

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА У ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЁЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А. Л. Коркин

Цель – сравнительный анализ клинико-морфологических и инструментальных признаков язвенного колита и болезни Крона у пациентов с нетяжелым течением заболевания. Обследовано 2 группы пациентов: 28 больных язвенным колитом (1-я группа) и 10 пациентов с болезнью Крона (2-я группа). У больных язвенным колитом чаще всего диагностированы инструментальные и морфологические признаки: проктит (64 %) и непрерывное воспаление (64 %); компрометация крипт (криптабсцессы или деформация крипт (38 % и 18 %)); с болезнью Крона – симптом «булыжной мостовой» (70 %); прерывистое поражение слизистой оболочки (60 %) и боль в животе (50 %). Эрозивно-язвенные дефекты и лимфоплазмозитарную инфильтрацию слизистой оболочки кишечника необходимо детально верифицировать в протоколе колоноскопии и морфологического исследования.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, лихорадка, язва, криптабсцессы.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы неспецифических воспалительных заболеваний кишечника (НВЗК) обусловлена ростом заболеваемости язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК), высокой частотой осложнений, недостаточной эффективностью их лечения, социальной дезадаптацией больных с этой патологией [1–7].

Поиск наиболее значимых критериев своевременной, в том числе дифференциальной, диагностики ЯК

и БК проводится среди клинических, лабораторных, инструментальных и морфологических проявлений этих заболеваний [3, 5–10].

Изучена роль клинических, лабораторных, инструментальных и морфологических критериев выраженности активности воспалительного процесса в кишечнике, обусловленного ЯК и БК [3, 8–9, 11–14]. Ряд работ посвящен оценке генетических, половых и возрастных особенностей формирования НВЗК [8].

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CLINICAL, MORPHOLOGICAL AND INSTRUMENTAL INDICATORS OF ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE IN PATIENTS WITH MILD COURSE OF DISEASE

A. L. Korokin

The goal of the study is to compare clinical, morphological and instrumental indicators of ulcerative colitis and Crohn's disease in patients with a mild course of the disease. Two groups of patients are examined: 28 patients with ulcerative colitis (group 1) and 10 patients with Crohn's disease (group 2). In patients with ulcerative colitis, the most common instrumental and morphological indicators are proctitis (64 %) and continuous inflammation (64 %), comprometation of crypts (crypt abscess or deformation of crypts (38 % and 18 %)). A "cobblestone"-like appearance of tissues (70 %), intermittent damage to the mucous membrane (60 %) and abdominal pain (50 %) are frequently discovered in patients with Crohn's disease. Erosive and ulcerous defects and lymphoplasmacytic infiltration of the intestinal mucosa must be verified in detail in the protocol of colonoscopy and morphological examination.

Keywords: ulcerative colitis, Crohn's disease, fever, ulcer, crypt abscess.

Вместе с тем сравнение частоты выявления клинико-морфологических и инструментальных признаков НВЗК при ЯК и БК остается актуальным, учитывая отсутствие однозначно специфичных признаков данных заболеваний [15].

Цель работы – сравнительный анализ частоты клинико-морфологических и инструментальных проявлений язвенного колита и болезни Крона у пациентов с нетяжелым течением неспецифических воспалительных заболеваний кишечника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ частоты выявления клинических, инструментальных и морфологических признаков ЯК и БК в соответствии с актуальными Клиническими рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации [3, 9] у 38 пациентов с НВЗК в возрасте $43,0 \pm 16,4$ лет, находившихся на лечении в БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска. Первую группу составили 28 больных ЯК – 17 женщин и 11 мужчин в возрасте $43,0 \pm 17,3$ лет и $41,0 \pm 14,9$ лет соответственно, во вторую группу включены 10 паци-

ентов с БК – 5 женщин и 5 мужчин в возрасте $54,0 \pm 16,2$ лет и $56,0 \pm 20,6$ лет соответственно. Течение заболевания легкой степени атакой диагностировано по группам соответственно в 88 % и 12 %, среднетяжелой – в 60 % и 40 % случаев.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica'99 Edition (Statsoft). Статистическая значимость межгрупповых различий оценивалась с помощью критерия согласия Пирсона – χ^2 . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Проведенное исследование соответствует требованиям Хельсинкской декларации по защите прав человека, рассмотрено и одобрено членами локального этического комитета БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди клинических проявлений ЯК (1-я группа) преобладали диарея (39 %), кровь в кале (39 %) и анемия (36 %) статистически значимо реже, чем наиболее частые симптомы, отмечены снижение веса, лихорадка и тенезмы ($\chi^2 > 3,75$ при $p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Частота клинических, инструментальных и морфологических критериев язвенного колита и болезни Крона у жителей ХМАО – Югры

Группа признаков	1-я группа – ЯК (28)			2-я группа – БК (10)		
	Признаки	Частота	χ^2 / p	Признаки	Частота	χ^2 / p
Клини-ческие признаки	1. Диарея ¹	39 %* (11)	$\frac{6,10}{0,0136}$	1. Боль в животе ¹	50 %* (5)	$\frac{3,81}{0,0510}$
	2. Кровь в кале	39 %* (11)	$\frac{6,10}{0,0136}$	2. Лихорадка	40 % (4)	$\frac{2,40}{0,1213}$
	3. Анемия	36 %* (10)	$\frac{4,91}{0,0267}$	3. Анемия	30 % (3)	$\frac{1,25}{0,2636}$
	4. Снижение веса ²	11 % (3)	$\frac{0,00}{1,0000}$	Снижение веса ²	10% (1)	$\frac{0,00}{1,0000}$
	5. Лихорадка	11 % (3)	$\frac{0,00}{1,0000}$			
	6. Тенезмы	4 % (1)	$\frac{1,08}{0,2994}$			
Инстру-менталь-ные признаки: результаты колоно-скопии	1. Проктит ¹	71 %* (20)	$\frac{16,26}{0,0001}$	1. Симптом «БМ» ** ¹	70 %* (7)	$\frac{7,50}{0,0062}$
	2. Непрерывное воспаление	64 %* (18)	$\frac{12,47}{0,0004}$	2. Регионарное повреждение	60 %* (6)	$\frac{5,49}{0,0191}$
	3. Дефекты СОК**	57 %* (16)	$\frac{9,22}{0,0024}$	3. Неглубокие язвы	60 %* (6)	$\frac{5,49}{0,0191}$
	4. Контактная кровоточивость	29 % (8)	$\frac{0,90}{0,3424}$	4. Линейные язвы ²	10 % (1)	$\frac{0,00}{1,0000}$
	5. Отсутствие сосудистого рисунка ²	18 % (5)	$\frac{0,00}{1,0000}$	5. Глубокие щелевидные язвы	10 % (1)	$\frac{0,00}{1,0000}$

Морфо-логические признаки: результаты исследования биоптатов СОК**	1. ЛПИ** СОК** ¹	46 % (13)	$\frac{5,24}{0,0221}$	1. Прерывистое поражение СОК ¹	60 % (6)	$\frac{5,49}{0,0191}$
	2. Базальные лимфоидные скопления	43 % (12)	$\frac{4,14}{0,0419}$	2. Трансмуральная воспалительная инфильтрация	20 % (2)	$\frac{0,39}{0,5312}$
	3. Крипт-абсцессы	32 % (9)	$\frac{1,52}{0,2171}$			
	4. Деформация крипт ²	18 % (5)	$\frac{0,00}{1,0000}$	3. Фокальная ЛПИ** СОК** ²	10 % (1)	$\frac{0,00}{1,0000}$
	5. Уменьшение количества бокаловидных клеток	4 % (1)	$\frac{2,99}{0,0840}$	4. Поражение подвздошной кишки – метаплазия крипт	10 % (1)	$\frac{0,00}{1,0000}$

Примечание: * – статистически значимые отличия при сопоставлении ¹ – признака (самого частого) и ² – признака (редкого) (критерий Пирсона – $\chi^2 > 3,75$; $p < 0,05$); ** – СОК – слизистая оболочка кишечника; ЛПИ – лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки; БМ – «бульжная мостовая» – сочетание глубоких продольно и поперечно ориентированных язв с островками отечной гиперемированной слизистой оболочки кишечника [9].

Среди наиболее частых инструментальных признаков ЯК верифицированы: проктит (71 %); непрерывное (диффузное) поражение слизистой оболочки кишечника (СОК, 64 %); эрозивно-язвенные дефекты СОК (57 %). Контактная кровоточивость и отсутствие сосудистого рисунка встречаются у больных ЯК реже, чем вышеуказанные признаки ($\chi^2 > 3,75$ при $p < 0,05$).

К наиболее частым морфологическим признакам ЯК в 1-й группе относились лимфоплазмоцитарная инфильтрация и базальные лимфоидные скопления, отмеченные соответственно в 46 % и 43 % случаев. Криптабсцессы и деформация крипт встречались реже, чем вышеуказанные показатели. Однако суммарное повреждение крипт является не менее частым признаком, чем лимфоплазмоцитарная инфильтрация и базальные лимфоидные скопления – 50 % ($\chi^2 < 3,75$ при $p > 0,05$).

Таким образом, наиболее частым признаком у больных ЯК (1-я группа) является поражение прямой кишки по результатам колоноскопии (проктит), превышающее по частоте все диагностированные клинические проявления заболевания ($\chi^2 > 3,75$ при $p < 0,05$) (табл. 2).

Частота морфологических изменений слизистой оболочки кишки у пациентов 1-й группы (лимфоплазмоцитарная инфильтрация и поражение крипт – криптабсцессы и деформация крипт) статистически не отличается от частоты самого частого эндоскопического признака – проктита ($\chi^2 = 2,70$ при $p = 0,1007$) (табл. 2).

У пациентов с болезнью Крона наиболее частым клиническим симптомом была боль в животе – 50 % случаев. При этом лихорадка, анемия, снижение веса встречались реже, чем абдоминальная боль ($\chi^2 > 3,75$ при $p < 0,05$).

Среди инструментальных признаков у пациентов 2-й группы преобладали: симптом «бульжной мостовой»; прерывистое поражение СОК; наличие язвенных дефектов СОК; при исследовании биоптатов слизистой оболочки кишечника они диагностированы в 60 % случаев и более.

У пациентов с БК среди морфологических проявлений заболевания чаще всего диагностировали прерывистое поражение слизистой оболочки (60 %), реже – лимфоплазмоцитарную инфильтрацию (20 %) и еще реже – метаплазию крипт – 10 %.

Таблица 2

Сопоставление наиболее частых признаков язвенного колита и болезни Крона у жителей ХМАО – Югры

Самый частый признак ¹	1-я группа – ЯК (28)			
	Наиболее частые признаки ²	Частота	χ^2	p
Инструментальный признак: проктит (71 %)	Диарея (клинический признак)	39 %*	5,85	0,0156
	Кровь в кале (клинический признак)	39 %*	5,85	0,0156
	Лимфоплазмоцитарная инфильтрация (морфологический признак)	46 %	3,62	0,0573
	Криптабсцессы (морфологический признак)	32 %*	8,65	0,0033
	Криптабсцессы + деформация крипт (морфологический признак)	50 %	2,70	0,1007

2-я группа – БК (10)				
Инструментальный признак: симптом – «булыжная мостовая»** (70 %)	Наиболее частые признаки ²	Частота	χ^2	р
	Боль в животе (клинический признак)	50 %	0,83	0,3613
	Прерывистое поражение СОК (морфологический признак)	60 %	0,22	0,6392
	Трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией (морфологический признак)	20 %*	5,05	0,0246

Примечание: * – статистически значимые отличия при сопоставлении ¹ – признака (самого частого) и ² – признака (наиболее частые признаки) (критерий Пирсона – $\chi^2 > 3,75$ при $p < 0,05$); все ² – признаки, имеющие частоту $< 39\%$ для ЯК и $< 20\%$ для БК встречаются реже, чем признак¹ для ЯК и БК соответственно; ** – «булыжная мостовая» – сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отечной гиперемизированной слизистой оболочкой [9].

Таким образом, у пациентов с БК наиболее частый признак – инструментальный симптом «булыжная мостовая», представляющий собой сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отечной гиперемизированной слизистой оболочкой [9, 14]. При этом частота клинических признаков: боль в животе, лихорадка и анемия статистически значимо не отличались от симптома «булыжной мостовой» ($\chi^2 < 3,75$; $p > 0,05$).

Среди морфологических и инструментальных признаков у пациентов 2-й группы не выявлено статистически значимых отличий симптома «булыжной мостовой» от прерывистости поражения СОК и наличия язвенных дефектов на слизистой оболочке пораженного кишечника ($\chi^2 < 3,75$ при $p > 0,05$).

При сопоставлении частоты выявления общих признаков в 1-й и 2-й группах выявлено, что у обследованных пациентов с БК чаще, чем у больных ЯК диагностирована лихорадка ($\chi^2 = 4,21$ при $p = 0,0403$) (табл. 3).

Таблица 3

Сопоставление общих клинических, инструментальных и морфологических признаков у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона, жителей ХМАО – Югры

Общие признаки при язвенном колите и болезни Крона	Частота признака при заболевании		χ^2	р
	ЯК (28)	БК (10)		
Клинические признаки				
Анемия	36 % (10)	30 % (3)	0,11	0,7437
Снижение веса	11 % (3)	10 % (1)	2,06	0,1511
Лихорадка	11 % (3)	40 % (4)*	4,21	0,0403
Инструментальные признаки				
Дефекты слизистой оболочки кишечника	57 % (16)	80 % (8)	1,65	0,1984
Морфологические признаки				
Лимфо-плазмоцитарная инфильтрация слизистой оболочки кишечника	46 % (13)	30 % (3)	0,82	0,3664
Невоспалительные изменения крипт**	18 % (5)*	10 % (1)	4,93	0,0263

Примечание:* – статистически значимые отличия при сопоставлении общих признаков при ЯК и БК (критерий Пирсона – $\chi^2 > 3,75$ при $p < 0,05$); ** – деформация при ЯК, метаплазия при БК.

При этом такой морфологический признак, как поражение крипт, статистически значимо чаще диагностируется у больных ЯК при сопоставлении с группой пациентов с БК ($\chi^2 = 4,93$ при $p = 0,0263$).

Значимых отличий в частоте выявления других клинических, инструментальных, морфологических признаков – общих для 1-й и 2-й групп не выявлено ($\chi^2 < 3,75$ при $p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных язвенным колитом наиболее значимым для диагностики заболевания является колоноскопия с биопсией слизистой оболочки толстого кишечника. При этом наиболее информативными являются наличие проктита и морфологические признаки компроматации крипт (крипит, криптабсцессы или деформация крипт).

У пациентов с болезнью Крона значимы не только инструментально-морфологические, но и клинические признаки. Из клинических признаков существенное значение имеет наличие лихорадки, диагностируемой чаще, чем у больных с язвенным колитом.

Среди инструментально-морфологических признаков у пациентов с болезнью Крона наиболее часто верифицируются симптом «бульжной мостовой» и прерывистое поражение слизистой оболочки кишечника.

Эрозивно-язвенные дефекты и лимфоплазмозитарную инфильтрацию слизистой оболочки кишечника необходимо детально верифицировать в протоколе колоноскопии и морфологического исследования из-за отсутствия существенных отличий в частоте диагностики этих признаков при язвенном колите и болезни Крона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Главнов П. В., Лебедева Н. Н., Кащенко В. А., Варзин С. А. Язвенный колит и болезнь Крона. Современное состояние проблемы этиологии, ранней диагностики и лечения // Вестник Санкт-Петербург. гос. ун-та. 2015. Т. 11. № 4. С. 48–72.
2. Григорьева Г. А. Язвенный колит и болезнь Крона – проблема XXI века // Вестник Смолен. мед. акад. 2011. № 1. С. 12–14.
3. Ивашкин В. Т., Шельгин Ю. А., Абдулганиева Д. И. и соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом // Рос. журн. гепатологии, гастроэнтерологии и колопроктологии. 2015. Т. 25. № 1. С. 48–65.
4. Ткачев А. В., Мкртчян Л. С., Никитина К. Е., Волынская Е. И. Воспалительные заболевания кишечника: на перекрестке проблем // Практич. медицина. 2012. Т. 58. № 3. С. 17–22.
5. Визе-Хрипунова М. А., Каширина А. Н., Муканеева Д. К. и соавт. Клинико-эндоскопическая характеристика воспалительных заболеваний кишечника // Ульянов. мед.-биол. журн. 2014. № 4. С. 38–44.
6. Гольшева Н. Ю., Мешалкина Г. А. Качество жизни пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона // Лечащий врач. 2010. № 9. С. 85–89.
7. Цуркан С. И. Факторы риска часто рецидивирующего язвенного колита // Казан. мед. журн. 2013. Т. 94. № 1. С. 128–130.
8. Денисова М. Ф., Чернега Н. В., Музыка Н. В. и соавт. Сравнительная клинико-параклиническая характеристика язвенного колита и болезни Крона у детей // Здоровье ребенка. 2016. Т. 70. № 2. С. 10–15.
9. Ивашкин В. Т., Шельгин Ю. А., Абдулганиева Д. И. и соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению болезни Крона у взрослых (*проект*) // Рос. журн. гепатологии, гастроэнтерологии и колопроктологии. 2012. Т. 22. № 6. С. 66–82.
10. Маркова А. А., Кашкина Е. А. Современные методы диагностики и оценки тяжести течения неспецифического язвенного колита // Вестник Тамбов. ун-та. Сер. Естеств. и технич. науки. 2012. Т. 17. № 3. С. 915–919.
11. Абдулхаков С. Р., Абдулхаков Р. А. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению // Вестник соврем. клинич. медицины. 2009. № 2. С. 32–41.
12. Алексеева О. П., Колодей Е. Н. Сравнительная оценка течения, диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника по Нижегородской области в 2009–2010 и 2014–2015 годах // Мед. альманах. 2017. Т. 46. № 1. С. 33–36.
13. Татьяна О. Ф., Потапов А. С., Намазова Л. С. и соавт. Фекальный кальпротектин в неинвазивной диагностике воспалительных заболеваний кишечника у детей // Педиатрич. фармакология. 2008. Т. 5. № 3. С. 46–51.
14. Тертычный А. С., Андреев А. И., Гебоэс К. Современные подходы к морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника на материале эндоскопических биопсий // Архив патологии. 2011. Т. 73. № 1. С. 40–47.
15. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Спорные и нерешенные вопросы дифференцировки язвенного колита и болезни Крона // Гастроэнтерология. 2012. № 1. С. 5–7.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Коркин Андрей Леонидович – доктор медицинских наук, доцент, декан лечебного факультета, заведующий кафедрой госпитальной терапии, Ханты-Мансийская государственная медицинская академия; e-mail: korkinal2009@mail.ru.

ABOUT THE AUTHOR

Andrey L. Korkin – Doctor of Science (Medicine), Associate Professor, Dean, Medical Faculty, Head, Department of Hospital Therapy, Khanty-Mansiysk State Medical Academy; e-mail: korkinal2009@mail.ru.