

УДК 616.344-002-031.84-053.2-07-08-089

*О.Б.Боднар¹, Д.Ю.Кривченя², О.П.Джам², В.В.Горячев¹***ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ,
КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРОБИ КРОНА У ДІТЕЙ**¹Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М.Боднар)

Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

²Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. Д.Ю.Кривченя)

Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця, м. Київ

Резюме. Проведений аналіз особливостей клінічного перебігу, діагностики, консервативного та хірургічного лікування хвороби Крона у дітей, які перебували на лікуванні в Національній дитячій спеціалізованій лікарні “ОХМАТДИТ” (м. Київ), Інституті педіатрії,

акушерства та гінекології (ШПАГ) (м. Київ), та МДКЛ, ОДКЛ (№ 1 та № 2) (м. Чернівці) за період з 2000 по 2009 рр.

Ключові слова: хвороба Крона, діти, діагностика, лікування.

Вступ. Хвороба Крона (ХК) – хронічне неспецифічне прогресуюче трансмуральне грануломатозне запалення шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що може поширюватися від ротової порожнини до відхідника та може виникати в будь-якому віці.

Розповсюдженість ХК у світі становить від 10 до 150 на 100000 населення. Із середини 80-х років ХХ сторіччя відмічається невпинний ріст частоти виявлення ХК у дитячому віці. Захворюваність дітей на ХК становить від 3,1 до 16,6 на 100000 дитячого населення [5].

У світовій літературі наводяться досить різноманітні, часто суперечливі погляди стосовно розвитку та перебігу захворювання в дітей. Більшість дітей із ХК це підлітки, середній вік яких становить 12 років. Значно рідше захворювання трапляється у віці до 7 років [4, 6].

За анатомічною локалізацією ХК поділяють на три групи: ілеїт, коліт та ілеоколіт. У 90 % ушкоджується термінальний відділ клубової кишки (КК) [2].

Ізольоване ушкодження товстої кишки при ХК відмічається в 10-15 %, тонкої – у 30 %. Поєднане ураження тонкої та товстої кишок – у 50 %. Деякими авторами відмічається більша, ніж у дорослих, частота втягнення в процес верхніх відділів травного тракту [3]. Системні прояви при ХК спостерігаються в 70 % дітей. Найбільш часто відмічаються затримка росту та статевого розвитку. Ці зміни носять вторинний характер та пов'язані з анорексією, втратою білків та електrolітів кишечником, мальабсорбцією [1].

Показаннями до хірургічного лікування ХК у дітей вважають: відсутність ефекту від консервативної терапії, затримку росту та розвитку дитини, виникнення гострих та хронічних ускладнень. Рецидив захворювання спостерігаються в 40-60 % від загальної кількості оперованих [7].

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, багато питань, стосовно діагностики та лікування ХК у дітей не вирішені та потребують подальшого удосконалення.

Мета дослідження. Визначити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування ХК у дітей.

Матеріал і методи. Проведено аналіз перебігу ХК у 80 дітей за період з 2000 по 2009 р., які перебували на лікуванні в гастроентерологічних та хірургічних відділеннях лікарень “ОХМАТДИТ” (м. Київ), ШПАГ (м. Київ) та МДКЛ, ОДКЛ (№ 1 та № 2) (м. Чернівці).

Найбільш часто початок захворювання спостерігався в старших вікових групах – 11-14 років (37 дітей) та 15-17 років (24 дитини); від 1 до 3 років – троє дітей, від 3 до 7 років – шість дітей, від 8 до 10 років – вісім дітей. Тільки двоє дітей захворіли у віці до 1 року. П'ятдесят дві дитини – хлопчики, причому тенденція до їх переваги серед хворих характерна для всіх вікових груп: серед хворих до 1 року їх було один, від 1 до 3 років – двоє, у віці від 3 до 7 років – четверо, від 8 до 10 років – п'ятеро, від 10 до 14 років – 24 та від 15 до 17 років – 16 осіб.

Діагноз ХК встановлювали на підставі клінічно-лабораторних даних, результатів ректороманоскопії, сигмо- та колоноскопії, іригографії, рентгенологічного дослідження з подвійним контрастуванням, а також гістологічного дослідження операційного матеріалу.

3 ХК КК та ХК клубової та висхідної ободової кишки (ВОК) оперовано сімох дітей, віком від 12 до 17 років. П'ять дітей оперовані з приводу ілеоколіту, одна – ілеїту та недостатності баугінієвої заслінки, одна – перфорації КК.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед локалізації патологічного процесу найбільш часто траплялися ураження товстої та термінального відділу тонкої кишок (ілеоколіт) – 36 дітей. ХК товстої кишки відмічена у 23 дітей. Ізольовані ушкодження термінального відділу тонкої кишки (ілеїт) виявлені в 20 дітей. Спостерігали одиничний випадок ХК порожнини рота.

Стрикттури КК та баугінієвої заслінки були в шести хворих, нориця КК, що викликала перитоніт – в одній дитини. Ці патологічні стани потребували проведення оперативного втручання.

У клінічній картині ХК найбільш частими симптомами були: біль у животі (75 дітей), зни-

ження маси тіла (64 дитини), астеничний синдром (59 дітей) та діарея (57 дітей).

Домішки крові у випорожненнях виявлено в 35 дітей. З них у 23 дітей наявність крові у випорожненнях відмічена з моменту початку захворювання. У 12 хворих кров у калі з'являлася із прогресуванням захворювання.

Періанальні ушкодження (тріщини відхідника, нориці промежини) мали місце в 12 дітей з формою захворювання колітом або ілеоколітом (двоє дітей). У п'яти дітей вони були першими клінічними проявами хвороби.

Наявність лихоманки при ХК відмічена у 43 дітей. З них субфібрилітет тривалістю довше 3-6 місяців відмічався в 22 випадків, періодичні підвищення температури до фебрильних цифр – у 21 дитини.

Затримка фізичного розвитку відмічалася в 31 дитини. До позакишкових проявів ХК відносили артралгії, моноартрити, сакроілеїт, афтозний стоматит, іридоцикліт, увеїт, епісклерит, перихолангіт, холестаза.

Позакишкові прояви ХК мали 20 пацієнтів. Найбільш часто вони розвивалися при колітах (шість дітей) та ілеоколітах (дев'ять дітей); при термінальному ілеїті лише в п'яти хворих.

У дітей молодшої вікової групи найбільш частими симптомами захворювання були: домішки крові у випорожненнях та розвиток діареї, які супроводжувалися втратою маси тіла та затримкою росту.

У дітей віком від 1 до 3 років ведучими клінічними симптомами ХК виявлено порушення ростових показників. Наступними за частотою були симптоми ураження ШКТ – абдомінальний біль та діарея, причому домішки крові в калі відмічені в 50 % випадків.

У віковій групі від 4 до 7 років на початковому періоді захворювання виникали абдомінальний біль та діарея з домішками крові у випорожненнях (троє дітей). Втрата маси тіла та затримка росту відмічені в чотирьох дітей.

У дітей, віком від 8 до 10 років переважали зміни ростових показників. Абдомінальний біль відмічався у шести дітей. Діарея траплялася в п'яти хворих, кров у калі – в п'яти дітей. Позакишкові прояви захворювання розвивалися в п'яти дітей.

Для дітей віком від 11 до 15 років такі симптоми, як біль у животі, втрата маси тіла та астеничний синдром спостерігалися найбільш часто (у 35, 21 та 17 дітей відповідно). Поява крові у випорожненнях відмічалася в 17 дітей. Позакишкові прояви розвивалися рідше – у дев'яти дітей. Затримка росту відбувалася в п'яти дітей.

Для дітей, які захворіли у віці від 15 до 17 років, найбільш характерними симптомами були: біль у животі (24 дитини) та втрата маси тіла (19 дітей). У цій віковій групі відмічено менший розвиток позакишкових проявів ХК (6) та перианальних уражень (3).

Лихоманка відмічалася в цих дітей частіше, ніж в інших вікових групах (14 дітей), а затримка зросту не виявлена в жодній дитини.

“Барабанні пальці” виявлялися у восьми дітей, вузловата еритема в – п'яти. Артралгії та артрити траплялися в 11 дітей.

У загальному аналізі крові в усіх пацієнтів виявляли анемію (зниження еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту), ретикулоцитоз, лейкоцитоз, збільшення ШЗЕ. У біохімічному аналізі крові виявляли гіпопротеїнемію, гіпоальбумінемію, падіння вмісту мікроелементів, підвищення рівнів лужної фосфатази, α_2 -глобулінової фракції та С-реактивного білка. Ступінь вираженості біохімічних змін прямопропорційна тяжкості захворювання.

Для інфільтративної фази (63 дитини) характерна матова поверхня слизової за відсутності судинного малюнка. У деяких випадках спостерігалися ерозії з поверхневими виразкуваннями та фібринозними нашаруваннями. При фазі виразкування (вісім дітей) виявлялися окремі або множинні виразкові дефекти, що поширювалися на м'язовий шар кишкової стінки. Внаслідок набряку слизової оболонки та ураження глибоких шарів кишкової стінки спостерігалася звуження просвіту кишки. У фазу рубцювання (дев'ять дітей) виявлялися ділянки незворотного стенозу кишки.

При рентгенологічному дослідженні виявлялися сегментарні ушкодження та нерівні контури кишки. У товстій кишці визначалися нерівності та виразкування по верхньому краю сегмента зі збереженням гаустрації по нижньому краю.

Підхід до лікування ХК у дітей залежав від тяжкості захворювання, перебігу та характеру ускладнень. Метою лікування було досягнення клінічної ремісії з подальшим її пролонгуванням та запобігання загостренням.

Препаратами першої лінії лікування були сульфасалазин та його аналоги, месалазин, салофальк, месакол, пентаса. Використовувалися глюкокортикоїдні гормони (преднізолон); імунодепресанти (азатиоприн, 6-меркаптопурин, метотрексат); антибактеріальна терапія (цефтріаксон, ципрофлоксацин, метронідазол).

При виникненні ускладнень ХК поставало питання у виконанні розвантажувальної ілеостомії або резекції кишечника з відновленням кишкової прохідності. Токсичної дилатації або масивної кровотечі не спостерігалася.

В одному випадку при ілеоколіті (ілеоцекальна форма ХК) була нориця КК, що ускладнилася перитонітом (ілеоколіт) – виконано накладання ілеостоми з резекцією ілеоцекального відділу кишечника. В одному випадку з інфільтратом черевної порожнини, ХК виявлено норицю КК у висхідну ободову кишку. Четверо дітей оперовані з приводу стриктуруючої ХК з рецидивною частковою кишковою непрохідністю. В одному випадку виник рецидив ХК, проксимальніше ділянки анастомозу, який призвів до розвитку кишкової непрохідності та потребував проведення повторного оперативного втручання. Одна дитина оперована з приводу доліхоколон, недостатності баугінієвої заглибини, хронічних запорів.

Інтраопераційно виявлено ХК. Даний клінічний випадок наводимо нижче.

Хлопчик С, 14 років (№ іст. хв. 2257).

Діагноз до операції. Доліхоколон, декомпенсований перебіг. Недостатність баугінієвої заслінки.

Операція № 203 від 22.11.2002 року. Лапаротомія. Резекція ілеоцекального відділу кишечника. Створення ілеоасцендоанастомозу кінець у бік за методом Вітебського (СПТУ -26); УКЛ – 40.

Хід операції. Середина лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини виявлено, що на рівні ілеоцекального кута, упродовж 27 см, КК циркулярно потовщена за рахунок додаткової тканини. Спостерігаються серозна інфільтрація та звуження просвіту кишки. Поперечний діаметр КК становить 5-5,5 см. Виявлені збільшені лімфовузли ілеоцекального відділу кишечника, що становлять від 1 до 3 см у діаметрі. Червоподібний відросток катарально змінений. При подальшій ревізії виявлено гострі перегини в печінковому та селезінковому кутах за рахунок прогинання поперекової ободової кишки. Стінка товстої кишки та її просвіт не змінені. Сигмоподібна кишка має дві додаткові петлі.

Виконана мобілізація брижі та видалення ілеоцекального відділу кишечника (КК – до 50 см, сліпої кишки з червоподібним відростком та висхідної ободової кишки). Накладений кінцево-бічний анастомоз апаратом СПТУ – 26, між КК та висхідною ободовою кишкою по латеральній лінії. Виконано формування ілеоцекального клапана за методом Вітебського (інвагіновано 3 см КК). Просвіт висхідної ободової кишки ушито: УКЛ – 40. Лінія метало-шва занурена в серозно-м'язові шви (дексон 3/0). Вікно в брижі ушито. Санація та дренажування черевної порожнини мікроіригатором через правий бічний фланк накладено пошарово шви на рану. Асептична пов'язка.

Діагноз після операції: хвороба Крона, термінальний ілеїт.

Гістологічний висновок (№ 4863-68): стінка КК інфільтрована. У товщі інфільтрату виявляються грануломи та гігантські багатоядерні макрофаги. В окремих ділянках виявляються виразкові дефекти. Відмічається інфільтрація лімфоїдного апарату кишечника та лімфовузлів за рахунок гіперплазії фолікулів. Брижа потовщена з вираженою фібропластичною реакцією.

Висновки

1. Хвороба Крона в дітей є тяжким, інвалідизуючим захворюванням, що супроводжується позакишковими проявами та розвитком кишкових ускладнень, які потребують відповідної медикаментозної чи хірургічної корекції.

2. Найбільш поширеними клінічними ознаками хвороби Крона в дітей різних вікових груп є абдомінальний біль, зниження маси тіла, астеничний синдром та діарея.

3. Оптимальним методом оперативного лікування при термінальному ілеїті або ілеоколіті є резекція ілеоцекального відділу кишечника зі створенням ілеоколоанастомозу за методом Я.Д.Вітебського.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження доцільно спрямувати на розширення показів до оперативного лікування ХК, ілеоколіту у дітей, а також пошук методів оперативних втручань, направлених на одномоментне, безілеостомічне відновлення ШКТ.

Література

1. Лохматов М.М. Внутрисветноэндоскопические изменения желудочно-кишечного тракта при болезнях органов пищеварения у детей : автореф. дис. на соискание учёной степени доктора мед. наук.: спец. 14.00.09 “Педиатрия”, 14.00.35 09 “Детская хирургия” / М.М.Лохматов. – М., 2008. – 38 с.
2. Возрастные особенности клинических проявлений болезни Крона у детей / О.Н.Мазанкова, О.В.Водилова, И.С.Курохтина [и др.] // Рос. педиатр. ж. – 2005. – № 13 (3). – С. 1-4.
3. Щербаков П.Л. Воспалительные заболевания кишечника у детей: болезнь Крона и неспецифический язвенный колит / П.Л.Щербаков // Дет. доктор. – 2000. – № 4. – С. 22-26.
4. Неспецифический колит у детей и подростков / Н.Г.Щиголева, В.Г.Румянцев, С.В.Бельмер [и др.] // Рос. педиатр. ж. – 2002. – № 2. – С. 16-18.
5. Buller H. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: working group report of the first world congress of pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition / H.Buller, S.Chin, V.Kirshchner // J. Ped. Gastroenterol. Nutr. – 2002. – № 35. – P. 151-158.
6. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD / M.Daperno, D.Haens, G.Van Assche [et al.] // Gastrointest Endosc – 2004. – № 60 (11) – P. 505-512.
7. Griffiths A.M. Review of activity indices and endpoints for clinical trials in children with Crohn's disease / A.M.Griffiths // Inflamm. Bowel. Dis. – 2005. – № 11 (2) – P. 185-196.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТЕКАНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

О.Б.Боднар, Д.Ю.Кривченя, О.П.Джам, В.В.Горячев

Резюме. Проведён анализ особенностей клинического течения, консервативного и хирургического лечения болезни Крона у детей, которые находились на лечении в Национальной детской специализированной больнице “ОХМАДЕТ” (г. Киев), Институте педиатрии, акушерства и гинекологии (г. Киев), ГДКБ та ОДКБ (№ 1 та № 2) (г. Черновцы) за период с 2000 по 2009 год.

Ключевые слова: болезнь Крона, дети, диагностика, лечение.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE, DIAGNOSTICS, CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF CROHN'S DISEASE IN CHILDREN

O.B.Bodnar, D.U.Kryvchenia, O.P.Dzham, V.V.Goriachev

Abstract. The analysis of the features of the clinical course, conservative and surgical treatment of Crohn's disease in children has been carried out, they underwent a course of treatment at the National Children's Specialized Hospital "Okhmatdit" (Kyiv), Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology (Kyiv), Municipal Children's Clinical Hospital (MCCH) and Regional Children's Clinical Hospital (RCCH) (№ 1 and № 2) (Chernivtsi) over the period from 2000 to 2009.

Key words: Crohn's disease, children, diagnostics, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)
O.O.Bogomolec National Medical University (Kyiv)

Рецензент – проф. Р.І.Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 1 (53). – P. 14-17

Надійшла до редакції 28.09.2009 року

© О.Б.Боднар, Д.Ю.Кривченя, О.П.Джам, В.В.Горячев, 2010

V науково-практична конференція

“Проблемні питання лікування дітей”

**25-26 лютого 2010 року
м. Київ**

Адреса оргкомітету:

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика МОЗ України
вул. Дорогожицька, 9
м. Київ, 04112
тел. (044) 412-16-07, 412-04-87