

А. Н. Януль<sup>1</sup>, И. В. Загашвили<sup>1</sup>, В. В. Валуевич<sup>2</sup>,  
И. В. Нагорнов<sup>2</sup>, Ю. В. Медушевская<sup>2</sup>

## ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ»<sup>1</sup>,  
ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ»<sup>2</sup>

Одними из основных заболеваний кишечника с хроническим течением являются язвенный колит и болезнь Крона. Они представляют собой патологический процесс, характеризующийся взаимодействием между факторами внешней среды, иммунологическими и бактериальными факторами у генетически предрасположенных людей. Несмотря на значительные успехи в диагностике хронических воспалительных заболеваний кишечника, на практике в ряде случаев сложно установить конкретный нозологический диагноз. В статье представлены клинические случаи хронических воспалительных заболеваний кишечника из собственной практической деятельности. Актуальность данной патологии связана с трудностями ее диагностики у военнослужащих срочной службы с синдромом раздраженного кишечника и сложностью верификации окончательного диагноза.

**Ключевые слова:** язвенный колит, болезнь Крона.

A. N. Yanul, I. V. Zagashvili, V. V. Valuyevich, I. V. Nagornov, Y. V. Medushevskaya

## PROBLEM DIAGNOSIS OF CHRONIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASE HAVE MILITARY CONSCRIPTS

One of the major diseases of the bowel are with chronic ulcerative colitis and Crohn's disease. They represent a pathological process characterized by the interaction between environmental factors and immunological factors in bacterial in genetically susceptible people. Despite significant advances in the diagnosis of chronic inflammatory bowel disease, in practice, in some cases difficult to establish a specific nosological diagnosis. The paper presents clinical cases of chronic inflammatory bowel disease from his own practice. The relevance of this disease is related to the difficulty of its diagnosis in conscripts with irritable bowel syndrome and complexity of the verification of the final diagnosis.

**Key words:** ulcerative colitis, Crohn's disease.

В нашей практической работе часто встречаются пациенты с синдромом раздраженного кишечника (СРК), среди которых имеются и военнослужащие срочной службы. Клинический интерес вызывает то, что проявление данного патологического синдрома может являться дебютом одного из хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК). К таким патологическим состояниям относятся: язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК), ишемический, радиационный, эозинофильный, лимфоцитарный, коллагенозный и диверсионный колиты. Среди ХВЗК наиболее

часто встречаются ЯК и БК. Кроме перечисленных выше заболеваний существует и инфекционный колит, который, как правило, имеет острое течение.

С одной стороны среди медицинских работников существует недостаточная информированность по вопросам проявлений и диагностики ХВЗК, низкая настороженность, а с другой – необоснованное назначение дорогостоящего обследования и лечения.

Представляем собственные клинические наблюдения пациентов, находившихся в 2015 году

на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении (ГЭО) 432 ГКМЦ с целью верификации ХВЗК. Предлагается обсуждение алгоритма дифференциально-диагностического поиска БК и ЯК, а также других ХВЗК.

**Наблюдение первое.** Пациент Г., 21-летний мужчина, военнослужащий по призыву, в ноябре 2015 года находился на обследовании и лечении в ГЭО 432 ГКМЦ. При поступлении предъявлял жалобы на боли в животе разлитого характера, усиливающиеся после еды, диарею с примесями алой крови.

Из анамнеза заболевания: при прохождении медицинской комиссии при призыве на срочную военную службу жалоб на состояние здоровья не предъявлял. На втором месяце службы стали беспокоить боли в мезогастральной области. Обратился за медицинской помощью и был госпитализирован в медицинскую роту, а затем переведен в хирургическое отделение центральной районной больницы, где ему выполнили вскрытие серознотазового абсцесса. После проведенного лечения улучшение не наступило, у пациента в стуле стала появляться кровь.

Данные объективного исследования: состояние удовлетворительное. Физически развит правильно. Нормостенического телосложения. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. Дыхание везикулярное, 16 в минуту. Тоны сердца чистые, звучные. Пульс 76 в 1 минуту, ритмичный. АД 110/70 мм. рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня языка. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Печень и селезенка при перкуссии и пальпации не увеличены.

Пациенту выполнены лабораторные методы исследования: анализ крови клинический: лейкоциты  $4,0 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобин 113 г/л, эритроциты  $4,23 \times 10^{12}/\text{л}$ , MCV 81,4 fl, тромбоциты  $311 \times 10^9/\text{л}$ , гематокрит 34,4%, СОЭ 40 мм/ч. Анализ мочи общий в норме. Копрограмма: неоформленной консистенции, светло-коричневый цвет, реакция на скрытую кровь положительная, лейкоциты и эритроциты – в значительном количестве, яйца глистов не обнаружены. Копрограмма на фоне лечения сульфасалазином и преднизолоном: неоформленной консистенции, мягкий, цвет коричневый, реакция на скрытую кровь положительная, лейкоциты и эритроциты – единичные. Анализ кала на ОКИ: патогенные бактерии семейства кишечных не обнаружены. Биохимический анализ крови: сывороточное железо 12,0 мкмоль/л, ОЖСС 66,7 мкмоль/л, %НТЖ 18%, ферритин 221,0 нмоль/л. Электролиты крови: K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup> в пределах нор-

мы. СРБ от 27.10.15 г. 10,3 мг/л, СРБ от 6.11.15 г. (на фоне лечения) < 6 мг/л. ANCA IgG = 0,25 Ед/мл (норма), ASCA-A IgA и IgG < 3 Ед/мл (норма). ИФА ВИЧ: antiHIV – отрицательные. Рентгенография ОГК: без очаговых и инфильтративных изменений. УЗИ ОБП: патологических изменений не выявлено. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС): гастродуоденопатия, недостаточность кардии. Фиброколоноскопия (ФКС): аппарат проведен до купола слепой кишки. Просвет кишки обычный, стенки эластичные, складки и гаустры выражены отчетливо, перистальтика не изменена, тонус кишки сохранен на всем протяжении. В прямой кишке слизистая оболочка со множеством мелких эрозий до 0,3–0,5 см, покрытых фибрином, слизистая оболочка резко отечная, гиперемирована. В прямой кишке приподнятый участок слизистой оболочки 2,0×2,0 см с плоской эрозией на вершине (биопсия № 7). Во всех отделах очаги гиперемии, в слепой и восходящей кишке мелкие единичные эрозии 0,2–0,3 см. Баугиниева заслонка не изменена, обычной формы, смыкается. Выполнена биопсия: № 1-слепая, № 2-восходящая, № 3-поперечноободочная, № 4-нисходящая, № 5-сигмовидная, № 6-прямая кишка. Заключение: эрозивный колит. Гистологическое заключение биоптата слизистой оболочки кишечника: № 1, 5, 6 – кусочки слизистой оболочки толстой кишки со слабо выраженной нейтрофильной инфильтрацией; № 2, 3, 4 – кусочки слизистой оболочки толстой кишки без патологических изменений; № 7 – кусочки слизистой оболочки толстой кишки с умеренно выраженной нейтрофильной инфильтрацией. Заключение: микрокартина соответствует острому очаговому воспалительному процессу в толстой кишке.

Данному пациенту установлен клинико-функциональный диагноз: «Болезнь Крона (A2 L2 B1p) толстокишечное поражение (прерывистый колит с вовлечением слепой, восходящей, сигмовидной и прямой кишки), с перианальными проявлениями в виде тазового абсцесса (дренирован 9.10.2015 г.), высокой степени активности. Анемия хронического заболевания легкой степени тяжести.

Пациент был представлен на военно-врачебную комиссию (ВВК) по причине изменения категории годности к военной службе.

**Комментарии.** Болезнь Крона, K50 – хронический воспалительный процесс, который потенциально может поражать любую часть желудочно-кишечного тракта (от рта до ануса), характеризуется локальностью поражения, вовлечением всех слоев кишечной стенки (трансмуральное поражение) с образованием эпителиоидноклеточных гранулем и сопровождается экстраинтестинальными прояв-

лениями, и ассоциированными иммунными нарушениями [4]. Распространенность БК достаточно широко варьирует в различных географических регионах и, по данным исследований, проведенных в Западной Европе, Скандинавских странах и Северной Америке, составляет 0,007–0,27% [2]. Заболеваемость БК характеризуется хорошо известным градиентом: север-юг (в северных странах выше, чем в южных) и запад-восток. Ежегодно в Западной Европе регистрируется в среднем 6,5 новых случаев БК на 100 000 населения, а в странах Восточной Европы – 3,1 [2]. В Беларуси, по данным официальной статистики, к концу 2013 года зарегистрировано 348 пациентов с БК старше 18 лет, что соответствует распространенности заболевания 0,0045%, первичная заболеваемость у взрослых составляет 0,8 на 100 000 населения [2]. Риск развития БК у родственников I и II линии родства составляет 20% [3].

**Наблюдение второе.** Пациент Б., 20-летний мужчина, военнослужащий срочной службы, в 2015 году находился на обследовании и лечении в ГЭО 432 ГВКМЦ. При поступлении предъявлял жалобы на жидкий стул до 3–4 раз в день с примесью крови и слизи.

Из анамнеза заболевания: послабление стула изредка с примесью крови отмечает в течение нескольких лет. До призыва не обследовался. По данным медицинской книжки при призыве на срочную военную службу был выставлен диагноз: «Сенсибилизация к бытовым аллергенам. Хронический гастрит. Сходящееся комбинированное косяголазие. Плоскостопие обеих стоп. Вазомоторный ринит. Аномально расположенная хорда в полости левого желудочка, Н 0». На основании ст. 57г гр. I был признан годным к военной службе с незначительными ограничениями. На десятом месяце службы в армии появилась диарея до 5-6 раз в сутки с примесью крови. Обратился к врачу части. Для обследования был госпитализирован в ГЭО 432 ГВКМЦ. При проведении ФКС выявлены мелкие единичные эрозии 0,2–0,3 см в нисходящей и сигмовидной кишке. По данным гистологического исследования: картина дебюта хронического колита или обострения БК. Назначено противовоспалительное лечение (месалазин в суточной дозе 4,0 гр). На фоне лечения отмечалась положительная динамика, уменьшилась частота стула до 1–2 раз в день, кровь в стуле отсутствовала. В период настоящего обследования диагностирован «Правосторонний диспластический коксартроз 1 стадии».

Данные объективного исследования: состояние удовлетворительное. Физически развит правильно. Нормостенического телосложения. Нор-

мального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, естественной окраски. Дыхание везикулярное, 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 76 в 1 минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный.

Пациенту выполнены лабораторные методы исследования: анализ крови общий и анализ мочи общий в пределах нормы. Копрограмма: реакция на скрытую кровь отрицательная, остальные показатели в норме. Анализ кала на ОКИ: патогенные бактерии семейства кишечных не обнаружены. Биохимический анализ крови: сывороточное железо 15,0 мкмоль/л, ферритин 76,0 мкг/л. СРБ менее 6 мг/л. Анализ крови на антитела к ВИЧ: антитела не обнаружены. Экспресс-реакция с кардиолипновым антигеном отрицательная. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов (ИФА): HbsAg, antiHCV отрицательные. Анализ крови на ANCA IgG = 0,52 Ед/мл (отрицательный менее 1,0 Ед/мл, положительный  $\geq 1,0$  Ед/мл). Анализ крови на ASCA-A IgA и IgG < 3 Ед/мл (отрицательный менее 12,0 Ед/мл, серая зона 12–18 Ед/мл, положительная более 18,0 Ед/мл). Рентгенография ОГК: свежих очаговых и инфильтративных изменений не определяется. ФГДС: патологии не выявлено. ФКС: аппарат проведен до купола слепой кишки. Просвет кишки обычный, стенки эластичные, складки и гаустры выражены отчетливо, перистальтика не изменена, тонус кишки сохранен на всем протяжении. Слизистая оболочка розовая, блестящая, сосудистый рисунок не изменен. Баугиниева заслонка не изменена, обычной формы, смыкается. В левых отделах очаги гиперемии, в нисходящей кишке мелкие единичные эрозии 0,2–0,3 см. В сигмовидной кишке единичные эрозии до 0,3 см в диаметре, покрытые фибрином. Выполнена биопсия: № 1-слепая, № 2-восходящая, № 3-поперечноободочная, № 4-нисходящая, № 5-сигмовидная, № 6-прямая кишка. Заключение: эрозивный колит. Гистологическое исследование биопсийного материала: № 1, 2, 3, 6 – кусочки слизистой оболочки толстой кишки без патологических изменений; № 4, 5 – кусочки слизистой оболочки толстой кишки с воспалительной инфильтрацией слизистой, занимающей всю толщу собственной пластинки, в инфильтрате среди круглоклеточных элементов имеются нейтрофилы, проникающие в эпителий желез вплоть до образования единичных крипт-абсцессов. Заключение: данная микрокартина может наблюдаться при острых колитах, в том числе инфекционной этиологии, при дебюте хронического колита и при обострениях БК. УЗИ ОБП: патологических изменений не выявлено.

Клинико-функциональный диагноз: «Язвенный колит, впервые выявленный, левостороннее поражение без вовлечения прямой кишки, активность средней степени. Правосторонний диспластический коксартроз 1 стадии без нарушения функции».

В связи с выявленным заболеванием, изменяющим категорию годности к военной службе, данного пациента представили на ВВК.

**Комментарии.** Язвенный колит, K51 – хроническое воспалительное заболевание с непрерывным воспалением слизистой оболочки толстого кишечника без гранулем в биопсийном материале, с поражением прямой кишки и различным по протяженности поражением толстой кишки, характеризующееся, рецидивирующим и ремиттирующим течением. По данным литературы на долю ХВЗК приходится около 70% всех колитов, выявляемых при ФКС, при этом ЯК составляет около 40% из них. Таким образом, несмотря на свою относительную редкость (распространенность 21–268 на 100 000 населения – 0,21–2,7% населения), ЯК представляет собой самый частый вариант хронического колита [1].

Оба пациента были проконсультированы главным внештатным гастроэнтерологом Министерства здравоохранения, диагноз и экспертные выводы согласованы.

**Обсуждение.** По данным литературы ХВЗК имеют два возрастных пика манифестации: первый приходится на возраст от 20 до 40 лет, а второй после 60 лет. При этом гендерных различий не существует, соотношение между мужчинами и женщинами равно 1:1. Иногда данные заболевания дебютируют внекишечными проявлениями и ассоциированы с другими заболеваниями, например: первичный склерозирующий холангит с ЯК; артриты (сакроилеит, анкилозирующий спондилит) с БК чаще, чем при ЯК; узловая эритема, псориаз, конъюнктивит, увеит, аутоиммунный тиреоидит.

С целью диагностики ЯК и БК используют клинические и диагностические критерии.

Клинические критерии БК:

1. Хроническая диарея с кровью или без крови.
2. Абдоминальная боль (возможна острая манифестация заболевания, по клиническим проявлениям напоминающая аппендицит).
3. Снижение массы тела, другие проявления недостаточности питания.
4. Общие признаки воспаления.
5. Внекишечные проявления: артропатии, узловая эритема, поражения глаз (ирит, иридоциклит), афтозный стоматит, гангренозная пиодермия.
6. Периаанальные свищи.

**Диагностические критерии БК:** диагноз устанавливается на основании комбинации клинических, эндоскопических, радиологических и морфологических критериев.

Для оценки активности болезни Крона используют индекс Харвей-Брэдшоу (1980 г.) или индекс активности болезни Крона (ИАБК, англ. CDAI) по Бесту (1976 г.).

**Клинические критерии ЯК:**

1. Диарея с кровью, тенезмы.
2. Общие признаки воспаления.
3. Внекишечные проявления: спондиллоартропатии, узловая эритема, поражения глаз (ирит, иридоциклит, увеит), афтозный стоматит, гангренозная пиодермия.

**Диагностические критерии ЯК:** диагноз устанавливается на основании комбинации клинических, эндоскопических и морфологических критериев.

Для оценки активности ЯК можно использовать шкалу Мейо (1989 г.), Монреальскую классификацию (2005 г.) активности язвенного колита или адаптированные критерии Truelove и Witts.

Дифференциальная диагностика ЯК и БК

С целью дифференциальной диагностики ЯК и БК пользуются критериями, приведенными в таблице 1 [1].

С целью дифференциальной диагностики различных хронических воспалительных заболеваний кишечника пользуются критериями, приведенными в таблице 2 [1].

Таблица 1. Основные дифференциально-диагностические критерии между ЯК и БК

Критерии	ЯК		БК	
	Локализация	Толстая кишка		Любой отдел кишечной трубки
Изолированное поражение прямой кишки	Часто		Редко	
Отсутствие поражения прямой кишки	Очень редко		Часто	
Поражение терминального отдела подвздошной кишки	Редко и только при тотальном колите		Часто и независимо от наличия и распространенности колита	
Характер распространения воспаления и его критерии:	диффузный	непрерывный	очаговый	прерывистый

Критерии	ЯК		БК	
Эндоскопически	В пораженных сегментах эрозии, язвы – на воспаленной слизистой, ранимость (контактная или спонтанная кровоточивость) слизистой оболочки между дефектами	Поражение начинается с прямой кишки и вовлекает последовательно все анатомические сегменты	Афты, язвы на неизменной слизистой оболочки, отсутствие кровоточивости слизистой оболочки, расположенной между дефектами	Пораженные участки чередуются с неизменными
Гистологически	Воспаление во всех биоптатах из одного анатомического сегмента	Воспаление в биоптатах из последовательных сегментов, начиная с прямой кишки	Воспаление не во всех биоптатах из одного анатомического сегмента или в части одного биоптата	Воспаление не во всех последовательных сегментах, чередование пораженных и непораженных сегментов

Таблица 2. Основные дифференциально-диагностические признаки колитов

Вариант колита	Критерии
Язвенный колит	Воспаление слизистой оболочки идиопатическое, хроническое, диффузное, непрерывное, начинается с прямой кишки; отсутствие илеита при нетотальном колите
Болезнь Крона	Воспаление идиопатическое, хроническое, очаговое, прерывистое; могут поражаться любые участки кишечной трубки; трансмуральный характер поражения; эпителиоидноклеточные гранулемы без некроза; илеит при нетотальном колите
Инфекционный колит	Короткий анамнез; гистологические признаки острого колита (группы нейтрофилов в собственной пластинке слизистой оболочки, нейтрофилы в поверхностном эпителии и в эпителии крипт, признаки хронического воспаления отсутствуют); обнаружение кишечных патогенов
Ишемический колит	Факторы, предрасполагающие к ишемии (пожилой возраст, атеросклероз, шок, перенесенная операция, прием вазоконстрикторов и др.); локализация в селезеночном углу, сигмовидной кишке; прерывистое поражение с четкой демаркационной линией; гистологически – исчезновение вследствие некроза поверхностного эпителия и эпителия крипт при сохранении собственной пластинки и очертаний крипт; отек и пропитывание фибрином собственной пластинки слизистой оболочки, внутрислизистые геморрагии, отложения гемосидерина; степень повреждения значительно превышает степень реактивных воспалительных изменений
Радиационный колит	Лучевая терапия в анамнезе
Эозинофильный колит	Выраженная инфильтрация эозинофилами собственной пластинки слизистой оболочки; признаки деструкции крипт отсутствуют
Лимфоцитарный колит	Отсутствие макроскопических изменений, гистологически – повышение содержания межэпителиальных лимфоцитов в эпителии (более 30 МЭЛ на 100 эпителиоцитов)
Коллагенозный колит	Отсутствие макроскопических изменений, гистологически – избыточное отложение коллагена под поверхностным эпителием (более 10 мкм) с неровным нижним краем, захватывающее эритроциты, лимфоциты и капилляры
Диверсионный колит	Локализация воспаления в сегменте, исключенном из пассажа кишечного содержимого. Гистологически – хронический колит с деструкцией крипт

Кафедрой гастроэнтерологии и нутрициологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» совместно с кафедрой патологической анатомии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» разработаны инструкции по применению для дифференциальной диагностики заболеваний связанных с хронической некровавой диареей и/или синдромом мальабсорбции:

1. «Гистологическая дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся хронической диареей или синдромом мальабсорбции», 2010 г.

2. «Программа дифференциальной диагностики хронической некровавой диареи и синдрома мальабсорбции у взрослых», 2010 г.

С целью улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с болезнями органов пищеварения, повышения доступности для насе-

ления высококвалифицированной гастроэнтерологической помощи и обеспечения ее организационно-методического руководства, издан приказ Министерства здравоохранения РБ № 76 от 04.02.2014 года «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с болезнями органов пищеварения» и утверждена Инструкция по организации оказания медицинской помощи взрослым с болезнями органов пищеварения.

**Заключение.** Несмотря на проведенный в достаточном объеме диагностический поиск, с выполнением различных высокоспецифичных лабораторных и инструментальных методов исследования, некоторые показатели, подтверждающие ЯК и БК, оказались в пределах нормы, что и затрудняло постановку окончательного диагноза.

Представленные клинические случаи подтверждают актуальность проблемы верификации ХВЗК и необходимость четкого алгоритма диагностики данных патологических процессов, что существенно может повлиять на дальнейшую тактику лечения и ведения таких пациентов практикующими

врачами. Значимым фактором является постоянное информирование врачей различных медицинских специальностей о таких состояниях и тактике диагностического поиска.

### Литература

1. *Горгун Ю. В.,* Портянко А. С., Мараховский Ю. Х. Диагностика и консервативная терапия язвенного колита: справочник Видаль Специалист в Беларуси. Избранные разделы диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний / ЗАО «ЮБМ Медика Рус», 2012, С. 609–618.
2. *Горгун Ю. В.,* Портянко А. С., Жарская О. М. Медикаментозная терапия болезни Крона: рекомендации Европейской организации по изучению болезни Крона и язвенного колита // Лечебное дело, 2014 № 5 (39), С. 22–28.
3. *Рудой А. С.,* Нехайчик Т. А., Бова А. А. Современные подходы к диагностике и лечению спондилоартритов: учебно-методическое пособие / Минск: БГМУ, 2015. – 108 с.
4. *Baumgart D. C.,* Sandborn W. J. Crohn's disease // Lancet. 2012; 380; P. 590–605.

Поступила 11.01.2016 г.