

Журавлева, Л.И. Привалова, Е.П. Киреева, С.В. Кузьмин, Я.Б. Бейкин, Т.В. Постникова, Н.П. Макаренко, А.В. Поровицина, С.А. Денисенко, Ю.И. Солобоева // Уральский медицинский журнал. – 2007. - № 9. – С.64-67.

А.М. Чердниченко, О.А. Волкова

БОЛЕЗНЬ КРОНА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия
Городская детская клиническая больница №9*

Болезнь Крона – неспецифическое хроническое прогрессирующее воспаление органов желудочно-кишечного тракта с вовлечением в воспалительный процесс всех слоев кишечной стенки.

Наиболее часто в воспалительный процесс вовлекается подвздошная кишка, поэтому длительное время болезнь Крона называли терминальным илеитом. Локализация процесса у 45% больных ограничивается илеоцекальной областью, у 30% сочетается с поражением проксимального отдела тонкой кишки, у 25% - толстой кишки.

Таким образом, можно выделить 3 формы заболевания: очаговую, многоочаговую и диффузную. Болезнь Крона протекает волнообразно – фаза обострения сменяет фазу ремиссии. При этом заболевании развиваются такие осложнения как стенозы кишки и свищи. Болезнь нередко имеет атипичное течение, и только нарастающая тяжесть в состоянии больных позволяет заподозрить болезнь Крона.

Приводим наше наблюдение.

Девочка В-ва Ксения, 8 лет, проживающая в городе Асбесте Свердловской области, находилась в гастроэнтерологическом отделении ДГКБ №9 с 23.09.2009 по 30.10.09 с диагнозом: Болезнь Крона с поражением сигмовидной, нисходящей и поперечноободочной кишки высокой степени активности, тяжелое течение. Токсическая дилатация толстой кишки. Задержка физического развития смешанного генеза.

Из анамнеза: девочка от первой беременности на фоне позднего гестоза, ВСД, железодефицитной анемии I ст., первых срочных родов. Родилась массой 3260 гр., ростом 53см, по Апгар 8/8 баллов. С первых часов жизни отмечались срыгивания «кофейной гущей», отказ от груди. На 3-е сутки жизни — явления катарального омфалита, в связи с чем переведена в

детскую больницу г. Асбеста с диагнозом: Сепсис. Энтероколит. Динамическая непроходимость кишечника. ППЦНС смешанного генеза, тяжелой степени.

Далее лечилась в отделении патологии раннего возраста ОДКБ№1 с диагнозом: Внутриутробная инфекция, неуточненная, вялотекущая (менингит, бронхит, энтероколит, гепатит, инфекция мочевыводящих путей). ППЦНС тяжелой ст., смешанного генеза. Гипохромная анемия II ст. Функционирующее овальное окно.

В возрасте 4 месяца перенесла острый гастроэнтероколит инфекционной этиологии.

В мае 2002 года стационарное лечение в детской больнице г. Асбеста с диагнозом: Сепсис, септико-пиемическая форма, волнообразное течение. Хронический первичный энтероколит с преимущественным поражением тонкой кишки. Парез кишечника. Каловая пробка ампулы прямой кишки. Гипотрофия II степени. Синдром мальабсорбции?

В годовалом возрасте установлена гипотрофия II ст. смешанной этиологии (масса 8900гр., длина 82 см).

С октября 2002 года ежегодно получала лечение и обследование в детской больнице города Асбеста с диагнозом: хронический энтероколит, рецидивирующее течение. Гипохромная анемия II-III ст.

На фоне лечения препаратами железа сохранялась гипохромная анемия (гемоглобин 64-104 г/л). После 3 лет стул со склонностью к запорам по 2-3 дня спастического характера. Выраженный метеоризм. В 2006 году при исследовании кала на скрытую кровь получен резко положительный результат.

В октябре 2007 года в общем анализе крови гемоглобин 49 г/л, в связи с чем госпитализирована в детскую больницу г. Асбеста с диагнозом: гипохромная анемия тяжелой степени. Хронический колит, обострение. Мегаколон. По ректосигмоскопии: катаральный проктосигмоидит II ст. Мегаколон. Кал на скрытую кровь резко положительный.

Учитывая тяжесть состояния была переведена в гастроэнтерологическое отделение ОДКБ№1, диагноз при выписке: Лактазная недостаточность. Мегаколон. Реактивный гепатит. Задержка физического развития. Железодефицитная анемия.

Проведены:

ФГС - без патологии. Биопсия: атрофическая дуоденопатия с очагами атрофии покровного эпителия, умеренной лимфоплазматитарной инфильтрацией.

Ирригография: Незарращение дужек SI. Толстая кишка резко расширена. Гаустрация неравномерная. Стенка кишки незластичная, сужения просвета не выявлено. После опорожнения просвет кишки сократился недостаточно. Рельеф слизистой оболочки сглажен. Мегаколон.

Антитела к глиадину (АГГ) — отрицательные.

После выписки сохранялся выраженный метеоризм, запоры по 2-3 дня, иногда (1-2 раза в месяц) эпизоды разжижения стула.

Все годы наблюдения за больной отмечалась резкая задержка физического развития, вздутие живота, особенно заметно выраженное на фоне дистрофии, анемия. Однако кроме препаратов ферментов и препаратов пробиотиков девочка ничего не получала.

С 17.09.2009 года состояние резко ухудшилось: интенсивные боли в животе, рвота, многократный жидкий стул. Госпитализирована в инфекционную больницу г. Асбеста, где осмотрена хирургом, 19.09.2009 с диагнозом разлитой перитонит? Непроходимость кишечника переведена в ДГКБ №9 г. Екатеринбурга. Учитывая тяжесть состояния госпитализирована в РАО. Острая хирургическая патология была исключена.

После стабилизации общего состояния 23.09.2009 переведена в гастроэнтерологическое отделение ДГКБ №9 для дообследования и лечения.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

дата	ег	hb	ht	tr	L	б	э	п	с	л	м	СОЭ
24.09	4.1	87.5	26.8	237	8,9	1			47	27	25	5
15.10	3.0	68	20.6	618	7,9	1	10	23	33	25	9	46
29.10	4.0	91.5	29.6	809	8,9	-	-	10	22	47	21	14

УЗИ 20.09: Печень 111 * 38 мм, портальная вена 6 мм, эхоструктура однородная, желчный пузырь 49*12 мм, правильной формы, содержимое негетерогенное. Селезенка 78*36 мм, селезеночная вена 4 мм. Поджелудочная железа 12*9*12 мм, не визуализируется из-за выраженного метеоризма.

Учитывая крайне тяжелое состояние больной, вздутие живота до степени пареза, нарастающую анемию, была заподозрена опухоль в брюшной полости, в связи с чем, больная направлена на МРТ.

Данные МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 01.10.09: на серии МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства объемных образований, инфильтратов и свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Структурных изменений в видимых отделах скелета нет. Определяется выраженное неравномерное расширение толстой кишки на всем протяжении, диаметр до 7 - 8,5 см, гаустрация сглажена, сужений просвета не определяется, стенка утолщена до 5 мм, с гиперинтенсивным сигналом (характерно для колита), в просвете большое количество неоднородного жидкостного содержимого (количество воздуха преобладает). Сужений в ректосигмоидном отделе не определяется, просвет до 19 мм. Петли тонкой кишки спавшиеся, просвет не расширен.

Заключение: выраженный мегаколон, признаки колита. Гепатомегалия. Объемных образований, инфильтратов и свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Исключив опухоль, снова были проанализированы данные анамнеза, в котором дважды была отмечена положительная реакция на скрытую кровь в кале. Была заподозрена болезнь Крона. Назначена колоноскопия.

Колоноскопия: аппарат проведен в купол слепой кишки. Устье аппендикса округлой формы, не изменено. Баугиниева заслонка губовидной формы, функционирует ритмично, слизистая оболочка купола слепой кишки, баугиниевой заслонки, восходящей кишки интактна, светло-розового цвета, гладкая, сосудистый рисунок отчетливый. Просвет кишки расширен, тонус снижен, складки ровные, подвижные. Слизистая оболочка поперечноободочной кишки, селезеночного угла светло-розового цвета, множественные язвенные дефекты полигональной формы, щелевидные, покрыты фибрином с ярким гиперемизированным воспалительным перидикулярным валом, размеры от 0,5 до 1,5-1,8 см. В области селезеночного угла макроскопическая картина «булыжной мостовой», протяженностью до 5 см. Слизистая оболочка нисходящей кишки — аналогичные язвенные дефекты, расположенные на стенках, однако в меньшем количестве. Сигма — порожение начинается с нижней трети сигмы — множественные язвенные дефекты округлой, овальной и полигональной формы сливаются в значительные дефекты, дно дефектов покрыто фибрином, в центре изъязвлений островки сохраненной слизистой оболочки (0,4-0,5 см), размеры язв от 0,5 см до 2,5 — 4,0 см. Слизистая прямой кишки без особенностей.

Заключение: Болезнь Крона с поражением сигмы, нисходящей и поперечноободочной кишки. Токсическая дилатация толстой кишки.

Биопсия: в представленном материале слизь с лейкоцитами, фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с острыми эрозиями, край язвы, разрастание грануляционной ткани с формированием псевдополипов, отек, кистозное расширение просветов отдельных желез, диффузная полиморфноклеточная инфильтрация с наличием лейкоцитов в просветах отдельных желез, наличие лимфоидных фолликулов в подслизистом слое.

После установления диагноза на фоне инфузионной терапии были назначены саломалька в дозировке 50 мг/кг в сутки, затем пентаса в дозе 1,0 в сутки и метипред 20 мг в сутки. После назначения патогенетической терапии состояние больной стало быстро улучшаться. Полностью был купирован абдоминальный болевой синдром, восстановился стул, повысился аппетит, больная стала прибывать в весе. Уровень гемоглобина поднялся с 50 до 91,5 г/л.

На фоне продолжающегося улучшения выписана с рекомендациями:

1. Строгое соблюдение диеты с исключением белка коровьего молока.

2. 1) Метипред 20 мг/сутки (8 часов — 2 табл., 11 часов — 2 таблетки, 13 часов — 1 таблетка) — до 17.12.09 (под контролем ОАК) с последующей постепенной отменой под наблюдением гастроэнтеролога.
- 2) Пентаса 1,0 в сутки (500 мг * 2 раза) — длительно, замене на другие препараты 5-аминосалициловой кислоты не подлежит.
- 3) Актиферрин 1 табл.* 1 раз в сутки длительно до нормализации гемоглобина с последующей коррекцией дозы.
- 4) Фолиевая кислота 1табл. * 3 раза — 1 месяц.
- 5) Бифиформ 1 капс*3 раза — 3 недели с повторным назначением ежеквартально.

Приводимый нами пример свидетельствует о поздней диагностике болезни Крона, отсутствии настороженности врачей-педиатров при наличии в анамнезе дистрофии, длительных нарушениях стула, стойкой анемии. Привлечение высокотехнологичных диагностикомов позволило поставить правильный диагноз и эффективно лечить больную.

В.И. Шилко, В.Л. Зеленцова

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ НЕФРОПАТИЙ

Уральская государственная медицинская академия

Резюме

В работе представлена частота патологии новорожденных и детей первых месяцев жизни (364 ребенка). Изучены клинико-функциональные и лабораторные параметры состояния почек у 222 новорожденных детей отделений патологии новорожденных 10 ДГБ. Выявлен полиморфизм проявлений патологии почек у новорожденных и детей раннего возраста. Приведен проект классификации последних.

Ключевые слова

Новорожденные, патологические состояния перинатального периода, болезни почек, классификация.

В настоящее время установлено, что здоровье плода, новорожденного ребенка и дальнейшая судьба человека тесно связаны (9, 21). Однако в одних случаях эта связь очевидна, в