

Трудности дифференциальной диагностики заболеваний толстой кишки в инфекционной практике

Л. Н. МАЗАНКОВА¹, Т. А. ЧЕБОТАРЕВА¹, Э. И. АЛИЕВА³, М. И. ПЫКОВ⁴, Е. И. МАКАРОВА², Е. Г. МОРЕВА²

Кафедра детских инфекционных болезней ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ¹,

ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ²,

ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ³,

Кафедра ультразвуковой диагностики детского возраста ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ⁴

В статье представлен алгоритм дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника с инфекционными и паразитарными заболеваниями, описан случай диагностики болезни Крона в инфекционном отделении многопрофильного стационара с последовательностью обследований ребенка в гастроэнтерологическом отделении, показаны особенности развития и течения болезни Крона у ребенка 16 лет с дебютом на фоне кишечной инфекции.

Ключевые слова: острая кишечная инфекция, болезнь Крона, дети

Difficulties of Differential Diagnosis of Colon Diseases in the Infectious Practice

L. N. Mazankova¹, T. A. Chebotareva¹, E. I. Aliyeva³, M. I. Pykov⁴, E. I. Makarova², E. G. Moreva²

Department of Pediatric Infectious Diseases, Russian Medical Academy of Postgraduate Education¹,

Children's Clinical Hospital named after Z.A. Bashlyaeva², Morozov Children's Clinical Hospital³,

Department of ultrasound diagnosis of childhood, Russian Medical Academy of Postgraduate Education⁴

The paper presents an algorithm of differential diagnosis of inflammatory bowel disease with infectious and parasitic diseases, described the case of diagnosis of Crohn's disease in the infectious department general hospital with a sequence of examinations of the child in the gastroenterological department, showing features of the development and course of Crohn's disease in a child 16 years with the debut on the background intestinal infections.

Keywords: acute intestinal infection, Crohn's disease, children

Контактная информация: Мазанкова Людмила Николаевна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских инфекционных болезней РМАПО МЗ РФ; 125373, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28; mazankova@list.ru

Mazankova L. N. — MSD, Professor, Head of Kafedra Children's infectious diseases; 125373, Moscow, ul. Heroev Panfilovtsev, 28; mazankova@list.ru

УДК 616.34-07

Многие воспалительные заболевания тонкой и толстой кишок сходны по клиническим проявлениям, данным лабораторных исследований, эндоскопической и гистологической картине с язвенным колитом и болезнью Крона [1, 2]. Указанное обстоятельство означает, что возможности кишечника реагировать на различные повреждающие факторы являются ограниченными (Г. Адлер, 2002 г.).

Поставить диагноз хронического воспалительного заболевания кишечника можно лишь при условии подробного сбора анамнестических данных и результатов клинических исследований, полной оценки эндоскопической картины, тщательного микробиологического и гистологического исследований, а также проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями инфекционного генеза [1, 2].

Среди инфекционных заболеваний наиболее схожи по клиническим симптомам с дебютом воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) бактериальные инвазивные кишечные инфекции и протеозы (табл. 1).

Наиболее часто с инфекционными заболеваниями дифференцируют дебют болезни Крона у детей.

Болезнь Крона (БК) — хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, которое может поражать все его отделы, от полости рта до ануса. Клинические симптомы БК у детей включают подострое развитие, наличие длительного диарейного и абдоминального синдромов на фоне рецидивирующей лихорадки с потерей массы тела. Нередко БК

начинается с внекишечных проявлений в виде поражения кожи, слизистых оболочек, суставов, изменений в области аноректальной зоны [1—5]. У детей БК при поражении слепой кишки сопровождается развитием острого аппендицита, что является поводом для консультации хирурга и оперативного вмешательства [1, 2, 4].

Такие инфекционные заболевания, как острые кишечные инфекции, генерализованные бактериальные инфекции (псевдотуберкулез) и вирусные (корь, энтеровирусная инфекция, цитомегаловирусная инфекция и др.), нередко являются триггерами развития и выявления впервые БК в инфекционной клинике, что требует междисциплинарного подхода к диагностике с целью выявления заболеваний кишечника инфекционного и неинфекционного генеза.

Трудности дифференциальной диагностики БК приведены на клиническом примере больного, наблюдавшегося в инфекционном отделении ДГКБ им. З.А. Башляевой и гастроэнтерологическом центре Морозовской ДГКБ г. Москвы.

Пациент Виктор П., 16 лет. Поступил в инфекционное отделение ДГКБ имени З.А. Башляевой 13.10.2014 года с направляющим диагнозом: Острый инфекционный гастроэнтерит, хроническая анемия. Жалобы при поступлении на длительное повышение температуры тела до 39—40°C, рвоту, боли в животе и жидкий стул с патологическими примесями, чаще всего в ночное время.

Анамнез: ребенок от 1 беременности, протекавшей без патологии, роды срочные, самостоятельные на 41 неделе. Раннее развитие без особенностей. Привит по воз-

Таблица 1. Инфекционные заболевания как маски дебюта ВЗК

Бактерии	Вирусы	Простейшие
<i>Campylobacter jejuni</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Staphylococcus aureus</i> Штаммы сальмонелл <i>Escherichia coli</i> Штаммы шигелл <i>Drucella melitensis</i> <i>Mykobacterium tuberculosis</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoea</i> <i>Aeromonas hydrophila</i> <i>Vibrio parahaemolyticus</i> <i>Plesiomonas shigelloides</i>	Коксаки <i>Cytomegalovirus</i> Эпштейна-Барр <i>Herpes simplex</i>	<i>Entamoeba histolytica</i> <i>Cryptosporidium</i> <i>Schistosoma mansoni</i> <i>Giardia lamblia</i> <i>Balantidium coli</i> <i>Isospora belli</i> <i>Strongyloides stercoralis</i> <i>Leishmania gonovani</i>

расту. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены. Специалистами не наблюдался. Перенесенные заболевания: ОРЗ часто, в 2013 г. — ангина. С 2013 г. в анализах крови снижение гемоглобина менее 100 г/л (анемия 1—2 степени). С 14 летнего возраста не прибавлял в весе.

В течение последних 6 месяцев беспокоят периодические боли в животе и жидкий патологический стул в ночное время. В августе 2014 г. перенес инфекционный энтероколит, находился на стационарном лечении в ДГКБ св. Владимира г. Москвы, получал энтерофурил per os 7 дней. После выписки сохранялся жидкий стул с патологическими примесями в ночное время и боли в животе. С конца сентября 2014 года до поступления в стационар ежедневно повышение температуры тела до 39—40°C, к врачам не обращался, посещал школу, не обследован и не получал лечение.

При поступлении в стационар масса тела 36 кг, ИМТ < 16. Рост 163 см. Состояние тяжелое. Выражены симптомы интоксикации. Жалобы на боли в животе, подъемы температуры тела до 40°C. Вялость, мышечная слабость. Кожные покровы бледные, сухие. Зев чистый, розовый. Лимфатические узлы при пальпации единичные, безболезненные, подвижные, не спаяны между собой. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипов нет. ЧД 18—20 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧСС 90—100 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не увеличен в размерах, при перкуссии — тимпанит, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастральной области и по ходу толстой кишки. Печень у реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул учащен до 3-х раз в сутки преимущественно ночью, жидкий, с примесью слизи и зелени. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча светлая, прозрачная. Симптом поколачивания отрицательный. Острой очаговой и менингеальной симптоматики нет.

При обследовании в общем анализе крови от 13.10.2014 г.: снижение уровня Hb до 96 г/л, эритроциты — $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты — $12,6 \times 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные 2%, сегментоядерные 86%, лимфоци-

ты — 11%, моноциты 1%, тромбоциты $558 \times 10^9/л$, СОЭ 40 мм/час.

В биохимическом анализе крови от 14.10.14 г. основные показатели в пределах возрастной нормы: общий белок — 79 г/л, общий билирубин — 4 мкмоль/л, мочевины 4,4 ммоль/л, калий — нижняя граница нормы (3,5 ммоль/л), натрий 139 ммоль/л, хлор 102 ммоль/л, ферменты печени: АСТ — 9 Ед/л, АЛТ — 10 Ед/л, ферритин — 87,6 мкг/л (норма 12—150). Имело место снижение уровня общего кальция до 1,7 ммоль/л (норма 2,1—2,6) и существенное повышение СРБ до 118,6 мг/л (норма до 8 мг/л).

На рентгенографии органов грудной клетки от 13.10.2014 г. — очаговых и инфильтративных изменений нет. На УЗИ органов брюшной полости от 14.10.2014 г. — перегиб желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы, мезаденит.

Предварительное заключение. Учитывая наличие в течение последних 2-х лет патологического стула, преимущественно в ночное время, развитие анемии, отсутствие прибавки в массе тела, прогрессивное течение заболевания с ухудшением состояния в августе 2014 г., когда ребенок был госпитализирован с клиникой острого гастроэнтерита, с последующим сохранением эпизодов «неустойчивого» стула без патологических примесей на фоне продолжающейся потери массы тела (в течение месяца около 2 кг), длительную стойкую лихорадку до 39—40°C, а также — лейкоцитоза нейтрофильного характера, тромбоцитоза, увеличение СОЭ до 40 мм/час, можно думать о развитии хронического энтероколита. Дифференциальный диагноз следует проводить между бактериальными кишечными инфекциями и воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), псевдомембранозным колитом.

Назначенная терапия: альфа нормикс (рифаксимин) 1 капсула (200 мг) 3 раза в день, фосфалюгель 1 пакет 3 раза/день, креон 10000 1 капсула 4 раза/день, энтеросгель, дезинтоксикационная и регидратационная инфузионная терапия.

В динамике заболевания состояние ребенка осталось тяжелым, сохранялись симптомы интоксикации, ли-

хорадка до 38—39°C в течение 10 дней, снижение аппетита, жидкий стул с чередованием водянистого с колитическим синдромом, преимущественно ночью.

При лабораторном обследовании в анализе кала на кишечную группу от 14.10.2014 г. бактерий дизентерийной и тифопаратифозной групп не выделено. Ротавирусный антиген в фекалиях методом ИФА от 15.10.2014 г. не обнаружен. В копроцитограмме от 15.10.2014 г. — рН 5,0, мышечные волокна +; мыла +; слизь +; лейкоциты сплошь покрывают все поля зрения. В общем анализе крови нарастала анемия (Hb 90 г/л), лейкоцитоз 14—16 × 10⁹/л, СРБ 118 г/л (норма до 8 г/л), прокальцитонин 0,81 нг/мл (норма менее 0,046 нг/мл).

В анализе крови при серологическом исследовании методом РПГА от 14.10.2014 г. — выявлены антитела к сальмонелле гр. В (титр 1:200); антитела к ВИЧ, HBsAg и AntiHCV — не обнаружены.

При ЭГДС диагностирован гастродуоденит, эзофагит, дуодено-гастральный рефлюкс, недостаточность кардии и привратника. На ЭКГ отмечалась синусовая тахикардия, вертикальное положение ЭОС, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

УЗИ органов брюшной полости и толстой кишки от 28.10.2014 г. Печень: контуры ровные, размеры не увеличены, паренхима средней эхогенности, структура однородная. Сосудистый рисунок не усилен. Возле воротной вены участок повышенной эхогенности округлой формы диаметром 14 мм (в воротах печени лимфатический узел 17 мм). Желчный пузырь, протоки, селезенка не изменены. Увеличены лимфоузлы в корне брыжейки. На всем протяжении толстая кишка резко изменена: стенки утолщены от 6—9 мм, дифференцировка отсутствует, выражена гипотония. Мезентериальные лимфоузлы увеличены до 15 мм. Заключение: Болезнь Крона? Лимфаденопатия? Липома печени?

На основании полученных результатов обследования в инфекционном стационаре был поставлен клинический диагноз: Сальмонеллез гр. В, энтероколитический вариант, клинико-серологический, тяжелая форма, рецидивирующее течение? Гастродуоденит. Эзофагит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Недостаточность кардии и привратника. ВЗК (Болезнь Крона)?

В терапию добавлен метронидазол из расчета 7,5 мг/кг разовая доза, ципрофлоксацин из расчета 10 мг/кг/сут курсом 5 дней.

В динамике на фоне антибактериальной терапии отмечалось снижение температуры тела до субфебрильных цифр, однако сохранялись вялость, слабость, мышечные боли в ногах, снижение аппетита, кишечный синдром: жидкий стул до 4 раз в сутки, с зеленью и слизью. При обследовании в общем анализе крови — анемия (Hb 96 г/л), лейкоцитоз 16,0 × 10⁹/л, СОЭ 30 мм/час.

Через 2 недели на голених отмечалось появление узловой эритемы — характерного симптома для внекишечных проявлений болезни Крона, что и явилось поводом для перевода пациента для дальнейшего обследования и лечения 28.10.2014 г. в гастроэнтерологическое

отделение Морозовской ДГКБ с диагнозом «Болезнь Крона? Липома печени».

При поступлении в Морозовскую ДГКБ состояние ребенка оценивалось как тяжелое, сохранялась субфебрильная температура, симптомы интоксикации, боли в животе и жидкий патологический стул.

При обследовании на УЗИ органов брюшной полости определялись выраженные изменения терминального отдела подвздошной и толстой кишки от уровня печеночной кривизны до дистального отдела сигмы: просвет сужен, стенки утолщены до 7 мм, дифференцировка снижена, определяются реактивные изменения мезентериальных лимфоузлов и фрагментов большого сальника, что характерно для терминального илеита и колита — болезни Крона. Также выявлены очаговые изменения печени, стенок желчного пузыря, поджелудочной железы.

При контрольном ЭГДС выявлена активная язва антрального отдела желудка, распространенный гастрит, бульбит. На фоне терапии в динамике на ЭГДС — распространенный гастрит. Неактивные язвы препилорического отдела желудка (рубцы). Множественные язвы луковицы 12 п.к. единичной активности.

Проведена колоноскопия от 06.11.2014 г. Колоноскоп проведен до дистального отдела восходящей ободочной кишки. В области печеночного угла и в меньшей степени на протяжении поперечно-ободочной и нисходящей ободочной отмечаются множественные рубцы, грануляции, множественные воспалительные полипы и единичные язвы, неравномерность просвета, сосудистый рисунок местами просматривается, рельеф стенки по типу «булыжной мостовой». В сигмовидной кишке на 30 см от ануса определяются обширные язвы до 5—6 см. На остальных участках сосудистый рисунок просматривается, слизистая легкоранимая при контакте с аппаратом, особенно в правых отделах. Заключение: неспецифическое воспаление, выраженная активность. Эндоскопическая картина эрозивно-язвенного поражения толстой кишки, характерного для болезни Крона поперечно-ободочной и прямой кишки.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием от 07.11.2014 г. — рентгенологическая картина соответствует болезни Крона с распространенным поражением ЖКТ от желудка до дистальных отделов толстой кишки.

На основании данных клинико-лабораторного обследования, эндоскопии и рентгенологического исследования ЖКТ был выставлен заключительный диагноз: Болезнь Крона, сочетанное поражение (верхние отделы пищеварительного тракта и толстая кишка), выраженная активность, тяжелая форма. Множественные участки сужения тонкой и толстой кишки. Анемия смешанного генеза 2—3 степени, дефицит массы тела 35%. Узловая эритема.

Лечение в гастроэнтерологическом отделении. Диета безмолочная, без глютена, частичное энтеральное питание «Nutridrink» по 600,0 мл. Для парентерального питания — Оликлиномель N-1000E по 1 л/сут на 9 дней — восполняет дефицит белков, жиров и углеводов, макро-

микроэлементов и способствует поддержанию белкового и энергетического обмена.

В качестве базисной терапии получал препарат из группы аminosалицилатов — Салофальк (обладающий местным противовоспалительным действием) по 500 мг х 4 раза/сут с 30.10 по 25.11.; препарат из группы цитостатиков и иммунодепрессантов — Азатиоприн (снижает выраженность аутоиммунных воспалительных реакций) по 1 т х 1 раз/сут (50 мг) утром с 14.11 по 25.11. и гормональный препарат — преднизолон по 1,5 мл (37,5 мг) х 3 раза/сут в/в капельно с 28.10 по 18.11., далее через рот из расчета 1 мг/сут.; гепатопротектор Урсофальк по 1 капс. (250 мг) х 2 раза в день с 14.11 по 22.11.; антианемическое средство — препарат железа Феррумлек по 2 мг х 1 раз/сут в/м №10. В качестве противоязвенной терапии — специфический ингибитор протонного насоса, снижающий продукцию соляной кислоты — Омез 20,0 мг в/в капельно (с 09.11. по 25.11) на 200,0 мл физраствора и антацидное средство Альмагель по 15 мл х 3 раза/сут + 1 раз на ночь через рот с 30.10.2014 г. по 25.11. 2014 г.

Ребенок выписан домой через 1 месяц в состоянии средней тяжести с положительной динамикой: отсутствие лихорадки, самочувствие удовлетворительное, аппетит сохранен, боли в животе купированы, стул регулярный 2—3 раза/сутки, кашицеобразный без патологических примесей. Прибавил в массе тела 3 кг.

В амбулаторных условиях продолжено лечение: диета №4, дробное питание, «Модулен» до 400 мл в сутки; цитостатики (азатиоприн по 50 мг 1 раз в день, далее с увеличением дозы, длительно); преднизолон перорально 45 мг/сутки, с 2-х месячным постепенным снижением дозы; препараты кальция длительно; ингибиторы протонной помпы (омез по 20 мг 2 раза в день на 14 дней, далее только на

ночь); ферменты (креон 10000 ЕД х 3 раза в день с едой 1 мес.); аminosалицилаты (салофальк) 2 г/кг/сут.

Катамнез через 3 месяца — клиническая ремиссия, прибавил в массе тела 10 кг. Продолжает получать цитостатики (азатиоприн 100 мг/в сутки), аminosалицилаты 2 г/сутки. Анализ крови общий: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $4,40 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, СОЭ 24 мм/ч.

Цель демонстрации — показать особенности развития тяжелой формы Болезни Крона тонкой и толстой кишки и трудности дифференциальной диагностики этого заболевания и сальмонеллеза гр. В, возможно сыгравшего триггерную роль в дебюта БК у пациента в 16 летнем возрасте.

Литература/References:

1. Алиева Э.И., Румянцев В.Г. Болезнь Крона у детей // Педиатрия. 2001. №6. С.25—27. Alieva Je.I., Romyantsev V.G. [Crohn's disease in children] // *Pediatrics*. 2001. №6. P.25—27. (In Russ.)
2. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. — М.: Триада-Х, 2002. 127с. Belousova E.A. [*Ulcerative colitis and Crohn's disease.*] — М.: Triad-X, 2002. 127p. (In Russ.)
3. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. О трудностях диагностики болезни Крона в клинических примерах // Фарматека. 2012. №2. С.60—64. Grigor'eva G.A., Meshalkina N.Ju. [About the difficulties of diagnosing Crohn's disease in clinical examples] // *Farmateka*. 2012. №2. P.60—64. (In Russ.)
4. Мазанкова Л.Н., Водилова О.В., Халиф И.Л. Осложнения болезни Крона у детей // Колопроктология. 2004. №3, Т. 9. С.30—35. Mazankova L.N., Vodilova O.V., Halif I.L. [Complications of Crohn's disease in children] // *Coloproctology*. 2004. №3, T. 9. P.30—35. (In Russ.)
5. E.F. Stange, S.P.L. Travis, S. Vermeire et al. [European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis] // *Gut*. 2006. Vol. 55. P.1—15.

ПОДПИСКА

Проводится подписка на журнал

«Детские инфекции»

Внимание!

Открыта подписка в странах СНГ и Балтии.

Подписку можно оформить в почтовых отделениях связи

Индексы полугодовой подписки в каталоге «Роспечать»:

82163 — для индивидуальных подписчиков и для организаций.

Индекс годовой подписки в каталоге «Роспечать»:

20002 — для индивидуальных подписчиков и для организаций.