

Хамраев А.Ж.,
Намазов А.Э.

УДК: 616.348 002-053.2:616-072.1:616-071.3
**КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ**
Ташкентский педиатрический медицинский институт

THE CLINIC ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF THE NONSPECIFIC ULTRATIVE COLITIS IN CHILDREN. The nonspecific ultrative colitis in children is recurrence and chronically inflammation process going in colon, it is going as another diseases, that's why this disease difficult differentiated in early stage and it come to specialists in the complicate stage. Before this time patient receives unnecessary treatment from infection, pediatric specialists, which can not help to disease process. That's why, authors (writers) which treated in clinic about 78 patient children to exam (clinical, rectomanoscopy, fibrocoionscopy) by these conclusions, through differentiate disease clinic - endoscopy symptoms are created clinic process analysis.

Through nonspecific ultrative colitis in children's of clinic - endoscopy signs, activity nonspecific inflammation process in colon, gravity stage and by knowing of spread treatment with medicine and surgical methods, this article can give information to effective treatment of nonspecific ultrative colitis in children for pediatric gastroenterologist and surgeries.

Актуальность: Неспецифический язвенный колит (НЯК). представляет собой хронически текущее, рецидивирующее воспалительное поражение кишечника, приводящее к необратимому нарушению его структуры и функций. В детском возрасте НЯК имеет свои особенности клинического течения. Раннее начало, поздняя диагностика НЯК у детей приводят к большому числу опасных для жизни осложнений, которые влияют на рост и половое развитие ребенка. Распространенность НЯК у детей в мире в настоящее время составляет 2,2-6,8 на 100000 детей. При этом НЯК одинаково часто болеют мальчики и девочки, хотя в раннем возрасте мальчики преобладают. У детей младше 10 лет НЯК встречается чаще [1,4,5].

Цель. Улучшить первичную диагностику НЯК у детей, путем изучения особенностей клинико-эндоскопической симптоматики заболевания.

Материал и методы. За последние 5 лет нами клинико-эндоскопически было обследовано 78 детей больных НЯК в возрасте от 3-х месяцев до 15 лет на клинических базах кафедры Госпитальной детской хирургии Таш- ПМИ и ГБОУ ВПО МГМСУ МЗ России. Мальчики составляли 48 случаев, девочки - 30. При проведении диагностики первоначально основывались на клинических симптомах заболевания, антропометрических данных родителей, построении соматограмм, для выявления задержки роста, потери массы тела, и определяли половое развития детей и подростков. НЯК был диагностирован у больных во всех случаях при помощи ректороманоскопии, и у 26 - при фиброколоноскопии, по форме проктита, проктосигмоидита, левостороннего и тотального колита. При фиброколоноскопии в сомнительных случаях у 16 больных, у которых эндоскопические и гистологические исследования соответствовали диагнозу НЯК, одновременно взята биопсия. Решающую роль в

диагностике НЯК играли ультразвуковые, эндоскопические, гистологические и рентгенологические методы исследования. При помощи УЗИ не инвазивным путем диагностировали изменение стенок кишки при НЯК. В настоящее время МСКТ, ЯМРТ значительно расширяют диагностические возможности НЯК.

Результаты. Клиническая картина НЯК у детей в возрастном аспекте имела очень разнообразные картины и зависела от формы заболевания. Поэтому трудности диагностики были связаны с особенностями течения процесса в раннем и старшем возрастном аспекте. При этом, особенно сложными, в дифференциально-диагностическом отношении, были начальные проявления легкой формы болезни [3,5,9].

Клинически до 3 лет нередко отмечалась острая подобная дизентерии клиника, которая проявлялась лихорадкой, интоксикацией, жидким стулом, иногда без крови. При этом, дети длительное время находились в инфекционных отделениях и, когда длительность диареи доходила до 6-8 недель и при безуспешности лечения традиционными методами, с постоянным сохранением в стуле примесей в виде крови, слизи и гноя, только врачи подозревали у детей НЯК. Во всех случаях для НЯК было характерно постепенное начало и, на фоне оформленного или кашицеобразного стула, часто появлялась алая или темно-вишневая кровь в виде прожилок. Нами, при изучении данных ретроспективного анализа, было выявлено, что первоначально около 32% детей лечилось у гастроэнтеролога с такими диагнозами, как лактазная недостаточность, хронический энтероколит, синдром нарушенного кишечного всасывания или дисбактериоз кишечника, а в тех случаях, когда НЯК (особенно дистальные формы) протекал на фоне запора, с диагнозом анальная

трещина.

У детей раннего возраста, при острой форме НЯК, вся клиническая картина часто продолжалась в течение нескольких недель, а при молниеносном течении - несколько дней от начала заболевания. У маленьких и ослабленных детей заболевание часто протекало под видом «дизентерии». При этом, дети были адинамичны, вялы, бледны, отмечается частый, практически непрерывный, жидкий стул с примесью гноя и крови, характерно было недержание кала, боли в животе неопределенной локализации и анорексия. Живот был вздут. При этой форме чаще может возникнуть перфорация кишечной стенки. При длительном процессе, особенно в сочетании с вторичным синдромом мальабсорбции, у большей части детей отмечались задержки роста и физического развития ребенка.

У детей старше 3-х лет типичные клинические симптомы НЯК отмечались в виде учащения стула, кашицеобразного или жидкого стула, наличия крови, слизи, гноя в кале, тенезмы или ложных позывов с выделением крови. Для тяжелых форм очень характерны ночные «мучительные» поносы. По нашим данным, диарея с последующим присоединением выделения крови встречалась в 58% случаев, первоначальное появление крови в стуле с более поздним возникновением диареи - в 30%, одновременное выделение крови и диареи - в 12%. Боли в нижних отделах, особенно в левой половине живота. Боли в животе обычно появляются во время или перед дефекацией, после еды, но, даже при тяжелом течении заболевания, болевой синдром иногда полностью отсутствует. Надо отметить, что при НЯК, в отличие от БК имеется параллелизм между кишечной симптоматикой и тяжестью заболевания.

При проведении исследования нами было установлено, что клиническая картина НЯК у детей, в основном, зависела от локализации поражения толстого кишечника. У детей младшего возраста чаще преобладали левостороннее поражение и проктосигмоидит (80%), а в старшем (подростковом) возрасте - тотальный или субтотальный колит (75%). Латентный период до постановки диагноза при НЯК колебался от 3 недель до 1,2 года. Дети до 6 лет имели морфологически менее выраженные изменения - реже встречались эрозии, крипт-абсцессы, чаще отмечалось расхождение клинико-эндоскопических и морфологических критериев. Отмечено, что, даже при клинико-эндоскопической ремиссии, очень часто сохраняется морфологическая активность.

Кроме того, особенно при тяжелых формах

НЯК, нами наблюдались внекишечные симптомы артрита, хронического гепатита, панкреатита, узловой эритемы, гангренозной пиодермии, афтозного стоматита, конъюнктивита, увеита, перихолангита, анкилозирующего спондилита и т.д., общие и местные осложнения.

Нередко, особенно у подростков, внекишечные симптомы выходили на первый план в клинической картине, маскируя симптомы поражения кишечника и способствуя поздней диагностике НЯК. При этом, природа данных проявлений, а также их взаимосвязь с воспалительными заболеваниями кишечника, часто остаются недостаточно ясными. Некоторые авторы делят системные внекишечные проявления НЯК на 2 группы: в первую группу включают проявления, вторично связанные с колитом, во вторую группу - независимые от него [6,7,8,10,11]. Проявления осложнений первой группы соответствовали тяжести колита и, как правило, исчезали после тотальной колопроктэктомии (артриты, афтозный стоматит, ирит и т.д.). Проявления второй группы не связаны с тяжестью течения колита, и, как правило, не исчезали после удаления толстой кишки (активный хронический гепатит, первичный склерозирующий холангит, анкилозирующий спондилит и т.д.). Мы в своей практике наблюдали подобное улучшение состояния ребенка у 4-х больных после операции колэктомии, однако впоследствии, у этих больных, с ростом и развитием ребенка, наблюдалось ухудшение состояния.

Одним из тяжелых осложнений при НЯК является токсическая дилатация толстой кишки, в основе которой лежит ее вторичное токсическое поражение, за счет распространения на глубокие слои воспаления, которое клинически проявляется уменьшением частоты стула, вздутием кишечника, болями в животе, повышением температуры тела, тахикардией, слабостью, тошнотой, рвотой. В анализах крови отмечалось увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево, на рентгенограммах - резкое расширение толстой кишки. Подобные осложнения, по нашим данным, встречались только в 1 случае. Массивное кишечное кровотечение встречалось, при тяжелых формах НЯК, в 2-х случаях, в обоих нам удалось его остановить при помощи консервативного лечения. Перфорация кишечника, стриктура и рак толстой кишки не встречались.

В клинической картине НЯК выделяли 3 степени тяжести. Тяжесть заболевания определяли по выраженности клинических симпто-

мов (диарея, болевой синдром, внекишечная симптоматика, осложнения), по активности патологического процесса (при эндоскопическом исследовании), по лабораторным показателям (анемия, ускорение СОЭ).

При легкой форме НЯК общеклиническое состояние не страдает, отставания в физическом развитии не наблюдается, аппетит хороший, температура нормальная. Стул от 2-х до 4-х раз кашицеобразный или мягкооформленный, с небольшой примесью крови и слизи. Боли в животе беспокоят редко. Часто выявляется поражение дистальных отделов (прямой и сигмовидной кишок) толстой кишки. Эндоскопически отмечается небольшой отёк слизистой оболочки, гиперемия, смазанность сосудистого рисунка, слабо выраженная контактная кровоточивость (петехиальные геморрагии), в некоторых отделах отмечается зернистость слизистой оболочки толстой кишки и часто выявляются единичные эрозии. Лабораторно - незначительное повышение СОЭ.

При среднетяжёлой форме заболевания отмечаются: снижение аппетита, отставание в физическом развитии, астеноневротический синдром, нервозность, диарея (стул от 4 до 6-8 раз в день, кашицеобразный или жидкий, с примесью слизи или крови), боли в животе перед дефекацией. Могут наблюдаться внекишечные проявления в виде гепатита, артрита, поражения кожи. Эндоскопически отмечаются значительный отек, отсутствие сосудистого рисунка, умеренно выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии и единичные язвы слизистой оболочки толстой кишки. Имеется фибринозно-гнойный налет, мелкоточечные изъязвления. Лабораторно отмечаются палочкоядерный сдвиг, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, анемия, диспротеинемия. Часто выявляется левостороннее или тотальное поражение толстой кишки.

При тяжелой форме заболевания общее состояние нарушается, отмечается слабость, вялость, снижение аппетита, бледность кожных

покров, снижение массы тела, тахикардия, дегидратация, снижение артериального давления. лихорадка, анемия. В клинической картине отмечаются боли в животе перед дефекацией, стул больше 6 раз в сутки, обычно в ночные часы и рано утром, жидкий, зловонный, с кровью, со слизью, с гноем. Беспокоят тенезмы. Отмечаются ложные позывы с выделением только крови, слизи и гноя (безкаловые слизисто-кровянистые выделения или «ректальные пленки»). Эндоскопически определяется большое количество слизи, крови и гноя в просвете кишки. Характерна выраженная контактная и спонтанная кровоточивость. Нередко поверхность кишки покрыта фибринозным налетом, после удаления которого, обнаруживается диффузно кровоточащая поверхность (симптом «кровавая роса»). Имеются язвы различной глубины и формы, сливные изъязвления. Лабораторно отмечалось ускорение СОЭ, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, анемия, диспротеинемия, изменения в иммунном статусе, нарушения электролитного баланса, кислотно-буферного состава крови.

При тяжелых формах НЯК процесс часто тотальный, нередко наблюдается ретроградный илеит. Отмечается тотальное поражение толстой кишки, которое встречается у больных любого возраста и не зависит от тяжести и фазы активности процесса. Прямая кишка всегда вовлечена в воспалительный процесс, за исключением больных, лечившихся свечами и микроклизмами. В фазе ремиссии слизистая оболочка блестящая, розовая, сосудистый рисунок перестроен по сетчатому или звездчатому типу. У ряда больных в этой фазе слизистая оболочка трудно отличается от совершенно нормальной слизистой оболочки толстой кишки.

Вывод. Таким образом, клинико-эндоскопическая характеристика НЯК у детей позволяет с достаточной уверенностью судить о характере процесса, протяженности, тяжести поражения и имеет большое значение при выборе метода лечения.

Литература

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит /Пер. с немецкого. А.А.Шептулина.— М., 2001. - 500 с.
2. Балтайтис Ю.В. Неспецифический язвенный колит. - Киев: Здоровье, 1986. - 189 с.
3. Белоусова Е.А. Терапия воспалительных заболеваний кишечника: настоящее и будущее //Врач. - 2002. - №2.-С. 36-39.
4. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника.- М.:Миклош, 2008.-399с.
5. Ленюшкин А.И., Комиссаров И.В. Педиатрическая колопроктология.-М. 2009. - 405с.
6. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. Неспецифический язвенный колит - Т.: Шарк, 2008. - 464с.
7. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С. Руководство по колопроктологии- УМ., 2001. - 300 с.
8. Эндоскопические и морфологические особенности слизистой оболочки толстой кишки при дистальной форме язвенного колита /Г.И.Воробьев, И.Л.Халиф, Н.С.Малахова и др. //Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2006. - №1. - С. 80-86.
9. Magnifying colonoscopic features of ulcerative colitis reflect histologic inflammation /M. Kunihiro, S.Tanaka, M.Sumii et al //Inflamm. Bowel. Dis. -2004. - Vol. 10. - N6. -P.737-744.
10. Ileal-pouch-anal anastomosis after restorative proctocolectomy in patients with ulcerative colitis or familial adenomatous polyposis /W.Bednarz, R.Olewinski, R.Wojcys et al. //Hepatogastroenterology. - 2005. - Vol. 52.- N64.-P. 1101-1105.
11. Puri P., Hollwarth M.. Pediatric Surgery. Springer-Verlag. - Berlin. Heidelberg. 2006.