

* * *

ВРЕМЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ

Сагова Д.И.¹, Носенко К.М.¹, Прохоренкова М.О.¹,
Королева О.А.¹, Орлова М.А.¹

Научный руководитель: профессор А.С. Потапов^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский университет), Москва,
Россия;

²ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский
центр здоровья детей» Минздрава России, Москва,
Россия

Ключевые слова: дети; воспалительные заболевания
кишечника; диагностическая задержка; время
диагностики

Актуальность. Ежегодно растёт заболеваемость воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), при этом на больных в возрасте до 20 лет приходится 25% случаев их дебюта. Для совершенствования диагностического поиска при болезни Крона (БК) и язвенном колите (ЯК) у детей необходима разработка и внедрение в клиническую практику модели ускорения диагностики.

Цель: определить время диагностики и особенности дебюта ЯК и БК для разработки модели ускорения диагностики БК.

Материалы и методы. Обследовано 259 больных с определением возраста дебюта и симптомов на этапе диагностического поиска. Рассчитано время диагностики и диагностическая задержка у больных с ЯК и БК. Проведена статистическая обработка данных с помощью программ «Microsoft Excel 2019» и «IBM SPSS Statistics 26.0.0.0». С использованием бинарной логистической регрессии построена прогностическая модель. Оценка точности модели и поиск порогового значения проводились с помощью ROC-анализа.

Результаты. Медиана времени диагностики при БК составила 7 мес [IQR 3,0–15,5], при ЯК — 4 мес [IQR 1–7]. Диагностическая задержка при БК составила более 15,5 мес, при ЯК — более 7 мес. В дебюте БК у детей по сравнению с ЯК чаще наблюдались боль в животе (42,4 и 25,5%; $p = 0,005$), перианальные изменения (7,6 и 0,7%; $p = 0,003$), потеря веса (7,6 и 1,4%; $p = 0,012$), субфебрилитет (10,1 и 2,1%; $p = 0,005$), внекишечные проявления (10,2 и 5%; $p = 0,025$). Для дебюта ЯК у детей характерно наличие диареи (51,8 и 24,6%; $p < 0,001$) и крови в стуле (61,7 и 22%; $p < 0,001$). Для ускорения диагностики БК была построена бинарная логистическая регрессия, включающая клинические проявления и данные анамнеза на этапе диагностического поиска. Полученные коэффициенты легли в основу разработки индекса красных флагов БК у детей. Для определения порогового значения, чувствительности и специфичности проведён ROC-анализ. Площадь под ROC-кривой составила 0,839 (95% ДИ 0,79–0,89). Значения более 5 баллов со специфичностью 76% и чувствительностью 73% указывают на течение БК.

Заключение. Диагностическая задержка при БК у детей значительно больше, чем при ЯК. В дебюте БК по сравнению с ЯК у детей чаще отмечались боль в животе, перианальные изменения и внекишечные симптомы. Разработка инструмента для ускорения диагностики ВЗК у детей полезна для сокращения времени постановки диагноза и уменьшения риска осложнений из-за диагностической задержки.

* * *