
Р.Н. Манкевич¹, Л.И. Матуш¹, О.Н. Романова¹, А.П. Кудин²,
О.В. Боброва², И.И. Саванович¹, И.В. Мазаник³, Г.Я. Черная³

1 – г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский университет»

2 – г. Минск, УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница»

3 – г. Минск, УЗ «3-я городская детская клиническая больница»

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – группа хронических идиопатических заболеваний, вызванных дисрегулируемым иммунным ответом на комменсальную микробиоту кишечника. Заболевания развиваются в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, особенности кишечного микробиома. К этой группе относят, в основном, язвенный колит и болезнь Крона. Около 25 % новых случаев ВЗК диагностируется у пациентов до 20 лет жизни, а в развитых странах отмечается рост заболеваемости не только у взрослых, но и у детей. Частота ВЗК в детском возрасте достаточно высока, прирост заболеваемости за десятилетие составляет 30 % (Benchimol E. et al.). Все чаще такие диагнозы ставятся детям раннего возраста, и все чаще наблюдаются тяжелые формы. Как отмечают сами исследователи, такой стремительный рост заболеваемости связан не только с улучшением диагностики данной патологии, но и с факторами окружающей среды.

ВЗК, особенно болезнь Крона, относятся к числу тех заболеваний, своевременное распознавание которых нередко вызывает у практических врачей значительные трудности. У многих пациентов с момента появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза проходит длительное время. Этот период, по данным европейских и американских исследований, составляет в среднем 9–16 мес., у детей моложе 10 лет – 22 мес.

Течение ВЗК в детском возрасте имеет ряд особенностей, что вызывает также определенные трудности в диагностике. Только 25%

детей в дебюте заболевания имеют классическую триаду – боль в животе, диарейный синдром и снижение веса. ВЗК являются не только проблемой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), но справедливо могут считаться системным заболеванием. Так, помимо описанной выше триады классических симптомов, язвенный колит и болезнь Крона включают такие внекишечные проявления, как поражение опорно-двигательного аппарата и гепатобилиарной системы, гематологические нарушения, кожные, офтальмологические изменения. В настоящий момент описано более 130 внекишечных проявлений ВЗК (Горелов А.В., 2018).

Приводим описание клинического случая диагностики ВЗК у ребенка.

Ребенок П. 8 лет, поступил в ГДИКБ 15.02.2019 г. с жалобами на боль и высыпания во рту, повышение температуры тела до 38 °С, боли в суставах, снижение аппетита и массы тела. Со слов родителей ребенок с осени 2018 года стал хуже набирать вес. Первые высыпания в полости рта появились 21.01.2019 г., сопровождались болезненностью, снижением аппетита и ежедневными подъемами температуры тела. Изменения слизистой полости рта носили волнообразный характер (2 эпизода до настоящей госпитализации). Получал амбулаторное лечение у педиатра и стоматолога ацикловиром внутрь и местно, амоксициллином, цефуроксимом, проводилась местная обработка слизистой полости рта.

Состояние при поступлении средней степени тяжести. Температура тела 36,5 °С, вес – 25 кг. Ребенок правильного телосложения. К моменту поступления в стационар потерял около 15 % массы тела. Кожные покровы – на лице, туловище единичные пятнистые высыпания. На слизистой оболочке полости рта (на небных дужках, слизистой верхней и нижней губ) определяются эрозивные элементы. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы пальпаторно не увеличены. Умеренная отечность и ограничение движения в правом лучезапястном и плечевом суставах. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 112 в 1 мин., дыхание везикулярное 20 дых./ мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень + 1,5 см, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание регулярное. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

Предварительный диагноз: Энтеровирусная инфекция (везикулярный стоматит с экзантемой). Реактивный артрит правого лучезапястного и плечевого суставов.

Получал лечение: ибупрофен по 200 мг х 3 раза в сутки (по поводу артрита). Дежурным врачом добавлен ацикловир внутрь по 200 мг х 5 раза в сутки (стоматит расценен как герпетический).

В последующие дни (16.02 – 19.02) у ребенка отмечается угасание сыпи и суставного синдрома, с 18.02 вновь повышается температура тела до 37,5 °С, вечером – 38,5 °С, появляются 2 новых элемента на слизистой оболочке щеки справа.

ОАК (16.02.19): эритроциты 5,29 х 10¹²/л, гемоглобин 141 г/л, лейкоциты 13,53 х 10⁹/л, нейтрофилы: палочкоядерные 8 %, сегментоядерные 61 %, лимфоциты 20 %, моноциты 9 %, эозинофилы 2 %, СОЭ – 37 мм/ч.

ОАМ (16.02.19): удельный вес 1024, рН 6.0, белок – отриц., лейкоциты 2 - 3, кетоны – отриц., эпителий плоский 1-2.

БАК (16.02.19): белок 72,2 г/л, мочевины 3,2 мм/л, креатинин 55 мкм/л, билирубин общий 6,1 мкм/л, билирубин прямой 1,2 мкм/л, ЩФ 141,3 ЕД/л (норма 86 - 315 ЕД/л), АЛТ 11,2 ЕД/л, АСТ 25,1, ЛДГ 349 ЕД/л, натрий 144 мм/л, калий 4,7 мм/л, хлор 104 мм/л, железо 3,4 мм/л, КФК 61,4 ЕД/л, КФК- МВ 18,6 ЕД/л, СРБ 9,83 мг/л, АСЛ-О 453 ед.

БАК (19.02.19): белок 72 г/л, ЩФ 141,3 ЕД/л, ферритин 100 мг/л, иммуноглобулин А 1,9 г/л, иммуноглобулин G 14,37 г/л, иммуноглобулин М 1,0 г/л.

ИФА крови на цитомегаловирус (16.02.19): IgM – отриц., IgG – отриц.

ИФА кала на ЭВИ (19.02.19) – обнаружен антиген энтеровируса.

Кровь на вирус Эпштейна-Барр (ПЦР) от 21.02.19 - ДНК не обнаружена

Кровь на ВИЧ (ИФА) 19.02.19 – отриц.

Кровь на Лайм-боррелиоз (ИФА) 16.02.19 – отриц.

Иммунограмма 21.02.19 – в пределах нормальных значений

ЭКГ (18.02.19): Синусовая умеренная тахикардия с ЧСС 97-111/ мин. Вертикальное положение ЭОС.

УЗИ ОБП (18.02.19): Эхоскопически структурных изменений не выявлено.

Учитывая длительный рецидивирующий характер изменений слизистой полости рта, несмотря на проводимое лечение в течение 3-х недель, снижение массы тела, суставной синдром, изменения лабораторных показателей, было заподозрено ВЗК. Назначено определение кальпротектина в кале. Кальпротектин (20.02.19) – 1000 мкг/г (норма – менее 50 мкг/г).

С диагнозом «Хроническое воспалительное заболевание кишечника. Болезнь Крона?» 22.02.19 г. для дальнейшего обследования и лечения ребенок переведен в гастроэнтерологическое отделение 3 ГДКБ.

Эзофагогастродуоденоскопия (27.02.19): Язвенный эзофагит. Дуоденопатия умеренной степени с эрозиями в луковице двенадцатиперстной кишки. Пангастропатия легкой степени.

Колоноскопия (27.02.19): Терминальный язвенный илеит выраженной степени.

Биопсия слизистых оболочек:

1. Эрозивный умеренно активный дуоденит с поражением большей части слизистой оболочки.

2. Слизистые оболочки тонкой кишки: воспалительный инфильтрат в строме ворсинок и крипт состоит из нейтрофилов, с образованием очаговых эрозий. Деформация крипт слабо выражена.

3. Слизистые оболочки прямой кишки: активный колит с наличием эпителиодноклеточных гранулем, перестройкой крипт, наличием изъязвлений слизистой оболочки с фиброзно-гнойным экссудатом.

4. Слизистые оболочки других отделов кишечника нормального строения.

Заключение: ХВЗК, наиболее вероятно болезнь Крона с преимущественным поражением подвздошной и прямой кишки, высокоактивная.

Проведено лечение: азитромицин 250 мг 1 раз в день в течение 6 дней, гефал по 20 мл 3 раза в день в течение 7 дней, омепразол 20 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течение 2 недель. Назначена пентаса (месалозин) 50 мг/кг/сутки.

На фоне терапии состояние пациента улучшилось: слизистая оболочка полости рта эпителизировалась, аппетит улучшился, набирает массу тела. Фетальный кальпротектин в пределах нормальных значений. Выписан домой для продолжения лечения.

Таким образом, практическим врачам следует быть настороженными в отношении ВЗК у детей, которые имеют различную симптоматику, часто схожую с другими заболеваниями. В качестве скринингового исследования следует использовать определение фетального кальпротектина в кале.