О.Ю. Белоусова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Между синдромом раздраженного кишечника и хроническим язвенным колитом

О.Ю. Белоусова

«В гастроэнтерологии особенно много нерешенных проблем в разделе заболеваний кишечника. Исключив из номенклатуры кишечных болезней хронические энтериты и колиты, ничего не предложили взамен. Между функциональными расстройствами кишечника типа синдрома раздраженной кишки, с одной стороны, и идиопатическими воспалительными заболеваниями типа язвенного колита и болезни Крона – с другой, образовался ничем не заполненный вакуум. Практическим врачам не ясно, как обозначать многочисленные болезни кишечника, которые еще недавно именовались хроническими энтеритами и колитами».

Приведенная цитата из работы известного гастроэнтеролога-терапевта, профессора Я.С. Циммермана [10], несомненно, актуальна и для педиатрической практики и отражает существующее положение вещей. Действительно, понятия «хронический неязвенный колит» и «хронический энтерит» не очень четко очерчены в практической гастроэнтерологии, что обусловлено различными причинами. Синдром раздраженного кишечника (СРК), хронический неязвенный колит, хронический неспецифический язвенный колит (НЯК) – это заболевания толстой кишки, тогда как хронический энтерит – болезнь тонкого кишечника. Иными словами, это патология различных отделов кишечника, и ее следует четко различать [3, 4, 9, 11, 13].

Прежде всего речь пойдет о хронических заболеваниях толстой кишки. Безусловно, хронический неязвенный колит, точнее, хронический неспецифический неязвенный колит, является промежуточной патологией между СРК и НЯК [1, 5, 12].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные хроническим воспалительным заболеваниям толстой кишки, проблема хронического колита остается актуальной. Длительное время этим термином обозначали самые разнообразные патологические состояния кишечника, что было связано с отсутствием достаточно четких представлений о сущности заболевания. Согласно современным представлениям хронический неязвенный колит следует рассматривать как клинико-морфологический феномен, характеризующийся свойственным заболеваниям кишечника болевым и диспептическим синдромами с морфологически определяемыми признаками дистрофии эпителия, уменьшением глубины крипт и развитием лимфоплазматической инфильтрации разной степени выраженности. Однако, несмотря на вполне определенные изменения слизистой оболочки толстой кишки, характерные для хронического колита, этот диагноз в последние годы был практически вытеснен из клинической практики. Это во многом связано с чрезмерным увлечением диагнозом СРК, который имеет много общих признаков с хроническим неязвенным колитом, но проявляется преимущественно нарушениями моторики толстой кишки и не обусловлен морфологическими изменениями ее слизистой оболочки. Способствовало этому обстоятельству и то, что в МКБ-10 под воспалительными заболеваниями толстой кишки подразумеваются лишь НЯК 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 неязвенный колит, как указывалось выше, имеет четкую морфологическую характеристику [5, 8, 12].

В МКБ-10 хронический неязвенный колит занимает «скромное» место в рубрике К59.9 – «Неинфекционный гастроэнтерит и колит неуточненный» [4], что вряд ли следует считать правильным, поскольку хронический неязвенный («неуточненный») колит, по крайней мере в педиатрической практике, встречается достаточно часто. Тем не менее, как уже упоминалось, в последние годы диагноз хронического неязвенного колита устанавливается редко, что в немалой степени связано с мнением, что при СРК (К58 по МКБ-10) могут иметь место катаральные, начальные, преходящие, обратимые изменения слизистой оболочки толстой кишки. Однако, во-первых, в подавляющем большинстве случаев хронический неязвенный колит, как показывают наши исследования [1, 2, 9], носит атрофический характер, и, во-вторых, даже катаральные и преходящие изменения токсического или аллергического происхождения все-таки являются отражением морфологического субстрата воспаления. Поэтому СРК и хронический неязвенный колит необходимо различать, что, безусловно, требует клинико-морфологической характеристики каждого заболевания, тем более что в патогенезе хронического неязвенного колита также значительную роль играют моторные нарушения.

«Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Украины № 438 от 26.05.2010 г. [6], включают раздел «Хронічний неспецифічний невиразковий коліт», что значительно объективизирует и облегчает постановку этого диагноза в педиатрической практике. 29 января 2013 г. увидел свет приказ МЗ Украины № 59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» [7], в котором хронический неспецифический неязвенный колит представлен в отдельном унифицированном протоколе, что окончательно закрепляет легитимность указанной патологии кишечника. Однако, как каждый закон (приказ), рассматриваемый документ требует подзаконных разъяснений и комментариев, чему и посвящена данная работа.

Хронический неспецифический неязвенный колит

Заболевание представляет собой хроническое воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки толстой кишки с преобладанием в клинической картине признаков функциональных расстройств. Код МКБ-10 – К59.9

Эпидемиология. Частота хронического колита составляет от 5 до 12 случаев на 1 тыс. детского населения и около 10% в структуре хронической патологии органов пищеварительной системы у детей. Вместе с тем проблема хронического колита, несмотря на многочисленные исследования, остается достаточно сложной. В последние годы, кроме диагноза «хронический колит», достаточно широко используется формулировка «хронический неязвенный колит», что подчеркивает патогенетическое отличие этой формы заболевания от НЯК, который наряду с болезнью Крона обозначается термином «воспалительная болезнь кишечника». Насколько утвердится в практике эта терминология – покажет время.

Классификация хронического неспецифического неязвенного колита (О.Ю. Белоусова, 2007) [9]

1. Этиология: алиментарный, инфекционный или паразитарный, при экзогенных и эндогенных интоксикациях, при эндокринных заболеваниях, при заболеваниях ЦНС.

2. Морфология:

а) эндоскопия (катаральный, катарально-фолликулярный, эрозивный);

б) гистология (без атрофии, с атрофией – начальный, умеренно выраженный, выраженный; неактивный; активный – с низкой активностью, с умеренной активностью, с выраженной активностью).

3. Локализация (проктит, сигмоидит, трансверзит, панколит).

4. Тяжесть течения (легкое, средней тяжести, тяжелое).

5. Фаза течения (обострение, неполная клиническая ремиссия, полная клиническая ремиссия, клинико-эндоскопическая (гистологическая) ремиссия).

6. Моторика толстой кишки (гиперкинезия – гипертония, гиперкинезия – гипотония, гипокинезия – гипотония, гипокинезия – гипертония).

Этиология. Развитие хронического колита может быть обусловлено рядом факторов как внешней, так и внутренней среды организма, в частности психоэмоциональным стрессом, который приводит к появлению функциональных нарушений в работе кишечника (СРК), а впоследствии – и к возникновению хронического колита; диетическими нарушениями; ранее перенесенными инфекционными заболеваниями, причем особое значение придается агрессивности возбудителя, несвоевременному и неправильному лечению, снижению реактивности организма ребенка. В развитии заболевания немаловажную роль играет повышенная аллергизация организма, что может быть как причиной болезни, так и сопутствующим состоянием в связи с недостаточностью локальных средств защиты. Существенное значение имеет различная гастроэнтерологическая патология, которая оказывает рефлекторное влияние из очага первичного поражения на фоне нарушения нейрогуморальных регуляторных механизмов, врожденная патология и аномалии развития кишечника, перенесенные соматические и хирургические заболевания, а также применяемая при них, иногда в неоправданно больших объемах, антибиотикотерапия и, как следствие, нарушения биоценоза кишечника. Изменения микробной флоры приводят к интенсивному размножению условно-патогенных микроорганизмов, которые активно используют питательные компоненты.

Патогенез. Патогенетическое значение в развитии воспалительного процесса слизистой оболочки кишечника имеют бактериальные аминокислоты – метаболиты индол, скатол. В результате жизнедеятельности условно-патогенных микроорганизмов увеличивается количество гистамина, что ведет к сенсибилизации организма, ослаблению клеточной и гуморальной защиты. Обладая хорошей способностью адаптироваться в условиях окружающей среды, условно-патогенные микроорганизмы создают конкуренцию нормальной микрофлоре кишечника. Дефицит бифидум-флоры влечет за собой нарушение процессов переваривания, всасывания и усвоения питательных веществ. Большое значение в патогенезе хронического колита имеют нарушения нервной регуляции кишечника. В основе этих явлений лежит как ослабление тормозящих воздействий коры головного мозга на ниже расположенные отделы при значительном снижении реактивности симпатического отдела вегетативной нервной системы, так и увеличение содержания в крови биологически активных веществ – серотонина и гистамина. Несомненную роль играют также нарушения иммунологической реактивности организма. При увеличении уровня иммуноглобулинов в крови больных выявляются кишечные аутоантитела. Это свидетельствует о том, что в патогенезе заболевания имеет место сенсибилизация к собственным тканевым антигенам.

Значительные изменения происходят в системе кровообращения: нарушается проницаемость кровеносных сосудов, развиваются признаки ДВС-синдрома – активация свертывающей системы крови и образование микротромбов, что приводит к нарушению кровообращения и образованию эрозивных дефектов слизистой оболочки кишки.

Факторами риска трансформации СРК в хронический колит являются: длительность заболевания более 5 лет, нарушение микроэтиологического статуса толстой кишки с обильным ростом условно-патогенной флоры, снижение уровня иммуноглобулина А, изменение соотношения активности процессов перекисного окисления липидов и антиперекисной защиты.

Многоплановость патогенетических звеньев развития заболевания обусловливает своеобразие его клинической картины.

Клиническая картина. Хронический колит у детей чаще всего сопровождается скудной клинической симптоматикой, особенно на ранних этапах развития заболевания, и характеризуется длительным, склонным к рецидивированию течением, что создает значительные трудности для своевременной диагностики. При обострении хронического колита наблюдаются изменение самочувствия больного, появление или усиление симптомов хронической интоксикации, таких как повышенная утомляемость, снижение аппетита, головная боль, субфебрилитет. Одновременно отмечаются нарушения стула. При его длительной задержке возникает боль в левой подвздошной области, связанная с переполнением толстого кишечника и исчезающая после дефекации. Каловые массы отходят в малом количестве, часто в виде «овечьего» кала, иногда

в конце акта дефекации появляется примесь красной крови, что обычно является следствием трещины заднего прохода. При длительном запоре наблюдаются тошнота, рвота, обусловленные каловой интоксикацией, которая развивается у ребенка. Течение хронического колита может сопровождаться учащением стула до 3-5 раз в сутки с изменением его консистенции, примесью слизи в каловых массах, явлениями метеоризма, болевыми ощущениями в нижних отделах живота по ходу толстого кишечника.

При осмотре детей обращают на себя внимание явления умеренно выраженной хронической интоксикации, обложенность языка белым налетом. Живот часто вздут, при пальпации болезненный в области сигмовидной и нисходящего отдела ободочной кишки, что объясняется преимущественно левосторонней локализацией воспалительного процесса. Кроме болезненности по ходу толстого кишечника, характерно наличие позитивных симптомов Образцова, Герца, «воздушного столба». Особенности течения хронического колита у детей во многом определяются характером нарушения моторики толстой кишки. В зависимости от вида дискинезии стул и боль в животе имеют ряд особенностей. При сочетании колита с энтеритом стул чаще всего бывает обильным, жидким, значительно выражен метеоризм, часто определяются симптом Образцова и болезненность в точке Поргеса.

Хронический колит протекает длительно, волнообразно, с чередованием периодов обострения и ремиссии. Существенный отпечаток на характер клинической картины заболевания накладывает общая патология органов пищеварения, что необходимо учитывать при постановке диагноза.

Диагностика. В клиническом анализе крови возможны умеренные проявления анемии, эозинофилия.

Копрограмма позволяет обнаружить илеоцекальный синдром (с преобладанием процессов брожения – пенистые каловые массы золотистого цвета, pH кислая, внутриклеточный крахмал, йодофильная флора; при преобладании процессов гниения – коричневый цвет кала, гнилостный запах, pH щелочная, отсутствует йодофильная флора; при развитии колитического синдрома (неоформленные каловые массы, слизь), повышенное содержание лейкоцитов, клетки эпителия различной степени дегенерации; посев кала на микрофлору почти у 100% больных выявляет диссоциированный дисбиоз.

С помощью эндоскопического исследования (ректороманоскопии, колоноскопии) обнаруживают катаральное, катарально-фолликулярное воспаление или субатрофию; чаще всего изменения слизистой оболочки носят смешанный характер – матовая, шероховатая, рыхлая поверхность, возможные участки сухой тусклой поверхности, гиперемия слизистой оболочки, иногда с участками бледного цвета, смазанность и нарушение структуры сосудистого рисунка, его полнокровие или бледность, увеличение количества и размеров лимфоидных фолликулов; деструктивные нарушения слизистой оболочки толстой кишки (эрозии) отмечаются редко.

Ирригографическое исследование позволяет выявить сужение пораженных участков кишки, асимметрию, неравномерность, сглаженность гаустрального рисунка, перестройку рельефа, нарушение направления и прерывистость, утолщение складок, фолликуляцию, гипо- и гиперкинетические нарушения.

При морфологическом исследовании обнаруживают поверхностный, атрофический колит (начальный, умеренно выраженный и выраженный), повышение миотической активности эпителиоцитов, увеличение количества межэпителиальных лимфоцитов (за счет бластных форм), моноцитов и незрелых плазматических клеток, атрофические изменения в эпителиоците с одновременным усилением процессов регенерации.

Дифференциальная диагностика. Неязвенный колит следует дифференцировать с хроническим энтеритом и СРК.

Лечение. Показанием к госпитализации является обострение процесса. Продолжительность стационарного лечения составляет 10-12 дней. Лечение больных хроническим колитом должно быть дифференцированным, комплексным и включать диетотерапию, медикаментозную терапию, местные ректальные процедуры, а также физио- и бальнеолечение. В периоде обострения очень важна щадящая диета. Для уменьшения перистальтики кишечника и раздражающего действия пищи на его слизистую оболочку назначается дробное питание 6-8 раз в сутки. При склонности к диарее рекомендуется стол с механическим и химическим щажением слизистой оболочки (диета № 4 и ее варианты – № 4б и 4в). Метеоризм устраняется путем ограничения в рационе углеводов, молока и молочных продуктов. При колите, сопровождающемся запором, рекомендуются свекла, морковь, тыква, чернослив, абрикосы, овощные и фруктовые соки. Эффективно употребление отрубей. В периоде ремиссии целесообразно назначать общий стол с исключением жирного мяса, острых и соленых блюд, экстрактивных веществ, сдобного теста.

Антибактериальная терапия показана при длительной, не уменьшаемой симптоматическими средствами диарее, при обострении хронических очагов инфекции, в периоде обострения, при сочетании воспаления с выраженными явлениями кишечного дисбиоза. Она включает: сульфаниламиды – фталилсульфатиазол (0,4-0,75 г 4 раза в сутки), фталилсульфапиридазин (0,5 г 2 раза в сутки); месалазин курсом 5-7 дней в средневозрастных дозировках; нитрофурановые препараты – фуразолидон (10 мг/кг/сут), нифуроксазид (1-2 таблетки 3 раза в сутки); производные 8-оксихинолина – нитроксолин (0,2-0,4 г в 4 приема), налидиксовая кислота (50-60 мг/кг/сут в 3-4 приема); интетрикс (1 капсула 3-4 раза в сутки).

Симптоматическая терапия зависит от характера дискинетических расстройств кишечника и характера стула: при запоре, обусловленном гиперкинетическими расстройствами, назначаются седативные препараты (препараты валерианы, брома, диазепам в возрастных дозировках (курсом до 1-2 мес); спазмолитики, блокаторы H_2-рецепторов гистамина – ранитидин (0,15 мг 2 раза в сутки), фамотидин (0,20 мг 2 раза в сутки) и др. При запоре, вызванном гипокинетическими расстройствами, показаны препараты, регулирующие моторику кишечника (домперидон, фитопрепараты); слабительные (предпочтение отдается препаратам с гидрофильным эффектом). При выраженном синдроме диареи назначают адсорбенты, антихолинергические, ферментные препараты. Обязательно проводится лечение дисбиоза.

Местная терапия при хроническом колите включает применение клизм и свечей, которые оказывают противовоспалительное действие на слизистую оболочку толстой кишки в пределах аноректальной области. Используются микроклизмы из ромашки, колларгола, а при атрофических и субатрофических изменениях – масляные (рыбий жир, растительное масло). Применение свечей способствует уменьшению спазма кишки, болезненных ощущений в заднем проходе, опорожнению кишки. Свечи вводятся в задний проход обычно на ночь или утром перед опорожнением кишечника.

Наряду с медикаментозным лечением назначают физиотерапевтические процедуры, которые оказывают противовоспалительное действие и способствуют ликвидации нарушений моторики кишечника. Тепловые процедуры – аппликации на область живота парафина, озокерита – улучшают кровоснабжение кишечника, уменьшают воспалительные явления. С помощью специального ректального наконечника применяется диатермия, нормализующая перистальтику кишечника и способствующая ликвидации болевого синдрома. В зависимости от типа моторных нарушений используется электрофорез грязевого раствора, а также лекарственных препаратов: при склонности к запорам с преимущественно спастическим компонентом применяют холинолитики, а в случае гипотонии кишечника – препараты кальция. Фитотерапия при хронических заболеваниях кишечника дифференцируется в зависимости от характера нарушений его деятельности (запор, диарея) и типа моторики (гипермоторная, гипомоторная). Фитотерапию при колите целесообразнее назначать в периоде затухания воспалительного процесса, используя сборы лекарственных растений (при запоре): кора крушины, цветки бузины, плоды фенхеля, плоды аниса, плоды жостера, корни солодки, плоды тмина, листья сенны, корень одуванчика, корень валерианы, листья крапивы. При диарее применяют другие лекарственные травы связывающего и обволакивающего действия.

Использование различных природных бальнеологических факторов при хроническом колите целесообразно и находит широкое применение в педиатрической практике. Бальнеолечение назначается в фазе ремиссии или не ранее, чем через 2-3 мес после обострения заболевания. Употребление минеральной воды способствует нормализации моторно-эвакуаторной функции кишечника, улучшает процессы переваривания и всасывания, повышает секреторную функцию желез слизистой оболочки кишечника. Используются минеральные воды малой или средней минерализации, богатые сульфатом натрия и солями магния, которые влияют на нервно-мышечный аппарат кишечника. При хроническом колите, сопровождающемся диареей, минеральные воды назначаются в уменьшенном количестве 1-2 раза в сутки, обязательно в горячем виде. Прием теплой минеральной воды показан при хроническом колите со спастическими запорами. При снижении моторной функции кишечника минеральную воду следует пить холодной, так как в этом случае она способствует стимуляции перистальтики кишечника.

Кроме лечебного употребления различных минеральных вод, при заболеваниях кишечника широко применяются ректальные процедуры в виде промывания кишечника, кишечного душа. Промывание кишечника необходимо для удаления фекальных масс, слизи, токсинов. Минеральная вода, действуя на слизистую оболочку и рецепторы дистального отдела кишечника, уменьшает воспалительный процесс, влияет на кишечную микрофлору и моторно-эвакуаторную функцию. Противопоказаниями для проведения ректальных процедур являются повышенная раздражительность слизистой оболочки прямой кишки, наличие трещин заднего прохода, эрозивный характер поражения слизистой.

В периоде стихания воспалительного процесса показана лечебная физкультура. При хронических колитах с запорами и преобладанием спазмов особое внимание уделяется выбору исходного положения (стоя на четвереньках, лежа на спине с согнутыми в коленях ногами). При пониженном тонусе кишечника назначаются упражнения для мышц живота в различных исходных положениях.

Прогноз. При своевременном комплексном лечении прогноз в отношении полного выздоровления благоприятный.

Профилактика неспецифическая и включает использование типичных для заболеваний органов пищеварения средств. Огромное значение имеет предупреждение и своевременное лечение острых кишечных заболеваний и коррекция дисбиоза кишечника.

Диспансерное наблюдение: осмотр детским гастроэнтерологом 2 раза в год (в первый год наблюдения, далее – 1 раз в год), педиатром – один раз в 3 мес; отоларингологом, стоматологом, хирургом, другими специалистами – по требованию.

Противорецидивное лечение: 2 раза в год в условиях стационара или амбулаторно. Объем контрольно-диагностических обследований: клинический анализ крови и мочи – 2 раза в год, копрограмма – 1 раз в 6 мес, анализ кала на яйца глистов и простейших – 2 раза в год, биохимическое исследование кала (реакция Грегерсена, Трибуле) 1 раз в год, протеинограмма, острофазовые показатели – 1 раз в год, анализ кала на дисбактериоз – 2 раза в год (в первый год наблюдения, далее – по требованию), ректороманоскопия – 1 раз в год (в первый год наблюдения, далее – по требованию), УЗИ органов брюшной полости – по необходимости.

Диспансерное наблюдение – 3 года внеприступного периода. С диспансерного наблюдения можно снять при отсутствии патологических изменений после полного лабораторно-инструментального обследования.

Санаторно-курортное лечение: воды малой и средней минерализации для питьевого лечения, кишечного промывания, микроклизмы. Рекомендуются курорты Трускавец, Миргород, Закарпатская группа курортов.

Таким образом, хронический неспецифический неязвенный колит, в основе которого лежит сочетание элементов воспаления и дистрофии слизистой оболочки с функциональными расстройствами толстой кишки, не только является самостоятельной нозологической формой, которую следует четко отличать как от НЯК, так и от СРК, но и остается одним из наиболее распространенных заболеваний детского возраста, требующих тщательной адекватной диагностики и своевременного лечения.

Литература

1. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей. – Х.: ИД «ИНЖЭК», 2005. – 252 с.
2. Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування): навч. посіб. для педіатрів, дитячих гастроентерологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини / Ю.В. Бєлоусов, О.Ю. Бєлоусова, Л.Г. Волошина і співавт. – Х.: ВД «ІНЖЕК», 2010. – 143 с.
3. Мазанкова Л.Н., Халиф И.Л., Водилова О.В. Болезнь Крона у детей (принципы диагностики и лечения). – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 88 с.
4. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 1-й перегляд. – Всесвітня організація охорони здоров'я, 1998. – 685 с.
5. Неспецифічний виразковий коліт (клініка, діагностика і лікування) / Методичні рекомендації, затверджені МОЗ України / Ю.С. Лозинський. – Львів, 2003. – 24 с.
6. Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей / Наказ МОЗ України № 438 від 26.05.2010 р.
7. Уніфікований Протокол медичної допомоги дітям із хронічним неспецифічним невиразковим колітом / Наказ МОЗ України № 59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» від 29.01.2013 р.
8. Современные вопросы диагностики и лечения воспалительных заболеваний толстой кишки у детей: пособие для врачей. – Нижний Новгород: Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, 2004. – 24 с.
9. Хронічний неспецифічний невиразковий коліт у дітей (етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, диспансеризація) / Методичні рекомендації, затверджені МОЗ України / О.Ю. Бєлоусова. – К., 2007. – 20 с.
10. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2012. – 800 с. – С. 14-15.
11. Biggs W.S., Dery W.H. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and children. Amer. Fam. Physician. – 2006. – № 73. – С. 469-482.
12. Hyams J.S. Irritable bowel syndrome, functional dyspepsia and functional abdominal pain syndrome. Adolesc. Med. Clin. – 2004. – № 15. – P. 1-15.
13. Drossman D.A., Dumitrascu D.L. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders // J. Gastrointestin. Liver. Dis. – 2006. – Vol. 15, № 3. – P. 237-241.