ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Кафедра педиатрии ИПО

 Зав. Кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т.Е.

 Проверил: д.м.н., доц. Панфилова В.Н.

Реферат на тему:

**Язвенный колит у детей.**

 Выполнила: врач-ординатор Масленникова А.А.

 специальность - педиатрия

Красноярск 2021 г.

Термины и определения

 **Язвенный колит (ЯК)** – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки.

 **Обострение (рецидив, атака) ЯК** – появление типичных симптомов заболевания у больных ЯК в стадии клинической ремиссии, спонтанной или медикаментозно поддерживаемой. На практике признаками клинического обострения являются увеличение частоты дефекаций с выделением крови и/или характерные изменения, обнаруживаемые при эндоскопическом исследовании толстой кишки.

 **Ремиссия ЯК** – исчезновение основных клинических симптомов заболевания и заживление слизистой оболочки толстой кишки («глубокая ремиссия»).

 **Ремиссия ЯК, клиническая**– отсутствие примеси крови в стуле, отсутствие императивных/ложных позывов при частоте дефекаций не более 3 раз в сутки.

 **Ремиссия ЯК, эндоскопическая** – отсутствие видимых макроскопических признаков воспаления при эндоскопическом исследовании толстой кишки.

 **Ремиссия ЯК, гистологическая** – отсутствие микроскопических признаков воспаления.

**Содержание:**

1. Введение……………………………………………………………………….3
2. Этиология и патогенез…………………..…………………...………..……...5
3. Эпидемиология………………………………………………………………. 6
4. Классификация………………………………………………..………………7
5. Клиническая картина…………………………………………………....…..10
6. Диагностика………………………………………………………….………11
7. Принципы лечение………………………………...……….………...……...16
8. Диспансерное наблюдение……………………………………………….…19
9. Выводы ……………………………………………………………………...22
10. Список литературы…………………………………………………………23

**Введение**

 Язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК), остаются одной из серьезных проблем гастроэнтерологии. Из-за отсутствия четких представлений об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) лечение их недостаточно разработано и зачастую малоэффективно. Это приводит к развитию опасных для жизни осложнений, формированию резистентных к лечению форм заболеваний, потере трудоспособности и выходу на инвалидность людей молодого возраста.ВЗК считаются многофакторными заболеваниями с генетической предрасположенностью, которая позволяет реализоваться не известным пока повреждающим агентам, приводящим к развитию неспецифического иммунного воспаления в слизистой оболочке толстой кишки - поверхностного при НЯК и трансмурального при БК.

 Язвенный колит (ЯК) – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание толстой кишки с распространением поражения непрерывно от прямой кишки в проксимальном направлении.

**Этиология и патогенез**

 Этиология воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), в том числе ЯК, не установлена: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды. Генетический фон предрасполагает к изменениям врожденного иммунного ответа, аутофагии, механизмов распознавания микроорганизмов, эндоплазматического ретикулоцитарного стресса, функций эпителиального барьера и адаптивного иммунного ответа. Ключевым дефектом иммунитета, приводящим к развитию ВЗК, является нарушения распознавания бактериальных молекулярных маркеров дендритными клетками, что приводит к гиперактивации сигнальных провоспалительных путей. Также при ВЗК отмечается снижение разнообразия кишечной микрофлоры за счет снижения доли анаэробных бактерий, преимущественно Bacteroidetes и Firmicutes. При наличии указанных микробиологических и иммунологических изменений ВЗК развивается под действием пусковых факторов, к которым относят курение, нервный стресс, дефицит витамина D, питание с пониженным содержанием пищевых волокон и повышенным содержанием животного белка, кишечные инфекции, особенно инфекцию C.difficile.

 Результатом взаимного влияния данных факторов риска является активация Th2- клеток, гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов, в первую очередь, фактора некроза опухоли-альфа и молекул клеточной адгезии. Недостаточность иммунной регуляции приводит к неконтролируемым ответам на повреждение ткани и развитию локального воспаления. Результатом этих реакций становится лимфоплазмоцитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки с развитием характерных макроскопических изменений и симптомов ЯК.

 Хотя конкретные гены, предрасполагающие к ЯК, не идентифицированы, в ряде современных исследований сообщается, что генетический дефект может локализоваться во 2-й, 6-й и 7-й хромосомах. Обнаружена также связь между локусами HLA DR2 и, возможно, DR3, DQ2 главного комплекса гистосовместимости HLA и развитием язвенного колита.

 При ЯК поражается только толстая кишка (за исключением ретроградного илеита), в процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой (за исключением острого тяжелого колита) и носит диффузный характер.

**Эпидемиология**

 Согласно зарубежным данным, заболеваемость ЯК составляет от 0,6 до 24,3 на 100 000 человек, распространенность достигает 505 на 100 000 человек. Данные о распространенности ЯК в Российской Федерации ограничены. Распространенность ЯК выше в северных широтах и в западных регионах. Заболеваемость и распространенность ЯК в Азии ниже, однако, в настоящее время увеличивается. Европеоиды страдают заболеванием чаще, чем представители негроидной и монголоидной рас. Пик заболеваемости отмечается между 20 и 30 годами жизни, а второй пик заболеваемости описан в возрасте 60-70 лет. Заболеваемость ЯК у детей колеблется от 1 до 4 случаев на 100 000 жителей в Северной Америке и Европе, что составляет приблизительно 15-20% от больных ЯК всех возрастов. Заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин.

**Классификация**

 Надлежащая классификация ЯК по протяженности поражения, характеру течения, тяжести атаки и наличию осложнений определяет вид и форму введения лекарственных препаратов, а также периодичность скрининга на колоректальный рак.

 Для описания протяженности поражения применяется Монреальская классификация (табл. 1), оценивающая протяженность макроскопических изменений при эндоскопическом исследовании толстой кишки.

|  |  |
| --- | --- |
| Проктит | Поражение ограничено прямой кишкой |
| Левосторонний колит | Поражение распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит) |
| Тотальный колит (включая субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным илеитом) | Поражение распространяется проксимальнее левого изгиба толстой кишки |

Табл. 1 Монреальская классификация

 По характеру течения:

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания)

2. Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии).

3. Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии).

 Тяжесть заболевания (активность) в целом определяется: тяжестью текущей атаки, наличием внекишечных проявлений и осложнений, рефрактерностью к лечению, в частности, развитием гормональной зависимости и резистентности. Для формулирования диагноза и определения тактики лечения следует определять тяжесть текущего обострения (атаки), для чего используют педиатрический индекс активности ЯК **Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI).** Выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую атаки ЯК.

 Классификация ЯК в зависимости от ответа на гормональную терапию облегчает выбор рациональной лечебной тактики, поскольку целью консервативного лечения является достижение стойкой ремиссии с прекращением терапии ГКС. Для этих целей выделяются:

- стероидрезистентность (сохранение активности заболевания несмотря на пероральный прием адекватной дозы ГКС в течение 7-14 дней).

- стероидзависимость (определяется при достижении клинической ремиссии на фоне терапии кортикостероидами и возобновлении симптомов при снижении дозы или в течение 3 месяцев после полной отмены, а также в случаях, если терапию стероидами не удается прекратить в течение 14-16 недель).

 **Фазы течения заболевания:**

 Клиническая ремиссия – отсутствие клинических симптомов заболевания и воспалительной активности по результатам лабораторных исследований крови (PUCAI<10 баллов).

 Клинико-эндоскопическая (или полная) ремиссия – наличие клинической ремиссии и полное заживление слизистой оболочки.

 Обострение. Появление типичных симптомов заболевания у больных ЯК в стадии клинической ремиссии, спонтанной или медикаментозно поддерживаемой.

|  |  |
| --- | --- |
| **Симптом** | **Пункты** |
| **1. Боль в животе** |  |
| Нет боли | 0 |
| Болью можно пренебречь | 5 |
| Сильные боли | 10 |
| **2. Ректальное кровотечение** |  |
| Нет | 0 |
| Незначительное количество, менее чем при 50% дефекаций | 10 |
| Незначительное количество при большинстве дефекаций | 20 |
| Значительное количество (более 50% количества стула) | 30 |
| **3. Консистенция стула при большинстве дефекаций** |  |
| Оформленный | 0 |
| Полуоформленный | 5 |
| Полностью неоформленный | 10 |
| **4. Частота стула за 24 часа** |  |
| 0-2 | 0 |
| 3-5 | 5 |
| 6-8 | 10 |
| >8 | 15 |
| **5. Дефекация в ночное время (любой эпизод, вызвавший пробуждение)** |  |
| Нет | 0 |
| Есть | 10 |
| **6. Уровень активности** |  |
| Нет ограничений активности | 0 |
| Эпизодическое ограничение активности | 5 |
| Выраженное ограничение активности | 10 |

Педиатрический индекс активности язвенного колита (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index: PUCAI)

 Суммарный индекс PUCAI (0-85)

 Критерии PUCAI:

• Ремиссия - до 10 баллов (чувствительность 89%, специфичность 89%)

• Минимальная активность (легкая атака) - 10-34 балла (чувствительность 95%, специфичность 95%)

• Умеренная активность (среднетяжелая атака) - 35-64 балла (чувствительность 92%, специфичность 94%)

• Высокая активность (тяжелая атака) - более 65 баллов

• Клинически значимый ответ соответствует снижению PUCAI не менее, чем на 20 баллов.

 **Классификация ЯК в зависимости от эндоскопической активности (по Schroeder).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1(минимальная активность) | 2(умеренная активность) | 3(выраженная активность) |
| Норма или неактивное заболевание | Легкая гиперемия, смазанный сосудистый рисунок. Легкая контактная ранимость. | Выраженная гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, умеренная контактная ранимость, эрозии). | Спонтанная ранимость, изъязвления. |

**Клиническая картина**

 Клиническая картина ЯК включает четыре клинических синдрома**:**

 **Кишечный синдром.** Типичные кишечные симптомы включают диарею, преимущественно в ночное время (65 % случаев), кровь в стуле (95-100% случаев), тенезмы (чаще при проктитах и проктосигмоидитах), иногда тенезмы в сочетании с запором при дистальном ограниченном поражении. При проктитах и проктосигмоидитах диарея может отсутствовать, в клинической картине преобладают тенезмы. Для ЯК, в отличие от БК, боль в животе не характерна. Может быть умеренно выраженный болевой абдоминальный синдром спастического характера, чаще перед стулом.

 **Эндотоксемия -** признаки системного воспаления, обусловленные высокой активностью воспалительного процесса в толстой кишке. Эндотоксемия в разной степени сопутствует среднетяжелым и тяжелым формам ЯК. Основные симптомы – общая интоксикация, лихорадка, тахикардия, анемия, увеличение СОЭ, лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение уровня острофазных белков: СРБ, фибриногена.

 **Метаболические расстройства** являются следствием диареи, токсемии, избыточной потери белка с калом вследствие экссудации и нарушением всасывания воды и электролитов. Клинические симптомы типичны: потеря массы тела (иногда до степени истощения), обезвоживание, гипопротеинемия, гипоальбуминемия с развитием отечного синдрома, гипокалиемия и другие электролитные нарушения, гиповитаминоз

 **Внекишечные системные проявления (ВКП)** встречаются в 20-25% случаев ЯК и обычно сопровождают тяжелые формы болезни.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания | Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания | Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями |
| Артропатии (артралгии, артриты)Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)Поражение слизистых (афтозный стоматит)Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)Поражение печени - аутоиммунный гепатит | Первичный склерозирующий холангитАнкилозирующий спондилит (сакроилеит)Остеопороз, остеомаляцияПсориаз, псориаический артрит | ХолелитиазСтеатоз печени, стеатогепатитТромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерииАмилоидоз |

Основные внекишечные (системные) проявления язвенного колита.

**Диагностика**

 **Жалобы и анамнез:**

 При сборе жалоб и анамнеза следует оценить типичные клинические симптомы болезни:

o Хроническая (≥4 недель) или повторяющаяся (≥2 эпизодов в течение 6 месяцев) диарея

o Боли в животе

o Примесь крови в стуле

o Тенезмы

o Внекишечные симптомы (поражение кожи, слизистых, суставов, глаз, первичный склерозирующий холангит и др.)

o Задержка роста и/или пубертатного развития

o Общая слабость

o Потеря массы тела

o Лихорадка

 **Физикальное обследование**:

 При физикальном осмотре могут быть обнаружены различные проявления ЯК, включая лихорадку, периферические отеки, дефицит питания, наличие признаков перфорации или токсической дилатации толстой кишки, а также внекишечных проявлений.

• При проведении физикального обследования рекомендовано включать осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки

• Для уточнения локализации и объема поражения рекомендовано обратить внимание на следующую симптоматику:

 О наличии проктита, проктосигмоидита свидетельствуют:

о Стул ежедневный 1-2 раза в день, может быть нормальным оформленным или спастического характера, кровь располагается на каловых массах в виде ректального «плевка» или мазка, учащение ночных дефекаций, частые тенезмы. o Боли в животе локализуются в левой половине живота, предшествуют акту дефекации.

o Дефицит массы тела развивается редко.

 О наличии левостороннего колита, тотального колита свидетельствуют:

o Стул учащенный до 20-50 раз в сутки, примесь крови в большом количестве и перемешана с каловыми массами.

o Боли в животе локализуются по всему животу, предшествуют акту дефекации.

o Ночные позывы.

o Дефицит массы тела.

 **Лабораторная диагностика**

• Клинический анализ крови (гематокрит, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), определять С-реактивный белок, гемокоагулограмму, определять общий белок, альбумины, печеночные пробы, электролиты, оценить обмен железа.

 При клиническом анализе крови могут быть диагностированы анемия (железодефицитная, анемии хронического заболевания), лейкоцитоз (на фоне хронического воспаления или на фоне стероидной терапии), тромбоцитоз. Биохимическое исследование позволяет выявить электролитные нарушения, гипопротеинемию (в частности, гипоальбуминемию), а также повышение щелочной фосфатазы, что является возможным проявлением ассоциированного с ЯК первичного склерозирующего холангита. Уровень маркеров воспаления у детей с активным колитом может быть нормальным, особенно при слабой активности заболевания.

• Серологические маркеры (антинейтрофильные цитоплазматические антитела, антитела к saccharomyces cerivisiae) рекомендовано использовать для дифференциальной диагностики между ЯК и БК; диагноз ЯК следует оценить повторно при положительных результатах анализа на антитела к saccharomyces cerivisiae.

• При остром течении ЯК (первой атаке заболевания) рекомендовано выполнить бактериологическое и микроскопическое исследование кала для исключения острой кишечной инфекции. Как при дебюте заболевания, так и при обострениях, рекомендуется исследование токсинов А и В C.difficile (особенно, при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре), определение токсина Clostirium difficile рекомендуется проводить не менее, чем в 3 отдельных порциях стула. Данное исследование также рекомендуется выполнять при развитии тяжелой резистентности к проводимой терапии.

• Фекальные маркеры воспаления, в наибольшей степени – кальпротектин, позволяют эффективно дифференцировать колит от диареи невоспалительной природы. При наличии кровавой диареи, указывающей на воспаление толстой кишки, определение фекальных маркеров не рекомендовано для постановки диагноза ЯК, однако может оказаться полезным для наблюдения в динамике.

 **Инструментальная диагностика**:

 Диагностика ЯК преимущественно основана на инструментальных методах исследования. Для подтверждения диагноза необходимы следующие мероприятия:

• Осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию;

• Обзорная рентгенография брюшной полости (при тяжелой атаке) для исключения токсической дилятации и перфорации толстой кишки;

• Колоноскопия с илеоскопией. Данные исследования являются обязательной процедурой для установления диагноза ЯК, а также для решения вопроса о колэктомии. Визуализация тонкой кишки рекомендована для исключения болезни Крона (БК), особенно у пациентов с нетипичной клинической симптоматикой. Эндоскопическое исследование толстой кишки является основным методом диагностики ЯК, однако специфичные эндоскопические признаки отсутствуют. Наиболее характерными являются непрерывное воспаление, ограниченное слизистой оболочкой, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся проксимальнее, с четкой границей воспаления. Эндоскопическую активность ЯК наилучшим образом отражают контактная ранимость (выделение крови при контакте с эндоскопом), отсутствие сосудистого рисунка и наличие или отсутствие эрозий и изъязвлений.

• Биопсию слизистой оболочки толстой кишки рекомендовано производить:

o При первичной постановке диагноза;

o При сомнениях в правильности ранее выставленного диагноза;

• Рекомендовано при проведении биопсии при постановке диагноза взятие биоптатов слизистой оболочки прямой кишки и не менее чем из 4 других участков толстой кишки, а также слизистой оболочки подвздошной кишки.

• При длительном анамнезе ЯК (более 7-10 лет) проведение хромоэндоскопии с прицельной биопсией или ступенчатой биопсии (из каждого отдела толстой кишки) для исключения дисплазии эпителия.

• При обнаружении стойкого сужения кишки на фоне ЯК рекомендовано обязательно исключить колоректальный рак.

• Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза

• При необходимости дифференциальной диагностики или при невозможности проведения полноценной илеоколоноскопии рекомендовано проведение следующих визуализационных исследований:

o Магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием кишечника;

o Компьютерная томография (КТ) с контрастированием кишечника.

• При невозможности выполнения МРТ или КТ рекомендовано проведение ирригоскопии с двойным контрастированием (для оценки протяженности поражения в толстой кишке, уточнения наличия образований, стриктур и др.).

• При неясности клинической картины рекомендовано проведение дополнительных исследований:

o Трансабдоминальное ультразвуковое сканирование тонкой и ободочной кишки;

o Трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки и анального канала;

o Фиброгастродуоденоскопия;

o Видеокапсульная эндоскопия;

o Одно- или двухбаллонная энтероскопия

**Принципы лечения**

 Лечебные мероприятия при ЯК включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургическое лечение, психосоциальную поддержку и диетические рекомендации. Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений ЯК.

 Целью терапии является достижение и поддержание беcстероидной ремиссии (прекращение приема ГКС в течение 12 недель после начала терапии), профилактика осложнений ЯК, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения. Поскольку полное излечение больных ЯК достигается только путем удаления субстрата заболевания (колпроктэктомии), при достижении ремиссии неоперированный больной должен оставаться на постоянной поддерживающей (противорецидивной) терапии.

 **Консервативная терапия**

 Диетотерапия

• Нутритивный статус и рост детей с ЯК должен регулярно оцениваться; при необходимости рекомендовано применять нутритивную поддержку.

• Энтеральное или парентеральное питание в качестве основного средства лечения ЯК не рекомендовано применять.

• Специальная диета или пищевые добавки неэффективны и не рекомендованы к использованию для индукции и поддержания ремиссии при ЯК у детей, а в некоторых случаях могут способствовать дефициту питательных веществ.

• Рекомендовано дробное питание с обеспечением химического и механического щажения слизистой оболочки c исключением продуктов, усиливающих 19 перистальтику и обладающих аллергенным и раздражающим действием (кофе, шоколад, жирная и острая пища).

 **Медикаментозная терапия**

- Терапия пероральными и ректальными препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК)

- Комбинация пероральных 5-АСК с местным применением 5-АСК, так как этот метод более эффективен, чем применение каждого препарата по отдельности.

- При отсутствии ответа на пероральный месалазин в течение 2 недель рекомендовано назначение альтернативного лечения, например, подключение местной терапии (если еще не проводится) или назначение пероральных кортикостероидов.

- Пероральные стероиды рекомендовано использовать для индукции ремиссии, но не для ее поддержания при язвенном колите у детей.

- Пероральные стероиды рекомендовано применять при среднетяжелой атаке с системными проявлениями и у отдельных пациентов детского возраста с тяжелой атакой без системных проявлений или у пациентов, не достигших ремиссии на фоне терапии оптимальной дозой 5-АСК. При тяжелой атаке проводится внутривенная стероидная терапия.

- Антибактериальная терапия при ЯК у детей не рекомендована для индукции или поддержания ремиссии в амбулаторной практике.

- Иммуносупрессоры - тиопурины (азатиоприн или 6-меркаптопурин) рекомендовано назначать для поддержания ремиссии у детей с непереносимостью 5-АСК или у пациентов с часто рецидивирующим течением (2-3 обострения в год) или развитием гормонозависимой формы заболевания на фоне проведения терапии 5-АСК в максимальных дозах.

- Тиопурины рекомендуются для поддерживающей терапии при остром тяжелом колите после индукции ремиссии при помощи стероидов.

- Терапию циклоспорином или такролимусом назначенную при острой тяжелой атаке язвенного колита рекомендовано прекратить спустя 4 месяца с переходом на прием тиопуринов.

- У пациентов с хроническим непрерывным или гормонозависимым течением ЯК, не контролируемым 5-АСК и тиопуринами, рекомендовано рассмотреть возможность назначения инфликсимаба.

- Инфликсимаб рекомендовано назначить при гормонрезистетной форме заболевания (устойчивости как к пероральному, так и внутривенному введению). Если инфликсимаб был назначен при острой атаке у пациента, ранее не получавшего тиопурины, биологическая терапия может использоваться как вспомогательная для перехода на терапию тиопуринами. В этом случае, терапию инфликсимабом можно прекратить спустя приблизительно 4-8 месяцев.

- Адалимумаб рекомендовано применять только у пациентов с потерей ответа на инфликсимаб или непереносимостью инфликсимаба.

 **Хирургическое лечение**

• Плановая колэктомия может быть рекомендована пациентам с активным или гормонозависимым ЯК, несмотря на терапию максимальными дозами 5-АСК, тиопуринами и анти-ФНО-препаратами или при обнаружении высокой дисплазии эпителия толстой кишки.

• Лапароскопический хирургический доступ может безопасно применяться у детей с низким числом осложнений и прекрасными косметическими результатами.

**Диспансеризация**

 Диспансеризация детей с язвенным колитом (ЯК) 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. При организации диспансерного 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.

 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. Более частое наблюдение требуется пациентам при развитии осложнений, нежелательных побочных проявлений поддерживающей фармакотерапии, недостаточной эффективности лечебных мероприятий и др. Эндоскопическое исследование (илео)колоноскопию 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 организуется наблюдение врачами специалистами и проведение дополнительной лабораторной и инструментальной диагностики по профилю сформировавшейся патологии: поражение органа зрения (увеит, ретинит, иридоциклит и др.) –офтальмолог; суставов (артропатии, сакроилеит и др.) - ревматолог, ортопед; поражение кожи (узловая эритема, гангренозная пиодермия, псориаз) – дерматовенеролог; сердечно-сосудистой системы (миокардит, перикардит, васкулит) -детский кардиолог, ЭКГ, ЭХОКГ и т. д.

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

 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  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.

 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.

 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.

 Критерии эффективности диспансеризации:

• отсутствие или уменьшение частоты и длительности и тяжести обострений (атак) ЯК

• 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 фармакотерапии

• 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.

**Вывод**

 В настоящее время воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), в частности язвенный колит (ЯК), являются чрезвычайно актуальной и сложной проблемой современной медицины. По данным Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO), по тяжести течения, частоте осложнений и летальности данная патология в подавляющем большинстве стран занимает одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Проблема язвенного колита в детском возрасте в последние десятилетия приобретает все большее медико-социальное значение вследствие существенного увеличения распространенности заболеваний во всех странах мира, инвалидизации больных в результате тяжелых угрожающих жизни осложнений, высокого риска трансформации в колоректальный рак.

 Целью лечения ЯК является полная ремиссия, которую обычно можно определить клинически, не прибегая к эндоскопическому подтверждению. В отличие от взрослых, у которых выбор метода лечения зависит одновременно и от степени тяжести заболевания, и от протяженности поражения, тактика лечения детей преимущественно связана со степенью тяжести колита, поскольку ограниченное дистальное поражение толстой кишки у детей встречается редко.

**Список литературы**

1. Клинические рекомендации «Язвенный колит у детей» 2016г. Союз педиатром России.
2. Клинические рекомендации «Язвенный колит» 2020г. Российская гастроэнтерологическая ассоциация. Ассоциация колопроктологов России
3. «Сравнительная клинико-параклиническая характеристика язвенного колита и болезни Крона у детей» © Денисова М.Ф., Чернега Н.В., Музыка Н.Н., Реминная Н.Т., Палкина И.С., Задорожная Т.Д., Арчакова Т.Н., Букулова Н.Ю., 2016 © «Здоровье ребенка», 2016 ¹ 2 (70) С. 10-15
4. Детская гастроэнтерология: практическое руководство. Под ред. И. Ю. Мельниковой. М.: ГЕОТАРМедиа, 2017; 480.
5. Рекомендации общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Реабилитация детей с  патологией орга нов пищеварени я. 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.
6. Русова Т. В., Ратманова Г. А. Диспансеризация детей с язвенным колитом и болезнью Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019; 171(11): 51–58.
7. Трудности дифференциальной диагностики язвенного колита у детей. Алиева Э. И., Потапова Е. А. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 101 (1):102-106
8. Приказ Минздрава России от 18.08. 2017 г. № 514 н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».