

УДК: 616.348-002.44+616.344-002-031.84]-053.2(476.2)
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

С. К. Лозовик, Л. А. Хмылко

Гомельский государственный медицинский университет

Болезнь Крона и язвенный колит относятся к группе хронических воспалительных заболеваний кишечника, характеризующихся прогрессирующим течением. В последние 20 лет наблюдается рост данной патологии среди детей, преимущественно, городского населения индустриально развитых стран. В детском и подростковом возрасте хронические воспалительные заболевания кишечника имеют особенности течения, изменяют качество жизни, создавая комплекс психологических и социальных проблем.

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

**CLINICAL FEATURES OF ULCERATIVE COLITIS
AND CROHN'S DISEASE IN CHILDREN OF GOMEL REGION**

S. K. Lozovik, L. A. Hmylko

Gomel State Medical University

Crohn's disease and ulcerative colitis are chronic inflammatory bowel diseases characterized by progressive course. For the past 20 years the prevalence of this pathology has increased in children, mostly among urban population of industrialized countries. Chronic inflammatory bowel diseases in children and adolescents have their peculiar features, change the quality of life, causing a number of psychological and social problems.

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

Введение

Болезнь Крона (БК) — это хронический воспалительный процесс, который потенциально может поражать любую часть кишечной трубки (от слизистой рта до ануса). Существенной специфической особенностью этой патологии является локальность, при этом пораженные сегменты чередуются с неизмененными. В процесс вовлекаются все слои кишечной стенки, то есть имеет место трансмуральное поражение. Типичной характеристикой заболевания является формирование лимфоидных гранулем (гранулематоз слизистой).

Язвенный колит (ЯК) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кишечника неуточненного происхождения, которое клинически характеризуется рецидивирующим течением с периодами кровавой диареи и патоморфологически — диффузным воспалительным процессом в стенке толстой кишки [1, 2].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра вышеназванные заболевания относятся к рубрике «Неинфекционный энтерит и колит» K50-52: БК — K50; ЯК — K51.

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) не лидируют среди гастроэнтерологической патологии, однако по тяжести течения, частоте осложнений, инвалидизации в молодом возрасте и летальности занимают одну из главенствующих позиций. В материалах, представленных на первом Между-

народном конгрессе по ХВЗК (Мадрид, 2000), в ближайшие десятилетия прогнозируется эпидемия ХВЗК в Восточной Европе. По приблизительным оценкам в настоящее время распространенность ХВЗК у детей составляет 2,2–6,8 случаев на 100 тысяч детского населения. В последние годы отмечается тенденция роста числа больших БК по сравнению с ЯК. 20–30 % случаев ХВЗК берут свое начало в возрасте до 18 лет, при этом отмечается тенденция к росту заболевания в более раннем возрасте [6, 8].

Этиология остается неуточненной, признанным считается мультифакториальный генез: комплексное взаимодействие генетических, иммунных факторов и влияния окружающей среды. Хронизация воспаления является результатом постоянного воздействия различных экзогенных и эндогенных факторов, а также генетически детерминированных неполноценного местного иммунного ответа и нарушенной кишечной проницаемости [2, 9].

Клиническая картина ХВЗК включает кишечные и внекишечные проявления, а также общие признаки воспаления. Несмотря на различия в патогенезе, ЯК и БК, имеют ряд общих клинических симптомов: боли в животе, расстройства стула с нарушением его консистенции, частоты (чаще диарея) и наличием патологических примесей, снижение массы тела [1, 2]. Важным для детского возраста является такой показатель, как за-

держка темпов роста, характеризующаяся отставанием в формировании скелета и половом развитии [2].

Общие признаки воспаления: повышение температуры тела, общее недомогание (слабость, вялость, сонливость); лейкоцитоз, тромбоцитоз, увеличение СОЭ, снижение гемоглобина и гематокрита, повышение СРБ в крови; наличие лейкоцитов и эритроцитов в кале [2, 5].

У детей чаще по сравнению со взрослыми выявляются боли в животе, лихорадка, потеря массы тела, а частота диареи, анальных кровотечений и перианальных поражений сопоставима со взрослыми.

Внекишечные проявления обусловлены иммунопатологическими процессами в организме и охватывают большинство систем (поражение

глаз, сосудов, кожи, суставов, печени, сердца, почек). Патогномичным для ЯК является такое внекишечное осложнение, как склерозирующий холангит. У 8,4 % детей ХВЗК стартеует внекишечными проявлениями [2, 3].

Латентный период до постановки диагноза при ЯК колеблется от 2 недель до 2 лет (в среднем 6–7 месяцев); при БК он значительно дольше и составляет от 1 месяца до 7 лет (9–22 месяца). У 10–20 % пациентов имеет место неуточненный колит, при котором отмечаются клинические, эндоскопические, морфологические признаки и ЯК, и БК толстой кишки. У пациентов с такой формой заболевания уточнению диагноза может помочь динамическое наблюдение (чаще оказывается БК) [2, 4, 8]. Дифференциальный диагноз в первую очередь следует проводить между ЯК и БК (таблица 1).

Таблица 1 — Дифференциально-диагностические признаки язвенного колита и болезни Крона у детей

Показатели	Язвенный колит	Болезнь Крона
Возраст начала болезни	Любой	До 7–10 лет очень редко
Характер начала болезни	Острое у 5–7 % больных, у остальных – постепенное (3–6 мес.)	Острое — редко, чаще постепенное в течение нескольких лет
Кровотечения	В периоде обострения постоянные	Редко, чаще при вовлечении в процесс дистальных отделов толстой кишки
Диарея	Стул частый, жидкий, нередко в ночное время	Редко, чаще 4–6 раз, кашицеобразный, преимущественно в дневное время
Запор	Редко	Более типичен
Боли в животе	Только в период обострения, интенсивные перед дефекацией, после опорожнения стихают	Типичны, чаще схваткообразные, в правой подвздошной области, могут быть интенсивные
Пальпация области живота	Спазмированная, болезненная толстая кишка	Инфильтраты и конгломераты кишечных петель, чаще в правой подвздошной зоне
Перфорации	При токсической дилатации в свободную брюшную полость, протекают малосимптомно	Более типичны прикрытые
Свищи	Не встречаются	При длительном течении
Ремиссия	Характерна, возможно длительное отсутствие обострений с обратным развитием структурных изменений в кишечнике	Отмечаются улучшения; абсолютной ремиссии нет; структура кишечника не восстанавливается
Малигнизация	При длительности болезни более 10 лет и тотальном колите	Редко
Обострения	Симптомы заболевания выражены, но поддаются лечению хуже	Симптомы заболевания постепенно нарастают без особого отличия от периода благополучия
Поражения перианальной области	У 20 % больных мацерация, трещины	У 75 % больных перианальные свищи, абсцессы, язвы — иногда единственные проявления болезни
Распространенность процесса	Только толстая кишка (начиная с прямой): дистальное, левостороннее, тотальное воспаление; непрерывное поражение	Любой отдел ЖКТ; прямая кишка может быть не поражена; воспаление сегментарное, чередуясь с нормальными участками слизистой оболочки
Стриктуры	Не характерны	Встречаются часто
Гаустрация	Низкая сглажена или отсутствует	Утолщены или нормальные складки

Окончание таблицы 1

Показатели	Язвенный колит	Болезнь Крона
Эндоскопические признаки		
Поверхность слизистой оболочки	Зернистая	Гладкая
Микроабсцессы	Есть	Нет
Язвенные дефекты	Неправильной формы, без четких границ, поверхностные, с обширным поражением	Афтоподобные изъязвления с венчиком гиперемии или трещиноподобные продольные дефекты
Контактная кровоточивость	Есть	Нет
Псевдополипоз	Характерен при тяжелых обострениях	Не характерен
Осложнения заболевания		
	Токсический мегаколон Тяжелое кишечное кровотечение Карцинома кишечника	Стенозирование кишки Свищи Абсцессы

Дифференциальный диагноз ХВЗК, кроме того, проводится с инфекционными заболеваниями, паразитарными поражениями, синдромом раздраженного кишечника, полипами, гемангиомами и трещинами толстой кишки, а также редкими поражениями кишечника (болезнь Уиппла) [6, 7].

Прогноз в отношении выздоровления — неблагоприятный; в отношении продолжительности жизни: при адекватном наблюдении и лечении при ЯК соответствует таковой в популяции, при БК — меньше в среднем на 3–5 лет. В настоящее время совершенствуются методы диагностики и подходы к лечению ХВЗК, что позволяет достичь клинической ремиссии заболевания, улучшить качество жизни пациентов [1, 5].

Приводим собственное наблюдение.

Цель работы

Изучить особенности клиники язвенного колита и болезни Крона у детей, проживающих в Гомельской области.

Материалы и методы

Нами проанализировано 42 истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в детском гастроэнтерологическом отделении УЗ «Гомельская областная клиническая больница» по поводу язвенного колита и болезни Крона в 2011, 2012, 2013 годах. Исследуемая группа: 21 человек в возрасте от 1 до 16 лет, 13 (61,9 %) девочек и 8 (38,1 %) мальчиков. Проживают в городе 17 (81 %) детей, в сельской местности — 4 (19 %) ребенка. Всем детям было проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

Результаты и обсуждение

В 2011 году на стационарном лечении по поводу ХВЗК находилось 2 девочки (14-летняя с БК и 4-летняя с ЯК); в 2012 г. — 11 человек (в том числе и вышеназванные дети повторно); в 2013 г. — 16 детей. 10 человек в течение 3 лет находились на стационарном лечении 2 и бо-

лее раз. В 2013 г. заболевание выявлено впервые у 4 детей (2 мальчика и 2 девочки); в 3 случаях — БК, у 1 ребенка — ЯК. Отличить ЯК от БК (гранулематозный колит) по клиническим признакам не представляется возможным. Для верификации диагноза необходимо проведение колоноскопии с биопсией слизистой оболочки кишечника, что было выполнено всем детям исследуемой группы.

Основные эндоскопические признаки, выявленные при ЯК: на фоне неизменной слизистой имеются сливные, крупные очаги с отеком и гиперемией, подслизистыми кровоизлияниями; при инфуляции воздуха на некоторых очагах имеются капли крови, контактная кровоточивость.

Основные эндоскопические изменения при БК: слизистая отечна, гиперемирована, с множественными полиповидными грануляциями, сосудистый рисунок может не прослеживаться.

ЯК диагностирован у 7 (33,3 %) детей (4 мальчика, 3 девочки); БК — у 14 (66,7 %) детей (4 мальчика, 10 девочек). В возрасте 1–6 лет было 5 (23,8 %) детей (3 мальчика, 2 девочки): в 4 случаях ЯК — низкой степени активности, легкое течение; у 1 девочки в возрасте 6 лет впервые диагностирована БК. В возрасте 10–13 лет — 6 (28,6 %) детей (3 мальчика, 3 девочки), из них 5 человек с БК и 1 мальчик с ЯК. В возрасте 14–16 лет — 10 (47,6 %) детей (БК — 2 мальчика и 6 девочек; ЯК — 2 девочки).

Клинические проявления ХВЗК: боли в животе отмечали 18 (85,7 %) детей, указывали на тошноту — 6 (28,6 %), рвоту — 2 (9,5 %), запор — 5 (23,8 %), диарею — 9 (42,9 %), тенезмы — 1 (4,8 %) человек. Кровь в кале выявлена у 9 (42,9 %) детей, слизь в кале — у 5 (23,8 %) (таблица 2).

Наличие и слизи, и примеси крови в разжиженном или оформленном кале отмечалось у пациентов как с ЯК, так и с БК.

Таблица 2 — Частота клинических проявлений при болезни Крона и язвенном колите в исследуемой группе

Клинический признак	Болезнь Крона (14 человек)		Язвенный колит (7 человек)	
	чел.	%	чел.	%
Боли в животе	12	85,7	6	85,7
Рвота	1	7,1	1	14,3
Тошнота	5	35,7	1	14,3
Диарея	6	42,9	3	42,9
Запор	4	28,6	1	14,3
Тенезмы	0	0	1	14,3
Кровь в кале	4	28,6	5	71,4
Слизь в кале	2	14,3	3	42,9

Анемия гипохромная выявлена у 8 (38,1 %) детей (ЯК — 4, БК — 4), причем у 7 из них отмечалась примесь крови в кале. Анемия легкой степени тяжести (гемоглобин — 99–115 г/л) выявлена в 87,5 % случаев от числа анемий: у 4 девочек и 3 мальчиков (ЯК — 4, БК — 3); анемия тяжелой степени (гемоглобин — 69 г/л) у 1 девочки с ЯК высокой степени активности, тяжелое течение.

Лейкоцитоз ($9,5\text{--}16,5 \times 10^9/\text{л}$) — у 7 (33,3 %) детей (ЯК — 4, БК — 3), лейкопения (менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$) — у 1 (4,8 %) ребенка с БК.

Отягощена наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический гастрит, хронический холецистит, желчекаменная болезнь) у 8 (38,1 %) детей, в том числе в 1 случае — саркома толстой кишки у родной сестры.

Физическое развитие девочек исследуемой группы: гармоничное — 7 человек (среднее — 6, высокое — 1), дисгармоничное — 6 человек (обусловлено дефицитом массы тела 1 степени; среднее — 4, высокое — 2). Физическое развитие мальчиков: гармоничное — 2 человека (среднее — 1, выше среднего — 1), дисгармоничное — 6 человек (среднее и ниже среднего с дефицитом массы тела II степени — 3 ребенка, высокое с избытком массы тела I степени — 3 ребенка).

Полученные данные согласуются с литературными, работа требует дальнейшего продолжения.

Выводы

1. Отмечается рост хронических воспалительных заболеваний кишечника в детском и подростковом возрасте; болезнь Крона встречается в 2 раза чаще, чем язвенный колит.

2. Болеют, преимущественно, городские дети пубертатного возраста, девочки в 1,6 раза чаще мальчиков. Особенности физического развития детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника не выявлено.

3. Основные клинические симптомы хронических воспалительных заболеваний кишечника: боль в животе, диарея с примесью крови и слизи.

4. Примерно у трети детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника выявлена анемия и лейкоцитоз.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адлер Гвидо. Болезнь Крона и язвенный колит Гвидо Адлер. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 527 с.
2. Беренс, Р. Болезнь Крона и язвенный колит у детей и подростков: практ. руководство / Р. Беренс, Ш. Бударус, К.-М. Келлер, фон дер Остен-Сакен И. — DR. FALK PHARMA GmbH, 2006. — 48 с.
3. Геллер, Л. И. Внекишечные осложнения неспецифического язвенного колита и болезнь Крона / Л. И. Геллер, А. А. Геллер // Советская медицина. — 1987. — № 12. — С. 54–57.
4. Денисова, М. Ф. Болезнь Крона у детей. Особенности клиники и диагностики / М. Ф. Денисова, М. Б. Дыба // Современная педиатрия. — 2009. — № 6 (28). — С. 84–88.
5. Денисов, М. Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра: руководство для врачей / М. Ю. Денисов. — М.: ЭликсКом, 2004. — 368 с.
6. Загорский, С. Э. Хронические воспалительные заболевания кишечника у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / С. Э. Загорский, Л. М. Беляева. — Минск: БелМАПО, 2007. — С. 3–8.
7. Кожарская, Л. Г. Функциональная и органическая патология кишечника у детей: учеб.-метод. пособие / Л. Г. Кожарская, Н. В. Галькевич. — Минск: БелМОПО, 2003. — 31 с.
8. Педиатрия: национальное руководство. — М., 2009. — Т. 1. — С. 771–791.
9. Особенности иммунного воспаления у детей при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите / П. В. Шумилов [и др.] // Вопросы детской диетологии. — 2010. — Т. 8, № 2. — С. 13–18.