

Язвенный колит или болезнь Крона?

Р.Г. Артамонов, А.С. Тертычный, Л.В. Глазунова, Н.И. Кирнус, Е.С. Бусова, М.В. Поляков

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва; Первый Московский медицинский университет им. М.И. Сеченова; Морозовская городская детская клиническая больница, Москва

Ulcerative colitis or Crohn's disease?

R.G. Artamonov, A.S. Tertychnyi, L.V. Glazunova, N.I. Kirnus, E.S. Busova, M.V. Polyakov

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; I.M. Sechenov First Moscow Medical University; Morozov City Children's Clinical Hospital, Moscow

Представлено наблюдение больного 2 лет 7 мес с воспалительным заболеванием кишечника. На основании клинических данных, результатов инструментальных и гистологических методов исследования обсуждается дифференциальный диагноз между язвенным колитом и болезнью Крона.

Ключевые слова: дети, воспалительное заболевание кишечника, язвенный колит, болезнь Крона.

The paper describes a case of inflammatory bowel disease in a patient aged 2 years 7 months. The differential diagnosis between ulcerative colitis and Crohn's disease is discussed on the basis of clinical, instrumental, and histological findings.

Key words: children, inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease.

Приводим собственное наблюдение.

Мальчик Э., 2 года 7 мес поступил в 15-е отделение Московской городской детской клинической больницы 07.02.13 г. с жалобами на частый стул с прожилками крови.

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности. Первая беременность матери закончилась родами на 30-й неделе, родился мальчик с массой 2008 г, здоров. Настоящая беременность протекала с токсикозом I триместра, на фоне угрозы прерывания (повышенного тонуса матки, мать получала генипрал, тержинан). Роды вторые, самостоятельные, на 35-й неделе беременности. Масса тела ребенка при рождении 2980 г, длина 53 см.

Раннее развитие ребенка — без особенностей. Грудное вскармливание до 2 лет. Прививки — согласно ка-

лендарю вакцинации. До 1 года жизни страдал пищевой аллергией (на коровье молоко), в массе прибавлял удовлетворительно, в 1 год жизни масса тела 10 кг, рост 76 см. С 9 мес жизни со слов матери, обращал на себя внимание увеличенный в размерах живот.

После 1 года жизни ребенок стал плохо прибавлять в массе, в возрасте 2 лет масса тела 11 кг, рост 89 см, стал часто (1 раз в 2–3 мес) болеть респираторными инфекциями. У ребенка отмечался повышенный аппетит, частый кашицеобразный стул до 6–8 в сутки, с непеваренными остатками.

С 02.01.13 у ребенка сниженный аппетит, рвота, жидкий пенный стул. Амбулаторно получал энтерофурил, фуразолидон, затем появились прожилки крови в стуле, явления токсикоза. Мальчик был госпитализирован в Детскую городскую больницу клиническую (ДГКБ) №9, где находился с 19.01.13 по 25.01.13 с диагнозом: острый инфекционный гастроэнтероколит неуточненной этиологии, среднетяжелая форма. Токсикоз с эксикозом I–II степени. После выписки состояние ребенка оставалось стабильным, явления гемоколита купировались. С 06.02.13 вновь появился разжиженный стул с прожилками крови до 8 раз в сутки. Рекомендована госпитализация для обследования и лечения.

Состояние при поступлении средней тяжести, в сознании, не лихорадит. Пульс 90 в минуту. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, сухие. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких — пуэрильное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот увеличен в размерах, вздут, безболез-

© Коллектив авторов, 2014

Ros Vestn Perinatol Pediat 2014; 1:98–102

Адрес для корреспонденции: Артамонов Рудольф Георгиевич — д.м.н., проф. каф. педиатрии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Кирнус Наталия Игоревна — доц. той же каф.

Поляков Михаил Викторович — асс. той же каф.

117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1

Тертычный Александр Семенович — к.м.н., д.м.н., проф. каф. патологической анатомии Первого московского медицинского университета им. И.М. Сеченова

Глазунова Людмила Владиславовна — зав. 15 отделением Морозовской городской детской клинической больницы

Бусова Елена Сергеевна — ординатор того же отделения

119490 4-й Добрынинский пер., д. 1/9

ненный во всех отделах. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги по правой среднечлочечной линии, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, коричневатого-зеленоватого цвета, с прожилками крови сверху каловых масс, вперемежку с каловыми массами, стул от 2 до 8 раз в сутки, диурез не нарушен. Менингеальных знаков нет.

При обследовании в анализах крови $Hb\ 118 \cdot 10^1$ г/л; тр. $280-451 \cdot 10^6$; л. $6,5-13,0 \cdot 10^9$, перед выпиской $6,8 \cdot 10^9$; лейкоцитоз $51-64\%$ без сдвига влево; СОЭ $4-18-9-11-6$ мм рт.ст. В общих анализах мочи без отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови уровень общего белка, альбумина, мочевины, креатинина, калия, натрия, ионизированного кальция, щелочной фосфатазы, трансаминаз, амилазы, антистрептолизина О, С-реактивного белка, глюкозы, а также протеинограмма не нарушены.

Анализ кала на гельминты и кишечную группу отрицательные. Анализ кала на дисбактериоз: бифидобактерии — 10^9 (в норме более 10^8), лактобактерии, эшерихии — 10^8 (в норме 10^7-10^8), из них лактозонегативные — 0 (в норме 10%), гемолитические — 98% (в норме 2%); энтерококки 10^8 (в норме 10^5-10^7), стафилококки не обнаружены, дрожжеподобные грибы — *Candida albicans* 10^4 (в норме менее 10^4). Патогенные энтеробактерии — не обнаружены.

Копрологический анализ: консистенция кашицеобразная, запах каловый, цвет зелено-коричневый, реакция нейтральная, слизь — умеренное количество, мышечные волокна — 3–4, мыла — немного, растительная клетчатка перевариваемая, непереваренная — значительное количество, дрожжевые грибы — умеренное количество. В последующих двух анализах картина идентичная.

Кал на скрытую кровь: 11.02.13 и 01.03.13 реакция положительная.

Анализ мочи на диастазу: 248 Е/л (норма до 500 Е/л). Анализ мочи на стерильность: отрицательный.

В крови НВAg, антитела к вирусу гепатита С не обнаружены.

УЗИ органов брюшной полости: поджелудочная железа: $15 \times 13 \times 16$ мм (норма $11 \times 8 \times 10$ мм), эхогенность умеренно повышена, эхоструктура умеренно неоднородна, вирсунгов проток в норме. Желчный пузырь: 60×15 мм, стенка тонкая, в просвете небольшое количество нежного эхоплотного осадка. Печень: переднезадний размер 98 мм (норма $75-78$ мм), левая доля: 1-й сегмент 53:19, эхогенность несколько повышена, эхоструктура мелкозернистая; сосудистый рисунок умеренно усилен. Селезенка: продольный размер 75×27 мм (60×60 мм), эхогенность и эхоструктура в норме, уплотнены стенки сосудов. Определяются множественные мелкие мезентериальные лимфоузлы максимальным размером 10×6 мм. Значительно повышено газонаполнение кишечника.

По завершении специальных исследований больной был переведен в специализированное отделение ДГКБ

№3. Основной диагноз: болезнь Крона? Язвенный колит? Сопутствующий диагноз: хронический поверхностный гастрит. Хронический субатрофический энтерит.

ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из первых диагнозов, который представлялся возможным, была целиакия. Болезнь сопровождается нарушением стула, могут отмечаться боли в животе. Целиакия характеризуется большой популяционной частотой — 1:100, дебютом в раннем детском возрасте и большим разнообразием клинических проявлений. Антитела к глютену и тканевой трансглутаминазе в крови ребенка не обнаружены. Эндоскопическое исследование тонкой кишки (см. ниже) и копрологический анализ не выявили характерных для болезни изменений. Предположение о целиакии, таким образом, не подтвердилось.

Наличие указаний в анамнезе на пищевую аллергию к коровьему молоку обусловило проведение тестирования с 20 различными аллергенами, включая аллерген молока. Выявлен только пороговый уровень IgE к антигену арахиса, что позволило исключить пищевую аллергию как причину болезни ребенка.

Из анамнеза известно, что с 02.01.13 ребенок перенес острое кишечное заболевание, сопровождавшееся диареей, с наличием прожилок крови в стуле. Лечился в стационаре, через 10 дней вновь появилась диарея с прожилками крови. Этиологию кишечного синдрома выявить не удалось. Нарушений биоценоза кишечника, отклонений в гуморальном и клеточном иммунитете не выявлено. Объяснить кишечное кровотечение нарушениями тромбоцитарного звена или дефицитом плазматических факторов не было оснований.

При проведении в связи с выраженным симптомом абдоминальной боли ультразвукового исследования органов брюшной полости было выявлено небольшое увеличение поджелудочной железы, которое принято трактовать как «реактивный» панкреатит. Клинические признаки панкреатита у больного отсутствовали, амилаземии не обнаружено.

Из литературы известно, что группа хронических воспалительных заболеваний кишечника включает в себя язвенный колит (неспецифический) и болезнь Крона [1]. Подчеркивается, что болезнь Крона встречается почти в 3 раза чаще, чем язвенный колит. Считается, что болезнь Крона, как правило, представляет собой терминальный илеит. В последнее время было показано, что у 50% детей имеет место воспалительный процесс в гастродуоденальной зоне пищеварительного тракта и тонкой кишке. При язвенном колите у детей в $4/5$ случаев поражается нисходящий отдел толстой кишки, вся толстая кишка и только в 4% — прямая [2]. Однако в сообщениях указывается, что у 60–80% детей с язвенным колитом происходит тотальное поражение желудочно-кишечного тракта [3]. При болезни Крона в 90% случаев в патологический процесс вовлекается терминальный

отдел тонкой кишки и/или нисходящий отдел толстой кишки [4]. В связи с этим наблюдавшемуся больному были последовательно выполнены эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия с биопсией слизистой оболочки этих отделов кишечника.

Эзофагогастродуоденоскопия (15.02.13): в желудке содержимого нет. Слизистая оболочка желудка бледная, складки сформированы правильно. Слизистая луковицы и нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки рыхлая, тусклая, бледная. Выполнена множественная биопсия из нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, антрального отдела желудка и тела желудка. Заключение: дуоденит, ремиссия.

Колоноскопия (21.02.13): осмотрены слепая кишка, восходящая кишка, поперечно-ободочная кишка, нисходящая кишка, сигмовидная кишка и прямая кишка. Во всех отделах эндоскопическая картина одинаковая: просвет сохранен, небольшое количество кишечного содержимого, слизистая оболочка рыхлая, гиперемирована, при инструментальной пальпации кровотоцит, складки ригидны, тонус сохранен. Заключение: эндоскопические признаки тотального колита, проктита, сфинктерита.

Гистологическое исследование биоптатов: 15.02.13:

1. Фрагмент слизистой тонкой кишки: ворсины пальцевидной и листовидной форм, высокие, отношение высоты ворсины к глубине крипты 3/1–1/1. Энтероциты высокие, ядра расположены в нижней трети клетки, бокаловидных клеток 12 на ворсину, в глубине крипт определяются клетки Панета. Межэпителиальные лимфоциты многочисленные, щеточная кайма прослеживается не на всем протяжении. Собственная пластинка с умеренно выраженной лимфоплазмочитарной инфильтрацией, отмечаются лимфоидные скопления.

2. Антральный отдел желудка: представлены фрагменты слизистой оболочки антрального отдела желудка. Желудочные валики невысокие, ямки неглубокие. Покровно-ямочный эпителий высокий, цилиндрический. В собственной пластинке единичная эпителиоидная гранулема, в эпителии крипт незначительная инфильтрация лейкоцитами, слабовыраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация.

3. Тело желудка: представлены фрагменты слизистой оболочки тела желудка. Желудочные валики невысокие, ямки неглубокие. Покровно-ямочный эпителий высокий, цилиндрический, ямки неглубокие. В эпителии крипт незначительная инфильтрация лейкоцитами, слабовыраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки.

Заключение: хронический поверхностный гастрит антрального отдела желудка, слабовыраженный, фокально активный с наличием эпителиоидной гранулемы. Хронический поверхностный гастрит тела желудка, слабовыраженный, фокально активный. Хронический субатрофический умеренно выраженный энтерит, неактивный (рис. 1, 2).

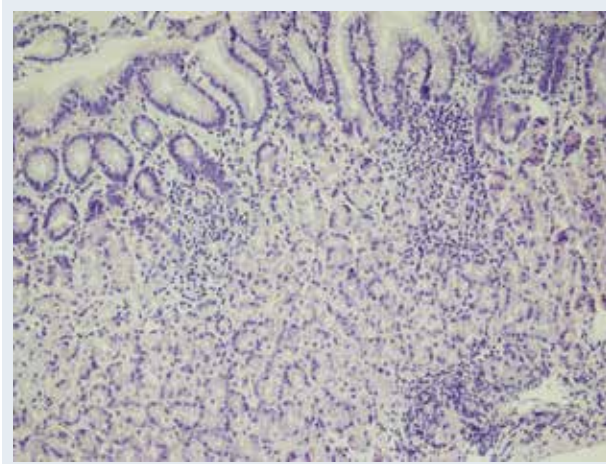


Рис. 1. Хронический активный фокальный гастрит тела желудка. х x200.

Здесь и на рис. 2 и 3: окраска гематоксилином и эозином.

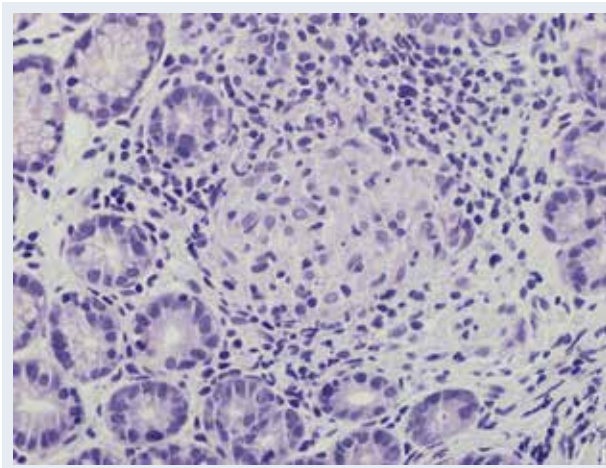


Рис. 2. Эпителиоидная гранулема в слизистой оболочке антрального отдела желудка. х400.

Гистологическое исследование биоптата слепой кишки (21.02.13): фрагмент ткани 0,4x0,2x0,2 см, серо-желтого цвета — толстая кишка (слепая и сигмовидная). В материале содержатся фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с идентичной гистологической картиной. Покровный эпителий неровный, с наличием участков уплощения, местами десквамирован, инфильтрирован немногочисленными лейкоцитами. Крипты расположены неравномерно, в просвете отдельных крипт полиморфно-ядерные лейкоциты. В собственной пластинке воспалительная лимфоплазмочитарная инфильтрация с неравномерными лимфоидными скоплениями с примесью эозинофильных лейкоцитов, кровоизлияния.

Заключение: хронический активный умеренно выраженный колит (рис. 3). По данным морфологической картины, с учетом результатов первичной биопсии (наличие в желудке признаков фокального активного гастрита, единичной эпителиоидной гранулемы, лимфоцитоза эпителия тонкой кишки), клинико-анамнестических сведений и результатов эндоскопического

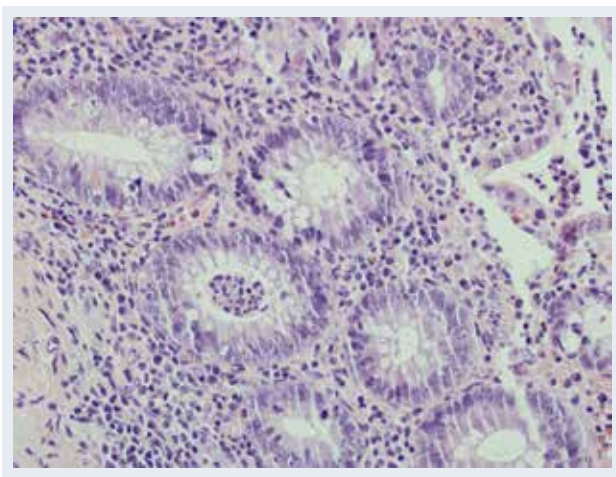


Рис. 3. Хронический активный колит с образованием крип-абсцессов. х200.

исследования, наиболее вероятный диагноз — болезнь Крона. Для верификации диагноза необходимо динамическое наблюдение с повторной биопсией по клиническим показаниям, исключение кишечной инфекции.

Как видно, заключение по результатам гистологического исследования было разным. Наличие эпителиоидной гранулемы обычно рассматривают как морфологический маркер болезни Крона. Однако А.С. Тertychny и соавт. [5] обнаружили гранулему у 1 из 12 детей с язвенным колитом и у 2 из 7 детей с болезнью Крона.

При диагностической трактовке нашего наблюдения следует учесть, что больному всего 2 года 7 мес. В доступной литературе средний возраст детей, которым был поставлен диагноз воспалительного заболевания кишечника, составляет $11,5 \pm 3,8$ года [6]. W. Rowe [4] отмечает, что только 10% случаев этих заболеваний встречается у больных моложе 18 лет. Хотя имеется сообщение о случае язвенного колита у новорожденного [7]. В наблюдении А.С. Тertychnого и соавт. 3 из 12 детей с язвенным

колитом были в возрасте 2 лет 4 мес, 3 лет и 6 лет. Авторы подчеркивают, что во время ремиссии слизистая оболочка может иметь почти нормальный вид.

Следует обратить внимание на особенности клинической картины заболевания у нашего пациента. В наблюдениях W.M. Michner и соавт. [8], включавших 230 детей с язвенным колитом, отмечается, что болезнь значительно отличается от таковой у взрослых. Типичные симптомы могут не проявляться, что приводит к запоздалой диагностике; поражение слизистой оболочки толстой кишки носит поверхностный характер. В нашем случае у больного не было выявлено язв слизистой оболочки толстой кишки [3].

Известно, при болезни Крона наиболее частым осложнением является задержка физического развития, в частности роста. Кишечным осложнением заболевания является стриктура пораженного участка кишки из-за утолщения ее стенки. Поскольку для болезни Крона характерно глубокое изъязвление стенки кишки, возможно образование свищей. Имеют место также тяжелые внекишечные осложнения: гангрены, артропатии, склериты и ириты и др. [8]. При язвенном колите тяжелым, жизнеугрожающим осложнением может быть токсический мегаколон [7].

Таким образом, можно полагать, что у наблюдавшегося больного имеет место воспалительное заболевание кишечника, трактовать которое с определенностью как язвенный колит или болезнь Крона не представляется возможным. Обнаружение гранулемы исключает диагноз «неопределенного колита» (indeterminate colitis) [1]. Объяснение такой неопределенности, по-видимому, заключается в возрасте больного и, возможно, в том, что болезнь находится в начале своего развития, когда более типичные клинические, гистологические признаки и осложнения не появились. Дальнейшее наблюдение больного могло бы прояснить диагноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sandhu B.K. Inflammatory Bowel Disease (IBD) in Children: An Emerging Problem. *Indian Pediat* 2007; 44:571—573.
2. Sawczenko A., Sandhu B.K. Presenting features of inflammatory disease in Great Britain and Irland. *Arch Dis Child* 2003; 88: 995—1000.
3. Румянцев В.Г., Щеголева Н.Е. Неспецифический язвенный колит у детей. *Consilium medicum* 2002; 6: 17—20. (Rumjanzev V.G., Sthegoleva N.E. Nonspecific ulcer colitis in children. *Consilium medicum* 2002; 6: 17—20.)
4. Rowe W.A. Inflammatory Bowel Disease. *www.eMedicine>Specialistes>Gastroenterology> Colon*.
5. Тertychnый А.С., Шумилов П.В., Мухина Ю.Г. и др. Трудности морфологической диагностики воспалительных заболеваний кишечника на материале эндоскопической биопсии у детей. *Эксперим и клин гастроэнтерол* 2010; 1: 48—52. (Tertichny A.C., Shumilova P.V. Muchina Ju.G. et al. Difficulties of morphology diagnostic bowel inflammation diseases in base of endoscopic biopsy in children. *Eksperim i klin gastroehnterol* 2010; 1: 48—52.)
6. Gupta N., Bostrom A.G., Kirdchner D.S. Gender Differences in Presentation and course of Disease in Pediatric Patients With Crohn Disease. *Pediatrics* 2007; 120: 6: e1418—e1425.
7. Beranbaum S.L., Waldron R.J. Chronic ulcerative colitis. Case Report in Newborn Infant. *Pediatrics* 1952; 9: 6: 773—778.
8. Michener W.M., Brown Ch.H., Turnbull R.B. Ulcerative Colitis in Children. *Diagnosis. Am J Dis Child* 1964; 108: 3: 230—235.

Поступила 27.07.13

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования

**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ**

Уважаемые коллеги!

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования

Педиатрический факультет ГБОУ ДПО РМАПО Минздравсоцразвития РФ, Департамент здравоохранения города Москвы и Министерство здравоохранения Московской области приглашают Вас принять участие в VII Всероссийской научно-практической конференции

«ИНФЕКЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ» 26–27 мая 2014 года,
посвященной 50-летию Кафедры детских инфекционных болезней РМАПО

Место проведения - Дом Учёных (Москва, ул. Пречистенка, дом 16).

Председатели:

Мазанкова Л.Н., Коровина Н.А.

Оргкомитет Конференции:

Алиева Э.И., Блохин Б.М., Горбунов С.Г., Дегтярева Е.А., Османов И.М., Продеус А.П.,
Свирин П.В., Соколов Ю.Ю., Солдатова Н.Г., Феклисова Л.В., Харламова Ф.С.,
Чеботарева Т.А., Чебуркин А.А., Школьникова М.А.

В рамках Конференции Вы сможете получить современную информацию о соматических заболеваниях, ассоциированных с инфекциями, обсудить вопросы, касающиеся их диагностики, лечения и профилактики с ведущими специалистами в области пульмонологии, кардиологии, аллергологии, иммунологии, ревматологии, отоларингологии, онкологии, инфекционной патологии. Акцент в Программе конференции сделан на клинический разбор «трудных» больных, разработке практических рекомендаций по дифференциальной диагностике и терапии инфекционно-ассоциированной патологии.

Приём заявок на участие в Конференции до **1 апреля 2014 года**.

По материалам Конференции планируется издание сборника аннотированных докладов. Приём статей (не более 5 страниц) для публикации до **15 апреля 2014 года**.

На Выставке будут представлены лекарственные препараты, приборы и материалы для функциональной и лабораторной диагностики заболеваний различного генеза.

Конференция проводится с целью ознакомления врачей разной специальности с ролью инфекций в формировании различных нозологических форм заболеваний у детей и интеграции этих знаний в неинфекционную патологию.

Для участия в конференции приглашаются врачи общей практики, педиатры, инфекционисты, кардиологи, хирурги, нефрологи, неврологи, аллергологи, гастроэнтерологи стационаров, поликлиник, ЛПУ.

E-mail: metod@pedklin.ru – организационные вопросы; arcentr@mail.ru – тезисы

Контактные данные

Организационного комитета

Кафедра детских инфекций РМАПО
Проф. Мазанкова Людмила Николаевна
Тел./факс + 7(495) 949-17-22
e-mail: infsomat@yandex.ru

**Технический организатор
конференции**

Unistaff Corporate Communications
Светлана Панченко
тел.: +7 (495) 981-06-00
+7 (903) 7216878
e-mail: sp@unistaff-cc.ru
www.unistaff-cc.ru

