

02.2024

Северо-Западный государственный  
медицинский университет им. И. И.  
Мечникова



# Сложности дифференциальной диагностики ВЗК. Клинический случай

Березницкая М.М., клинический ординатор 1 года по специальности «гастроэнтерология» кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса  
Семенова Е.А., к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

- Заболеваемость ВЗК в России в среднем составляет **5,1 на 100 000 населения**.
- В настоящее время **не существует общепринятого стандарта** дифференциальной диагностики БК и ЯК.
- У **5-15%** больных отмечаются клинические, эндоскопические, морфологические и рентгенологические признаки и ЯК, и БК.
- Около **10%** случаев колита первоначально не различимы и определяются как неклассифицированные;
- В России **средний срок установления диагноза** от появления первых симптомов заболевания составляет **1,5 года при ЯК и 3,5 года** при БК.

## Основные дифференциальные признаки ВЗК

|    |   |  |    |
|----|---|--|----|
|    | Прямая и ободочная кишка                | Весь ЖКТ   |    |
| ЯК | Непрерывное поражение                   | Сегментарное поражение                                 | БК |
|    | Слизистая и подслизистый слой           | Все слои кишки   |    |
|    | Негранулематозное воспаление            | Эпителиоидные гранулемы, фибростеноз, свищи, стриктуры |    |
|    | Прямая кишка поражается во всех случаях | Прямая кишка обычно не поражается                      |    |



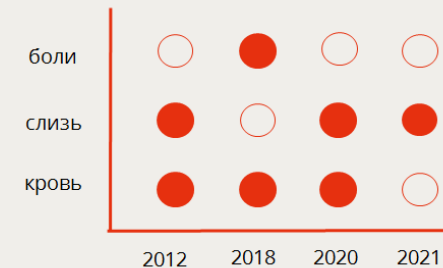
**Пациентка Т. 30 лет**, обратилась на плановую консультацию в поликлинике по месту жительства

**Диагноз:** Болезнь Крона, колит, хроническое рецидивирующее течение, нестриктурирующая, непенетрирующая форма, среднетяжелое течение, клиническая ремиссия (CDAI **60** баллов)

**Анамнез заболевания:**

2012 Примесь крови и слизи в стуле не чаще 2-х раз в год.

2018 Октябрь: беременность 25-26 недель → дискомфорт, чувство жжения в области анального отверстия, примесь крови в стуле → проктолог.  
*Пальцевое ректальное исследование* : норма.



**Диагноз:** Хронический внутренний геморрой 1 ст, обострение? Анальная трещина?



➤ Местная терапия (настой ромашки, раствор Mn)

Клиническая ремиссия

2020 Декабрь: слизь + кровь при каждом акте дефекации, стул тип 5-6 по БШ.

ПЦР НКВИ +

**ВКС 15.01.2021:** ЯК. Илеит. Биопсия: хронический выраженный **неактивный илеит** с лимфо-фолликулярной гиперплазией. Данная морфологическая картина может иметь место при **язвенном колите низкой степени активности**.

**ЭГДС 15.01.2021:** Недостаточность кардии. Гастропатия. Неактивный дуоденит.

2021 **Диагноз:** Язвенный колит, проктосигмоидит, обострение, легкой степени тяжести, дебют.



➤ таб. Пентаса 3 г+ свечи 2 г - 3 месяца

Клиническая ремиссия

➤ с мая 2021 – таб. Пентаса 1,5 г/сут

26.06.2021

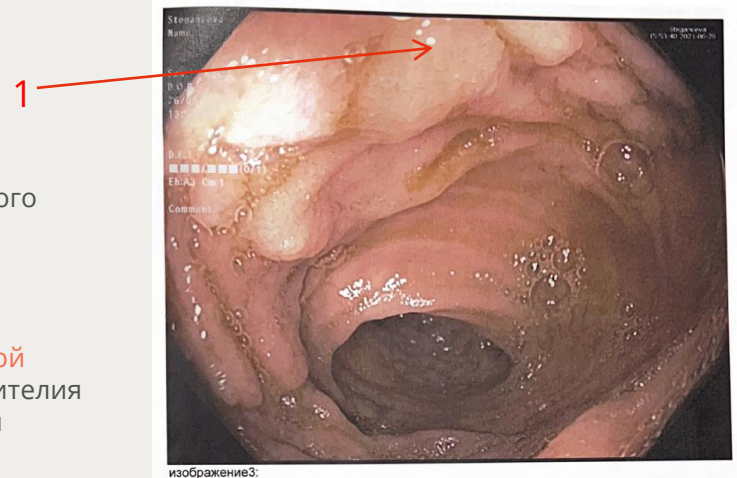
## Контрольная видеокколоноскопия

Эндоскопическая картина **лимфофолликулярной гиперплазии слизистой терминального (1) отдела подвздошной кишки**, **эрозивного сегментарного колита** (в области устья аппендикулярного отростка, проксимальный отдел сигмовидной кишки). Эндоскопические признаки долихоколон.



изображение2:

**Гистологическое заключение:** СО подвздошной кишки типичного гистологического строения, с очаговой лимфофолликулярной гиперплазией. Хронический **сегментарный эрозивный колит** с поражением слизистой оболочки слепой и сигмовидной кишки, преобладанием воспалительной инфильтрации в слепой кишке, **фокальным** выраженным воспалительным компонентом, **очаговой** высокой активностью, множественными криптами, участками эпителия регенераторного типа, гиперплазией отдельных крипт. Подобная гистологическая картина может наблюдаться **при болезни Крона**.



изображение3:

Эндофото из личного архива Березницкой М.М.

2022

Февраль

Стул тип 3-4 по БШ+ слизь

таб. Пентаса 3 г/сут + свечи Пентаса 1.5 г/сут  
**4 месяца**

Клиническое улучшение  
Эндоскопическая активность

**06.03.2022 ВКС:** признаки терминального илеита. Эрозивная колопатия прямой кишки (колит, активность 1-2).

Июнь

Картина пищевой токсикоинфекции: ↑ температуры тела до 38С, рвота, стул 7 р/сут в течение 2-х дней

Сорбенты

Положительный ответ

24.06.2022: гемоглобин 122 г/л, эритроциты  $4.3 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты  $5.9 \cdot 10^9/л$ , тромбоциты  $249 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 13 мм/ч.

Август

Кровь (до 1 чайной ложки) и слизь в кале, стул 5 раз в сутки, тип 6 по БШ, ложные позывы, боли в левой половине живота, проходящие после акта дефекации, вздутие живота, потеря аппетита, боли и дискомфорт в эпигастральной области.

20.10.2022: Гемоглобин 123 г/л, СОЭ 41 мм/ч, железо 8.9 мкмоль/л, СРБ 13.2 мг/л, ферритин 15.3 нг/мл

Госпитализация в ГБ№31 27.10.2022-07.11.2022

Октябрь

**ВКС 04.10.2022:** лимфофолликулярная гиперплазия слизистой терминального отдела подвздошной кишки, **эрозивно-язвенный сегментарный колит.**  
**Биопсия:** Илеит. **Сегментарный эрозивный колит с фокальным воспалительным компонентом,** очаговой высокой активностью, множественными криптитам и криптабсцессами, сохранением слизеобразования эпителия. Проктит.

Кальпротектин >1800; ASCA 7; анти-PR-3 87.48; анти-MPO 0.51

УЗИ ОБП: признаки колита

**Гемоглобин 109 г/л, СОЭ 41 мм/ч, железо 3 мкмоль/л, СРБ 21 мг/л, ферритин 17 нг/мл, витамин B12 1294 пг/мл, фолаты 6.1 нг/мл**

**Диагноз пересмотрен → Болезнь Крона, хроническое рецидивирующее течение, колит, воспалительная форма, средней степени тяжести, обострение.** Таб.пентаса 4 г в сут + свечи пентаса 1 г, буденофальк 9 мг/сут.

Декабрь

Выписана на амбулаторное лечение. Консультация гастроэнтеролога в центре ВЗК 08.12.2022

Таб.пентаса 4 г в сут + свечи пентаса 1 г, азатиоприн 100 мг в сут

**Клиническая ремиссия с января 2023**

# Критериальный пересмотр диагностического представления (согласно Lennard-Jones)

1. **локализация в любом месте ЖКТ от полости рта до анального** канала; хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение;
2. **прерывистый характер поражения;**
3. трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи;
4. фиброз: стриктуры;
5. лимфоидная ткань (гистология): афтоидные язвы или трансмуральные лимфоидные скопления;
6. муцин (гистология): **нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки;**
7. наличие эпителиоидной гранулемы.

**ИТОГО:  
3 признака**

*Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.*

## Тактические недочеты при ведении данной пациентки:

- Несоответствие дозировки 5-АСК в мае 2021 года – уменьшение без контроля ФК, достижения эндоскопической ремиссии.
- Недооценка результатов эндоскопического и гистологического исследований от 26.06.2021 (сегментарный характер поражения).
- Отсроченная инициация азатиоприна.

## Рекомендации:

1. Терапия: азатиоприном 100мг под контролем клинического анализа крови, билирубин+фракции, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза 1 раз в месяц
2. Контроль фекального кальпротектина, СРБ 1 раз в 3 месяца
3. Контрольная колоноскопия в марте 2024.
4. Гидро МРТ или УЗИ кишечника 1 раз в год