

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА

CLINICAL CASE OF LATE DIAGNOSIS OF CROHN'S DISEASE

M. Datsik
D. Sopich
S. Shut
E. Platoshkin
N. Nikulina
S. Tishkov

Summary. The article describes a clinical case of severe Crohn's disease with late diagnosis of the disease in a young patient. The reasons for the delayed diagnosis of the pathological process are considered, as well as diagnostic tests that allow to establish the disease at the early stages of its development.

Keywords: inflammatory bowel diseases, Crohn's disease, diagnosis, diarrhea.

Дацик Марина Ивановна

Врач-гастроэнтеролог, УЗ «Минский клинический консультативно-диагностический центр»
marinka_83@inbox.ru

Сопич Дмитрий Юрьевич

Врач-проктолог, УЗ «Минский клинический консультативно-диагностический центр»

Шут Светлана Александровна

К.м.н., доцент, УО «Гомельский государственный медицинский университет»
shootsa@mail.ru

Платошкин Эрик Николаевич

К.м.н., доцент, УО «Гомельский государственный медицинский университет»
platoshkin@list.ru

Никулина Наталья Алексеевна

К.м.н., УО «Гомельский государственный медицинский университет»
natallia.nik@mail.ru

Тишков Сергей Петрович

УО «Гомельский государственный медицинский университет»
sergej_doct@mail.ru

Аннотация. В статье описан клинический случай тяжелого течения болезни Крона с поздней диагностикой заболевания у пациентки молодого возраста. Рассмотрены причины запоздалой диагностики патологического процесса, а также диагностические тесты, позволяющие установить заболевание на ранних этапах его развития.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, диагностика, диарея.

Введение

Неизменный интерес врачей к проблеме болезни Крона (БК) определяется ростом заболеваемости во всем мире и в республике Беларусь, разнообразием клинических форм заболевания, возможностью поражения любого отдела желудочно-кишечного тракта от ротовой полости до анального канала, поражением всех слоев кишечной стенки, многообразием проявлений, нередко непредсказуемым характером течения заболевания, развитием местных и системных осложнений, а также неспецифическими проявлениями в дебюте заболевания [1, 2, 3].

БК — хронический воспалительный процесс, характеризующийся локальностью поражения, вовлечением всех слоев кишечной стенки (трансмуральное пораже-

ние) и образованием эпителиоидноклеточных гранулем. Это сложное иммуноопосредованное заболевание, возникающее вследствие дисрегуляции иммунного ответа на симбионтную флору у генетически восприимчивых лиц и различные факторы окружающей среды [1, 3, 4].

По данным литературы в странах западной Европы заболеваемость воспалительными заболеваниями кишечника выросла в 4 раза за последние 40 лет, в Японии — в 4 раза за последние 15 лет. Распространенность БК в Республике Беларусь 8,1 на 100000 с тенденцией к росту заболеваемости в последние несколько лет. БК может быть диагностирована в любом возрасте, однако наиболее часто встречается у молодых лиц; дебют БК приходится на возраст 19–38 лет, первый пик заболеваемости в 21–29 лет, второй пик в возрасте 60–70 лет. Значимых гендерных различий заболеваемости нет. В те-

чение первого года диагноз БК устанавливается только в 36,9% случаев, что связано с трудностями диагностики, особенно при тонкокишечной локализации процесса [5].

Случай из клинической практики

На прием к врачу-гастроэнтерологу обратилась пациентка Н., 34 лет с жалобами на водянистый объемный стул до 20 раз в сутки в дневное и ночное время, периодически с примесью слизи и крови, ежедневные боли и вздутие живота, не уменьшающиеся после приема спазмолитиков, ложные позывы на дефекацию, чувство неполного опорожнения кишечника, выраженные отеки ног в области голеней и стоп, общую слабость, утомляемость, периодическое повышение температуры до 38,5 в течение 2 лет, похудание на 17 кг за последние 7 лет, боли в пояснице и коленных суставах в течение 2 лет. Из анамнеза установлено, что первые симптомы заболевания (боли и вздутие живота, неоформленный водянистый стул без примесей крови до 6–8 раз в сутки) появились спустя 6 месяцев после родов около 8 лет назад. Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечает сезонные ОРВИ, кишечные инфекции и прием антибиотиков в течение 6 месяцев до заболевания отрицает. Наследственный анамнез не отягощен. Пациентка обращалась к терапевту по месту жительства, назначались спазмолитические препараты и диосмектит, при приеме которых наблюдалось улучшение состояния.

Около 4 лет назад появились нарастающие по интенсивности и продолжительности боли в животе, усилилась диарея, периодически водянистый стул до 10–20 раз в сутки с примесью слизи, снижение веса на 8 кг в течение года. Обследована амбулаторно согласно клиническим протоколам МЗ РБ. Изменений в лабораторных тестах не выявлено, анализ кала на скрытую кровь гваяковым методом — отрицательный. Выполнены ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия. Структурных и морфологических изменений в обследованных органах не выявлено. Пациентке выставлен диагноз синдром раздраженного кишечника с диареей. Назначались спазмолитики, препараты панкреатина. В связи с появлением болей в поясничной области обследована неврологом, проведена КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, диагностированы дегенеративные изменения межпозвоночных дисков. Ввиду отсутствия положительной динамики от лечения рекомендована консультация психотерапевта, от которой пациентка воздержалась. В течение трех лет наблюдалась врачом общей практики, диарейный синдром имел волнообразное течение. Около 1,5 лет назад к вышеописанным симптомам добавились урчание в животе, субфебрилитет в утренние часы, с эпизодическим повышением до 38°C, артралгии коленных, тазобе-

дренных, плечевых суставов, однако в связи со сложной эпидемической ситуацией к врачу не обращалась. В течение последних 6 месяцев усилилась общая слабость, продолжалось снижение веса, появились отеки нижних конечностей, прекратились менструации, периодически отмечала наличие крови в стуле, что и послужило причиной обращения к гастроэнтерологу.

При объективном осмотре: выраженный дефицит массы тела (ИМТ 13,1 кг/м²), кожа и видимые слизистые бледные, чистые, периферические отеки в области голеней и стоп. Со стороны органов дыхания и кровообращения без особенностей. Язык сухой, обложен белым налетом. При осмотре живота отмечается выраженное вздутие, звучное урчание в животе, при пальпации отмечена болезненность в мезо- и гипогастрии, наиболее выраженная в правой подвздошной области. Печень, селезенка не увеличены. При пальцевом исследовании прямой кишки — коричневый стул без видимых примесей крови.

Представленные лабораторные тесты (общий и биохимический анализы крови) демонстрировали железодефицитную анемию (гемоглобин 101 г/л, сывороточное железо 4,2 мкмоль/л), гипопропротеинемия (общий белок 56 г/л), повышение С-реактивного белка, анализ кала на скрытую кровь гваяковым методом — реакция отрицательная, в копрограмме единичные лейкоциты, эритроциты. Протоколы инструментальных обследований предоставлены не были. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, клинико-лабораторных данных, выставлен диагноз: Хроническая кровавая диарея неуточненного генеза тяжелой степени клинически. Синдром мальнутриции тяжелой степени: недостаточность массы тела тяжелой степени (ИМТ 13,1 кг/м²), железодефицитная анемия легкой степени тяжести, гипопропротеинемия. Отечный синдром. Лихорадка неясного генеза. Артропатии крупных суставов. Аменорея [6].

От предложенной госпитализации пациентка отказалась. Было назначено обследование в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения, а также нутритивная и регидратационная поддержка на период обследования [4, 7].

При последующей явке к гастроэнтерологу с результатами обследований выявлена гипохромная анемия с выраженным анизоцитозом средней степени тяжести (гемоглобин 89 г/л, эритроциты $4,51 \cdot 10^{12}/л$, МСН 22,4 пг, RDW 25,5%), тромбоцитоз ($677 \cdot 10^9/л$), нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы (лейкоциты $6,01 \cdot 10^9/л$: палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерные нейтрофилы 78%, лимфоциты 10%, моноциты 7%, СОЭ 13 мм/ч). В биохимическом анализе крови: гипопропротеине-

мия (общий белок 52 г/л за счет гипоальбуминемии (24 г/л), повышение С-реактивного белка (32.2 мг/л), снижение уровня железа (3.47 мкмоль/л), трансферрина 1,94 г/л и% насыщения трансферрина железом (7,1%). Иммунохимический тест на скрытую кровь в кале положительный (2218 нг/мл), высокий уровень фекального кальпротектина (1800 мкг/г). Яйца гельминтов и простейшие в кале не обнаружены. Инфекционная причина диареи исключена: посев кала на патогенную кишечную флору роста не дал, анализ кала на *Campylobacter*, *E. coli* O157:H7 и токсины *Cl. difficile* отрицательные. Антитела к цитомегаловирусу IgM, IgG не обнаружены. Установлен факт инфицирования *Yersinia enterocolitica* в прошлом (IgA отрицательный, IgG положительный: коэффициент позитивности — 4). Пациентка осмотрена фтизиатром, проведен диаскин-тест, микроскопия мокроты, активного туберкулезного процесса не выявлено. Серологические маркеры целиакии отрицательные. Структурных и функциональных нарушений щитовидной железы не обнаружено. ЭКГ, эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости патологии не выявили. По результатам эзофагогастродуоденоскопии с биопсией констатирован хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*.

При проведении илеоколоноскопии в подвздошной кишке на 20 см от баугиниевой заслонки определялось незначительное сужение просвета за счет отека, гиперемированной слизистой с грануляциями до 3 мм на фоне рубца и эрозией до 4 мм рядом с баугиниевой заслонкой. Просвет, складки толстой кишки сохранены, слизистая раздражена, очагово гиперемирована, сосудистый рисунок усилен, очагово размыт. В ректосигмоидном соединении слизистая с очагами гиперплазии на фоне рубцовых изменений. Выполнена множественная биопсия (по 2 фрагмента из каждого осмотренного отдела, включая подвздошную и прямую кишку). Гистологическое заключение: Слизистая тонкой кишки с признаками лимфангиэктазии, отеком стромы. Слизистая толстой кишки с гетерогенностью формы и размеров крипт, очаговыми скоплениями лимфоцитов и пролиферацией лимфоидных фолликулов.

Результаты

КТ энтерографии выявили участки стойкого сужения просвета подвздошной кишки, за счет равномерного утолщения стенки до 1 см, дистального отдела подвздошной кишки на протяжении около 7 см до баугиниевой заслонки, с супрастенотическим расширением проксимального участка подвздошной кишки, два подобных участка протяженностью по 7 см с чередованием участка расширения кишки с неутолщенными стенками в мезогастррии; один подобный участок около 3 см по протяжению в левой подвздошной области с супрастенотическим расширением проксимального участка

кишки. Визуализируется уплотнение в виде тяжести (спайки) без видимых свищевых ходов между патологическим участком и супрастенотическим участком дистального отдела подвздошной кишки. Выраженная гиперемия брыжейки тонкой кишки пораженных участков и увеличенные множественные лимфоузлы. Все отделы толстой кишки заполнены контрастом, без видимых изменений со стороны просвета и стенок. Заключение: КТ-картина сегментарного поражения подвздошной кишки воспалительного характера, межпетлевые спайки, мезентериальный лимфаденит.

На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, клинико-лабораторных данных, проведенных инструментальных обследований, выставлен диагноз: Болезнь Крона (A2L3B2), тонко-толстокишечное поражение, стенотическая форма, клинико-лабораторно высокой степени активности, эндоскопически умеренной степени активности. Синдром мальнутриции: недостаточность массы тела тяжелой степени (ИМТ 13,11 кг/м²), анемия средней степени тяжести смешанной этиологии (железодефицитная + анемия хронического заболевания), гипопропротеинемия, гипоальбуминемия. Отечный синдром. Внекишечные проявления в виде артралгий крупных суставов. Хронический гастрит антральный, выраженность +/+++ , активность +, Нр+, фундальный, выраженность +, неактивный.

Заключение

Представленный клинический случай иллюстрирует сложность диагностики болезни Крона с поражением тонкого кишечника. Патогномоничные клинические симптомы заболевания отсутствуют, поэтому врачу необходимо проводить тщательный дифференциальный диагноз диарейного синдрома. Поздняя диагностика патологии в описанном случае была связана с тем, что ранее установленный диагноз синдрома раздраженного кишечника снизил настороженность врача и пациента в отношении воспалительной природы заболевания. Определение кальпротектина в стуле позволяет предположить наличие воспаления в кишечнике, однако данный тест входит в перечень дополнительных методов обследования и не был выполнен при амбулаторном обследовании. Обращает на себя внимание неполное соответствие клинических симптомов диареи (диарея в ночное время, периодически более 10 раз в сутки, прогрессирующее снижение массы тела) критериям диагноза синдрома раздраженного кишечника.

Рутинные диагностические методы не всегда позволяют выявить воспалительный процесс в тонкой кишке ввиду технических сложностей осмотра тонкой кишки с помощью эндоскопической аппаратуры, особенно в дебюте заболевания. Кроме того, данные гистологиче-

ского заключения, полученные при проведении эндоскопии у нашей пациентки, не имели специфичных для болезни Крона изменений, тогда как эндоскопические данные подтвердили диагноз. Выполнение КТ-энтерографии с контрастированием позволило выявить сегментарные поражения тонкой кишки в отделах, недоступных эндоскопическому осмотру.

В случае выявления несоответствия клинических проявлений заболевания и данных диагностических тестов врачу следует провести более углубленное обследование пациента с использованием дополнительных методов исследования, в том числе повторное обследование при отсутствии улучшения состояния пациента в процессе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 464 с.
2. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство, 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 816 с.
3. Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология [Электронный ресурс] Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 560 с. ISBN978-5-9704-4357-6 Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443576.html>
4. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения: клинический протокол: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 01 июня 2017 г., № 54. Гепатология и гастроэнтерология. 2018; 2(1):90–103.
5. Штайн Д. Дж., Шейкер Р. Воспалительные заболевания кишечника. Клиническое руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 250 с.
6. Горгун Ю.В., Портянко А.С., Каратыш О.М., Дергачева И.А., Мараховский Ю.Х., Белявская С.В. Программа дифференциальной диагностики хронической некротической диареи и синдрома мальабсорбции у взрослых. Инструкция по применению. Минск, 2010. Регистрационный № 136–1110.
7. Портянко А.С., Горгун Ю.В., Черствый Е.Д. Гистологическая дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся хронической диареей и синдромом мальабсорбции. Инструкция по применению. Минск, 2011. Регистрационный № 137–1110.

© Дацик Марина Ивановна (marinka_83@inbox.ru), Сопич Дмитрий Юрьевич,
Шут Светлана Александровна (shootsa@mail.ru), Платошкин Эрик Николаевич (platoshkin@list.ru),
Никулина Наталья Алексеевна (natalia.nik@mail.ru), Тишков Сергей Петрович (sergej_doct@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Гомельский государственный медицинский университет