

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГОРОДА БАРНАУЛА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Прокудина М.П., Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф.

*Цель исследования заключалась в проведении сравнительного исследования особенностей клинического течения язвенного колита и болезни Крона у детей. Исследование проведено на основе госпитального регистра больных язвенным колитом и болезнью Крона гастроэнтерологического отделения детской городской больницы № 1 города Барнаула за последние десять лет. В исследование включено 15 детей, из них с ЯК – 6, БК – 6 и неспецифическим колитом – 3. Проводился анализ клинической картины, результатов биохимического и эндоскопических исследований. Установлено, что имеются особенности клинического течения, характерные для каждого заболевания. Воспалительные изменения при ЯБ и БК выражены слабо или умеренно, особенно в случае БК. Из воспалительных маркеров наибольшее значение в диагностике ВЗК имеет повышение уровня кальпротектина. Среди больных с ЯК чаще выявлялись дистальные формы (проктит, проктосигмоидит) у 66,6% детей, у больных с БК чаще выявлялась форма с поражением толстого и тонкого кишечника – 66,6%. Результаты колоноскопии и гистологического исследования не позволяют дифференцировать ЯК и болезнь Крона без учета всех клинических и лабораторных данных.*

**Ключевые слова:** язвенный колит, болезнь Крона, дети.

*The research objective was to conduct a comparative study of the clinical course of ulcerative colitis and Crohn's disease in children. The study was conducted on the basis of the hospital register of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease in the gastroenterological department of the Children's City Hospital No. 1 of Barnaul for the last ten years. The study included 15 children, among them, 6 with UC, 6 with CD, and 3 with nonspecific colitis. The analysis of the clinical picture, the results of biochemical and endoscopic examinations was carried out. It was established that there are features of the clinical course characteristic for each disease. Inflammatory changes in UD and CD are weak or moderate, especially in the case of CD. Of the inflammatory markers, the increase in the calprotectin level is of the greatest importance in the diagnosis of IBD. Among patients with UC, distal forms (proctitis, proctosigmoiditis) were more often found in 66,6% of children, patients with CD more often showed the form with lesion of the large and small intestine – 66.6%. The results of colonoscopy and histological studies do not allow to differentiate UC and Crohn's disease without taking into account all clinical and laboratory data.*

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

Воспалительные заболевания кишечника, к которым относятся болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, являются наиболее тяжелой патологией желудочно-кишечного тракта и характеризуются хроническим, неуклонно прогрессирующим течением с риском развития кишечных и внекишечных осложнений.

П.В. Главнов и соавт. приводят следующую статистику распространенности ВЗК по России: распространенность в Московской области: 22,3 случая на 100 000 населения, ежегодный прирост больных – 5–20 случаев на 100 000 населения. Высокие показатели распространенности также отмечены в Европе (язвенный колит – 505 на 100 000 в Норвегии; болезнь Крона – 322 на 100 000 в Германии) и Северной Америке (язвенный колит – 286 на 100 000 в США; болезнь Крона – 319 на 100 000 в Канаде) [1]. По данным Е.А. Корниенко, заболеваемость язвенным колитом у детей в течение последних пяти лет возросла

в 2 раза, а заболеваемость детского населения г. Санкт-Петербурга болезнью Крона к 2013 году уже опережала ЯК в 2,3 раза [2].

Воспалительные заболевания кишечника имеют четкую тенденцию к омоложению среди населения. По данным ряда зарубежных и отечественных исследований, ранее пик заболеваемости приходился на возраст 20–30 лет, второй пик 55–60 лет, но к настоящему моменту известно достаточно много случаев младенческих, ранних, юношеских форм заболевания. Болезнь Крона и язвенный колит трудны в диагностике, так как по клинической картине, лабораторным показателям, макро- и микроскопическим данным очень схожи [3].

Н.А. Малахинова показала, что у пациентов с болезнью Крона преобладающими симптомами были абдоминальные боли (87%), учащенный стул (64,7%), диарея (55,3%), потеря массы тела (52,3%), повышение температуры

тела (55,3%). У больных с язвенным колитом наиболее частыми симптомами были примесь крови в стуле (87,1%), учащенный стул (80,2%), абдоминальные боли, отмеченные в 73,3% случаев. Потеря веса, повышенная температура, наличие свищей, стриктур и анальных трещин достоверно чаще встречались при болезни Крона [4]. Подобные данные были получены Е.С. Бодрягиной и соавт. По данным этих авторов, наиболее частыми проявлениями при язвенном колите и болезни Крона были диарея (70%), боль в животе (68%), выделение крови из прямой кишки (47%), лихорадка (47%), причем диарея и прямокишечное кровотечение чаще встречались у пациентов с язвенным колитом (82% и 61% соответственно), а боли в животе – у пациентов с болезнью Крона (79%) [5].

**К похожему выводу приходит Л.В. Бубнова, подчеркивая, что** язвенный колит отличается наличием крови в стуле у 92% по сравнению с 5% детей с БК, при этом симптомы интоксикации (лихорадка, потеря массы, астенический синдром) более выражены при БК [6].

Таким образом, оба заболевания имеют общие клинические черты и, несмотря на некоторые различия, дифференциальная диагностика затруднена. Что касается лабораторных данных, то для язвенного колита и болезни Крона характерны воспалительные изменения в общем и биохимическом анализе крови. Е.А. Корниенко приводит результаты исследований, демонстрирующих большую выраженность воспалительных изменений у больных с болезнью Крона по сравнению с язвенным колитом [2].

Колоноскопия является важной диагностической процедурой при дифференциации ВЗК, но не дает гарантии постановки правильного диагноза.

В.Г. Румянцев (2015 год) подчеркивает, что в трудных для диагностики случаях необходимо использовать совокупность гистологических, макроскопических, эндоскопических и рентгенологических признаков, а также данные анамнеза заболевания и клинической картины [7].

Таким образом, изучение распространенности, особенностей клинического течения, эндоскопических и микроскопических признаков воспалительных заболеваний кишечника остается актуальной задачей.

Цель исследования состояла в проведении сравнительной характеристики течения язвенного колита и болезни Крона у детей г. Барнаула на основе анализа госпитального регистра гастроэнтерологического отделения «Детской городской больницы № 1, г. Барнаул» за последние 10 лет.

#### Материалы и методы

Для решения данной задачи на основании историй болезни были разработаны и заполне-

ны стандартизованные анкеты на каждого пациента. Согласно данным госпитального регистра гастроэнтерологического отделения «Детской городской больницы № 1, г. Барнаул», с диагнозом ВЗК за последние 10 лет зарегистрировано 15 детей. Из них 6 с болезнью Крона, 6 с язвенным колитом и 3 ребенка с недифференцированным колитом. В последующем в исследование включено 12 детей с установленным диагнозом болезнь Крона или язвенный колит.

#### Результаты и обсуждение

Среди больных с ЯК девочки и мальчики распределились поровну: 3 девочки (50%) и 3 мальчика (50%). Средний возраст дебюта составил  $11,6 \pm 1,6$  года (минимальный – 10 лет, максимальный – 14 лет). При оценке клинической симптоматики в порядке убывания симптомов установлено, что диарея наблюдалась у 6 (100%) детей, примесь крови в стуле у 5 из 6 детей (83,3%), чаще небольшое количество крови в каждой порции. Диарея у всех детей слабо или умеренно выраженная до 3–5 эпизодов жидкого стула в сутки и только у 1 ребенка до 10–12 раз в сутки. Болевой синдром отмечался значительно реже – у 2 (33,3%) детей, боли имели «СРК-подобный характер»: усиливались перед и уменьшались после дефекации. Из «симптомов тревоги» только у 1 (16%) ребенка отмечалась умеренная потеря веса. Таким образом, ЯК чаще манифестировал с проявлениями «гемоколита», слабо или умеренно выраженного.

При анализе лабораторных данных установлено, что маркеры воспаления отмечались у небольшой части детей. Ускорение СОЭ отмечено в 1 случае, как и умеренный лейкоцитоз и повышение уровня фибриногена. Чаще наблюдалось повышение уровня СРБ – у 3 (50%) детей, в 2 случаях повышение было незначительным (от 1,5 до 3 норм) и в 1 случае более 20 норм. Анемия отмечена только у 2 (33,3%) пациентов. Следует подчеркнуть, что даже при наличии клинических признаков гемоколита скрытая кровь в кале выявлена только у 2 (33,3%) детей. Более значимым маркером воспаления было повышение уровня кальпротектина, выявленное у 5 (83,3%) детей, средний уровень составил  $1435 \pm 774,5$  мкг/г.

По данным колоноскопии, у всех детей (100%) выявлены эрозивно-язвенные изменения: у 2 детей на фоне воспаленной слизистой преобладали язвенные изменения и у 4 – эрозивные. При оценке распространенности процесса, наиболее частыми были изменения по типу проктита и проктосигмоидита – у 4 (66,6%) детей, у 1 ребенка (16,6%) диагностирован левосторонний колит и у 1 (16,5%) – тотальный колит.

Гистологические данные были неспецифичны, у 50% детей гистологическая картина соответствовала хроническому колиту разной степе-

ни выраженности и у 50% хроническому колиту с эрозиями слизистой.

В группе больных с БК девочек было 2 (33,3%), а мальчиков 4 (67,7%). Средний возраст дебюта был несколько меньше, чем при ЯБ, и составил  $9,6 \pm 3,1$  года (минимальный – 5 лет, максимальный – 14 лет). Клиническое течение БК, в отличие от ЯК, отличалось преобладанием у части пациентов «внекишечных проявлений». Из кишечных симптомов чаще отмечались боли в животе – у 4 (66,6%), локализованные чаще в гипогастрии, различной интенсивности. У 1 ребенка в дебюте заболевания отмечались крайне интенсивные боли в правой подвздошной области, что потребовало проведения лапароскопии. Диарея выявлена у 3 (50%) детей, но диарея была более выраженной, чем при ЯК, от 5 до 16 раз в сутки. Примесь крови в стуле отмечена только у 2 (33,3%) детей. Из «внекишечных» проявлений отмечались задержка физического развития – 2 ребенка (33,3%) и потеря веса – 3 ребенка (50,0%), длительная лихорадка у 1 (16,6%), гипопроотеинемические отеки – у 1 (16,6%) ребенка. В целом, только у 2 (33,3%) детей заболевание дебютировало с клиники «гемоколита», у 1 (16,6%) ребенка с выраженного болевого синдрома в правой подвздошной области в сочетании с задержкой физического развития, у 1 (16,6%) ребенка с гипопроотеинемических отеков в сочетании с задержкой физического развития и у 2 (33,3%) детей со значительной потери массы в сочетании со слабо выраженными кишечными симптомами.

Воспалительные изменения у больных БК были более выраженными, чем в группе детей с ЯК. Увеличение СОЭ, как и повышение уровня СРБ, отмечено у 4 (66,6%) пациентов, фибриногена у 2 (33,3%). Из воспалительных маркеров также наиболее значимо повышение уровня кальпротектина, выявленное у всех обследованных (100%). Средний уровень составил  $2160 \pm 190,9$  мкг/г. Несколько чаще, чем при ЯК, отмечалось наличие скрытой крови в кале, как и анемия – у 4 (66,6%) детей.

При оценке эндоскопических проявлений, по данным проведенной колоноскопии, так же, как при ЯК, у 6 (100%) больных определялись эрозивно-язвенные изменения слизистой кишечника. Язвенные изменения отмечались несколько чаще, чем при ЯК – у 4 (66,6%) больных, и у 2 (32,4%) – эрозивные.

Гистологическая картина была неспецифична так же, как и при ЯК, и соответствовала хроническому колиту или илеиту разной степени выраженности, у части детей с образованием эрозий. По распространенности процесса у детей чаще выявлялась форма с поражением толстого и тонкого кишечника – 4 (66,6%), у 1 (16,6%) ребенка форма с поражением толстого

кишечника и у 1 (16,6%) с поражением тонкого кишечника.

В нашем исследовании среди больных с ВЗК пациенты с ЯБ и БК встречались с равной частотой. Это соответствует данным о росте заболеваемости БК в последние годы, так, по данным Е.А. Корниенко, на период 2013 года заболеваемость детского населения г. Санкт-Петербурга болезнью Крона уже опережала ЯК в 2,3 раза [2].

Что касается гендерных различий, то в нашем исследовании среди больных с ВЗК мальчиков было 7 (58,3%), а девочек 5 (41,7%). При этом в группе НЯК мальчиков и девочек было поровну (3/3), а в группе БК незначительно преобладали мальчики (4/2). Сроки манифестации обоих заболеваний были схожи, тем не менее, дебют БК, согласно нашим данным, приходится на более ранний возраст. Это не противоречит большинству ранее приведенных работ. Так, по данным Е.А. Корниенко, в детском возрасте БК несколько чаще встречается у мальчиков. М.Ф. Денисова также показала, что БК чаще встречалась среди мальчиков. Правда, в отличие от наших данных, по результатам этого исследования, пик заболеваемости БК приходился на подростковый возраст (12–18 лет), а ЯК диагностировался у детей несколько ранее – от 7 до 18 лет [8].

Что касается клинических особенностей течения ВЗК у детей, большинство авторов согласны с тем, что в клинике ЯК у детей преобладают явления гемоколита, а БК может проявляться различными, в том числе внекишечными симптомами. Мы уже приводили сведения из работ Н.А. Малахиновой, Е.С. Бодрягиной, Е.И. Корниенко в подтверждение этому факту [4, 5]. По нашим данным, для ЯК также более характерными были проявления гемоколита, а для БК – болевой синдром и разнообразные внекишечные проявления по типу задержки физического развития, лихорадки, гипопроотеинемических отеков.

Колоноскопия является очень важной диагностической процедурой при дифференциации ВЗК. Но эндоскопических данных не всегда достаточно, чтобы дифференцировать болезнь Крона и язвенный колит. В нашем исследовании выявленные по данным колоноскопии и гистологического исследования изменения носили неспецифический характер при БК и ЯК. Наиболее частыми были признаки хронического воспалительного процесса и эрозивно-язвенные дефекты слизистой. Большее значение для диагностики имел не характер изменений, а локализация и протяженность процесса. По распространенности процесса у больных с ЯК в нашем исследовании преобладали дистальные формы (проктит и проктосигмоидит), реже субтотальные и тотальные формы поражения. Это несколько противоречит данным

других исследований. Так, Н.Г. Бандаевская установила, что у пациентов младше 11 лет тотальное поражение толстой кишки встречается в 93% случаев, в этой возрастной группе практически отсутствуют пациенты с левосторонним колитом, а дистальный наблюдается у 7%, но среди подростков старше 15 лет характерна более высокая частота сегментарных форм [9]. Подобные данные приводят и другие авторы. Возможно, эти различия связаны с тем, что среди наших пациентов преобладали подростки.

Что касается БК, то среди наших пациентов преобладали дети с поражением толстого и тонкого кишечника, реже формы с изолированным поражением толстого кишечника или с поражением тонкого кишечника. Подобные данные приводит Н.А. Малахинова, согласно которым у пациентов с БК были определены следующие локализации заболевания: илеоколит – 44,7%, илеит – 22,3%, колит – 20%, поражение верхних отделов ЖКТ – 10,5% [4]. А по данным Н.Г. Бандаевской, наиболее часто выявлялась форма с поражением илеоцекального отдела (70%), поражение толстой кишки (30%), аноректальной области (20%), поражение верхних отделов ЖКТ (5–15%) [9].

Таким образом, изучение особенностей клинического течения ВЗК у детей остается актуальной задачей. Получение новых данных будет способствовать улучшению качества диагностики и лечения.

### Выводы

1. Среди пациентов с ВЗК больные язвенным колитом и болезнью Крона встречались с равной частотой, значимых гендерных различий не было. Средний возраст дебюта заболевания в обеих группах значительно не отличался: ЯК – 11,6±1,6 года (минимальный – 10 лет, максимальный – 14 лет); БК – 9,62±3,06 года (минимальный – 5 лет, максимальный – 14 лет). В клинике ЯК преобладали больные с симптомами гемоколита, в отличие от БК, где явления гемоколита отмечены у 33,3% детей, а у 67,7% заболевание дебютировало с интенсивного болевого синдрома или с различных внекишечных проявлений.

2. Воспалительные изменения при ЯБ и БК выражены слабо или умеренно. Из воспалительных маркеров наибольшее значение в диагностике ВЗК имеет повышение уровня кальпротектина. Лабораторные отличия ЯК от БК заключались в более выраженном воспалительном ответе в случае БК.

3. Среди больных с ЯК в нашем исследовании преобладали дистальные формы – 66,6% детей, у 1 ребенка (16,6%) диагностирован левосторонний колит и у 1 (16,5%) – тотальный колит. У больных с БК чаще выявлялась форма с поражением толстого и тонкого кишечника

– 66,6%, у 16,6% форма с поражением толстого кишечника и у 16,6% с поражением тонкого кишечника. Результаты колоноскопии и гистологического исследования не позволяют дифференцировать ЯК и болезнь Крона без учета всех клинических и лабораторных данных.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Список литературы:

1. Главнов П.В., Лебедева Н.Н., Кащенко В.А., Варзин С.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Современное состояние проблемы этиологии, ранней диагностики и лечения (обзор литературы). *Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина.* 2015;4:48-68.
2. Корниенко Е.А., Крупина А.Н., Габруская Т.В., Калинина Н.М. Воспалительные заболевания кишечника с очень ранним началом. *Альманах клинической медицины.* 2016; 44(6):719-734.
3. Евдокимова Е.Ю., Чеснокова О.В., Мухина И.Л., Андреева Т.В., Гаврина С.В., Москаленко А.С. и др. Первый опыт антицитотоксической терапии воспалительных заболеваний кишечника в Приморском крае. *Тихоокеанский медицинский журнал.* 2013; 3(53): 75-76.
4. Малахинова Н.А. Локализация поражения при болезни Крона у детей. *Вестник современной клинической медицины.* 2010;3(1): 109-110.
5. Бодрягина Е.С., Абдулганиева Д.И., Одинцова А.Х. Клинико-эпидемиологические показатели воспалительных заболеваний кишечника по Республике Татарстан. *Лечащий врач.* 2013; 7: 21-26.
6. Бубнова Е.С. Клинико-эпидемиологические особенности неспецифического язвенного колита и болезни Крона у детей. Автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук. Москва, 2004: 21.
7. Румянцев В.Г., Буеверов А.А., Богомолов П.О. Воспалительные заболевания кишечника и хронический гепатит В: терапевтическая стратегия. *Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии.* 2015;5: 9-15.
8. Денисова М.Ф., Чернега Н.В., Музыка Н.Н. И др. Сравнительная клинико-параклиническая характеристика язвенного колита и болезни Крона у детей. *Здоровье ребенка.* 2016; 2: 10-16.
9. Бандаевская Н.Г., Лоскутова С.А., Печкарева Н.А. Особенности неспецифического язвенного колита у детей. *Мать и дитя в Кузбассе.* 2012; 1: 25-30.

### Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Лобанов Юрий Федорович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней

Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.  
656015, г. Барнаул, ул. Дёповская, 17.  
Тел.: 89836040409.  
E-mail: ped2@agmu.ru

**Информация об авторах**

Латышев Дмитрий Юрьевич, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656015, г. Барнаул, ул. Дёповская, 17.  
Тел.: 89095026256.  
E-mail: ldy2014@mail.ru.

Прокудина Марина Павловна, студентка 2 курса педиатрического факультета Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.  
656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40.  
Тел.: 89967041896.  
E-mail: prokudina\_2019@list.ru