглицеридами, избегать продуктов с высоким содержанием щавелевой кислоты (ревень, шпинат, свекла, шоколад и др.) во избежание хологенной диареи и нефролитиаза. Разрешаются следующие продукты питания и блюда:

Напитки: чай, какао с небольшим количеством молока (при переносимости).

Хлебные изделия: пшеничный хлеб белый вчерашней выпечки, не сдобные сорта булочных изделий и печенья, белые сухарики из булки, сухие бисквиты.

Закуски: сыр неострый, не жирная сельдь, паштет домашнего приготовления из мяса.

Молоко и молочные продукты: допускаются нежирный свежеприготовленный творог в виде пасты или паровых пудингов, паровое суфле, твердые сорта сыров, в ограниченном количестве сметана как приправа к блюдам, при переносимости молоко в составе блюд (в кашах, супах).

Жиры: сливочное масло в блюда, топленое, оливковое масло.

Яйца и яичные блюда: яйца всмятку до 1 в день, омлет, яйца в составе блюд.

Супы: на обезжиренном слабом мясном или рыбном бульоне с добавлением слизистых отваров круп (манная крупа, рис), вареного мяса, паровых кнелей и фрикаделек, лапши, вермишели.

Мясные и рыбные блюда: различные блюда из нежирной говядины, телятины, нежирной рыбы, пропущенные через мясорубку, приготовленные на пару, суфле из отварного мяса, фарш. Крупяные и макаронные изделия: каши на воде или обезжиренном бульоне (рисовая, овсяная, гречневая), на молоке при переносимости, каши из крупяной муки в виде запеченных пудингов и котлет из круп без грубой корочки, отварные макароны и вермишель.

Овощи и зелень: пюре из различных овощей, овощные котлеты, запеченные овощи, отварная цветная капуста с маслом, тушеные ранние кабачки, тыква, петрушку, укроп мелко нашинкованные добавлять в блюда.

Фрукты и ягоды: пюре из свежих и сухих фруктов и ягод, кисели, желе, муссы, варенье. Разрешены сахар, конфеты в ограниченном количестве.

Соки: в ограниченном количестве фруктовые, овощные, ягодные в теплом виде, разбавленные водой в половинном объеме, отвар из плодов шиповника и пшеничных отрубей.

Запрещаются следующие продукты питания и блюда:

Изделия из сдобного теста, жирные сорта мяса, свинина, гусяное и утиное мясо, соленья, копчения, маринады, консервы мясные, рыбные и другие, колбасы, грибы, острые блюда, черный хлеб, газированные напитки, квас, лимонады, кофе с молоком, шоколад, пирожные с кремом, горчица, хрен, майонезы, кетчупы.

Овощи и фрукты в сыром виде, а также овощи, содержащие большое количество клетчатки,

богатые эфирными маслами: белокочанная капуста, репа, редька, редис, брюква, свекла, лук, чеснок, бобовые.

Продукты, богатые органическими кислотами: кислые ягоды и фрукты (лимон, клюква, кислые яблоки и т.д.), молочные продукты с высокой кислотностью.

Продукты, содержащие тугоплавкие жиры: сало, маргарин, кулинарный жир.

Каши пшеничные, перловые, ячневые. Холодные блюда, продукты, напитки.

Педиатр должен регулярно оценивать нутритивный статус и рост пациентов и при недостаточности питания гастроэнтерологом назначается нутритивная поддержка с помощью продуктов дополнительного энтерального питания. В частности при выраженных нарушениях нутритивного статуса при болезни Крона с вовлечением в патологический процесс тонкой кишки для дополнительного домашнего энтерального питания могут использоваться специализированные лечебные смеси, как правило, в этом случае полностью исключают или значительно ограничивают молоко и молочные продукты. У детей раннего возраста, в связи с более частой аллергией к белкам коровьего молока, предпочтительно использовать лечебные смеси на основе гидролизатов белка, а у старших детей – на основе цельного белка (полимерные

смеси). Установлено, что постоянная нутритивная поддержка в виде дополнительного домашнего энтерального питания из расчета 30 ккал/кг в сутки существенно продлевает ремиссию и сокращает частоту рецидивов [7].

Для сбалансированного энтерального питания пациентов с болезнью Крона применяется смесь Modulen IBD (Нестле). Она обогащена трансформирующим фактором роста TGF-β2, который участвует в обеспечении роста и дифференцировки эпителиальных клеток кишечника и иммунной регуляции благодаря подавлению синтеза провоспалительных цитокинов. Смесь назначается детям с 5-летнего возраста, способствует уменьшению процессов воспаления, восстановлению слизистой оболочки ЖКТ, увеличению мышечной массы, роста, минеральной плотности костей.

Непереносимость отдельных компонентов пищи при болезни Крона требует дифференцированной диетической коррекции: при лактазной недостаточности вследствие поражения тонкой кишки – безлактозные смеси; при сенсibilизации к пищевым белкам (что утяжеляет клинические проявления у детей младшего возраста) – смеси на основе гидролизатов белка; при мальабсорбции жиров (терминальный илеит, панкреатическая недостаточность) – смеси, содержащие среднецепочечные триглицериды [7].

Задачи консервативной терапии в периоде ремиссии:

- проведение поддерживающей терапии для предотвращения рецидивов и осложнений ЯК и БК,
- коррекция недостаточности питания, дефицитных состояний,
- коррекция нежелательных побочных эффектов фармакотерапии,
- терапия сопутствующих заболеваний органов пищеварения,
- улучшение показателей физического развития и качества жизни пациента.

Поддерживающая (противорецидивная) терапия при язвенном колите и болезни Крона назначается и контролируется гастроэнтерологом, задача участкового педиатра – строгий контроль выполнения родителями и пациентом лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, в том числе рекомендаций по фармакотерапии, своевременности посещения пациентом гастроэнтеролога, формирование приверженности ребенка к назначенному лечению. С целью профилактики обострений гастроэнтерологом рекомендуется постоянный прием пациентами в виде монотерапии или комбинации лекарственных препаратов следующих групп: препараты 5-АСК (месалазин, сульфасалазин), иммуносупрессоры – тиопурины (азатиоприн, 6-меркаптопурин), либо биологические антицитокиновые препараты (инфликсимаб, адалимумаб) [1–4]. Участковый педиатр, гастроэнтеролог совместно с пациентом и его родителями осуществляют мониторинг медикаментозной терапии для своевременного выявления нежелательных побочных эффектов и определения в этом случае дальнейшей терапевтической тактики.

При применении препаратов 5-АСК могут развиваться побочные явления, связанные с их абсорбцией. В частности, нежелательные явления вследствие гиперчувствительности к препарату (лихорадка, тошнота, сыпь, артрит, аутоиммунная анемия, перикардит, водянистая диарея, острый колит) и дозозависимые (диспепсия, головная боль, анорексия, миалгии, артралгии, лимфаденит, лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, анемия, гипербилирубинемия, повышение активности щелочной фосфатазы, «печеночных» трансаминаз, гепатит, нарушение сперматогенеза), при длительном приеме 5-АСК-интерстициальный нефрит. В период лечения данными препаратами рекомендован контроль уровня «печеночных» ферментов, мочевины, креатинина, общего анализа крови и мочи, а также употребление повышенного количества жидкости.

При применении тиопуринов у больных могут развиваться нежелательные эффекты, не зависящие от дозы, – лихорадка, тошнота, рвота и диарея, панкреатит, артралгия, а также дозозависимые токсические реакции – лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, анемия, агранулоцитоз, панцитопения, инфекции, гепатит. В связи с миелосупрессией особенно большой риск для этих детей представляют инфекции. Поэтому пациентам, получающим эти препараты необходим контроль общего анализа крови, активности сывороточных печеночных трансаминаз, щелочной фосфатазы и уровня билирубина. Для предотвращения гиперурикемии при лечении 6 меркаптопуринном рекомендуется обильное питье, при необходимости – подщелачивание мочи, а также регулярный контроль мочевой кислоты в сыворотке крови.

Побочными эффектами при применении инфликсимаба могут быть: инфузионные и аллергические реакции, артралгия, лихорадка, лейкопения, нейтропения, лимфопения, лимфоцитоз, анемия, панцитопения, тромбоцитопения, тошнота, диарея, диспепсия, повышение активности печеночных трансаминаз, гепатит, панкреатит, холецистит, миалгии, инфекционные осложнения (в том числе абсцессы, сепсис), сердечная недостаточность, аритмия, активация скрытых инфекций, особенно туберкулеза, грибковой инфекции, повышенный риск лимфопролиферативных заболеваний (лимфом). В случае повышения температуры, появления кашля или других неожиданных симптомов следует, прежде всего, обследовать больного на наличие инфекций.

Ребенку, принимающему иммуносупрессоры, при развитии инфекций необходимо взять общий анализ крови, назначить антибиотикотерапию, направить его в стационар в связи с опасностью развития осложненного течения инфекционных заболеваний. Обязательно провести контроль общего анализа крови после перенесенного интеркуррентного заболевания.

В случае формирования панкреатита или снижения уровня лейкоцитов до $2,0 \times 10^9/\text{л}$ рекомендуется срочно провести коррекцию терапии. При развитии токсического лекарственного поражения различных органов и систем: кардиомиопатия, нарушение когнитивных функций и т.д. ребенок направляется на консультацию к гастроэнтерологу и по показаниям к детскому кардиологу, неврологу или другому врачу-специалисту в зависимости от пораженного органа для определения дальнейшей терапевтической тактики.

В случае применения у отдельных пациентов системных стероидов для индукции ремиссии следует помнить о нежелательных побочных эффектах, сохраняющихся в периоде ремиссии в течение длительного времени после их отмены: ожирение, вторичный гипопитуитаризм, задержка роста, остеопороз, снижение толерантности к глюкозе, гипергликемия, миопатия, стрии, атрофия кожи,

гирсутизм, катаракта, асептические некрозы и переломы костей, акне, риск оппортунистических инфекций и надпочечниковой недостаточности. При назначении системной гормональной терапии необходим тщательный контроль постепенного снижения дозы, уровня глюкозы в крови, артериального давления.

В период ремиссии проводится медикаментозная коррекция дефицитных состояний, особого внимания требует дефицит железа, цинка, кальция, витаминов В12, фолиевой кислоты, жирорастворимых витаминов D, А, Е. Нутритивный статус и рост ребенка нуждаются в регулярном мониторинге. С целью коррекции дисбиотических нарушений в кишечнике в периоде ремиссии при язвенном колите по показаниям назначаются курсы пробиотиков. При остеопении или остеопорозе рекомендуется прием препаратов кальция, фосфатов и др. При развитии холестаза, поражения печени и желчевыводящих путей, пациенты длительно получают гепатопротекторы, препараты урсодезоксихолиевой кислоты. Педиатру необходимо учитывать, что при болезни Крона и язвенном колите больным не следует назначать лекарственные препараты с иммуностимулирующим или иммуномодулирующим действием.

При выявлении неблагоприятных психогенных факторов, способствующих обострению воспалительных заболеваний кишечника, необходима психологическая и психотерапевтическая помощь, психосоциальная поддержка пациента и семьи, направленная на коррекцию эмоциональных нарушений, профилактику депрессии, социальную адаптацию ребенка, что позволит в комплексе с поддерживающей медикаментозной терапией улучшить качества жизни пациента. Важная роль в выявлении психотравмирующих факторов и их коррекции отводится не только врачам, но и психологам и социальным работникам отделений медико-социальной помощи детских поликлиник.

При развитии обострения ЯК и БК ребенок должен быть направлен в специализированное детское гастроэнтерологическое отделение стационара.

Показания для направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ)

Для установления категории «ребенок – инвалид» пациентам с язвенным колитом и болезнью Крона учитываются степень выраженности нарушений функции пищеварения (белково-энергетической недостаточности), а также тяжесть течения и активность процесса, наличие и частота обострений, распространенность патологического процесса, необходимость подавления иммунитета, наличие осложнений [8]. Участковый педиатр направляет ребенка на МСЭ при наличии у пациента следующих критериев, приводящих к ограничениям жизнедеятельности:

- умеренные стойкие нарушения функции пищеварения – среднетяжелые проявления болезни – частая диарея (4–6 раз в день), при недостаточности питания (белково-энергетическая недостаточность) 2 степени (ИМТ 16,0–17,5);
- выраженное стойкие нарушение функции пищеварения – тяжелые проявления – частая

ежедневная (7–10 раз в день, в том числе ночная) диарея, выраженная анемия, при недостаточности питания (белково-энергетическая недостаточность) 3 степени (ИМТ менее –16,0).

Перед направлением пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона на МСЭ (не ранее чем за месяц до МСЭ) проводится консультация гастроэнтеролога, общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением уровней общего белка, альбумина, фракций глобулинов, холестерина, АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубина и его фракций, железа, креатинина, С-реактивного белка, ГГТП, а также не ранее, чем за 3 месяца до МСЭ- УЗИ органов брюшной полости.

Дополнительно на медико-социальную экспертизу должны быть представлены: при болезни Крона – ЭФГДС (давностью не более 6 месяцев с даты проведения); при необходимости неинвазивной оценки активности воспалительного процесса

в кишечнике на фоне лечения – определение фекального кальпротектина (давностью не более 1 месяца с даты проведения); при признаках кишечной

непроходимости – ирригография и/или исследование ЖКТ с контрастированием (рентген, КТ, МРТ) (давностью не более 1 года с даты проведения).

Мероприятия по предупреждению или устранению факторов риска

При проведении диспансеризации детей необходимо своевременное выявление факторов риска обострения (атаки) воспалительных заболеваний кишечника (нарушение приема поддерживающей лекарственной терапии, режима и качества питания, физические и психические перегрузки, хронический стресс, курение, прием алкоголя, кишечные инфекции и паразитарные поражения и др.) и проведение мероприятий по предупреждению или

ослаблению их действия: формирование стойкой приверженности к назначенному лечению, устранение дефектов питания, физических и психических перегрузок, курения, лечение сопутствующих заболеваний и паразитарных поражений органов пищеварения и т.д. Важную роль имеет тесный контакт врача с семьей, обучение пациента и его родителей предупреждению или устранению факторов риска обострения заболевания.

Образовательная программа для пациента и родителей:

- Информирование о факторах риска и клинических проявлениях обострения ЯК и БК.
- Формирование приверженности к назначенному лечению, разъяснение необходимости постоянного приема лекарственных препаратов, в том числе местного лечения ректальными препаратами 5-АСК, для улучшения состояния, профилактики обострений ЯК, БК и колоректального рака при язвенном колите.
- Информирование пациента о нежелательных побочных эффектах фармакотерапии, в частности о том, что несоблюдение режима терапии не

только приводит к неэффективности лечения, но и повышает риск ее побочных эффектов.

- Обучение ректальному применению лекарственных препаратов, организации рационального режима дня, питания, соблюдению личной гигиены, профилактике простудных заболеваний, навыкам здорового образа жизни, освоение комплексов лечебной физкультуры.
- Психологическая поддержка ребенка и родителей, их обучение и разъяснения тревожащих вопросов.
- Профессиональная консультация и ориентация подростков.

Вакцинопрофилактика

Вакцинация является важным компонентом реабилитации пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона и проводится в периоде ремиссии на фоне полной или максимально достижимой компенсации функций. Ориентиром является риск развития обострения болезни в связи с вакцинацией, который должен быть сопоставлен с риском оставления ребенка без прививки. Сроки окончания обострения и наступления ремиссии, определяющие возможность вакцинации, выбираются индивидуально. При применении гормональной терапии (преднизолон 20 мг в сутки и более в течение 2 недель), иммуносупрессоров (азатиоприна, 6-меркаптопурина), биологических антицитокиновых препаратов имеется повышенный риск развития оппортунистических инфекций, что указывает на необходимость максимальной вакцинации пациента, включая введение вакцин против вируса гриппа (ежегодно),

пневмококковой и гемофильной инфекции и т.д. Дети, получающие терапию иммуносупрессорами, могут вакцинироваться всеми инактивированными, химическими, рекомбинантными вакцинами, анатоксинами, однако нередко на фоне иммуносупрессии они не вызывают адекватного иммунного ответа и формирования защитного уровня антител [9, 10]. Проведение вакцинации не должно приводить к задержке в назначении препаратов, необходимых для контроля заболеваний. Участковый педиатр в каждом конкретном случае при решении вопроса о вакцинации консультируется с иммунологом и гастроэнтерологом, составляет индивидуальный график иммунизации для пациента с учетом курсов проводимой и планируемой поддерживающей терапии, а также рекомендаций, представленных в нормативных документах и инструкциях к каждому вакцинному препарату [9, 10, 11].

Медицинская группа для занятий физической культурой

Детям с болезнью Крона рекомендуется только лечебная физкультура [12].

При язвенном колите после выписки из стационара дети занимаются лечебной физкультурой. Эти больные относятся к специальной медицинской группе для занятий физической культурой [подгруппа Б]. В данную группу включаются также: дети с язвенным колитом в стадии субкомпенсации, пациенты в течение 6 месяцев ремиссии без выраженных нарушений самочувствия либо дети с неблагоприятной реакцией на пробу с дозированной физической нагрузкой при длительности ремиссии более 6 месяцев. Отнесенным к этой группе несовершеннолетним рекомендуются в обязательном

порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре [13, 14].

В специальную медицинскую группу для занятий физической культурой [подгруппа А] включаются дети с язвенным колитом в стадии компенсации, с ремиссией продолжительностью от 6 месяцев до 3–5 лет и удовлетворительной реакцией на пробу с дозированной физической нагрузкой. Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия оздоровительной физической культурой по специальным программам

(профилактические и оздоровительные технологии). При занятиях оздоровительной физической культурой должны учитываться характер и степень выраженности нарушений состояния здоровья, физического развития и уровень функциональных возможностей ребенка. Этим детям рекомендуются прогулки на открытом воздухе. Возможны занятия адаптивной физической культурой [13, 14].

В подготовительную медицинскую группу для занятий физической культурой включаются дети с язвенным колитом в стадии стойкой ремиссии в течение не менее 3–5 лет и благоприятной реакцией на пробу с дозированной физической нагрузкой.

Врачебная профессиональная консультация

Противопоказано воздействие следующих производственных факторов: значительное и умеренно физическое и нервно-психическое напряжение, предписанный темп работы, невозможность соблюдения режима питания, длительное пребывание

Детям разрешаются занятия по учебным программам физического воспитания при условии более постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, более осторожного дозирования физической нагрузки и исключения противопоказанных движений. Тестовые испытания, сдача индивидуальных нормативов и участие в массовых физкультурных мероприятиях не разрешается без дополнительного медицинского осмотра. К участию в спортивных соревнованиях эти обучающиеся не допускаются. Рекомендуются дополнительные занятия для повышения общей физической подготовки в образовательной организации или в домашних условиях [13, 14].

в вынужденном положении, неблагоприятные метеорологические и микроклиматические факторы, контакт с токсическими веществами, сотрясение тела, шум и вибрация, все виды излучения.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения:

- отсутствие или уменьшение частоты и длительности и тяжести обострений (атак) ЯК и БК,
- отсутствие эндоскопических проявлений обострения,
- отсутствие осложнений,
- поддержание бесстероидной ремиссии,
- улучшение или нормализация показателей физического и полового развития,
- улучшение или нормализация минеральной плотности костей,
- уменьшение объема применяемой терапии,
- достижение стойкой приверженности пациента к лечению,
- отсутствие нежелательных эффектов фармако-терапии,
- улучшение качества жизни пациента.

С диспансерного наблюдения дети с ЯК и БК не снимаются и по достижении 18 лет переводятся под наблюдение участкового терапевта и гастроэнтеролога. Перед передачей пациента под наблюдение взрослой лечебной сети должно быть проведено полное клиническое, эндоскопическое, гистологическое, лабораторное обследование и даны подробные рекомендации по дальнейшему диспансерному наблюдению и лечебно-реабилитационным мероприятиям.

Литература | References

1. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С. В. Бельмера, А. И. Хавкина, П. Л. Щербакова. М.: МЕДПРАКТИКА – М, 2010; 476
Pediatric Gastroenterology. Editors S. V. Belmer A. I. Havkin, P. L. Scherbakov. Moscow, MEDPRACTICA – M, 2010. 476 p.
2. Детская гастроэнтерология. Под ред. Н. Д. Шабалова. М.: МЕДпресс-информ, 2013; 760.
Pediatric Gastroenterology. Editors N. D. Shabalov. Moscow, MEDpress- inform, 2013. 760 p.
3. Детская гастроэнтерология: практическое руководство. Под ред. И. Ю. Мельниковой. М.: GEOTAR-Медиа, 2017; 480.
Pediatric Gastroenterology: practical guidance. Editor I. Yu. Melnikova. Moscow. GEOTAR-media, 2017. 480 p.
4. Клинические рекомендации Минздрава России. Язвенный колит у детей. М., 2016; 53.
Clinical recommendations of the Russian Ministry of Health. Ulcerative colitis at children. Moscow, 2016. 53 p.
5. Клинические рекомендации. Выявление уровня кальпротектина в копрофильтратах для дифференциальной диагностики и мониторинга эффективности лечения больных с воспалительными заболеваниями кишечника, М., 2015; 10.
Clinical recommendations. Identification of level of calprotectin in the coprofiltrates for differential diagnostics and monitoring of efficiency of treatment of patients with inflammatory diseases of intestines. Moscow, 2015. 10 p.
6. Приказ Минздрава России от 21.03.2017 г. № 124 н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза».
The order of the Russian Ministry of Health dated 21.03.2017 no. 124n «Concerning the statement of an order and terms of carrying out routine medical examinations of citizens for detection of tuberculosis».
7. Клиническая диетология детского возраста. Под ред. Т. Э. Боровик, К. С. Ладодо. М.: МИА, 2015; 720.
Pediatric Clinical nutrition. Editors T. E. Borovik, K. S. Ladodo. Moscow, MIA, 2008. 606 p.
8. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12. 2015 г. N1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
The order of the Russian Ministry of Labour and Social Protection dated 17.12. 2015 no. 1024n «Concerning the classifications and criteria used during the implementation of medical and social examination of citizens

- by federal state institutions of medical and social examination”.
9. Методические указания Минздрава России МУ 3.3.1.1879–04 «Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Расследование поствакцинальных осложнений».

Methodological guidelines of the Russian Ministry of Health 3.3.1.1879–04 “Immunoprophylaxis of infectious diseases. The investigation of vaccination complications”.
 10. Методические указания Минздрава России МУ 3.3.1.1123–02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика».

Methodological guidelines of the Russian Ministry of Health 3.3.1.1123–02 “Monitoring of post-vaccination complications and their prevention”.
 11. Методические указания Минздрава России МУ 3.3.1.1095–02 «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря».

Methodological guidelines of the Russian Ministry of Health 3.3.1.1095–02 “Medical contraindications to carrying out preventive inoculations by means of preparations of the national calendar”.
 12. Рекомендации общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Реабилитация детей с патологией органов пищеварения. Материалы XXIV Международного конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Под ред. С. В. Бельмера и Л. И. Ильенко, М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2017; 208–257.

Recommendations of the society of pediatric gastroenterologists, hepatologists and nutritionists. Rehabilitation of children with digestive disorders. Proceedings of the XXIV International Congress of Pediatric Gastroenterologists of Russia and CIS “Actual problems of abdominal pathology in children”. Editors S. V. Belmer, L. I. Ilyenko. Moscow, MEDPRAKTIKA-M, 2017. pp. 208–257.
 13. Рекомендации по оказанию медицинской помощи обучающимся «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях». М., 2014; 38.

Recommendations for the medical care of students “Control over the compliance with sanitary and hygienic requirements for the conditions and organization of physical education in educational institutions”. Moscow, 2014; 38 p.
 14. Приказ Минздрава России от 18.08. 2017 г. № 514 н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

The order of the Russian Ministry of Health dated 18.08.2017 no. 514 “On the procedure for preventive medical examinations of minors”.