

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Структура и характеристики хронических заболеваний кишечника у детей

Продолжение, начало в № 2/2011.

Синдром раздраженного кишечника (СРК; К58 — СРК с диареей, К58.9 — СРК без диареи)

Определение. СРК — комплекс функциональных, то есть не связанных с органическим поражением кишечника, расстройств длительностью более 3 месяцев, основными клиническими проявлениями которого являются боли в животе (обычно уменьшаются после акта дефекации), сопровождающиеся метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника или императивными позывами на дефекацию, а также нарушениями его функций: запорами, поносами или их чередованием.

Клиническая симптоматика. Характер жалоб зависит от варианта СРК:

— сопровождающийся диареей — жидкий стул желтого цвета, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи, 2-4 раза в сутки, чаще утром, после завтрака, особенно при эмоциональном напряжении и беспокойстве, императивные позывы на дефекацию;

— протекающий преимущественно с запорами — задержка стула до 1-2 раз в неделю, иногда регулярный стул с длительным напряжением, чувство неполного опорожнения кишечника, изменение формы и характера стула — твердый, сухой, по типу овечьего, лентовидный и т.д., иногда — «запорный» понос;

— протекающий с болями в животе и метеоризмом — приступообразные или тупые, давящие, распирающие боли в животе, сопровождающиеся вздутием (усиливаются после еды, при стрессовой ситуации, перед дефекацией и проходят после дефекации), жалобы общего характера, которые встречаются независимо от варианта СРК: головная боль, утомляемость, боль в области сердца, затрудненный вдох, чувство кома при глотании, тошнота, чувство быстрого переполнения в верхней половине живота. Отрыжка, ощущение дрожи, нарушение мочеиспускания. Обращает на себя внимание несоответствие между длительностью заболевания, многочисленными жалобами и удовлетворительным физическим состоянием ребенка. Объективно: признаки астеновегетативного и астенодепрессивного синдромов, пальпаторно — боль на протяжении всей толстой кишки или ее части.

Диагностика. Клинический анализ крови — в границах возрастной нормы; клинический анализ мочи — без особенностей. Копрологическое исследование: возможен кашицеобразный или жидкий стул с первой плотной порцией, наличие слизи. Анализ кала на дисбактериоз — уменьшение бифидо- и лактофлоры, увеличение условно-патогенной флоры. Ректороманоскопия (колоноскопия): боль при инсuffляции воздуха, возможно усиление сосудистого рисунка слизистой, наложение слизи, высокие ригидные складки, физиологические сфинктеры с повышенным тонусом. Ирригография: выведение контраста и появление симптома «шнура». Манометрия: при баллонном растяжении прямой кишки более высокие показатели давления.

Лечебные мероприятия. Режим дня: рациональное чередование труда, отдыха, прогулок, физических нагрузок, достаточного сна, по возможности — коррекция психотравматических ситуаций.

Специальной диеты нет. Рекомендуется прежде всего регулярный (5-6 раз в день) прием пищи небольшими порциями. Исключаются плохо переносимые и способствующие газообразованию продукты (животные жиры, цитрусовые, шоколад, горох, фасоль, чечевица, капуста, молоко, черный хлеб, газированные напитки, квас, виноград, изюм). При диарее ограничиваются продукты, содержащие лактозу и фруктозу (в случае их непереносимости); при запорах рекомендуется прием нерафинированных продуктов, достаточное количество балластных веществ в пищевом рационе (хлеб из муки грубого помола с добавлением отрубей, овощи, фрукты) с учетом их переносимости.

Психорефлексотерапия, антидепрессанты (амитриптилин 6-12 мг 1-2 раза в сутки, имипрамин 0,02-0,05 г в сутки в 1-2 приема, опипрамол по 0,05 г 1-2 раза в сутки).

При диарее: производные фенилпиперидина: лоперамид 0,2 мг/10 кг массы тела 2-3 раза в сутки; энтеросорбенты.

При запорах: прокинетики (домперидон); набухающие слабительные.

При болях в животе: спазмолитики, холинолитики, М-холиноблокаторы.

Диспансерный учет. Осмотр детским гастроэнтерологом проводится 2 раза в год, педиатром — 1 раз в 3 месяца; отоларингологом, стоматологом, хирургом — 1 раз в год. Противорецидивное лечение — 2 раза в год.

Объем контрольно-диагностических исследований: клинический анализ крови и мочи проводится 2 раза в год, копрограмма — 2 раза в год, анализ кала на яйца глистов и простейшие — 2 раза в год (первый год учета), далее по необходимости, ректороманоскопия — 1 раз в год.

Диспансеризация осуществляется 3 года вне периода обострения. С диспансерного учета можно снять при отсутствии патологических изменений после полного лабораторно-инструментального обследования.

Санаторно-курортное лечение: вода малой и средней минерализации для питьевого лечения, кишечного промывания, микроклизм. Рекомендуются курорты Трускавец, Миргород, Закарпатье.

Хронический неинфекционный колит (хронический неспецифический язвенный колит, К59.9)

Определение. Хроническое воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки толстой кишки с преобладанием в клинической картине признаков функциональных расстройств.

Клиническая симптоматика: полиморфная боль в животе, чаще во второй половине дня в нижнем и левом боковом отделах, метеоризм, нарушение дефекации (запор, склонность к послаблению, смена запора поносом), снижение аппетита.

Объективно: боль при пальпации в области слепой и поперечно-ободочной сигмовидной кишки, урчание в илеоцекальной области, изменение тонуса толстой кишки (спазм, атония), симптомы хронической интоксикации (астения, вегетативные нарушения).

Диагностика. Клинический анализ крови — возможны умеренные проявления анемии, эозинофилия. Копрограмма: илеоцекальный синдром (с преобладанием процессов брожения — пенистый стул золотистого цвета, pH <7,0, внутриклеточный крахмал, йодофильная флора; с преобладанием процессов гниения — коричневый цвет, гнилостный запах, pH >7,0, отсутствие йодофильной флоры; колитический синдром (неоформленный стул, слизь), повышенное содержание лейкоцитов, клетки эпителия разной степени дегенерации; посев кала — диссоциированный дисбактериоз.

Эндоскопическое исследование (ректороманоскопия, колоноскопия) — катаральное воспаление, катарально-фолликулярное воспаление, субатрофия, смешанные изменения — матовая, шероховатая, пыльная поверхность, возмозны участки сухой тусклой поверхности, гиперемия слизистой иногда с участками бледного цвета, смазанность и нарушение структуры сосудистого рисунка, его полнокровие или бледность, увеличение количества и размеров лимфоидных фолликулов.

Ирригография: сужение пораженных участков кишки, асимметрия, неравномерность, сглаженность гаустрального рисунка, перестройка рельефа, нарушение направления и прерывистость, утолщение складок, фолликуляция, гипо- и гиперкинетические нарушения.

Морфологическое исследование: поверхностный, диффузный или атрофический колит, увеличение митотической активности эпителиоцитов, количества интраэпителиальных лимфоцитов (за счет бластных форм), увеличение количества моноцитов и незрелых плазматических клеток, атрофические изменения в эпителиоцитах с одновременным усилением процессов регенерации.

Лечебные мероприятия. При преобладании поноса — временно исключаются или ограничиваются продукты, усиливающие секрецию и перистальтику; при преобладании запора — диета, обогащенная клетчаткой.

Медикаментозная терапия включает антибактериальные препараты, такие как сульфаниламиды: фталилсульфатиазол (0,4-0,75 г 4 раза в сутки), фталилсульфапиридазин (0,5 г 2 раза в сутки), этазол (0,5 г 4 раза в сутки); препараты 5-АСК: месалазин (см. раздел НЯК) курсом 5-7 дней в средневозрастных дозировках; нитрофурановые препараты: фуразолидон (10 мг/кг/сут), нифуроксазид (1-2 табл. 3 раза в сутки); производные 8-оксихинолина: нитроксолин (0,2-0,4 г в 4 приема), налидиксовая кислота 50-60 мг/кг в сутки в 3-4 приема; интетрикс (1 капсула 3-4 раза в сутки); антибактериальная терапия назначается при длительной некупируемой симптоматическими средствами диарее, при обострении хронических очагов инфекции.



Ю.В. Белоусов

Симптоматическая терапия зависит от характера дискинетических расстройств кишечника и характера стула:

— при запоре, обусловленном гиперкинетическими расстройствами, назначают седативные препараты, такие как валериана, бром, диазепам в возрастных дозировках (курсом до 1-2 мес); спазмолитики (см. раздел НЯК); H₂-блокаторы ранитидин (15 мг 2 раза в сутки), фамотидин (20 мг 2 раза в сутки);

— при запоре, обусловленном гипокинетическими расстройствами, назначают препараты, регулирующие моторику кишечника — домперидон по 1 табл. 2-3 раза в день; слабительные (преимущество отдается препаратам, оказывающим раздражающее действие на барорецепторы толстой кишки; см. раздел СРК).

При выраженном синдроме диареи назначают адсорбенты, антихолинергические, ферментные препараты (см. раздел НЯК).

Длительность стационарного лечения составляет 10-12 дней. Необходимо достижение максимально длительной ремиссии.

Диспансерный учет. Осмотр детским гастроэнтерологом 2 раза в год (первый год учета, далее — 1 раз в год), педиатром — 1 раз в 3 месяца, отоларингологом, стоматологом, хирургом — 1 раз в год, другими специалистами — по необходимости. Противорецидивное лечение проводится 2 раза в год в условиях стационара. В объем контрольно-диагностических исследований входят: клинический анализ крови и мочи — 2 раза в год, копрограмма — 1 раз в 3 месяца, анализ кала на яйца глистов и простейшие — 2 раза в год, биохимическое исследование кала (реакция Грегерсена, Трибуле) 1 раз в год, протеинограмма, острофазные показатели — 1 раз в год, анализ кала на дисбактериоз — 2 раза в год (первый год учета, далее по необходимости), ректороманоскопия — 1 раз в год (первый год учета, далее по необходимости), УЗИ органов брюшной полости — по необходимости.

Длительность диспансерного наблюдения составляет 3 года ремиссии. С диспансерного учета можно снять при отсутствии патологических изменений после полного лабораторно-инструментального обследования.

Санаторно-курортное лечение: вода малой и средней минерализации для питьевого лечения, кишечного промывания, микроклизм. Рекомендуются курорты Трускавец, Миргород, Закарпатье.

Неспецифический язвенный колит (НЯК, Н51)

Определение. Аутоиммунное воспалительно-дистрофическое поражение слизистой толстой кишки с развитием геморрагий и эрозий, формированием

Продолжение на стр. 32.

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Структура и характеристики хронических заболеваний кишечника у детей

Продолжение. Начало на стр. 31.

внекишечных проявлений заболевания и осложнений местного и системного характера.

Клиническая симптоматика. Жалобы: приступообразная боль в нижней части живота, чаще перед актом дефекации, гемоколит, тенезмы, спазмы, проявления интоксикации, отставание в физическом и половом развитии. Интенсивность жалоб зависит от формы заболевания (легкая, среднетяжелая, тяжелая). Объективно: выражены черты неспецифической интоксикации и хронической анемизации, при пальпации живота — боль по ходу толстого кишечника (с максимальной выраженностью в зоне локализации процесса), спазмированные петли кишечника, увеличенная плотная печень, возможна спленомегалия, при наличии системных осложнений — поражение суставов, кожи, сердца, почек; стул частый, разрежен, с макроскопической кровью, слизью и (или) гноем (частота дефекации — в зависимости от формы заболевания).

Диагностика. Клинический анализ крови: анемия, нейтрофильный сдвиг влево лейкоцитоз, повышенная СОЭ; клинический анализ мочи — возможна лейкоцитурия, цилиндрурия, гематурия — при системном поражении почек. Биохимическое исследование крови: гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, снижение уровня С-реактивного белка, снижение железа и электролитов крови. Иммунограмма: снижение уровня иммуноглобулинов класса G, повышение уровня В- и Т-лимфоцитов, повышенное содержание ЦИК. Копрограмма: позитивная реакция Трибуле с хлоруксусной и трихлоруксусной кислотами, слизь, лейкоциты, эритроциты.

Эндоскопическое исследование. Легкая форма: умеренный отек и гиперемия слизистой, смазанность сосудистого рисунка, умеренные контактные кровотечения. Среднетяжелая форма: выраженный отек и гиперемия слизистой, отсутствие сосудистого рисунка, зернистость слизистой, выраженные контактные кровотечения, отдельные эрозии и эрозивные поля, покрытые фибрином, микроабсцессы; тяжелая форма: резко выраженный отек и гиперемия слизистой, отсутствие сосудистого рисунка, диффузные контактные кровотечения; сплошные эрозивные поля, покрытые фибрином и гноем; язвы, псевдополипы; свободная кровь и гной в просвете.

Морфологическое исследование: дистрофические и атрофические изменения поверхностного эпителия с участками язв, эрозий и микроэрозий, изменение формы крипт, микроабсцессы, снижение митотической активности эпителиоцитов и снижение количества или отсутствие продуцирующих слизь бокаловидных клеток, нейтрофильная и эозинофильная инфильтрация, снижение интраэпителиальных лимфоцитов (в основном Т-лимфоцитов).

Ирригография: ускорение заполнения пораженного участка, часто с болезненными ощущениями, вплоть до синдрома свободного перемещения, нарушение гаустрального рисунка (асимметрия, деформация до полного исчезновения), укорочение кишки и смещение

(сглаживание) естественных изгибов, зазубренность контуров, синдром двухконтурности кишки; после опорожнения — утолщение складок, их продольное направление («причесанный рельеф»), в местах эрозий и язв — скопление бариевой суспензии.

Лечебные мероприятия. Диета с исключением следующих продуктов: молоко, все молочные продукты (кроме сливочного масла), крупы (овсянка, пшено, ячневая, перловая), пшеничный хлеб, свежие хлебобулочные изделия, пироги, блины и т.п., конфеты, свежие овощи и фрукты (особенно томаты, апельсины, мандарины, персики, садовая клубника, малина, виноград, арбуз и другие продукты при индивидуальной непереносимости); диета должна быть обогащена животными белками (нежирные сорта рыбы, мяса, птицы).

Медикаментозная терапия.

- Базисная терапия.
 - Производные 5-АСК — салазосульфаниламиды (сульфаниламиды + 5-АСК), сульфасалазин (салазосульфаниридин — суточная доза в возрасте 3-5 лет 1-2,5 г, 5-7 лет — 1,5-3,5 г, 7-15 лет — 2,5-7 г 3-6 раз в сутки; салазопиридазин — суточная доза в возрасте 3-5 лет 0,5 г, 5-7 лет — 0,75-1,0 г, 7-15 лет — 1,25-1,5 г — 2-3 раза в сутки; салазодиметоксин — дозы салазопиридазина; месалазин.

Максимальную дозу назначают до появления эффекта, далее снижают на 1/3 от начальной на срок 2-3 недели, затем — еще на 1/3 от начальной дозы и в качестве поддерживающей сохраняют от 2-3 до 6 месяцев.

- Глюкокортикоиды: преднизолон, метилпреднизолон — максимальная доза — 1-1,5 г на кг/массы тела в сутки до получения терапевтического эффекта, далее доза снижается каждую неделю на 2,5 г; поддерживающая доза — 2,5-5 г в течение месяца. Показания к назначению глюкокортикоидов: острое течение НЯК; тяжелые, опасные для жизни формы; незначительная положительная динамика двухнедельного курса терапии препаратами 5-АСК; непереносимость препаратов 5-АСК; системные (внекишечные) проявления НЯК; при легких формах НЯК глюкокортикоиды можно вводить *reg gestum*.

- Симптоматическая терапия.

- Адсорбенты: диосмектит (1-3 пакета 3 раза в сутки), холестирамин (0,5-1 чайная ложка 2-3 раза в сутки, гидрогель метилкремниевой кислоты (2-3 пакета в сутки); антихолинэргические препараты; эубиотики; спазмолитики; седативная терапия (транквилизаторы, нейролептики) по показаниям; анаболические гормоны — нандролон (10-20 мг 1 раз в 3-4 недели) в период затихания воспалительного процесса; цитостатики (азатиоприн — 1,5-2 мг/кг/сут в 2-4 приема, метотрексат) назначаются только в условиях специализированных стационаров и при отсутствии эффективности в течение недели при проведении гормональной терапии; ферментные препараты, не содержащие желчных кислот; в индивидуальной дозировке; антибактериальная терапия — при присоединении вторичной инфекции или обострении очагов хронической инфекции; фитотерапия (настои ромашки, зверобоя, кровохлебки, крапивы); инфузионная терапия — по показаниям;

биопрепараты — при стихании воспалительного процесса.

- Хирургическое лечение — тотальная колэктомия. Показаниями к хирургическому лечению являются: тяжелый колит у детей первого года жизни; тяжелый и среднетяжелый колит при отсутствии эффекта от базисной медикаментозной терапии; осложнения НЯК; стремительное течение НЯК.

Длительность стационарного лечения — индивидуально до достижения терапевтического эффекта. Требования к результатам лечения — устранение гемоколита, достижение длительной клинико-лабораторной ремиссии.

Диспансерный учет. Осмотр детским гастроэнтерологом и детским хирургом 2 раза в год, педиатром — ежемесячно (первые 3 месяца после выписки из стационара, далее каждые 3 месяца), отоларингологом, стоматологом, хирургом — 1 раз в год, другими специалистами — по необходимости. Противоречивое лечение проводится 2 раза в год в условиях стационара.

Объем контрольно-диагностических исследований: клинический анализ крови 1 раз в 2 недели (первые 3 месяца), далее — ежемесячно в течение года, затем 1 раз в три месяца, клинический анализ мочи и копрограмма — 1 раз в 3 месяца (первые 2 года), далее 1-2 раза в год, анализ кала на яйца глистов и простейшие — 2 раза в год, биохимическое исследование кала (реакция Грегерсена, Трибуле) 1 раз в 3 месяца (первый год), далее — 1 раз в год, протеинограмма, биохимические показатели функции печени, коагулограмма, острофазные показатели — 1 раз в 3 месяца (первые два года), далее — 1 раз в год, анализ кала на дисбактериоз — 2-3 раза в год, ректороманоскопия — 1 раз в 3 месяца (первый год учета, далее 2 раза в год), УЗИ органов брюшной полости — по необходимости, ирригография — 1 раз в год. Наблюдаются дети пожизненно.

Санаторно-курортное лечение противопоказано.

Болезнь Крона (БК, К50)

Определение. Хроническое неспецифическое гранулематозное поражение желудочно-кишечного тракта.

Клиническая симптоматика. Характерным для БК является поражение различных отделов желудочно-кишечного тракта (терминального отдела тонкой кишки, толстой кишки, желудка, двенадцатиперстной кишки, пищевода, ротовой полости). Клинические проявления заболевания зависят от локализации патологического процесса.

Сегментарный илеит: приступообразная боль, сильная, после еды, может быть ноющей, постоянной; локализация зависит от места наибольшего поражения; чувство переливания, урчание, вздутие живота, диарея (полужидкий кашицеобразный стул до 10 раз в сутки с примесью слизи, гноя, крови), пальпаторно: урчание, боль вокруг пупка, шум плеска, болезненный плотный отдел кишки.

Гранулематозный колит: боль приступообразная, сильная, может быть постоянной; усиливается во время ходьбы, после еды и перед актом дефекации; проявления кишечной диспепсии, нарушение стула (полужидкий кашицеобразный стул до 10-12 раз в сутки с примесью слизи, гноя, крови), тенезмы, позывы к дефекации ночью, пальпаторно: болезненность в месте поражения, может быть опухолевидное образование (при наличии межкишечных сращений).

Поражение других отделов желудочно-кишечного тракта: афтозные язвы

слизистой оболочки полости рта, языка, пищевода, гранулематозный гастрит или дуоденит. Независимо от локализации патологического процесса в желудочно-кишечном тракте при БК имеют место патологические изменения со стороны суставов, кожи, органов зрения, печени, а также общих нарушений, таких как лихорадка (от субфебрилитета до гектической температуры), снижение массы тела, признаки анемии, полигиповитаминоза, электролитной недостаточности и гипопропротеинемических отеков.

Осложнения: свищи (межкишечные, промежностные и др.), перианальные поражения, сращения с образованием межкишечных конгломератов, стенозы кишечника, обтурационная непроходимость, перфорация кишки, кишечное кровотечение, токсический мегаколон, амилоидоз.

Диагностика. Клинический анализ крови — анемия, лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Биохимическое исследование крови: повышение острофазных показателей во время обострения БК, диспротеинемия (гипоальбуминемия, гипер-альфа-2-глобулинемия), снижение уровня К, Fe, Mg, Zn, фолиевой кислоты.

Копрограмма: стеаторея, позитивная проба Трибуле (с хлор- и трихлоруксусной кислотами), позитивная проба Грегерсена, дисбиотические изменения микрофлоры кишечника.

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости: в зависимости от фазы заболевания разделяют нестенотические (в начале) и стеноотические признаки. Нестенотические признаки имеют прерывистый вид, характеризуются ригидностью пораженных участков, мозаичностью изображения за счет отека, линейных язв, свищевых ходов, характерно проникновение контраста за границы стенки кишки в виде кармана или бахромы. Далее появляются стеноотические признаки: снижается или полностью исчезает контрактильная способность кишки, замедляется эвакуация бария, имеет место неравномерное сужение просвета кишки до состояния «шнурка», одновременно над зоной сужения наблюдается значительное ее расширение.

Эндоскопическое исследование: картина полиморфная и зависит от эндоскопической фазы заболевания (инфильтрация, расщепления, рубцевания). По протяженности процесс может быть локальным, диффузным.

Фаза инфильтрации: поражение глубоких слоев стенки (сужение просвета, отек слизистой, сосудистый рисунок определяется только крупными сосудами, могут быть небольшие афтозные дефекты). **Фаза расщепления (деструктивная):** большие язвенные дефекты в виде продольных расщелин, которые направлены вдоль или поперек кишки, рельеф в виде булыжной мостовой. **Фаза рубцевания:** рубцовые стенозы, которые обуславливают кишечную непроходимость.

Морфологическое исследование биоптата: наличие гранулем туберкулоидного и саркоидного типов.

Лечебные мероприятия аналогичны лечению НЯК. Длительность стационарного лечения: индивидуально, до достижения терапевтического эффекта. Требования к результатам лечения — устранение клинических проявлений заболевания, достижение длительной клинико-эндоскопической ремиссии.

Диспансерный учет аналогичен учету при НЯК.