



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55946 (13) A

(51) 7 A61B6/00, A61B10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО НЕВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ І СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ

1

2

(21) 2002076355

(22) 30 07 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. №4, 2003 р.

(72) Белоусов Юрий Володимирович, Каафарани Аббас Махмуд, LB, Волошина Лідія Георгіївна, Павленко Наталя Володимирівна, Бабаджанян Олена Миколаївна, Белоусова Ольга Юр'ївна

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб диференціальної діагностики хронічного невиразкового коліту і синдрому подразненого кишечника у дітей, що включає проведення клінічних і параклінічних досліджень, який відрізняється тим, що діагностику починають з проведення ретроманоскопії, при визначенні наявності чи змазаності відсутності рельєфу слизової оболонки товстої кишки, збільшенні лімфоїдних

фолікулів діагностують хронічний невиразковий коліт, при відсутності вищевказаних змін проводять морфологічне дослідження біоптата слизової оболонки товстої кишки і при потоншенні слизової оболонки менше 0,39 мм, зменшенні площі кишкових крипт менше 66% чи одночасній наявності обох показників діагностують хронічний невиразковий коліт, при неможливості морфологічного дослідження проводять рентгенологічне дослідження, виявлення симптому «подвійного контуру», подовженні чи безладне розташування складок слизової оболонки і наявність слизу в просвіті кишки свідчить про хронічний невиразковий коліт, при визначенні морфологічно незміненої слизової оболонки товстої кишки та певних клінічних ознак діагностують синдром подразненого кишечника

Винахід відноситься до медицини, а саме до дитячої гастроентерології і може бути використаний при диференціальній діагностиці хронічного невиразкового коліту (ХНК) і синдрому подразненого кишечника (СПК) у дітей

Відомим є спосіб диференціальної діагностики неспецифічного виразкового і хронічного колітів (А С № 1777828 А1, СРСР, МПК, А61В 6/00)

Однак даний спосіб передбачає диференціальну діагностику лише між запальними захворюваннями кишечника, тоді як основні діагностичні труднощі виникають при диференціальній діагностиці запальних і функціональних захворювань кишечника

Відомо, що диференціальна діагностика між функціональними і запальними захворюваннями кишечника не може ґрунтуватися тільки на результатах клінічних і функціональних досліджень, тому що ці показники неспецифічні, і багато в чому подібні при ХНК і СПК. Для верифікації діагнозу необхідно проведення інструментальних, а в ряді випадків, і морфологічних досліджень (Сміщук Ю. О. Синдром подразненої кишки і хронічний коліт-різні захворювання чи стадії одного процесу

су // Лікарська справа - 1998 - № 2 - С 169-171). Однак диференційно-діагностичний комплекс, що включає в себе найбільш інформативні клінічні, функціональні, інструментальні і морфологічні дослідження, за допомогою яких диференціальна діагностика ХНК і СПК у дітей найбільш достовірна, не розроблений

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу диференціальної діагностики, в якому за рахунок використання найбільш інформативних показників досягається визначити специфічних критеріїв, які відповідають хронічному неспецифічному коліту або синдрому подразненого кишечника

Поставлена задача вирішується в способі диференціальної діагностики хронічного невиразкового коліту і синдрому подразненого кишечника у дітей, який містить проведення клінічних і параклінічних досліджень, згідно з винаходом, діагностику починають з проведення ретроманоскопії, при визначенні наявності чи змазаності відсутності рельєфу слизової оболонки товстої кишки, збільшенні лімфоїдних фолікулів діагностують хронічний невиразковий коліт, при відсутності вищевказаних

(13) A

(11) 55946

(19) UA

змін проводять морфологічне дослідження біоптату слизової оболонки товстої кишки і при потоншенні слизової оболонки менше 0,39мм, зменшенні площі кишкових крипт менше 66% чи одночасній наявності обох показників діагностують хронічний невиразковий коліт, при неможливості морфологічного дослідження проводять рентгенологічне дослідження, виявлення симптому «подвійного контуру», подовжнє чи безладне розташування складок слизової оболонки і наявність слизу в просвіті кишки свідчить про хронічний невиразковий коліт, при визначенні морфологічно незміненої слизової оболонки товстої кишки та певних клінічних ознак діагностують синдром подразненого кишечника

За допомогою кібернетичного аналізу 88 клінічних, 6 морфологічних, 7 ендоскопічних, 13 рент-

генологічних і 10 лабораторних показників, отриманих при обстеженні 64 хворих дітей ХНК і 46 дітей з СПК одержано чіткі критерії, які відповідають зазначеним патологічним процесам

Для кожного досліджуваного показника визначали чутливість і специфічність до ХНК і СПК у дітей, які отримані шляхом оцінки кожного показника за критерієм Т-Стюдента і за критерієм знаків, а при чутливості показника тільки до одного з досліджуваних захворювань по формулі Вандер-Вардена. Для ХНК виділено 4 клінічних і 11 параклінічних показників (один з них на рівні абсолютної специфічності). Для СПК виділено 9 клінічних (на рівні відносної специфічності) і 1 параклінічний (абсолютно специфічний) показник

Відносно специфічні клінічні і параклінічні показники до ХНК у дітей, представлені в таблиці 1

Таблиця 1

Клінічні ознаки	Параклінічні показники
Перенесена кишкова інфекція Обтяжена спадковість по захворюванням ШКТ Тривалість захворювання > 3-х років Виникнення болю в животі після їжі	Морфологічні Потоншення слизової оболонки товстої кишки < 0,39мм Зменшення площі кишкових крипт < 66% Одночасне потоншення і зменшення площі кишкових крипт* Ендоскопічні Змазаність рельєфу слизової оболонки кишки Відсутність складок слизової оболонки товстої кишки Збільшення лімфоїдних фолікулів Рентгенологічні Симптом «подвійного контуру» Подовжнє чи безладне розміщення складок слизової оболонки товстої кишки Наявність слизу в просвіті кишки Лабораторні реакція Трібуле-Вішнякова «+»

*Специфічний (детермінуючий) показник до ХНК

Відносно специфічні клінічні і параклінічні показники до СПК у дітей, представлені в таблиці 2

Таблиця 2

Клінічні ознаки	Параклінічні показники
Психосоматична травмуюча ситуація в анамнезі Схильність до невротичних реакцій Емоційна лабільність Зв'язок болю в животі зі стресовою ситуацією Дисфагія і (чи) почуття грудки при ковтанні Синдром неповного спорожнювання кишечника Гурчання в животі Невідповідність скарг даним об'єктивного дослідження	Морфологічно незмінена слизова оболонка товстої кишки

* Абсолютно специфічний (детермінуючий) показник

Діагностику варто починати з використання щодо специфічних клінічних симптомів. Наявність у хворого 3-х і більш клінічних ознак ХНК чи СПК, чи перевага щодо специфічних ознак одного з захворювань дозволяє припустити наявність відповідної патології

Параклінічні дослідження варто починати з проведення ендоскопії (ректороманоскопії). Наявність чи змазаності відсутності рельєфу слизової оболонки товстої кишки, збільшення лімфоїдних фолікулів є достатньою підставою для встановлення діагнозу ХНК. При відсутності вищевказаних

змін проводять морфологічне (переважніше) чи ірригоскопічне дослідження. Наявність при колоноскопичному дослідженні біоптата з товстої кишки потоншення менше 0,39мм, зміни площі кишкових крипт менш 66% чи одночасна наявність обох показників є надійним підтвердженням атрофічного запалення властивого ХНК

При неможливості морфологічного дослідження доцільне проведення ірригоскопії. Свідченням наявності запального процесу є симптом «подвійного контуру», подовжнє чи безладне розташування складок слизової оболонки і наявність слизу в

просвіти кишки

Копрологічне дослідження може бути обмежено проведенням реакції з оцтової і трихлороцтової кислотою (реакція Трібуле-Вішнякова), позитивний результат якої інформативний для ХНК

Приклад

Хвора Т., 9 років. Скарги на млявість, стомлюваність, головний біль, емоційну лабільність, нудоту, нерегулярний (через 24 - 48 годин) ступ, щільний, іноді з домішкою слизу, почуття неповного спорожнювання кишечника, періодичні нападоподібні характеру розлиті болі в животі, частіше настають після прийому їжі

Хворою вважається протягом 5-х років. Початок захворювання ні з чим не зв'язує. З інфекційних захворювань перенесла вітряну віспу, коклюш. Страждає лікарською алергією. Мати і бабуся страждають захворюваннями травної системи (коліт, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки)

Дівчинка бліда, зниженого харчування. Тургор тканин знижений. Мова обкладена білуватим нальотом. При пальпації живота відзначається розлита хворобливість, максимально виражена в лівій підвздошній області. Сигмовидна кишка ущільнена, хвороблива при пальпації. Печінка виступає з-під краю правої реберної дуги на 2,5 - 3 див, щільної консистенції, безболісна.

Попередня оцінка клінічних щодо специфічних ознак свідчить про те, що в хворой відзначаються як симптоми, властиві ХНК (тривалість захворювання більш 3-х років, обтяжена спадковість по захворюваннях травної системи, зв'язок хворій у животі з прийомом їжі), так і властиві СРК (емоційна лабільність, симптом неповного спорожнювання кишечника). Однак, переважають відносно специфічні ознаки ХНК (3 - 2). Дитині проведені наступні додаткові дослідження: реакція Трібуле-Вішнякова - 2«+», ректороманоскопічне дослідження - слизова на всьому протязі яскраво-червоного кольору зі збереженими світловими відблисками, ніжна, пухка, місцями відсутня через виражені явища набряку і гіперемії, видні гіпертрофовані лімфоїдні фолікули, слизи на стінках збільшена кількість, морфологічне дослідження біоптата - товщина 3 0,29мм, площа кишкових крипт 48,8%, індекс атрофії 14,1, ірігографія - гаус-

трація на всьому протязі погано виражена, у спадному відділі згладжена, рельєф перебудований на подовжний тип, складки слизуватої набряклі, після спорожнювання визначається перебудова складок у спадному відділі

Запідозрений на підставі щодо специфічних клінічних ознак діагноз ХНК одержав подальше підтвердження ендоскопічної відсутності на окремих ділянках товстої кишки і наявності гіпертрофованих лімфоїдних фолікулів. Правильність постановки діагнозу підтверджується також результатами морфологічного дослідження біоптата (потоншення слизової оболонки менш 0,39мм, зменшення площі кишкових крипт менш 66%, причому обидва показники між собою сполучаються - специфічна ознака, що свідчить про наявність вираженого атрофічного процесу товстої кишки на окремих ділянках товстої кишки і наявності гіпертрофованих лімфоїдних фолікулів. Правильність постановки діагнозу підтверджується також результатами морфологічного дослідження біоптата (потоншення слизової оболонки менш 0,39мм, зменшення площі кишкових крипт менш 66%, причому обидва показники між собою сполучаються - специфічна ознака, що свідчить про наявність вираженого атрофічного процесу товстої кишки. Ірігографія доповнює результати досліджень ще одним специфічним показником перебудова складок у спадному відділі товстої кишки на подовжний тип. Відносно специфічним показником, що підтверджує наявність запального процесу є також позитивна реакція Трібуле-Вішнякова.

Таким чином, діагноз ХНК у даному спостереженні ґрунтувався на наявності в хворой одночасно 10 ознак специфічних і щодо специфічних для ХНК 3-х клінічних, 2-х ендоскопічних, 3-х морфологічних і по 1-му рентгенологічному і лабораторному. Проводити всі параклінічні дослідження в даному випадку не було необхідності, тому що діагноз ХНК був верифікований вже після проведення морфологічного дослідження.

Таким чином, запропоновані критерії діагностики і диференціальної діагностики ХНК і СРК дозволяють у 98% випадків установити правильний діагноз, що дозволяє рекомендувати їх для практичного використання.