

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

¹ГУ «Российская детская клиническая больница» (Москва)

²ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, являются одной из наиболее серьёзных проблем в современной гастроэнтерологии. Они представляют собой хронически текущие воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (чаще кишечника), приводящие к необратимым нарушениям его структуры и функции и инвалидности.

Постоянный интерес исследователей к этим тяжёлым заболеваниям обусловлен тем, что нет принципиальных сдвигов в понимании их этиологии и патогенеза, отмечается рост числа больных. При этом E. Lanfholz с соавт. (1997) указывают, что в Дании почти у 40 % первая манифестация заболевания наблюдалась до достижения детьми 10-летнего возраста, а по исследованиям R. Behrens, S. Buderus, K.-M. Keller и I. von der Osten-Sacken выявлено, что примерно у 1/3 пациентов первая манифестация воспалительных заболеваний кишечника происходит до достижения ими 18 лет. Многообразие клинических симптомов приводит к ошибочной и поздней диагностике болезни, несвоевременному назначению адекватной терапии.

В Республике Бурятия с развитием специализированной педиатрической помощи и внедрением новых технологий в педиатрической практике возросло выявление детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, однако диагноз нередко устанавливается через длительное время после манифестации заболевания, что потребовало проведения анализа.

Цель исследования: изучить клинические особенности неспецифического язвенного колита и болезни Крона у детей в Республике.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Всего в исследуемой группе 8 пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника от 4 до 18 лет, из них болезнь Крона — у 3 пациентов, неспецифический язвенный колит — у 5 пациентов. Период исследования — 2006 — 2009 гг.

Всем больным проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, лабораторные и инструментальные исследования с определением клинических, биохимических, иммунологических и вирусологических показателей, оценка физического развития. Всем пациентам проведена колоноскопия, из них у 7 пациентов — с лестничной биопсией для морфологической верификации диагноза по биоптатам. При болезни Крона подсчитывался педиатрический индекс активности, при неспецифическом язвенном колите использовался индекс клинической активности (CAI) и эндоскопический индекс (EI) по Rachmilewitz. Двум больным проведена компьютерная томография органов брюшной полости. Все дети проживают в Республике Бурятия. 6 пациентов обследованы и пролечены на базе Российской детской клинической больницы (г. Москва) и 1 пациент — в клинике ММА им. Сеченова (г. Москва), подтвердивших диагнозы болезни Крона и неспецифического язвенного колита.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распространённость хронических заболеваний кишечника в Республике Бурятия, по нашим данным, составляет 3,52 на 100 тысяч детского населения, в том числе болезни Крона — 1,3 и неспецифического язвенного колита — 2,2 на 100 тысяч детей. Соотношение больных с язвенным колитом и болезнью Крона в Республике — 1,7 : 1. По данным, приведенным А.В. Фролькис (2003), в Швейцарии данное соотношение составляет 3 : 1, в Нидерландах — 1,7 : 1, в США — 1,5 : 1. Средний возраст больных составляет 11,2 лет без существенных различий при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите (соответственно 11,3 и 11,2 лет). Анализ по полу показал, что в Республике среди больных хроническими воспалительными заболеваниями преобладают мальчики — 75 %, девочки составляют 25 %. Среди больных неспецифическим язвенным колитом болеют только мальчики (100 %), а при болезни Крона, наоборот, 66,7 % составляют девочки, 33,3 % — мальчики. Продолжительность болезни у детей исследуемой группы составляет от 2,5 до 16 лет. Срок от начала заболевания до установления диагноза — от 10 месяцев до 4 лет.

Наследственность по неспецифическому язвенному колиту отягощена в 40 % случаях (у 2 пациентов из 5), где установлено заболевание у одного из родителей ребёнка. Среди детей с болезнью Крона наследственной отягощённости не выявлено. У 50 % пациентов отягощённый аллергологический анамнез (перенесенный атопический дерматит, рецидивирующая крапивница, пищевая аллергия, аллергическая реакция на лекарства). Среди сопутствующих заболеваний у 37,5 % выявлены хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, недостаточность кардии, гастроэзофагальный рефлюкс без эзофагита, реактивный панкреатит), у 12,5 % (1 пациент) — синдром дисплазии соединительной ткани, вегетососудистая дистония. В исследуемой группе у 37,5 % (3 пациента) заболевание

манифестировало в возрасте от 3 до 6 лет, у 62,5 % пациентов — в подростковом возрасте. В одном случае (12,5 %) при наличии наследственной отягощённости начало заболевания неспецифическим язвенным колитом связано со стрессовой ситуацией из-за неуспеваемости в школе. При анализе случаев болезни Крона выявлено, что у 33,3 % (1 пациентка) заболевание дебютировало выраженными абдоминальными болями в правой подвздошной области и язвами в полости рта; у 33,3 % (1 пациентка) — язвами на слизистой оболочке ротовой полости, болями в эпигастрии, тошнотой, похуданием (на 4 кг); у 33,3 % (1 пациент) — учащенным кашицеобразным стулом. Из трёх больных в двух случаях (66,7 %) начало заболевания связано с локализацией процесса в ротовой полости: в сочетании с поражением в одном случае прямой кишки, во втором — подвздошной, слепой и восходящей ободочной кишки.

Изучение активности клинического течения болезни Крона показывает, что у одной пациентки, имеющей в дебюте выраженные боли в животе, в дальнейшем возникло поражение аноректальной области с развитием рецидивирующего парапроктита и формированием свища, поражение полости рта в виде рецидивирующего стоматита. Из-за интенсивных болей в животе произведена лапаротомия и резекция илеоцекального угла и восходящей ободочной кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза. При внекишечной локализации процесса у второй больной активность характеризовалась появлением язв в ротовой полости, выраженным отёком нижней губы, затруднением при приёме пищи в связи с болевым синдромом, выраженным астеническим синдромом и потерей массы тела.

При неспецифическом язвенном колите у 20 % (1 пациент) начало заболевания связано с высокой фебрильной лихорадкой в течение 1,5 месяцев без видимой причины, позже присоединились тенезмы, внекишечные проявления — эритема на коже и артралгии в правом коленном суставе; у 60 % (3 пациента) болезнь дебютировала болями в животе. У одного из трёх пациентов с абдоминальной болью они были интенсивными без определённой локализации, сочетались с диареей и гемоколитом. При отсутствии адекватного лечения течение болезни осложнилось ректальным кровотечением. У одного пациента (20 %) дебют заболевания связан с учащением стула до 3–4 раз в сутки, изменением консистенции до кашицеобразной и появлением крови в стуле. При активности процесса появлялись учащение стула до 15–20 раз, явления гемоколита, урчание в животе, астенический синдром, метаболические изменения — снижение массы тела, гипопроteinемия, анемия.

Проведенный анализ показывает, что в клинической картине больных детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника в Республике Бурятия доминируют абдоминальные боли, составляющие 50,0 % (4 пациента), гемоколит — 37,5 % (3 пациента) и астенический синдром — 37,5 % (3 пациента). Абдоминальные боли больше выражены при неспецифическом язвенном колите (3 пациента), из них у одного больного схваткообразные по всем отделам живота, связанные с дефекацией, у одного — нерезкие боли в левой и одного — в правой подвздошной области. Гемоколит отмечен у 60 % пациентов с неспецифическим язвенным колитом и у 37,5 % пациентов от общего числа больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. Кровь в стуле в виде прожилок отмечалась у больных при активности процесса в каждой порции кала. Астенический синдром (слабость, бледность, снижение работоспособности, снижение аппетита) больше выражен среди пациентов с болезнью Крона (2 пациентки), при неспецифическом язвенном колите — у 1 пациента. Наибольшая частота дефекаций при обострении достигала 15–20 раз в сутки, средняя частота стула у больных — 3–4 раза, больше в первой половине дня. Стул у 37,5 % пациентов — полуоформленный, у 25,0 % — жидкий, у 25 % — оформленный, у 12,5 % склонность к запору. Фебрильная лихорадка и артралгии отмечались у одного пациента с неспецифическим язвенным колитом. Снижение массы тела связано с началом заболевания и периодами обострения, длительностью болезни, больше выражено у детей с болезнью Крона. У 28,5 % детей выявлен латентный дефицит железа. Изменения в аноректальной области отмечаются у одного ребёнка с тяжёлым течением болезни Крона, подвергнувшегося оперативному лечению.

ВЫВОДЫ

1. В проведенном исследовании впервые получены данные о распространённости болезни Крона, неспецифического язвенного колита и хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей в Республике Бурятия.

2. Клинические проявления хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей в Республике многообразны как в дебюте, так и при естественной эволюции заболевания, и требуют дальнейшего изучения. Анализ клинических форм заболеваний показывает, что диагноз болезни Крона и неспецифического язвенного колита устанавливается у детей, имеющих средне-тяжёлую и тяжёлую степень тяжести.

3. Обращает на себя внимание то, что в клинике болезни Крона у детей в Республике Бурятия преобладает поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта (66,7 %), которые относятся к редким локализациям поражения; у больных с неспецифическим язвенным колитом 60 % составляет тотальный колит с непрерывно рецидивирующим и хроническим рецидивирующим течением.

4. Данные проведенного исследования являются отправными в дальнейшем наблюдении за эпидемиологическим процессом и клиническими особенностями хронических воспалительных заболеваний в Республике Бурятия, требуют продолжения исследования.