

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ

К. м. н. О.Ю. БЕЛОУСОВА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, клинического течения хронического неязвенного колита у детей в современных условиях. Изучена информативность инструментальных исследований состояния толстой кишки (эндоскопия, ирригография, гистология) для постановки диагноза, а также вспомогательных методов диагностики и дифференциальной диагностики воспалительных и функциональных заболеваний толстой кишки у детей.

Хронический колит — одно из наиболее распространённых заболеваний детского возраста, в основе которого лежит сочетание элементов воспаления и дистрофии слизистой оболочки с функциональными расстройствами толстой кишки. Это заболевание составляет около 10% всей хронической патологии органов пищеварительной системы, а распространённость — от 5 до 12 случаев на 1000 детей [1].

Несмотря на многочисленные исследования, посвящённые хроническим воспалительным заболеваниям толстой кишки, сложная проблема хронического колита остаётся актуальной [2–4]. Длительное время этим термином обозначались самые разнообразные патологические состояния кишечника, что было связано с отсутствием достаточно чётких представлений о сущности заболевания. С позиций современных представлений хронический колит следует рассматривать как клинико-морфологический феномен, характеризующийся свойственными заболеваниями кишечника болевым и диспептическим синдромами с морфологически определяемыми признаками дистрофии эпителия, уменьшением глубины крипт и развитием лимфо-плазматической инфильтрации разной степени выраженности [5]. Однако, несмотря на вполне определенные изменения слизистой оболочки толстой кишки, свойственные хроническому колиту, этот диагноз в последние годы был практически вытеснен из клинической практики. Это связано, по-видимому, с чрезмерным увлечением диагнозом синдром раздражённого кишечника (СРК), который имеет много общих признаков с хроническим колитом, но проявляется преимущественно нарушениями моторики толстой кишки и не обусловлен морфологическими изменениями её слизистой оболочки. Способствовало этому обстоятельству и то, что в МКБ-10 под воспалительными заболеваниями толстой кишки подразумеваются лишь неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, тогда как хронический колит в нашем понимании (неспецифический, неязвенный, спастический и т. д.) отсутствует и подменяется диагнозом СРК. С такой постановкой вопроса трудно согласиться прежде всего потому, что хронический колит, как указывалось выше, имеет чёткую морфологическую характеристику, и для дифференциальной диагностики его с СРК необходимо проведение адекватных инструментальных исследований — эндоскопических, рентгенографических и морфологических [6].

Под нашим наблюдением в детском городском гастроэнтерологическом отделении в период с 1998 по 2003 г. находилось 115 детей, которым после тщательного клинико-инструментального исследования с использованием биопсии слизистой оболочки толстой кишки был установлен диагноз хронического неязвенного колита. Это позволило нам выявить особенности течения хронического колита у детей в современных условиях и установить информативность инструментальных исследований (эндоскопия, ирригография) при установке диагноза, который верифицировался с помощью морфологического исследования.

Среди больных преобладали мальчики (57%), а по возрасту — старшие школьники (52%), что в целом соответствует данным литературы [3; 7]. Длительность заболевания до 1 года отмечалась лишь у 8% детей, 1–3 года болели 35% и у 57% заболевание продолжалось более 3 лет. При анализе этиологических предпосылок заболевания мы, прежде всего, обращали внимание на наследственную предрасположенность и отягощённость анамнеза по патологии желудочно-кишечного тракта. Тщательный опрос детей и родителей показал, что у 63% больных родители или ближайшие родственники страдали заболеваниями пищеварительной системы, в том числе 12% — хроническими заболеваниями кишечника. У них преобладали хронические заболевания гастродуоденальной зоны (37%), гепатобилиарной системы (23%), поджелудочной железы (3%). Из другой соматической патологии чаще всего встречались эндокринные заболевания (12%) — сахарный диабет, ожирение, аутоиммунный тиреоидит.

Значительная распространённость наследственной отягощённости по заболеваниям пищеварительной системы, в том числе по заболеваниям кишечника, по-видимому, оказывала влияние на время возникновения и характер течения хронического колита у обследованных детей, о чем свидетельствует частота тяжёлого течения болезни — у 32% детей.

Учитывая возможную роль центральной нервной системы в возникновении многих заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе толстой кишки, мы попытались выяснить наличие у родителей или ближайших родственников ребёнка изменений психики и нервной системы (психопатологический компонент), что также могло определять отягощённую наследственность детей в отношении подобного рода реакций. Целенаправленный индивидуальный опрос родителей

показал, что у 20% из них отмечаются проявления вегетативно-сосудистой дистонии; у 3% — склонность к невротическим (депрессивным или ипохондрическим) состояниям; у 8% — фобические расстройства (неуверенность, тревожность, агрессивные реакции). Несмотря на деликатность подобного опроса и относительность полученных сведений, имеются основания полагать, что отягощенная наследственность по состоянию центральной и вегетативной нервной систем играла определённую роль в возникновении хронического колита.

Анализируя этиологические предпосылки и возможные факторы возникновения хронического колита у детей, мы обращали внимание на фоновые состояния, перенесенные или сопутствующие заболевания, которые могли способствовать развитию и хронизации патологии. Наиболее существенными факторами оказались нерациональное питание, высокий инфекционный индекс, раннее искусственное вскармливание, вредные привычки, перенесенные кишечные инфекции и мало-подвижный образ жизни.

Нерациональное питание заключалось как в нарушении его режима (беспорядочный приём пищи, часто еда всухомятку, обильная еда на ночь, поспешность во время еды), так и в характере пищи (несбалансированность по основным пищевым ингредиентам, избыточно жирная или острая пища, злоупотребление сладостями, увлечение газированными напитками и т. д.). Как правило, нарушения режима и характера питания сочетались.

Из перенесенных инфекций встречались в большинстве случаев каплевые инфекции (ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит), острые вирусные респираторные и кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллёз), причем чаще этиология кишечного расстройства оставалась нерасшифрованной, на что указывают данные литературы [8].

Раннее искусственное вскармливание (нередко с периода новорожденности) имело место у 26% детей, однако, по-видимому, эту цифру следует увеличить за счёт детей, находившихся на раннем смешанном (по сути дела искусственном) вскармливании, удельный вес которых в группе наблюдавшихся больных также был достаточно высок.

Сведения о вредных привычках давались неохотно, некоторые родители были просто не осведомлены об их наличии. Наряду с постоянным жеванием резинки с частым слёвыванием довольно часто встречались курение, употребление алкоголя, некоторые дети признавались во вдыхании одурманивающих веществ (клей, пары бензина).

Малоподвижный образ жизни был характерен для многих детей, в том числе уклонение от занятий физической культурой и злоупотребление времяпрепровождением перед телевизором или компьютером.

При анализе основных клинических проявлений хронического неязвенного колита прежде всего обращали на себя внимание жалобы на нарушения стула (запор, иногда смена запора неустойчивым стулом), которые отмечались с различной степенью выраженности практически у всех больных детей. Нарушения стула обычно сочетались с различного рода болями в животе (91% больных), чаще ноющего характера, иногда усиливающиеся перед или в процессе акта дефекации

и уменьшающиеся или исчезающие после отхождения кала и газов. Из диспептических явлений чаще всего отмечались отрыжка и тошнота. У всех детей имели место признаки хронической интоксикации — вялость, слабость, раздражительность, нарушения сна, иногда — низкий субфебрилитет. Из объективных симптомов при пальпации живота наиболее характерными были болезненность по ходу всей толстой кишки (81%) или только сигмовидной, которая у значительной части больных была спазмирована.

Следует отметить, что наряду с жалобами, которые мы относили на счёт кишечника, у наблюдавшихся нами больных отмечались в той или иной степени выраженные субъективные и объективные признаки, связанные с наличием сопутствующих заболеваний пищеварительной системы, что отмечают и другие авторы [9]. Наиболее характерными были жалобы и клинические симптомы, связанные с наличием сопутствующей гастроэнтерологической патологии: разной интенсивности боли в верхнем отделе живота, нередко наступающие натощак; пальпаторная болезненность в эпигастриальной области и пилородуоденальной зоне. При заболеваниях гепатобилиарной системы боли локализовались, как правило, в области правого подреберья, отмечались положительные пузырьные симптомы, увеличение печени и ее чувствительность при пальпации. О явлениях панкреатопатии свидетельствовали характерные болезненные зоны в сочетании с диспептическими явлениями. Несмотря на определенные трудности в дифференциации жалоб, в большинстве случаев она была возможна, поскольку ведущей патологией у наших больных были заболевания кишечника в периоде обострения, тогда как сопутствующие заболевания — в периоде неполной или полной клинической ремиссии.

Для выделения наиболее информативных анамнестических и клинических признаков, способствующих развитию хронического колита и сопутствующего ему, мы изучили чувствительность и специфичность описанных выше признаков хронического колита в сравнении с известными признаками синдрома раздражённого кишечника. Последовательный анализ по способу В.С. Генеса с использованием критерия *t* Стьюдента и метода характеристических интервалов показал, что наиболее характерными для хронического колита явились: перенесенная кишечная инфекция в анамнезе, отягощённая наследственность по заболеваниям органов пищеварения, длительность заболевания свыше 3 лет, связь болей в животе с приёмом пищи, локальная болезненность при пальпации сигмовидной кишки. Это, с одной стороны, свидетельствует о неспецифичности большинства клинических и анамнестических признаков хронического колита, а с другой — о возможности использования некоторых из них при постановке диагноза заболевания.

Верификация диагноза хронического колита, как было отмечено выше, достигалась гистологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки толстой кишки, которое было проведено на кафедре патологической анатомии ХМАПО. Лишь у 8 детей (7%) слизистая оболочка толстой кишки оказалась неизменной; у остальных 107 (93%) больных выявлены различной степени воспалительные изменения, причём выделены две основные морфологические формы забо-

левания: хронический колит без атрофии — у 20 детей из 107 (19%) и хронический колит с атрофией слизистой оболочки (81%). Последовательный анализ чувствительности и специфичности отдельных морфологических признаков, свойственных хроническому колиту, позволил установить относительную специфичность двух из них — истончения слизистой оболочки толстой кишки и уменьшения площади кишечных крипт; одновременное истончение слизистой оболочки и уменьшение площади кишечных крипт достигает абсолютной специфичности для хронического колита.

Поскольку морфологическое исследование слизистой оболочки толстой кишки, несмотря на свою информативность, всё же не является обыденным и должно проводиться в специализированных учреждениях и по определённым показаниям, мы параллельно с морфологическим провели ректороманоскопическое обследование больных, результаты которого в 89% случаев подтвердили наличие воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки. Вместе с тем необходимо отметить, что морфологическое исследование более информативно, так как степень выраженности воспалительного процесса (без атрофии, начальная атрофия, умеренно выраженная атрофия, выраженная атрофия) эндоскопически определяется далеко не всегда. Наиболее информативными ректороманоскопическими признаками хронического колита являются смазанность рельефа или отсутствие складок слизистой оболочки толстой кишки и увеличение лимфоидных фолликулов.

Ирригоскопическое исследование толстой кишки играет меньшую роль в диагностике воспалительного процесса, поскольку рентгенологические признаки этого заболевания признаются информативными далеко не всеми авторами [2; 6]. В наших исследованиях такими признаками оказались симптом «двойного контура», продольное или беспорядочное размещение складок слизистой оболочки, наличие слизи в просвете кишки. Ограничиваться ирригоскопическим исследованием при диагностике хронического колита, на наш взгляд, нецелесообразно, так как по информативности оно уступает эндоскопии, не говоря уже о морфологии. В то же время ирригоскопическое исследование существенно дополняет полученные результаты, прежде всего в плане выявления аномалий и пороков развития кишечника и определения характера кишечной моторики.

Из лабораторных исследований кала (физико-химические свойства, микроскопия, качественные реакции на наличие в кале растворимого белка) наиболее информативной оказалась реакция с уксусной и трихлоруксусной кислотами (реакция Трибуле–Вишнякова), положительный результат которой (++; +++)

свидетельствует об увеличении в кале растворимого белка и тем самым косвенно подтверждает наличие воспалительного процесса.

В заключение следует отметить, что диагноз хронического (неязвенного) колита у детей не является редкостью. Существует ряд достаточно информативных анамнестических и клинических признаков, свойственных этому заболеванию, однако диагноз воспалительного процесса должен быть верифицирован с помощью эндоскопического или — предпочтительно — морфологического исследования слизистой оболочки толстой кишки. В то же время использование комплекса эндоскопических, ирригоскопических и лабораторных показателей позволяет дифференцировать хронический неязвенный колит с заболеваниями кишечника функциональной природы.

Литература

1. Эпидемиология и факторы риска развития болезней органов пищеварения у детей / А.С. Борисов, О.В. Зазулина, Н.А. Дятлова и др. // Современные проблемы педиатрии: Матер. VIII съезда педиатров России.— М., 1998.— С. 48.
2. Златкина А.Р. Хронический колит // Клин. мед.— 1999.— № 7.— С. 59–62.
3. Шадрин О.Г. Особливості клініки хронічного вторинного коліту у дітей // ПАГ.— 1991.— № 6.— С.22–23.
4. Колитон К.К. Маски воспалительной болезни кишечника // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 1998.— № 1.— С. 91–100.
5. Jorde R., Kildebo S., Bostand L. Rigid proctosigmoidoscopy endoscopical and histological findings in a hospital practice // Ital. J. Gastroenterol.— 1989.— № 6.— P. 332–336.
6. Эйберман А.С., Трифонов В.Д. О соотношении функционального и органического в детской гастроэнтерологической патологии: Матер. III Всерос. форума «С.-Петербург-Гастро-2001» // Гастробюллетень.— 2001.— № 2–3.— С. 99.
7. Клиническое течение и исходы воспалительных заболеваний кишечника у детей / Е.Г. Цимбалова, А.С. Потапов, П.Л. Щербаков, Б.С. Каганов // Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее: Матер. VII конгр. педиатров России.— М., 2002.— С. 321–322.
8. Levis L. G. Gastrointestinal infection in children // Pediatr.— 1994.— V. 5.— P. 573–579.
9. Алиева Э.И., Ялышева Г.Т. Состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с хроническим колостазом // Современные проблемы педиатрии: Матер. VIII съезда педиатров России.— М., 2000.— С. 369.

Поступила 05.06.2003

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC COLITIS IN CHILDREN

O.Yu. Belousova

Summary

The questions of etiology, pathogenesis, clinical course of chronic non-ulcer colitis in children are featured. Diagnostic informativity of instrumental studies of the large intestine (endoscopy, irrigography, histology) as well as additional methods of diagnosis and differential diagnosis of inflammatory and functional diseases of the large intestine in children was studied.