ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЭНТЕРОКОЛИТОВ У ДЕТЕЙ

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC ENTEROCOLITIS IN CHILDREN

Мухамедов Иломон Мухамедович
Доктор медицинских наук

Юсупов Машраб Исматиллович

Шайкулов Хамза Шодиевич

Ташкентский стоматологический медицинский институт

Самаркандский медицинский институт

Mukhamedov Ilomon Mukhamedovich
Doctor of Medical Sciences

Yusupov Mashrab Ismatillovich

Shaykulov Khamza Shodievich

Tashkent Dental Medical Institute

Samarkand Medical Institute

E-mail: gulnoza_5999@mail.ru

Резюме

Диагноз и дифференциальный диагноз хронических энтероколитов у детей часто представляет определенные трудности: во-первых, отсутствуют клинические симптомы и признаки, характерные только для данного заболевания; во-вторых, поражение кишечника протекает не изолировано, а чаще всего в патологический процесс вовлекаются функционально и морфологически связанные с ним другие органы системы пищеварения; в-третьих, для данной патологии характерно развитие не только местных, но и общих симптомов, в основе которых лежит расстройство разных видов обмена веществ, возникающее вследствие нарушения процессов абсорбции в желудочно-кишечном тракте. Следует отметить, что в амбулаторных условиях энтероколиты у детей диагностируются лишь в 17—20% случаев, в подавляющем большинстве случаев ставится диагноз «поражение желудка, печени», либо изменения со стороны кишечника вообще игнорируются педиатрами, которые считают их временными, преходящими, возникающими под влиянием одноразовых, кратковременных воздействий внешних, чаще всего алиментарных факторов.

Ключевые слова: Энтероколит, дети, желудок, кишечник, экссудативная энтеропатия.

Summary

The diagnosis and differential diagnosis of chronic enterocolitis in children often presents certain difficulties: firstly, there are no clinical symptoms and signs characteristic only of this disease; secondly, the intestinal lesion is not isolated, and most often other organs of the digestive system that are functionally and morphologically related to it are involved in the pathological process; third, this pathology is characterized by the development of not only local, but also general symptoms, which are based on a disorder of different types of metabolism, resulting from a violation of the absorption processes in the gastrointestinal tract. It should be noted that in outpatient settings, enterocolitis in children is diagnosed only in 17-20% of cases, in the vast majority of cases, the diagnosis is "stomach or liver damage", or changes in the intestine are generally ignored by pediatricians, who consider them temporary, transient, arising under the influence of one-time, short-term effects of external, most often alimentary factors.

Key words: Enterocolitis, children, stomach, intestines, exudative enteropathy

Библиографическая ссылка на статью
Мухамедов И.М., Юсупов М.И., Шайкулов Х.Ш. Дифференциальный диагноз энтероколитов у детей // Innova. - 2022. - № 2 (27). - С. 35-39.

References to the article
Mukhamedov I.M., Yusupov M.I., Shaikulov H.Sh. Differential diagnosis of chronic enterocolitis in children // Innova. - 2022. - No. 2 (27). - P. 35-39.

DOI: 10.21626/innova/2022.2/05

Введение. Диагноз и дифференциальный диагноз хронических энтероколитов у детей часто представляет определенные трудности: во-первых, отсутствуют клинические симптомы и признаки, характерные только для данного заболевания [1]; во-вторых, поражение кишечника протекает не изолировано, а чаще всего в патологический процесс вовлекаются функционально и морфологически связанные с ним другие органы системы пищеварения; [1,2] в-третьих, для данной патологии характерно развитие не только местных, но и общих симптомов, в основе которых лежит расстройство разных видов обмена веществ, возникающее вследствие нарушения процессов абсорбции в желудочно-

кишечном тракте [1,3].

Вовлечение в патологический процесс других органов системы пищеварения, в частности желудка, печени, желчных путей, поджелудочной железы, ведет к разнообразию одних и тех же патологических симптомов — разному характеру болей, диспепсических расстройств [4,5]. Часто возникает сомнение, поражение какого органа явилось первичным в сложном комплексе патологических симптомов хронического процесса органов системы пищеварения [6].

Следует отметить, что в амбулаторных условиях энтероколиты у детей диагностируются лишь в 17—20% случаев, в подавляющем большинстве случаев ставится диагноз «поражение желудка, печени» [7], либо изменения со стороны кишечника вообще игнорируются педиатрами, которые считают их временными, преходящими, возникающими под влиянием одноразовых, кратковременных воздействий внешних [8], чаще всего алиментарных факторов. Проводимая при этом симптоматическая терапия не устраняет воспалительного процесса в кишечнике, а способствует лишь стиранию клинической симптоматики и переходу заболевания в хронический процесс [9,10].

Наиболее частым симптомом хронического энтероколита является изменение общего состояния: быстрая утомляемость, пониженная физическая и умственная работоспособность, чувство постоянной усталости [11].

Второй симптом заболевания — похудание, достигающее в части случаев II—III степени дистрофии [12]. При хроническом энтероколите выраженное расстройство питания наблюдается преимущественно в тех случаях, когда в клинике заболевания на первый план выступают симптомы преимущественного поражения тонкой кишки [13].

В отличие от хронического энтероколита, при неспецифическом язвенном колите наблюдается быстро прогрессирующая (в течение 1—2 месяцев) потеря веса [14]. При муковисцидозе глубокая гипотрофия наблюдается при нормальном и даже повышенном аппетите и, кроме того [15], похудение конечностей и туловища не соответствует полному, «кукольному» лицу. При целиакии истощение сочетается с резко увеличенными, 1 некоторых случаях огромными размерами живота, а при экссудативной энтеропатии — с наличием отеков нефротического типа [17]. Вследствие полигипповитаминоза у больных энтероколитом на фоне общего похудания появляется сухость кожи, тусклость и выпадение волос, ломкость ногтей, истончение ногтевых пластинок [18,19].

В решении вопроса о том, является ли хроническая патология кишечника первичной или она сопутствует хроническому гастриту, гепатиту, дуодениту и т.д., большую помощь может оказать правильно собранный анамнез [20]. При сборе анамнеза следует уточнить время первых проявлений дискинезии кишечника, которые могут возникнуть в любом возрасте [6]. В 1/3 случаев энтероколита первые признаки хронической кишечной патологии развиваются после перенесенных острых желудочно-кишечных заболеваний [4]. Следует подчеркнуть, что патологические симптомы поражения кишечника в большом проценте случаев выявляются у детей, получавших неоднократно и длительное время антибиотики [7], которые, изменяя экологическую структуру кишечного пейзажа, ведут к развитию дисбактериоза — одного из главных звеньев патогенеза хронического поражения кишечника [9].

Правильно собранный анамнез поможет в постановке диагноза хронического энтероколита аллергической этиологии — при этом период обострения основного заболевания совпадает с прпоявлениями аллергизации организма: крапивницей, экземой, отеком Квинке и др. [7]. У части больных анамнез позволяет выяснить, что обострение наступает после употребления определенных пищевых аллергенов (какао, шоколад, молоко, клубника, цитрусовые, яйца и т.д.) [5].

Тщательно собранный анамнез позволяет выяснить, что дискинезия кишечника примерно у 25% больных развивается на фоне длительного нерегулярного питания, еды всухомятку, преобладания грубой, преимущественно углеводной пищи, злоупотребления жирами [1].

Большинство заболеваний желудочно-кишечного тракта протекает с болями в животе разной степени [6]. Не составляет исключения в этом плане и хронический энтероколит, при котором болевой синдром часто доминирует в клинике заболевания. Однако в связи с тем, что болезненность не имеет строгой локализации и, кроме того, может меняться ее характер, этот важный признак требует дифференциации с другими хроническими заболеваниями системы пищеварения [8]. Так, при энтероколите наиболее часто ощущаются боли вокруг пупка, реже в нижней части живота, либо в гастральной области. В отличие от этого, для холецистита

более характерно наличие болезненности в правом подреберье, для гастрита и язвенной болезни — в эпигастрольной области, для панкреатита — в левом подреберье [19]. При хроническом энтероколите иррадиация болезненности не характерна; в противоположность этому при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки боль иррадиирует в спину, позвоночник; при холециститах — в правое плечо, ключицу, лопатку; при панкреатитах часто имеет опоясывающий характер [17]. При хроническом энтероколите интенсивность болей колеблется от неприятных ощущений до схваткообразных болей типа кишечных колик, появляющихся в разное время дня [10]. Выраженных постоянных болей в животе при этом не отмечается. Длительные нестерпимые боли в области живота должны настораживать врача в отношении наличия опухоли в брюшной полости. Боль носит приступообразный характер, продолжается от 10—15 мин до 3—5 ч. В межприступный период боли почти не беспокоят, носят волнообразный характер, интенсивность их колеблется в течение дня [11,12]. В отличие от этого, острая колющая боль в правом подреберье говорит об остром холецистите. Для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки характерна резко выраженная болезненность, а также связь болей с приемом пищи, периодичность и сезонность их возникновения [10,13].

Связь болезненности с приемом пищи в ряде случаев может указать на локализацию патологического процесса; появление болевых ощущений сразу после приема пищи говорит о наличии гастрита [20]; спустя 20—30 мин.— на язву желудка; боли спустя несколько часов после приема пищи, а также «голодные» ночные боли — на локализацию язвы в двенадцатиперстной кишке. Для хронического энтероколита не характерна четкая связь возникновения болей с приемом пищи [17].

Для дифференциальной диагностики имеет значение связь болей с характером принимаемой пищи — при хроническом энтероколите боли усиливаются после приема пищи, богатой углеводами, что усиливает процессы брожения в кишечнике [18]. В отличие от этого, при заболеваниях желудка усиление болезненности вызывает прием грубой, острой и соленой пищи [15].

Объективное обследование больных хроническим энтероколитом позволяет выявить увеличение размеров живота за счет метеоризма, однако вздутие живота никогда не достигает такой степени, как при целиакии, когда петля кишечника контурируется через брюшную стенку и на глаз видна перистальтика [14,16].

Для хронического энтероколита характерна кожная гиперестезия «в уровне пупка и ниже [4]. При пальпации в большинстве случаев отмечается болезненность, состояние спазма слепой и сигмовидной кишок, поперечно-ободочной. В части случаев удается пальпировать болезненные и увеличенные лимфоузлы (проявление неспецифического лимфоаденита) [7,9].

Общий анализ крови позволяет выявить анемию нормо- и гиперхромного типа, лейкопению либо умеренный лейкоцитоз, лимфопению [15]. Важное диагностическое значение имеет исследование кала по методу Алексеева—Беркмана. Микроскопия кала позволяет судить о преимущественном поражении разных отделов желудочно-кишечного тракта [7]. Так, наличие большого количества переваренной клетчатки и неизмененных волокон говорит о гастрогенном происхождении указанных изменений, а высокое содержание нейтрального жира о функциональном поражении поджелудочной железы [12]. При преимущественном поражении тонкого кишечника обнаруживаются в большом количестве жирные кислоты, мыла, нейтральный жир. Так называемый коли-дистальный синдром, более типичный для колитов и хронической дизентерии, характеризуется большим количеством слизи с высоким содержанием эпителиальных клеток кишечника, наличием лейкоцитов, эритроцитов, кристаллов жирных кислот [18].

Характерно нарушение обменных процессов: изменение белкового обмена в основном проявляется гипопротеинемией, гипоальбуминемией, гипергаммаглобулинемией; нарушение жиро- липоидного обмена — снижением содержания общего холестерина [9], общих липидов и повышением уровня НЭЖК; дисбаланс электролитного обмена - низким содержанием в сыворотке крови K, Na, P, Ca, CL; неустойчивость углеводного обмена — гипогликемией натощак и патологическим характером сахарных кривых [7,10].

Для дифференциальной диагностики хронического энтероколита из инструментальных методов исследования определенную ценность имеет ректороманоскопия [13]. При ректороманоскопии наиболее выраженные и характерные изменения наблюдаются при неспецифическом язвенном колите: выявляются многочисленные поверхностные и глубокие язвы разной стадии развития, общая гиперемия

слизистой оболочки, зернистый характер ее поверхности, резкая кровоточивость, сглаженность и отсутствие складок, сужение просвета кишки [9,15].

Большая роль в распознавании хронического энтероколита принадлежит рентгенологическому исследованию. Для хронического энтероколита характерно сочетание изменений как в толстом, так и в тонком кишечнике, степень этих изменений соответствует тяжести клинических проявлений заболевания [19].

В заключение следует отметить, что диагноз «хронический энтероколит» у детей часто представляет определенные трудности и возможен только при тщательном анамнестическом, клинико-лабораторном, рентгенологическом и других специальных методах исследования.

Литература.

1. Мухамедов И.М., Шадиев Х.К., Абдуллаев М.И., Алиев Ш.Р., Эргашева Х.Э., Бузикова Т.В Нарушения микрофлоры кишечника и иммунной системы у детей, больных витилиго. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. № 2. 74-76.

2. Бабичев С.А., Коротяев А. И. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология. Специальная литература. 2002.

3. Головко О.К., Левицкая Е.М., Линчевский Г.Л. Особенности ведения новорожденных с некротизирующим энтероколитом. Архив клинической и экспериментальной медицины. 2002; 11 (2): 241–244.

4. Караваева, С.А. Диагностика и особенности клинического течения некротического энтероколита у детей. Вестник хирургии. 2002; 161(4): 41-46.

5. Иванов, В.В., Чевжик В.П., Черпалюк Е.А. Оперативная тактика при лечении энтероколита у новорожденных. Детская хирургия. 2003; 6: 25–27.

6. Кудин А.П., Астапов А.А., Лагир Г.М., Неотложные состояния у детей с острыми кишечными инфекциями: метод. рекомендации: БГМУ, 2004: 32.

7. В. Н. Тимченко. Инфекционные болезни у детей: учеб. для педиатрических факультетов мед. вузов / под ред. 2-е изд., испр. и доп. СПб. Специальная литература, 2006: 325–341.

8. Кудин А.П., Лагир. Г. М. Инфекционные диареи у детей: учеб-метод. пособие, Минск: БГМУ, 2008:64.

9. Баранова А.А., Педиатрия.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 2048.

10. Новокшонов А.А., Учайкин В.Ф., Соколова Н.В. Этиопатогенетическая терапия острых кишечных инфекций у детей на современном этапе. Лечащий врач. 2010. https://www.lvrach.ru/2010/01/11755040

11.Егорова С.А., Макарова М.А., Кафтырева Л.А.Этиологическая значимость условно патогенных энтеробактерий при острых кишечных заболеваниях и дисбиотических состояниях кишечника. Инфекция и иммунитет.2011: 2; 181-184.

12. Цыркунова В.М., Васильева В.С., Астапова А.А. Детские инфекционные болезни. Лечебная практика: учеб. пособие Минск: АСАР, 2013; 512.

13. Бехтерева М.К. Принципы антимикробной терапии острых кишечных инфекций у детей. Педиатрия. 2015; 2:51–56.

14. Руженцова Т.Д. Стартовая терапия острой диареи у детей РМЖ. 2015; 14: 830–833.

15. Гуарино, А. А., Захарова И.Н., Сугян Н.Г. Ведение детей с острым гастроэнтеритом на педиатрическом участке. Медицинский совет. 2016;1: 148–156. https://doi.org/10.21518/2079-701X-**2016**-1-148-156.

16. Руженцова Т.А., Мешкова Н.А. Рациональная профилактика осложнений острых кишечных инфекций в практике педиатра. Лечащий врач.2019. https://www.lvrach.ru/2019/02/15437215

17. Одилова Г.М., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э. Анализ эпидемио логической характеристики острых кишечных инфекций в современном этапе. Проблемы медицины и биологии. 2019; 74-46.

18. Юсупов М. И., Шайкулов Х.Ш., Одилова Г. М. Антигенное сходство e.coli, выделенных от матерей и их детей. Доктор ахборотномаси 2020; 4 (97): 129.

19. Юсупов М.И., Одилова Г.М., Жамалова Ф.А. Появление гемолитеческих свойств у кишечных палочек в зависимости от состава питательной среды. Экономика и социум. 2021;3(82):603-604. https://readera.org/140258989

20.Юсупов М.И., Одилова Г.М., Шайкулов Х. Ш. Об изменении свойств кишечных палочек при поносах у детей. Экономика и социум. 2021;3(82):612-613. https://readera.org/140258992

References.

1. Mukhamedov I.M., Shadiev H.K., Abdullaev M.I., Aliyev S.R., Ergasheva H.E., Buzikova T.V. Disorders of intestinal microflora and immune system in children with vitiligo. Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology.

No. 2. 74-76.

2. Babichev S.A., Korotyaev A. I. Medical microbiology, immunology and virology. Special literature. 2002.

3. Golovko O.K., Levitskaya E.M., Lynchevsky G.L. Features of management of newborns with necrotizing enterocolitis. Archive of Clinical and Experimental Medicine. 2002; 11 (2): 241-244.

4. Karavaeva, S.A. Diagnostics and features of the clinical course of necrotic enterocolitis in children. Bulletin of Surgery. 2002; 161(4): 41-46.

5. Ivanov, V.V., Chevzhik V.P., Cherpalyuk E.A. Operative tactics in the treatment of enterocolitis in newborns. Pediatric surgery. 2003; 6: 25-27.

6. Kudin A.P., Astapov A.A., Lagir G.M., Emergency conditions in children with acute intestinal infections : method. Recommendations: BSMU, 2004: 32.

7. V. N. Timchenko. Infectious diseases in children : studies. for pediatric faculties of medical universities / ed. 2nd ed., ispr. and add. SPb. : Special literature, 2006: 325-341.

8. Kudin A.P., Lagir. G. M. Infectious diarrhea in children: studies.- method. manual, Minsk: BSMU, 2008:64.

9. Baranova A.A., Pediatrics.: GEOTAR-Media, 2009; 2048.

10. Novokshonov A.A., Uchaykin V.F., Sokolova N.V. Etiopathogenetic therapy of acute intestinal infections in children at the present stage. The attending physician. 2010. https://www.lvrach.ru/2010/01/11755040

11.Egorova S.A., Makarova M.A., Kaftyreva L.A.Etiological significance of conditionally pathogenic enterobacteria in acute intestinal diseases and intestinal dysbiotic conditions. Infection and immunity.2011: 2; 181-184.

12. Tsyrkunova V.M., Vasilyeva V.S., Astapova A.A. Children's infectious diseases. Medical practice: studies. manual Minsk: ASAR, 2013; 512.

13. Bekhtereva M.K. Principles of antimicrobial therapy of acute intestinal infections in children. Pediatrics. 2015; 2:51-56.

14. Ruzhentsova T.D. Initial therapy of acute diarrhea in children of breast cancer. 2015; 14: 830-833.

15. Guarino, A. A., Zakharova I.N., Sugyan N.G. Management of children with acute gastroenteritis at the pediatric site. Medical advice. 2016;1: 148-156. https://doi.org/10.21518/2079-701X-**2016**-1-148-156.

16. Ruzhentsova T.A., Meshkova N.A. Rational prevention of complications of acute intestinal infections in pediatrician's practice. Attending physician.2019. https://www.lvrach.ru/2019/02/15437215

17. Odilova G.M., Rustamova Sh.A., Karamatullayeva Z.E. Analysis of the epidemiological characteristics of acute intestinal infections at the present stage. Problems of medicine and biology. 2019; 74-46.

18. Yusupov M. I., Shaikulov H.Sh., Odilova G. M. Antigenic similarity of E.coli isolated from mothers and their children. Dr. akhborotnomasi 2020; 4 (97): 129.

19. Yusupov M.I., Odilova G.M., Zhamalova F.A. The appearance of hemolytic properties in E. coli depending on the composition of the nutrient medium. 2021;3(82):603-604. https://readera.org/140258989

20. Yusupov M.I., Odilova G.M., Shaikulov H. S. On changing the properties of E. coli in diarrhea in children. Economy and society. 2021;3(82):612-613. https://readera.org/140258992