

Неспецифический язвенный колит у детей

Р.Г. Артамонов¹, Л.В. Глазунова², Е.Г. Бекташянц¹, Е.В. Куйбышева¹,
Н.И. Кирнус¹, М.В. Поляков¹, Н.Н. Чижикова²

¹ Кафедра детских болезней Лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им Н.И. Пирогова, Москва

² Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения г. Москвы

В статье представлено клиническое наблюдение ребенка 9 лет с неспецифическим язвенным колитом. Правильный диагноз был выставлен только при повторной госпитализации. Трудности диагностики заключались в том, что при первой госпитализации помимо стула с примесью крови у пациентки были выявлены анальная трещина и проктит. При повторной госпитализации после исключения инфекционных причин заболевания пациентке была выполнена колоноскопия с биопсией, которая позволила поставить правильный диагноз.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, диарея, кровь в стуле, абдоминальная боль, анемия, колоноскопия.

Неспецифический язвенный колит (НЯК) представляет собой воспалительный процесс слизистой оболочки толстой кишки неинфекционной этиологии. По данным разных исследований, НЯК встречается с частотой 3,4–5,1 случая на 100 тыс. детского населения [1–3]. Частота встречаемости НЯК среди детей первого года жизни составляет 1%. Пик заболеваемости приходится на подростковый возраст [2]. Этиология НЯК неизвестна; аутоиммунная природа заболевания подтверждается обнаружением аутоантигена. Поражение кишечника при НЯК всегда ограничивается только толстой кишкой [4]. В отличие от инфекционных колитов для НЯК характерно нарушение архитектоники крипт, их атрофия, наличие хронического воспалительного инфильтрата и язв, иногда глубоких [1]. Однако инфекционный колит следует исключить при диагностике НЯК, особенно при его острой форме, которая может сопровождаться фебрильной температурой. В то же время даже при убедительном

диагнозе НЯК не следует забывать об интеркуррентной кишечной инфекции, в частности *Clostridium difficile*. Даже при отсутствии сомнений в диагнозе НЯК стул пациента следует протестировать на токсин этого патогена [4].

К основным клиническим симптомам НЯК относятся диарея и кровь в стуле; у детей может наблюдаться анальная трещина и даже парапроктит. Тяжесть заболевания определяется частотой стула: при легком течении — менее 4 раз в сутки, при среднетяжелом — от 4 до 6 раз в сутки. Стул более 6 раз в сутки наблюдается при тяжелом течении, при котором также отмечается лихорадка, тахикардия, анемия, увеличение СОЭ. Возможны внекишечные симптомы: стоматит (в 2% случаев), артрит (в 10%), постгеморрагическая анемия, повышенная утомляемость. Неспецифический язвенный колит может иметь первично-хроническое течение или приобретает хроническую форму после острого эпизода и принимает рецидивирующий характер.

Диагностику НЯК следует начинать с исключения кишечной инфекции как при-

Контактная информация: Артамонов Рудольф Георгиевич, gartamonov@yahoo.com

чины колитического синдрома. Решающее значение в диагностике НЯК принадлежит эндоскопическому исследованию. Патологический процесс может ограничиваться только прямой кишкой (проктит), поражать прямую, сигмовидную и нисходящую ободочную кишку (левосторонний колит) или всю толстую кишку (панколит). Однако у детей панколит наблюдается реже, чем у взрослых. Как отмечает W.A. Rowe, язвенный процесс при НЯК не поражает другие отделы желудочно-кишечного тракта [4]. Эндоскопическая картина характеризуется гиперемией и отеком слизистой оболочки, которая становится зернистой, легко травмируется и кровоточит, эрозиями и язвами разной глубины.

Для лечения НЯК применяют системные глюкокортикостероиды, аминосалицилаты (сульфасалазин). Хирургическое лечение (субтотальная колэктомия) показано при тяжелых формах НЯК, трудно поддающихся консервативной терапии.

Клиническое наблюдение

Девочка 9 лет поступила 18.08.10 г. в 15-е педиатрическое отделение **Морозовской детской городской клинической больницы** (МДГКБ).

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре. Роды физиологические, в срок. Закричала сразу, к груди приложена на 5-е сутки (у ребенка при рождении была выявлена кефалогематома). Масса тела 3750 г, длина тела 53 см. Грудное вскармливание до 11 мес. В течение жизни неоднократно болела отитом (в том числе один раз гнойным), в связи с этим получала антибактериальную терапию. В возрасте 7 лет перенесла герпетическую инфекцию, получала противовирусные препараты. ОРВИ болеет 1–2 раза в год. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу без осложнений.

Аллергологический анамнез не отягощен. Профилактические прививки по возрасту, реакций не было.

Возраст матери ребенка на момент наблюдения 31 год. Мать страдает псориазом, варикозным расширением вен нижних конечностей. Отцу 33 года, болен хроническим гастритом, геморроем, варикозным расширением вен нижних конечностей.

Анамнез заболевания: 04.06.10 г. у ребенка появились жалобы на боль в животе в околопупочной области. Ребенок находился в детском лагере. 11.06.10 г. отмечался разжиженный стул 3 раза. Лихорадки, тошноты, рвоты не было. В медпункте лагеря ребенку дали активированный уголь, после которого не было стула в течение 2 сут. 13.06.10 г. стул оформленный, обычной окраски, на туалетной бумаге следы алой крови. Далее, со слов матери, кал “в луже крови”. В первый раз госпитализирована в МДГКБ 22.06.10 г.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, без сыпи. Зев розовый, рыхлый. Язык умеренно обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 75 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации. Печень у края реберной дуги. При осмотре ануса определяются кровоточащие трещины. Селезенка не пальпируется. Стул (со слов матери и ребенка) оформленный, окрашен, с примесью алой крови.

Общий анализ крови от 22.06.10 г.: гемоглобин 140,0 г/л, эритроциты $4,88 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,8 \times 10^9/л$, гранулоциты 62,1%, эозинофилы 0, моноциты 6,8%, лимфоциты 31,1%, тромбоциты $368,0 \times 10^9/л$; СОЭ 4 мм/ч; от 27.06.10: гемоглобин 136,0 г/л, эритроциты $4,67 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11,7 \times 10^9/л$, нейтрофилы: палочкоядерные 1%, сегментоядерные 67%, эозинофилы 2%,

моноциты 6%, лимфоциты 24%, тромбоциты $314,0 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ 9 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 24.06.10 г. без отклонений от нормы.

Анализ кала на яйца глистов от 25.06.10 г. отрицательный. Анализ кала на скрытую кровь от 25.06.10 г. отрицательный.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и почек (23.06.10 г.) выявлены признаки дисфункции билиарного тракта (билиарный сладж); реактивный панкреатит; неспецифический мезаденит.

Дыхательный тест на *Helicobacter pylori* от 25.06.10 г. отрицательный.

Ректороманоскопия (28.06.10 г.): тубус ректоскопа введен на 15 см. На осмотренном участке кишки слизистая оболочка рыхлая, легкоранимая; других видимых изменений слизистой оболочки нет. Заключение: проктит.

В отделении ребенок получал следующую терапию: стол № 5; мезим форте по 1 таблетке 3 раза в сутки; фламин по 1 таблетке 3 раза в сутки; комплексный иммуноглобулиновый препарат по 1 флакону 2 раза в сутки в течение 5 дней; в нос 0,01% раствор нафтизина по 2 капли 3 раза в сутки и 2% раствор протаргола по 2 капли 3 раза в сутки.

На фоне проводимого лечения жалоб не отмечалось. Стул был оформлен, окрашен, без патологических примесей. На 8-й день пребывания в стационаре ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Клинический диагноз при выписке: основное заболевание — проктит; сопутствующие заболевания — анальная трещина, дисфункция билиарного тракта (билиарный сладж), реактивный панкреатит, неспецифический мезаденит.

Ребенок был вновь отправлен в летний лагерь, где через 2–3 дня появились жалобы на частый (до 7–10 раз в сутки) разжиженный окрашенный стул с примесью алой крови, сопровождающийся тенезма-

ми. Лихорадки, рвоты, снижения аппетита и ухудшения общего самочувствия не отмечалось. 18.08.10 г. ребенок повторно поступил в МДГКБ.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев чистый. Язык умеренно обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной и мезогастральной областях, по ходу сигмовидной кишки, доступен для глубокой пальпации. При осмотре ануса видимых изменений нет. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул (со слов ребенка и матери) кашицеобразный, окрашен, с примесью алой крови, до 5 раз в сутки.

В общих анализах тенденция к анемии: гемоглобин 120, 112, 102 г/л. Формула без изменений. СОЭ 6, 9, 15, 11 мм/ч. Длительность кровотечения по Дьюку 1 мин 30 с. Время свертывания по Бюркеру: начало 1 мин 30 с, окончание 2 мин 30 с.

В биохимических анализах крови отклонений от нормы в показателях белкового, липидного, углеводного обмена не отмечено, ионный состав не нарушен, аминотрансферазы в пределах нормы, С-реактивный белок 5 мг/л, антистрептолизин О 1 : 250. 27.08.10 г.: сывороточное железо 2,9 мкмоль/л (норма 10,6–28,3 мкмоль/л); трансферрин 2,34 г/л (норма 2,00–3,60 г/л); ферритин 24 мкг/л (норма 15–120 мкг/л); свободный гемоглобин 0,03 ЕД (норма до 0,1 ЕД).

Коагулограмма от 20.08.10 г.: активированное время рекальцификации 54 с (норма 40–70 с), протромбиновый комплекс 100% (норма 85–110%), активированное частичное тромбопластиновое время 43 с (норма 28–32 с), тромбиновое время 30 с (норма 28–32 с), фибриноген 577,2 мг/дл (норма 200,0–400,0 мг/дл), фибринолитическая активность более 4 ч (норма 2–4 ч). Заключение: значительная гиперфибрино-

генемия, замедление фибринолиза; небольшое замедление протромбинообразования по внутреннему пути свертывания.

Результаты исследования крови на инфекции от 20.08.10 г. представлены в таблице.

Реакция не прямой гемагглютинации с диагностикумами Зонне, Флекснера, сальмонеллезным комплексным от 23.08.10 г. отрицательная.

Анализ крови на HbsAg (поверхностный антиген вируса гепатита В) от 23.08.10 г. отрицательный.

Анализ мочи на диастазу (норма до 1000 ЕД/л): от 20.08.10 г. — 1019 ЕД/л, от 24.08.10 г. — 782 ЕД/л.

Анализ кала на яйца гельминтов от 19.08.10 г. отрицательный. Анализ кала на энтеробиоз от 20.08.10 г. отрицательный. Анализ кала на скрытую кровь от 23.08.10 г. резко положительный. Анализ кала на кишечную группу от 20.08.10 г. отрицательный.

Копрограмма (19.08.10 г.): консистенция полужидкая, цвет коричневый, реакция слабокислая, мыла — немного, жирные кислоты — немного, растительная клетчатка перевариваемая — много, крахмал — немного, слизь — умеренно, лейкоциты покрывают всё поле зрения.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек (23.08.10 г.): печень: переднезадний размер 130 мм, эхогенность, эхоструктура в норме; поджелудочная железа: размеры 17 × 13 × 20 мм, эхогенность не изменена, выражена диффузная неоднородность эхоструктуры; селезенка: размер 106 × 32 мм, эхогенность и эхоструктура в норме; желчный пузырь: размер 62 × 32 мм (пузырь частично сокращен), в просвете немного нежного осадка; лимфатические узлы: не увеличены; почки: правая — 95 × 32 × 40 мм, левая — 96 × 37 × 35 мм, центральный эхокомплекс — умеренно повышена эхогенность с двух сторон, собирающая система не расширена, расположе-

Результаты исследования крови на инфекции

Исследование	Результат	Норма
Цитомегаловирус		
IgG	39,4	Отсутствуют
IgM	Отрицательный	
Herpes simplex		
IgG	198,1	<22 ЕД/мл
IgM	Отрицательный	
Mycoplasma pneumoniae		
IgG	Отрицательный	<22 ЕД/мл
IgM	Отрицательный	
Chlamydia pneumoniae		
IgG	Отрицательный	<22 ЕД/мл
IgM	Отрицательный	

ние почек типичное. В полости таза определяется анэхогенная свободная жидкость. Патологических объемных образований в брюшной полости не обнаружено.

Ультразвуковое исследование органов малого таза (25.08.10 г.): органических изменений нет. Консультация гинеколога (25.08.10 г.): данных в пользу патологии половых органов не выявлено.

Эзофагогастродуоденоскопия (27.08.10 г.): в желудке небольшое количество желудочного содержимого; слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки без изменений.

Колоноскопия (27.08.10 г.): слизистая оболочка прямой кишки рыхлая, тусклая, неравномерно окрашена, с множественными подслизистыми геморрагиями разной формы и величины (от 5—7 до 10 мм). Проксимальнее ректосигмоидного отдела слизистая оболочка толстой кишки тестоватой консистенции, тусклая, несколько инфильтрирована, складки выражены плохо. Вся поверхность толстой кишки покрыта мелкими (от точечных до 1—2 мм) “высыпаниями”, не выступающими над поверхностью слизистой оболочки, желтоватого цвета (абсцессы?) и множественными, неправильной формы, покрытыми желтова-

тым налетом язвами (от 5 до 6–7 мм). Рисунок слизистой оболочки смазан, тонус кишки снижен. Отмечается гиперемия, местами неравномерная.

Патогистологическое исследование биоптата слизистой оболочки толстой кишки (31.08.10 г.): выраженный активный колит с формированием крипт-абсцессов. Морфологических данных в пользу болезни Крона нет. При условии исключения инфекционного характера процесса гистологические изменения могут быть трактованы как НЯК.

Консультация гематолога (23.08.10 г.): гипохромная анемия легкой степени (постгеморрагическая).

Заключительный диагноз: НЯК, токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон); анальные трещины.

Проводилась симптоматическая терапия: стол № 5; креон 10000 по 1 капсуле 3 раза в сутки; фламин по 1 таблетке 3 раза в сутки; комплексный иммуноглобулиновый препарат по 1 флакону 2 раза в сутки; линекс по 1 капсуле 3 раза в сутки; 1% раствор викасола по 1 мл 1 раз в сутки; аевит по 1 капсуле 2 раза в сутки; фолиевая кислота по 1 таблетке 3 раза в сутки; энтерофурил по 200 мг 3 раза в сутки.

Состояние ребенка оставалось среднетяжелым. Кожа бледная, синева под глазами. Катаральных явлений нет. Живот умеренно

болезненный по ходу сигмовидной кишки и в эпигастральной области. Стул до 4 раз в сутки, окрашен, кашицеобразный, без примеси крови. Следы алой крови на туалетной бумаге. 03.09.10 г. ребенок переведен в специализированное отделение Измайловской детской городской клинической больницы для дальнейшего лечения.

Причиной запоздалой диагностики явился тот факт, что наряду с учащенным стулом с примесью крови у больной при первом поступлении была выявлена анальная трещина, а при эндоскопическом исследовании — только проктит. Клинических и лабораторных признаков анемии при первом поступлении не было. Абдоминальная боль не является типичным симптомом НЯК. Боль если и отмечается, то локализуется чаще всего в левой подвздошной области и предшествует акту дефекации. У наблюдаемой нами пациентки боль отмечалась в околопупочной области. Показания к колоноскопии были определены только после исключения ряда кишечных инфекций и контроля показателей гемостаза. Повидимому, это наиболее приемлемый алгоритм диагностики НЯК у детей с диареей и кровью в стуле.

Со списком литературы вы можете ознакомиться на нашем сайте
www.atmosphere-ph.ru

Ulcerative Colitis in Children

R.G. Artamonov, L.V. Glazunova, E.G. Bektashyants, E.V. Kuibysheva,
N.I. Kirnus, M.V. Polyakov, and N.N. Chizhikova

The article describes the clinical case of a 9-year-old girl with ulcerative colitis. The right diagnosis was made only after second hospitalization. At first hospitalization the patient presented not only with fecal blood, but also with anal fissure and proctitis. At second hospitalization infectious causes of the disease were excluded and the patient underwent colonoscopy with biopsy that allowed us to make the right diagnosis.

Key words: ulcerative colitis, diarrhea, fecal blood, abdominal pain, anemia, colonoscopy.