

Н.С. Хрулёва*, Н.Н. Боровков

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», кафедра госпитальной терапии

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Резюме

В статье приводятся общероссийские статистические данные о частоте НЯК и БК, представлен клинический случай, отражающий трудности дифференциальной диагностики НЯК и БК.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, дифференциальная диагностика.

Abstract

The all-Russian frequency data of ulcerative colitis and Crohn's disease are resulted in the article, the case report reflecting the difficulties of differential diagnostics of ulcerative colitis and Crohn's disease is presented.

Key words: ulcerative colitis, Crohn's disease, differential diagnostics.

ЯК — язвенный колит, НЯК — неспецифический язвенный колит, БК — болезнь Крона, ПСХ — первичный склерозирующий холангит, ФКС — фиброколоноскопия

Судя по статистике, частота НЯК в России составляет 20 на 100 тыс. населения, а БК 3,5 на 100 тыс. [1]. Пик заболеваемости приходится на население в возрасте 20–40 лет. Однако за последние годы стала проследиваться тенденция к их манифестации в более поздние сроки [2].

Дифференциальная диагностика НЯК и БК в типичных случаях особых затруднений не представляет, однако при нехарактерной клинической картине появляются сложности. Этому способствуют и такие общие начальные клинические проявления, как боли в нижних отделах живота, диарея, тенезмы, гематохезия, лихорадка, похудение. Присоединение внекишечных проявлений заболеваний ещё более затрудняет диагностику. По мнению О.С. Шифрина [2], при НЯК и БК не существует ни одного клинического, рентгенологического, эндоскопического или другого признака, однозначно патогномоничного для какого-либо из этих заболеваний. В итоге в 10–15% случаев невозможно провести достоверное разграничение заболеваний [3]. Эти клинические случаи выделяются в группу недифференцированного колита [2]. В качестве примера приводим собственное наблюдение из практики.

Пример из практики

Больной Н., 48 лет, житель Нижегородской области, поступил 04.10.2011 г. в отделение гастроэнтерологии Нижегородской областной клинической больницы с жалобами на общую слабость, озноб (температура тела 39,5°C), ноющие боли в правом подреберье и по ходу толстого кишечника, стул до 17 раз в сутки с большой примесью крови, сопровождающийся болями в прямой кишке. Указанные жалобы появились впервые около четырёх недель назад и медленно прогрессировали. Инфекционный генез диареи был исключен в ЛПУ по месту жительства.

В анамнезе у больного в течение двух лет установлен диагноз ПСХ, в связи с которым он неоднократно лечился стационарно и постоянно принимал урсодезоксихолевую кислоту (1000 мг/сут) с положительным эффектом. Во время одной из госпитализаций по поводу холангита была проведена ФКС. Слизистая толстой кишки оказалась изменена. Высказано предположение о возможности начальных проявлений ЯК. Но т.к. клиника этого заболевания полностью отсутствовала, предположение осталось без внимания.

В ходе настоящей госпитализации, принимая во внимание частую ассоциацию ПСХ с ЯК (до 75%), было высказано мнение о возможном наличии у данного пациента ЯК. При

* Контакты. E-mail: natalynnov_82@mail.ru. Телефон: (831) 438-92-27

поступлении состояние больного расценено как тяжёлое. Кожные покровы обычной окраски. Язык суховат, обложен серым налётом, со стороны слизистой полости рта признаки афтозного стоматита. Частота дыхания — 16 в мин. При аускультации лёгких дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушённые, ритмичные. Обращала внимание лабильность пульса (в положении стоя — 88, лёжа 79 в мин). Живот незначительно вздут. При пальпации мягкий во всех отделах. Печень выступала из-под рёберной дуги на 1,5 см. Край безболезненный. Выраженная болезненность в точке желчного пузыря. При пальпации правой подвздошной области определяется спазмированный кишечник.

Частота стула за сутки до 15 раз. Обильная примесь крови в виде свежей и её сгустков. В связи с наличием клиники кишечного кровотечения проведение экстренной ФСК для уточнения диагноза решено было отложить до улучшения состояния больного. Спустя 10 дней с момента госпитализации проведение ФКС стало возможным. Выписка из протокола эндоскопического исследования: «Аппарат проведён до середины поперечно-ободочной кишки, где на её стенках и в просвете свежая кровь. Рельеф слизистой мелкобугристый. В прямой кишке и нижней трети сигмы отдельно расположенные и сливные средне-глубокие язвы с грануляциями и утолщёнными краями имеют продольную направленность на фоне бледной слизистой с сохранённым сосудистым рисунком. Взята биопсия из язв. В средней трети сигмы слизистая бледно-розовая с деформированным сосудистым рисунком, тонус кишки сохранён, гаустрация равномерная. В верхней трети сигмы и нисходящей ободочной кишке также язвы с грануляциями и гиперплазиями на неизменном фоне. Взята множественная биопсия». Заключение: эндоскопически больше данных за БК, язвенную стадию. Нельзя исключить наличие анальной трещины.

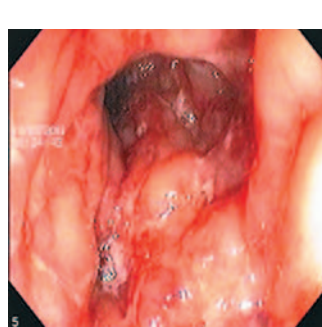
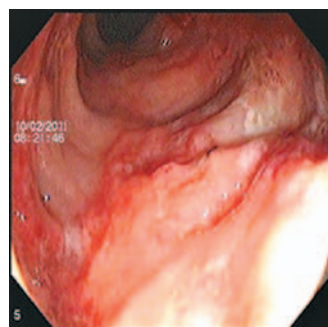
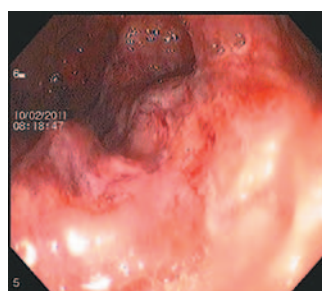
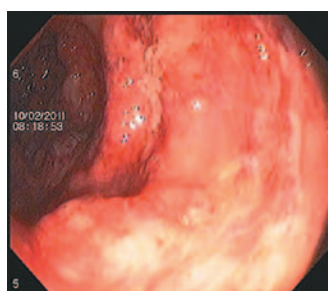
В тот же день выполнена ректороманоскопия. Заключение: больше данных за обострение ЯК.

Результаты гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки сигмовидной, прямой и нисходящей ободочной кишки: «на фоне большого количества нейтрофильных лейкоцитов — пролиферация клеток железистого эпителия без его атипии». Данное гистологическое заключение не позволило окончательно поставить диагноз. Вопрос: «ЯК или БК у данного пациента?» — остался открытым.

При проведении УЗИ органов брюшной полости констатированы диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Умеренная гепатоспленомегалия. Признаки хронического бескаменного холецистита. Гипотония и деформация желчного пузыря. В соответствии с наличием ПСХ и признаков холестаза констатирован высокий уровень ферментов: щелочной фосфатазы — 624 Е/л, гамма-глутамилтранспептидазы — 436 Е/л.

С учётом сложившейся ситуации, тяжести состояния больного и роли аутоиммунного компонента в патогенезе ЯК и БК назначена следующая терапия: преднизолон в/в капельно 120 мг в сут в течение 5 дней, затем преднизолон в табл. 60 мг/сут в течение 3 сут. В связи с сохранением клиники добавлен азатиоприн 150 мг/сут, и пациент вновь переведён на парентеральное введение преднизолона в суточной дозе 120 мг. В качестве противовоспалительного и антимикробного средства — месакол (месалазин) 3,2 г/сут, антибактериальные препараты (метрогил, цефалоспориновые антибиотики). Проводилась гемостатическая, дезинтоксикационная, гепатопротекторная терапия, парентерально препаратами железа.

На фоне проводимого лечения тем не менее сохранялся субфебрилитет. Частота стула уменьшилась до 5 раз в сутки,



Картина ободочной кишки при фиброколоноскопии

однако продолжали беспокоить выраженные разлитые боли в животе. В стуле по-прежнему оставалась существенная примесь свежей крови. Гемоглобин крови, несмотря на терапию, снизился с 134 г/л при госпитализации до 92 г/л за 10 дней пребывания в клинике. Возрос лейкоцитоз крови до $19,1 \times 10^9/\text{л}$.

По данным УЗИ кишечника, спустя неделю от момента госпитализации констатируются воспалительные изменения стенки всех отделов ободочной кишки с наличием язвенных дефектов, выпот в брюшной полости.

Путём консилиума с хирургами принято решение о хирургическом лечении больного. Осуществлён перевод в проктологическое отделение. 26.10.2011 выполнены колопроктэктомия, илеостомия. Согласно описанию в операционном протоколе: «Толстая кишка мясистая, отёчная. Серозная оболочка синюшно-багрового цвета, стенка кишки утолщена, инфильтрирована. Подвздошная кишка внешне не изменена. На разрезе в области инфильтратов слизистая изменена по типу «булыжной мостовой» с наличием язв, покрыты фибрином». Для гистологического исследования были взяты участки толстой, подвздошной и прямой кишок. В морфологическом заключении: по препарату из прямой кишки отмечены «множественные линейные продольные язвы длиной до 4 см, шириной до 1,8 см. Вся слизистая со сглаженной складчатостью, розоватая». При исследовании макропрепарата из толстой кишки — «слизистая с множественными изъязвлениями: продольными и поперечными, неправильной формы, с возвышающимися краями. Имеются участки обширного изъязвления на протяжении 11 см». Микроскопически — в материале «множественные язвенные дефекты слизистой толстой кишки с формированием грануляционной ткани и наличием клеточного детрита, с распространением подострого и острого воспаления в мышечный слой. Тонкая кишка «с явлениями отёка, стазом сосудов подслизистого слоя, на серозе обильная лейкоцитарная инфильтрация». В границах резекции тонкой и толстой кишок — эрозивных изменений

слизистой нет. Заключение: гистологическая картина соответствует НЯК.

С учётом результатов гистологического исследования установлен окончательный диагноз: НЯК с тотальным поражением толстого кишечника, тяжёлого течения, в фазе обострения. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (цефтриаксон, амикацин, метрогил), детоксицирующая инфузионная терапия, уход за послеоперационной раной, регулярные перевязки. Пациент был выписан для завершения лечения по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Данное наблюдение ещё раз подчеркивает сложность дифференциальной диагностики двух воспалительных заболеваний кишечника — НЯК и БК при их атипичности и общности клинических проявлений. Трудности возникают, даже несмотря на применение дополнительных методов исследования. Выбор правильной тактики лечения в этом случае — необходимый компонент успеха ведения больных.

Ⓐ

Список литературы

1. Хавкин А.И., Рачкова Н.С. Воспалительные заболевания кишечника. Проблемы дифференциальной диагностики и лечения // Российский медицинский журнал, 2006. — Т. № 14, № 6. С. 154–159.
2. Шифрин О.С. Язвенный колит.// В кн.: Гастроэнтерология. «Гостар – Медиа», М., 2011. С. 148–162.
3. Lee D.S. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. Medscape Gastroenterology Journal. 3(5). 2011.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

БИБЛИОТЕКА ВРАЧА

Симптомы, синдромы и диагностические пробы. Новый энциклопедический справочник



Под ред. А.Н. Смирнова
3-е издание. 348 стр.
Издательство «Перо», Москва

В Справочной библиотеке врача общей практики вышел новый энциклопедический справочник «Симптомы, синдромы и диагностические пробы». В справочнике приведено более 4500 наименований симптомов и синдромов по всем разделам клинической медицины с кратким описанием, в т.ч. новейшие синдромы, выделены ранние признаки

опухолей, болезней сердечной мышцы, кишечника, эндокринная патология и др. Издание также содержит много полезной информации по болезням кожи, офтальмологии, ЛОР-патологии, по медицинской генетике. Приведён современный перечень фобий, а также маний, обусловленных компьютеризацией, азартными играми. Компактно даны диагностические пробы — предрасположение к ишемической болезни сердца, сахарному диабету, ожирению; для оценки состояния нервной системы. Это те пробы, которые проводятся у постели больного либо требуют минимального лабораторного обеспечения. Издание предназначено для врачей общей практики, семейных врачей, интернов, студентов медицинских вузов.