

Дифференциальная диагностика болезни Крона и туберкулеза кишечника

А.А. Владимирова¹, В.Г. Неустроев¹, Е.Ю. Чашкова²,
Л.Ю. Раевская¹, А.Е. Сузdal'nyiцкий³

¹ Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, Иркутск, Россия

² НЦРВХ СО РАМН, Иркутск, Россия

³ Иркутский областной противотуберкулезный диспансер, Иркутск, Россия

Частота диагностических ошибок в дифференциальном диагнозе болезни Крона и туберкулеза кишечника достигает 40–45%, что обусловлено как объективными трудностями постановки диагноза, так и относительной редкостью патологии. Однако точный диагноз в этой ситуации чрезвычайно важен из-за разности терапевтических подходов: при пробной терапии туберкулеза в случае пропущенной болезни Крона упускается время лечения, лечение же болезни Крона может стать фатальным в случае пропущенного туберкулеза кишечника.

Болезнь Крона и туберкулез кишечника имеют различную этиологию, однако у значительной доли пациентов дифференциальный диагноз вызывает трудности. Частота диагностических ошибок в дифференциальном диагнозе туберкулеза и Крона достигает 40–45% (Yang S.K., 2002), что обусловлено как объективными трудностями постановки диагноза, так и относительной редкостью патологии. В регионах с высокой заболеваемостью туберкулезом в случаях неясного диагноза часто прибегают к пробному лечению туберкулеза. Этот подход проблематичен, поскольку в случае пропущенной болезни Крона упускается время лечения или становится трудным подтвердить или опровергнуть диагноз туберкулеза кишечника в последующем. Более того, побочные нежелательные лекарственные реакции на противотуберкулезную химиотерапию могут осложнить проведение пробной терапии. Лечение же болезни Крона может стать фатальным в случае пропущенного туберкулеза кишечника (Epstein D., Watermeyer G., Kirsch R., 2007), поскольку большинство препаратов, используемых при лечении болезни Крона (кортикостероиды, иммуносупрессоры, биологические препараты), в случае диагностической ошибки способствуют диссеминации туберкулеза из-за подавления иммунологических реакций. Кроме того, имеются указания на возможность реактивации очагов латентного туберкулеза, связанной с индуцированной лечением иммуносупрессией (Cazacu S. et all., 2009, Li X. et all, 2011, Rogler G. et all, 2012).

Болезнь Крона представляет собой неспецифическое гранулематозное трансмуральное региональное вос-

паление любой зоны желудочно-кишечного тракта и может сопровождаться внекишечными проявлениями. По сводным данным распространенность и заболеваемость варьируют в широких пределах и составляют, соответственно, 10–15 и 5–10 случаев на 100 000 населения. Самая высокая распространенность отмечается в странах Скандинавии, Северной Америке, Канаде и Израиле (Increasing Incidences of Inflammatory Bowel Disease and Decreasing Surgery Rates in Copenhagen City and County, 2003–2005: Vind I. et al., 2006; Rogler G. et all, 2012). По Московской области такие данные представлены профессором Е.А.Белоусовой и составляют 8,1 и 1,7 случаев на 100 000 населения соответственно (Belousova E.A., 2006). По данным отделения колопроктологии Иркутской областной клинической больницы, с 16 декабря 2009 по 16 декабря 2010 гг. на амбулаторный прием обратились 53 пациента с болезнью Крона.

Туберкулез – инфекционное мультисистемное заболевание, вызываемое кислотоустойчивой бактерией *M.tuberculosis*. Заболеваемость туберкулезом широко варьирует: от 0–25 случаев в развитых странах до более 100 случаев на 100 000 населения в странах Африки. Заболеваемость и распространенность туберкулеза всех локализаций по Российской Федерации и Иркутской области на конец 2010 года представлены в таблице. В 2011 году в Иркутской области эти показатели выросли до 152,4 и 413,9 случаев на 100 000 населения соответственно. Наиболее часто встречается туберкулезное поражение легких, однако возможно поражение любых органов тканей как сочетанное с легочным туберкулезом, так и изолированное.

(Niaz K., Ashraf M., 2010). У больных СПИДом активный туберкулез развивается в 20–40 раз чаще, чем в среднем в популяции. По данным K. Niaz и M. Ashraf за 2010 год (BV Hospital Bahawalpur, Пакистан) туберкулез кишечника составляет около 2% от всех случаев. Однако D. Epstein с соавторами ссылаются на другие данные: «Если начать прицельно обследовать желудочно-кишечный тракт у пациентов с активным легочным туберкулезом, сопутствующий туберкулез кишечника можно обнаружить до 46% случаев. Результаты исследования аутопсийного материала также подтверждают, что туберкулез кишечника часто остается недиагностированным» (Epstein D., Watermeyer G. and R. Kirsch, 2007).

Как в случае болезни Крона, так и при туберкулезе кишечника наиболее часто в процесс вовлекается илеоцекальная область (Epstein D., Watermeyer G. and Kirsch R., 2007). В обоих случаях воспаление носит трансмуральный гранулематозный характер, однако в случае туберкулеза гранулемы могут иметь казеозный центр, в котором можно обнаружить *M.tuberculosis*.

Заболеваемостью туберкулезом, поскольку оба заболевания представляют собой гранулематозное воспаление с «перехлестом» гистологических признаков. И в случае туберкулеза кишечника, и в случае болезни Крона в биоптатах, полученных во время колоноскопии, могут присутствовать признаки острого (крипты, крипто-абсцессы или острые язвы) или хронического воспаления слизистой оболочки или подслизистого слоя и нарушение ориентации крипты. К тому же, такие диагностические признаки туберкулеза, как обнаружение кислотоустойчивых бактерий и гранулем с казеозным некрозом, встречаются очень редко в биоптатах, полученных при эндоскопическом исследовании (Kirsch R. et all, 2006).

Сходные патогенетические механизмы способствуют и сходству клинической картины: в обоих случаях чаще болеют молодые люди, в обоих случаях присутствует анорексия, потеря веса, абдоминальные боли и диарея, формирование инфильтратов в брюшной полости, иногда сопровождающихся непроходимостью или перфорацией. Поэтому ориентироваться только

Таблица. Болезнь Крона и туберкулез (всех локализаций): заболеваемость и распространенность в мире и России

	Распространенность (на 100 000 населения)			Заболеваемость (на 100 000 населения)		
	в мире	Российская Федерация	Иркутская область	в мире	Российская Федерация	Иркутская область
Болезнь Крона	9–199	8,1	Эпид. данных нет	5–15	1,7	Эпид. данных нет
Туберкулез (всех локализаций)		178,7	395,8	0–25–100	77,4	147,3

Поражение нижних конечностей, глаз, кожи или печени при туберкулезе может симулировать внешишечные проявления болезни Крона. Иммунологически опосредованные реактивные полиартриты, нодозная эритема, индуративная эритема и увеиты при туберкулезе также можно интерпретировать как проявления болезни Крона (Epstein D., Watermeyer G. and Kirsch R., 2007).

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Причиной сложности дифференциальной диагностики болезни Крона и туберкулеза кишечника является патогенетическое сходство этих процессов – подобный механизм формирования гранулем (Epstein D., Watermeyer G. and Kirsch R., 2007). Морфологический дифференциальный диагноз между болезнью Крона и туберкулезом кишечника может потребовать больших усилий, особенно в странах с высокой забо-

на клиническую картину не представляется возможным, а морфологическая картина также может быть неоднозначной (Epstein D., Watermeyer G. and Kirsch R., 2007). Длительность симптомов может быть интуитивным дифференциально-диагностическим признаком, но следует помнить, что оба заболевания могут развиваться без выраженной клинической картины и не диагностироваться в течение многих лет. Синдромы малабсорбции и потери белка при туберкулезе встречаются редко. И при туберкулезе, и при болезни Крона возрастает риск тромбозов. Оба заболевания могут сопровождаться лихорадкой, однако высокие температурные «свечи» ($>38,5^{\circ}$) более характерны для кишечного туберкулеза (Epstein D., Watermeyer G. and Kirsch R., 2007).

Интересно, что у пациентов с туберкулезом кишечника рентгенография легких соответствует норме примерно в 50% случаев, следовательно, нормальная рентгенологическая картина легких не исключает

чает диагноза туберкулеза кишечника (Epstein D., Watermeyer G. and Kirsch R., 2007).

Использование кожных туберкулиновых тестов у пациентов с воспалением в илеоцекальной области ограничено: перекрестные реакции с БЦЖ, повсеместное распространение микобактерий в окружающей среде и широкое распространение латентной туберкулезной инфекции могут затруднить интерпретацию положительной реакции. С другой стороны, анергия при ВИЧ-инфекции, первичном и диссеминированном туберкулезе ограничивает диагностическое значение этого теста. Иногда анергия встречается и у нелеченых пациентов с болезнью Крона. (Epstein D., Watermeyer G. and Kirsch R., 2007).

И болезнь Крона, и туберкулез кишечника, как правило, сопровождаются анемией, лейкоцитозом, тромбоцитозом, низким уровнем альбумина в сыворотке крови и повышением маркеров воспаления, поэтому рутинные лабораторные анализы не играют роли в дифференциальной диагностике этих заболеваний. Были описаны 7 антител, связанных с ВЗК, однако до сих пор неясно, можно ли их использовать для дифференциальной диагностики болезни Крона и туберкулеза кишечника в популяциях с высокой заболеваемостью туберкулезом (Epstein D., Watermeyer G. and Kirsch R., 2007).

Диагностическими критериями болезни Крона ВОЗ считает следующие:

- 1) прерывистое или сегментарное поражение (подтвержденное рентгенологически, эндоскопически или интраоперационно);
- 2) наличие участков типа «бульжной мостовой» или продольных язв (подтвержденное рентгенологически, эндоскопически или интраоперационно);
- 3) трансмуральное воспаление, определяемое клинически (пальпируемые инфильтраты) или интраоперационно в резецированном участке, или наличие стриктуры, подтвержденной рентгенологически, эндоскопически или интраоперационно в резецированном участке;
- 4) морфологическое обнаружение неказеозной гранулемы;
- 5) наличие щелевидных язв или свища, выявленное при клиническом исследовании и/или рентгенологически или интраоперационно;
- 6) перианальные поражения, определяемые клинически и/или гистологически или в удаленном фрагменте.

Окончательный диагноз болезни Крона ставится, если имеются все 3 первых критерия в сочетании с любым

из 4–6 или при сочетании 4 критерия с любыми двумя из 1–3 (X. Li. et al., 2011).

Y.J. Lee с соавторами (2006) представляет диагностические критерии туберкулеза кишечника, обнаружение даже одного из которых позволяет высказаться в пользу туберкулеза:

- 1) гистологическое обнаружение гранулем с казеозным некрозом;
- 2) гистологическое обнаружение кислотоустойчивых бацилл (КУБ);
- 3) рост *M.tuberculosis* (полученных из очага) в культуре тканей;
- 4) клиническое, эндоскопическое, рентгенологическое и / или интраоперационное обнаружение картины туберкулеза кишечника в сочетании с туберкулезом любой другой локализации;
- 5) ответ на противотуберкулезное лечение без последующих рецидивов у пациентов с клинически, эндоскопически, рентгенологически и/или интраоперационно подтвержденным туберкулезом кишечника. Таким образом, 3 из 5 представленных авторами работы критерии связанны с обнаружением микобактерий туберкулеза, еще один – с ответом на противотуберкулезное лечение.

X. Li с соавторами (2011) дополняют эти критерии еще одним – положительным результатом полимеразной цепной реакции на микобактерии туберкулеза.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Во многих работах, посвященных диагностике туберкулеза кишечника, рассматриваются отдельные клинические наблюдения, что связано с относительной редкостью патологии в развитых странах (Pagel W. & Weichherz E., 1936; Nageshwar D. Reddy et al., 2003; Kamani L. et al., 2007; Cazacu S. et al., 2009).

Первое найденное нами систематическое эндоскопическое описание картины при туберкулезе кишечника датируется 1975 годом (Aoki G. et al., 1975). В нем G. Aoki и соавторы проанализировали 14 наблюдений (9 из которых были расценены как туберкулез и 5 подозрительных в отношении туберкулеза), собранных в Токийском институте гастроэнтерологии за 5 лет (с июня 1969 по май 1974 гг.). У 8 пациентов из 14 в анамнезе прослеживался легочный туберкулез (у 3 – неактивный на момент обращения), туберкулиновый тест оказался положительным или резко положительным у 10, у 6 – рост *M.tuberculosis* при посевах кала. Всем пациентам были выполнены и колоноскопия, и ирригография.

Эндоскопическую картину авторы работы описывают следующим образом:

«При туберкулезном поражении желудочно-кишечного тракта происходит отторжение поверхностного слоя слизистой оболочки с формированием язв, которые сливаются между собой, образуя дефекты различных форм и размеров. Распространение язв происходит вдоль линий лимфатического оттока, которые идут в поперечном направлении (особенно в тонкой кишке) и в различных направлениях в толстой кишке. Размеры язвенных дефектов варьируют индивидуально от очень маленьких до очень больших, похожих на злокачественные. Края язвенных дефектов имеют неправильные контуры, слизистая их отечна, утолщена, гиперемирована и резко «обрывается» к дну. Дно плоское и обычно покрыто небольшим количеством экссудата, но в дне крупных язв видно появление грануляций и неравномерно выраженную шероховатость. Поражения при туберкулезе кишечника не являются непрерывными и обычно формируют локальные поражения или поражения, чередующиеся неизмененными участками. В большинстве случаев язвы приводят к структурам и наблюдаются воспалительные полипы» (Aoki G. et all., 1975).

В некоторых более поздних работах указывается, что язвы при туберкулезе, как правило, поверхностные и обычно не проникают глубже мышечного слоя, что связано с особенностями формирования туберкулезных гранулем (Sharma and Vikram Bhatia, 2004).

В журнале *Endoscopy* была опубликована работа корейских авторов, посвященная проблеме дифференциальной диагностики болезни Крона и туберкулеза кишечника (Lee Y.J. et all. 2006). В исследование были включены 88 пациентов: 44 с болезнью Крона и 44 с туберкулезом, исключены – ВИЧ-инфицированные пациенты, а также пациенты после лечения. Значимыми для постановки диагноза болезни Крона оказались 4 признака, наличие каждого из которых оценивалось как +1 балл:

- 1) продольное направление язв;
- 2) слизистая оболочка типа «бульжной мостовой»;
- 3) афтозные язвы;
- 4) поражения аноректальной зоны.

Для постановки диагноза туберкулеза кишечника значимыми также оказались 4 признака, наличие каждого из которых оценивалось как –1 балл:

- 1) поперечное направление язв;
- 2) наличие псевдополипов;
- 3) вовлечение в процесс илеоцекального клапана;
- 4) поражение менее 4 сегментов кишки.

Суммарная оценка признаков (ПЦПР) позволяет поставить диагноз болезни Крона с точностью 94,9% при результате >0, а результат <0 с точностью 88,9% говорит в пользу туберкулеза кишечника.

Перианальные поражения в виде язв, структур, свищей чаще свидетельствуют в пользу болезни Крона, однако их наличие не исключает туберкулезного поражения кишечника. Мы встретили описание клинического наблюдения изолированного туберкулеза прямой кишки (Kamani L. et all., 2007). Аналогичный случай был представлен на клиническом разборе на Европейском съезде колопроктологов 2010 года.

D. Epstein, (2007) так представляет возможности эндоскопической биопсии при туберкулезе кишечника: гистологическое обнаружение казеозных гранулем встречается до 33% случаев, гистологическое обнаружение кислотоустойчивых бацилл – до 30% случаев, рост *M.tuberculosis* в культуре тканей – <20% случаев, результаты ПЦР биоптатов на микобактерии туберкулеза варьируют от 22 до 75%. Таким образом, отсутствие достоверных морфологических и бактериологических признаков туберкулеза не позволяет исключить этот диагноз.

Точность постановки диагноза возрастает с увеличением количества биоптатов, полученных во время исследования (Cazacu S. et all, 2009), однако мы не встретили указаний, сколько именно биоптатов необходимо для постановки уверенного диагноза.

Клинические наблюдения

Пациент В., 1988 г.р., направлен на колоноскопию из отделения гнойной хирургии ОКБ после вскрытия абсцесса в правой поясничной области. Жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта пациент не предъявлял, однако при свищографии обнаружена связь полости абсцесса с толстой кишкой.

Данные колоноскопии. Осмотр области ануса: кожа вокруг ануса не изменена. Геморроидальные узлы не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: боли при исследовании нет. Тонус сфинктера сохранен. Аналый канал свободно проходит. Новообразований в анальном канале и прямой кишке не выявлено.

Толстая кишка осмотрена до купола слепой кишки. Баугиниева заслонка губовидной формы, слизистая оболочка розовая, деформирована со стороны задней губы за счет язвенного дефекта (рис. 1а, б). Терминальный отдел подвздошной кишки осмотрен на 2–3 см, проксимальнее аппарата провести не удалось. Слизистая оболочка на осмотренном участке розовая, бархатистая. По задней губе баугиниевой заслонки с переходом на слепую кишку расположен неправильной формы неглубокий язвенный дефект с множественными воспалительными псевдополипами,

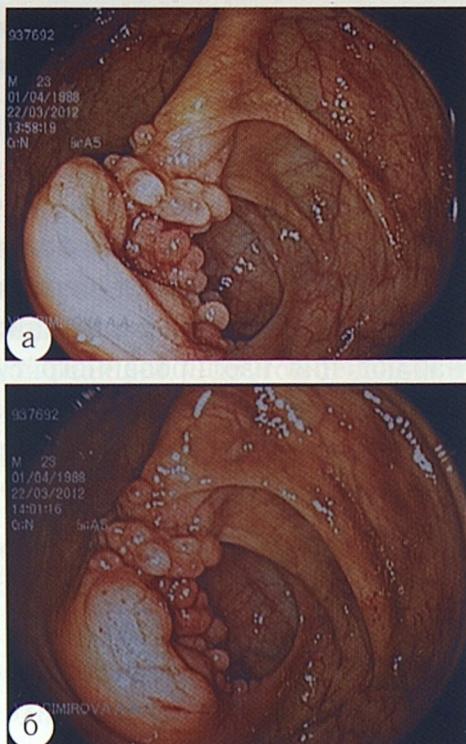


Рис. 1а, б. Пациент В. Деформация баугиниевой заслонки

вытянутый преимущественно в поперечном направлении и занимающий до 1/2 окружности кишки протяженностью до 1/2 гаустры. Дно дефекта покрыто налетом фибрином и небольшим количеством экссудата, подвижность тканей при биопсии сохранена (рис. 2).



Рис. 2. Пациент В. Язва купола слепой кишки: а) общий вид с визуализацией множественных псевдополипов; б) фрагмент дна язвы – фибрин, небольшое количество экссудата

В восходящей кишке на фоне гиперемии, на первой гаустре от баугиниевой заслонки расположен неправильной формы язвенный дефект, распространяющийся преимущественно в поперечном направлении протяженностью до 1/3 гаустры и занимающий до 1/4–1/3 окружности кишки, с немногочисленными псевдополипами, налетом фибрина и экссудата в

дне (рис. 3 а). На этой же гаустре, несколько проксимальнее и медиальнее, отмечается незначительная конвергенция складок на фоне локальной гиперемии, с налетом гноя в центре, складывается впечатление о наличии здесь устья свищевого отверстия (рис. 3 б).

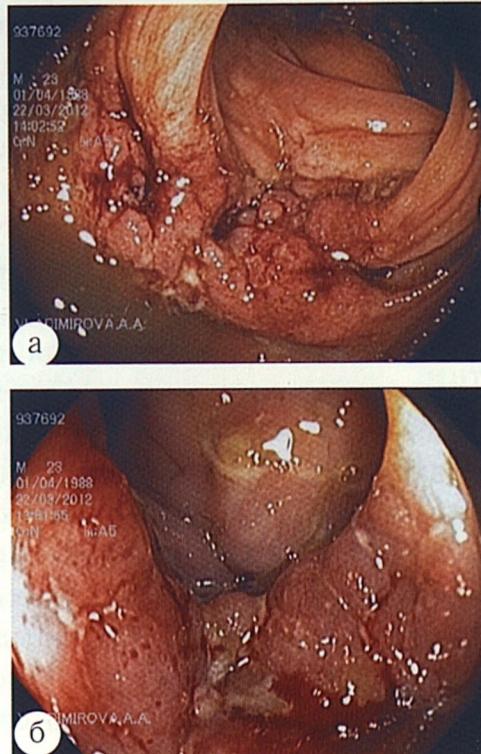


Рис. 3. Пациент В. Язва восходящей кишки: а) общий вид, б) участок, подозрительный на наличие устья свищевого хода

В области селезеночного изгиба расположен локальный очаг неяркой гиперемии, вытянутый в поперечном направлении, размерами до 0,5 x 0,2 см, с поверхностными точечными дефектами в центре, покрытыми фибрином (рис. 4).

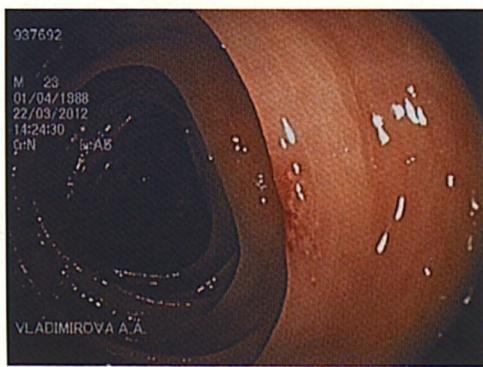


Рис. 4. Пациент В. Эрозия области селезеночного изгиба

В остальных отделах просвет ободочной кишки хорошо расправляется воздухом. Тонус кишечной стенки не снижен, перистальтика прослеживается. Гаустрация правильная. Форма просвета соответствует отделу кишки, слизистая оболочка кишки розовая. Сосудистый рисунок просматривается хорошо.

Заключение. По эндоскопической картине больше данных за туберкулезное поражение слепой и восходящей кишок. Не исключена свищевая форма болезни Крона. Устье кишечного свища, вероятнее всего,

локализовано в восходящей кишке, по медиальной стенке первой гаустры от баугиниевой заслонки.

По эндоскопической картине уверенно высказаться в пользу туберкулеза кишечника или болезни Крона не представлялось возможным, поскольку имелись признаки обоих заболеваний. В пользу туберкулеза – неправильная форма язвенных дефектов, наличие множественных псевдополипов, налет фибрин и эксудата в дне язвы и деструкция илеоцекального клапана; в пользу болезни Крона – наличие свища.

ПЦР биоптата из язвы слепой кишки: *M.tuberculosis complex* не обнаружена.

При гистологическом исследовании биоптатов (подвздошная кишка, язва слепой кишки, язва восходящей кишки и предполагаемое устье свища, эрозия области селезеночного изгиба) признаков специфического поражения в представленном материале нет.

Пациент выписан на медпаузу и дообследование. Для исключения диагноза туберкулеза выполнена рентгенография легких (без патологии) и кожные туберкулиновые тесты (реакции отрицательные).

В плановом порядке пациенту выполнена резекция илеоцекального угла, иссечение свища (рис. 5).

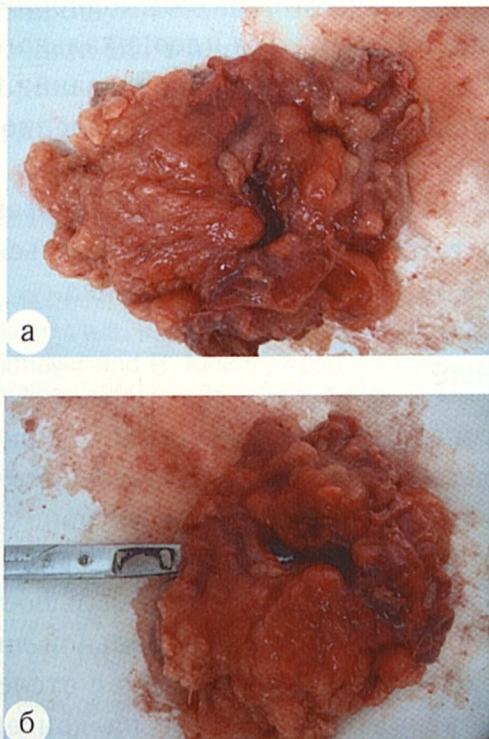


Рис. 5. Пациент В. Резецированный участок со свищом:
а) общий вид, б) инструмент в свищевом отверстии

Патоморфологическое исследование. Илеоцекальный угол: подвздошная кишка длиной 6 см, слепая кишка длиной 6 см, складчатость слизистой прослеживается, в куполе слепой кишки определяется выпячивание стенки около 1,5 см (3–7), в просвете полиповидная ткань 1,5x0,7x0,7 см – воспаление слизистой оболочки с участками атрофии, с наличием воспалительных полипов, воспалительный инфильтрат проникает во

все слои стенки кишки, имеются фокусы некрозов, редкие гранулемы из эпителиоидных и многоядерных гигантских клеток, крипт-абсцессы, определяется щелевидный свищ с продуктивным воспалением в окружающей клетчатке. Дефект стенки толстой кишки около 1 см (8–11) – во всех слоях стенки кишки выраженное гранулематозное воспаление с участками атрофии слизистой оболочки, с наличием воспалительных полипов, с очагами паннетовской метаплазии, с наличием щелевидных язв со свищом. Лимфоузел серый 1 см – реактивная гиперплазия. В остальных участках кишки (слепая и подвздошная, в т.ч. и краях резекции) воспаления нет.

Заключение: полифокальное очаговое гранулематозное воспаление слепой кишки с изъязвлением и свищами. Изменения возможны при болезни Крона.

Таким образом, по критериям ВОЗ имеется сочетание 1, 3 и 4 критериев, что позволяет поставить диагноз: болезнь Крона.

Пациент Ш., 1981 г.р., обратился с жалобами на неустойчивый неоформленный стул до 2–3 раз в сутки, беспокоившими во время последней командировки (около 2 месяцев назад). Примеси крови, слизи, гноя не отмечал. На момент обращения жалоб не предъявлял.

Колоноскопия. Осмотр области ануса: кожа вокруг ануса не изменена. Геморроидальные узлы не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: боли при исследовании нет. Тонус сфинктера сохранен. Анальный канал свободно проходит. Новообразований в анальном канале и прямой кише не выявлено.

Толстая кишка осмотрена до купола слепой кишки. Баугиниева заслонка деформирована за счет неглубокого язвенного дефекта неправильной линейной формы, направленного в поперечном направлении и занимающего до 3/4 окружности кишки, дно – фибрин, грануляции, дефект распространяется на обе губы баугиниевой заслонки, края его как бы «наползают» на дно, видны множественные псевдополипы, дно покрыто налетом фибрин (рис. 6а). При хромоскопии раствором индигокармина рельеф слизистой оболочки по типу гиперплазии краев дефекта (рис. 6б). Терминальный отдел подвздошной кишки осмотрен на 1–2 см из устья баугиниевой заслонки, провести аппарат проксимальнее не удалось. Слизистая оболочка терминального отдела подвздошной кишки на осмотренном участке розовая, бархатистая.

В восходящей кишке, области печеночного изгиба, проксимальной трети поперечно-ободочной кишки, области селезеночного изгиба и нисходящей кишки на фоне визуально не измененной слизистой оболочки расположено до 12–15 неглубоких, вытянутых в

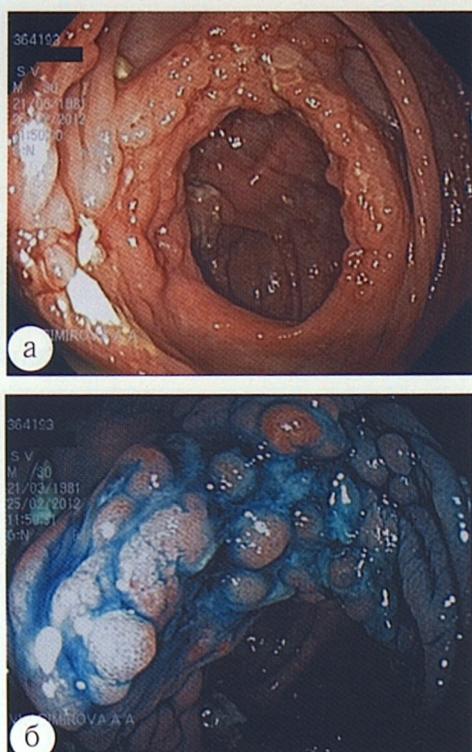


Рис. 6. Пациент Ш. Баугиниева заслонка: а) общий вид илеоцекального клапана, б) хромоскопия раствором индигокармина, видны множественные псевдополипы



Рис. 7. Пациент Ш. Язва области печеночного изгиба ободочной кишки



Рис. 8. Пациент Ш. Язва области селезеночного изгиба ободочной кишки

поперечном направлении дефекта размерами 0,4x0,7 – 0,5x1,5 см. Дно покрыто налетом фибрина и экссудата, края – с псевдополипами, как бы «наползают» на дно.

В остальных отделах просвет ободочной кишки хорошо расправляет воздухом. Тонус кишечной стенки не снижен, перистальтика прослеживается. Гаустрация правильная. Форма просвета соответствует отде-

лу кишки, слизистая оболочка кишки розовая. Сосудистый рисунок просматривается хорошо.

Заключение. Эндоскопическая картина более характерна для туберкулеза толстой кишки с поражением области илеоцекального угла, печеночного изгиба, проксимальной трети поперечно-ободочной кишки и области селезеночного изгиба.

ПЦР биоптата из язвы области баугиниевой заслонки: *M.tuberculosis complex* обнаружена, низкая интенсивность ПЦР-сигнала.

При морфологическом исследовании (из язв области баугиниевой заслонки, печеночного изгиба, поперечно-ободочной кишки и области селезеночного изгиба) язвы толстой кишки с продуктивным воспалением по краю: нельзя исключить специфическую (туберкулезную) этиологию.

Пациенту рекомендовано дообследование, на рентгенографии органов грудной клетки выявлен туберкулез легких, при дальнейшем обследовании – ВИЧ-инфекция.

Таким образом, по эндоскопической картине больше данных было в пользу туберкулеза кишечника – неправильная форма язвенных дефектов, наличие множественных псевдополипов, налет фибрин и экссудата в дне язв и деструкция илеоцекального клапана. Результаты других методов исследования (ПЦР биоптата из язвы, продуктивное воспаление при морфологическом исследовании, туберкулез легких на рентгенографии в сочетании с ВИЧ-инфекцией) позволяют достаточно уверенно высказаться в пользу туберкулезного поражения кишечника.

ОБСУЖДЕНИЕ

В течение многих лет мы тесно сотрудничаем с отделением колопроктологии Иркутской областной клинической больницы, которое активно занимается проблемами воспалительных заболеваний кишечника. В силу этого сотрудничества большое внимание уделяется вопросам дифференциальной диагностики язвенного колита и болезни Крона с отслеживанием отдаленных результатов (ответ на консервативную терапию, особенности течения процесса, оперативное лечение, вскрытия). Однако, как оказалось, проблема дифференциального диагноза болезни Крона не ограничивается язвенным колитом и нельзя расценивать любую язву толстой или терминального отдела подвздошной кишки как проявление болезни Крона. В 2009 году мы впервые столкнулись со случаем туберкулезного поражения толстой кишки. С тех пор, с некоторой периодичностью и иногда пугающей частотой к нам стали попадать такие пациенты, что и заставило нас обратить внимание на проблему. Кроме того,

в процессе лечения болезни Крона возможно присоединение туберкулезной инфекции (или реактивация латентных очагов туберкулеза) за счет индуцированной лечением иммуносупрессии и поэтому при динамическом наблюдении пациентов с болезнью Крона и появлении новых пораженных участков каждый раз возникает два вопроса: новый участок – это распространение основного процесса или присоединение туберкулеза? как подтвердить или опровергнуть наши предположения?

Дифференциальный диагноз болезни Крона и туберкулеза кишечника весьма сложен и неоднозначен. Безусловно, эндоскопическая картина и морфологическое исследование биоптатов, полученных во время колоноскопии, не могут расставить все точки над *i*, что и подтверждают представленные клинические наблюдения. Однако сомнения в диагнозе побуждают нас использовать диагностические возможности других методов и комбинировать их. В регионах с высокой заболеваемостью туберкулезом, к которым относится Иркутская область, это в первую очередь рентгенография легких и кожные туберкулиновые тесты. Правильно собранный анамнез, знание сопутствующей патологии также могут облегчить постановку диагноза. Однако не исключен вариант, что пациент не знает или сознательно умалчивает об имеющемся активном туберкулезе или ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Yang SK Current status and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Korea // Korean J Gastroenterol 2002; 40:1–14
2. Review article: the diagnosis and management of Crohn's disease in populations with high-risk rates for tuberculosis / D. Epstein, G. Watermeyer and R. Kirsch // Alimentary Pharmacology and Therapeutics. – 2007. – 25: 1373–1388.
3. Crohn disease or intestinal fistulising tuberculosis? Diagnosis difficulties in a case treated with Infliximab and corticosteroids / S. Cazacu [et all.] // Romanian Journal of Morphology and Embryology. – 2009, 50(2):263–268.
4. Predictors of Clinical and Endoscopic Findings in Differentiation Crohn's Disease from Intestinal Tuberculosis/ X.Li [et all]// Dig Dis Sci. – 2011 (56): 188–196.
5. Role of Biological Therapy for Inflammatory Bowel Disease in Developing Countries / G. Rogler [et all.] // Gut. – 2012; 61(5):706–712.
6. Increasing Incidences of Inflammatory Bowel Disease and Decreasing Surgery Rates in Copenhagen City and County, 2003–2005: A Population-Based Study from the Danish Crohn Colitis Database / I. Vind [et al]./ The American Journal of Gastroenterology. – 2006. – Vol.101, №6. – P.1274–1282;
7. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Russia / Belousova E.A. on behalf of Russian IBD study group.// In: Inflammatory Bowel Diseases-Diagnostic and Therapeutic Strategies. Falk Symposium 154 in Moscow, Russia, June 9–10, 2006. P.64–81
8. Intestinal Tuberculosis: Diagnostic dilemma /K.Niaz, M.Ashraf // Professional Med.J. – 2010. – 17 (4): 532–537.

9. Predictors of Clinical and Endoscopic Findings in Differentiation Crohn's Disease from Intestinal Tuberculosis/ X.Li [et all]// Dig Dis Sci. – 2011 (56): 188–196.
10. Analysis of Colonoscopic Findings for Differentiation of Intestinal TB and Crohn's Disease. / Y.J.Lee [et all.] // Endoscopy. – 2006. – Vol. 38, №6. – P. 592–597
11. Intestinal Tuberculosis Limited To The Appendix / W. Pagel & E. Weichherz // The British Medical Journal. – 1936, 26 dec: 1305–1306.
12. Capsule Endoscopy Appearances of Small-Bowel Tuberculosis / D. Nageshwar Reddy [et all.] // Endoscopy. – 2003; 35: 99.
13. Rectal tuberculosis: the great mimic / L.Kamani [et all.] // Endoscopy. – 2007; 39: F227–228.; Crohn disease or intestinal fistulising tuberculosis? Diagnosis difficulties in a case treated with Infliximab and corticosteroids / S. Cazacu [et all.] // Romanian Journal of Morphology and Embryology. – 2009, 50(2):263–268
14. The Fibercolonoscopic Diagnosis of Intestinal Tuberculosis. / G.Aoki [et all.] // Endoscopy. – 1975. – №7. – P. 113–121.
15. Abdominal tuberculosis / M.P. Sharma and Vikram Bhatia // Indian J Med Res 120, October 2004, pp 305–315.
16. Role of colonoscopic biopsy in distinguishing between Crohn's disease and intestinal tuberculosis / R.Kirsch [et all.] // J.Clin. Pathol. – 2006. – 59(8):840–844.
17. Ileo-Colonic Tuberculosis: A Diagnostic Challenge / D.Epstein // Falk Fondation, Istambul, 2007

КОНТАКТЫ

Владимирова Александра Алексеевна – врач отдела эндоскопии, к.м.н. 664047 г. Иркутск, ул.Байкальская, 109. Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр. Тел. 8 (3952) 211–235 avlad-dc@rambler.ru

Неустроев Владимир Геннадьевич – зав.отделом эндоскопии, к.м.н. 664047 г. Иркутск, ул. Байкальская, 109. Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр. Тел. 8 (3952) 211–235 neustroev@dc.baikal.ru

Чашкова Елена Юрьевна – старший научный сотрудник НЦРВХ СО РАМН, врач отделения колопроктологии ГУЗ ИОКБ, к.м.н. 664079, г. Иркутск, м/он Юбилейный, 100 eyuch@rambler.ru

Раевская Лидия Юрьевна – зав. лабораторией патоморфологии. 664047 г. Иркутск, ул.Байкальская, 109. Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр. Тел. 8 (3952) 211-238 raevskaya@dc.baikal.ru

Суздалницкий Алексей Евгеньевич – зав. 2-м хирургическим отделением. 664039 г. Иркутск, ул. Терешковой, 59, Иркутский областной противотуберкулезный диспансер. Тел. 8 (3952) 387-237 irksae@mail.ru

125284, г. МОСКВА, БЕГОВАЯ УЛ., Д. 3
СТР.1, БЦ НОРДСТАР ТАУЭР, ОФ. 3118
ТЕЛ.: +7 (495) 287-27-27
ФАКС: +7 (495) 277-13-80
МОБ.: +7 (916) 267-01-67
EMAIL: MEDEXPERT@MAIL.COM

664005 Г. ИРКУТСК,
ул. ПУШКИНА, дом 8
ТЕЛ.: +7 (3952) 63-94-49, 39-50-55
HTTP: //WWW.NMCOM.RU

ЯПОНСКАЯ МЕДИЦИНА

日本の医療

Продукция "GI Supply" является шагом вперед в гастроэнтерологии, благодаря чему Ваша практика станет более эффективной, действенной и безопасной.

GI Supply



SPOT

Endoscopic Marker

- Уникален
- Стерилен
- Безопасен

- Биологически совместим
- Удобен в применении

Что такое Spot®

SPOT является специальным биологически совместимым препаратом, предназначенный для эндоскопической маркировки участков повреждения в желудочно-кишечном тракте. SPOT является раствором, содержащим высокоочищенные и очень мелкие частицы углерода, которые остаются на месте инъекции в подслизистую, оставляя постоянную отметку. В каждом шприце содержится 5 кубических сантиметров стерильной апирогенной и стерилизованной паром супензии для маркировки.

Почему Spot® лучше для пациентов

Spot® – это единственный продукт для маркировки участков повреждения желудочно-кишечного тракта, утвержденный Федеральным управлением США по контролю качества продуктов питания, напитков и лекарственных препаратов.

Spot® безопасен.

Препараты на основе китайской туши содержат шеллак, фенол и аммиак, которых лучше избегать даже в разбавленном растворе. Препарат Spot является биологически совместимой, нетоксичной лекарственной формой.

Spot® стерилен.

Spot является изделием одноразового использования, таким образом его стерильность легко обеспечить. Каждый шприц стерилизован паром перед упаковкой и отправкой.

Почему Spot® лучше для использования

Каждый шприц уже заполнен.

Подготовка упрощена благодаря конструкции изделия, обеспечивающей его готовность к применению. Каждый шприц наполнен 5 кубическими сантиметрами маркировочной жидкости. Перед использованием шприц необходимо сильно потрясти.

Удобность в применении.

Срок годности Spot® составляет два года.

Устойчивость.

Проепараторы, такие как метиленовый голубой краситель, недолговечны. В качестве маркеров иногда используются металлические скобки, но они часто отпадают. При введении в подслизистую ткань Spot устойчив. При последующей эндоскопии или хирургии маркировка Spot будет на том же месте.

Результаты клинических исследований

В результате клинического исследования было установлено, что с препаратом Spot "у вас нет необходимости выполнять трудоемкую процедуру перед вприскиванием. Spot можно использовать, чтобы маркировать толстую кишку постоянно, при этом Spot совершенно безопасен.

Состав SPOT:

- Вода для инъекции
- Глицерол, Полисорбат 80
- Бензиловый спирт
- Симетикон
- Высокоочищенный уголь

