

	(25-75 перцентиль)		
	До самоизоляции	После самоизоляции	
Уровень тревоги	6,00 (3,25-8,75)	6,00 (4,00-8,50)	0,45
Уровень депрессии	6,50 (4,00-8,00)	6,00 (4,00-9,50)	0,16

**Выводы:**

1. У пациенток в поздней постменопаузе качество жизни изменился. Снижился показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием. Это соответствует требованиям к соблюдению режима самоизоляции.

2. Не выявлено изменений в уровне тревожности и депрессии в условиях ограничения социальных контактов не отмечались.

3. При оценке интенсивности болей женщины в поздней постменопаузе отмечали ее снижение. Снижение физических нагрузок, которые не всегда оцениваются согласно возрасту и здоровью, могло благоприятно повлиять на снижение болевого синдрома.

**Список литературы:**

1. УГ-141, от 25 марта 2020 г. О внесении изменений в Указ Губернатора Свердловской области от 18.03.2020 № 100-УГ «О введении на территории Свердловской области режима повышенной готовности и принятии дополнительных мер по защите населения от новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)»

2. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl AcadSci U S A. 2013 Apr 9;110(15):5797-801.

3. Yanez, N.D., Weiss, N.S., Romand, JA. et al. COVID-19 mortality risk for older men and women. BMC Public Health 20, 1742 (2020).

УДК 616.348002

**Труфаненко Р. А., Шиморина Ю. И., Диденко М. А., Вишнева Е. М.  
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПУТЬ ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ  
КОЛИТОМ**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и  
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Trufanenko R. A., Shimorina U. I., Didenko M. A., Vishneva E.M.  
DIAGNOSTIC PATHWAY OF A PATIENT WITH ULCERATIVE  
COLLITIS**

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology

Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

Email: [rtrufanenko@gmail.com](mailto:rtrufanenko@gmail.com)

**Аннотация.** Постоянный рост заболеваемости язвенным колитом, несвоевременная диагностика из-за неспецифичности начальных симптомов, возможности симулирования другого аутоиммунного заболевания обуславливают необходимость определения оптимальной диагностической стратегии для язвенного колита.

В статье обсуждаются методы диагностики язвенного колита, определяется последовательность проведения диагностических процедур на основании литературных данных, проводится анализ клинического случая.

**Annotation.** The constant increase in the incidence of ulcerative colitis, delayed diagnosis due to the nonspecificity of the initial symptoms, the possibility of simulating another autoimmune disease necessitate the determination of the optimal diagnostic strategy for ulcerative colitis.

The article discusses methods for the diagnosis of ulcerative colitis, determines the sequence of diagnostic procedures based on literature data, and compares it with a real clinical case.

**Ключевые слова:** язвенный колит, воспалительные заболевания кишечника

**Key words:** ulcerative colitis, inflammatory bowel disease

### **Введение**

Язвенный колит является хроническим заболеванием толстой кишки, характеризуется иммунным воспалением ее слизистой оболочки и может повлечь за собой инвалидизацию, а также сопутствующие ей социальные проблемы и психологические расстройства [2].

Уровень заболеваемости язвенным колитом может в среднем колебаться от 0,5 до 31,5 на 100 000 человек ежегодно в зависимости от исследуемой популяции, однако на развитые страны приходится основная часть заболеваемости, так в Северной Америке она составляет от 37,5 до 238 на 100 000 человек [3]. К сожалению, не всегда удается вовремя поставить диагноз и приступить к лечению, поэтому учитывая эпидемиологическую, социальную и экономическую составляющие, особенно остро стоит задача правильной и своевременной диагностики язвенного колита.

**Цель исследования** – описание оптимальной диагностической стратегии язвенного колита на основании литературных данных, провести сравнение с реальным клиническим случаем.

### **Материалы и методы исследования**

Был обследован и опрошен пациент Н. 52 лет в марте 2021 года, изучены и проанализированы данные обследований с момента первого обращения за

медицинской помощью по поводу язвенного колита (предоставлена карта амбулаторного больного, выписные эпикризы из стационара). При написании работы использовался поиск литературных данных в базе PubMed за 2009-2021 годы.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

По состоянию на март 2021 года диагностические критерии язвенного колита не разработаны, поэтому при постановке диагноза необходима комплексная оценка анамнеза, клинической картины, данных лабораторных и инструментальных исследований.

Согласно литературным данным кишечные кровотечения в начале болезни наблюдаются у 80% пациентов, диарея у 52%, абдоминальная боль у 47%, поэтому данные симптомы должны заставить врача рассматривать язвенный колит как один из вероятных диагнозов [1].

Внекишечные проявления могут быть как связанными с активностью воспалительного процесса в кишечнике (афтозный стоматит, узловая эритема, артриты, поражения глаз), так и не связанными с ней (саркоидоз, псориаз, ревматоидный артрит, склерозирующий холангит). При этом непрофильным специалистам следует уделять особое внимание возможным внекишечным проявлениям, чтобы вовремя перенаправить пациента к гастроэнтерологу [1].

Проведение подробного опроса очень важно в диагностике, поскольку позволяет выявить факторы риска, предрасполагающие к развитию язвенного колита. Необходимо спрашивать о наличии воспалительных заболеваний кишечника у родственников, о принимаемых лекарствах (особенно, нестероидных противовоспалительных средствах), курении, поездках [4].

Физикальное обследование часто не позволяет выявить специфических признаков заболевания, особенно на ранних стадиях, однако истощение, периферические отеки, болезненность при пальпации живота, лихорадка могут косвенно указывать на язвенный колит.

Жалобы пациента Н., полученные в ходе изучения медицинской документации и опроса прямо соотносятся с имеющимися литературными данными. Пациент обратился к участковому терапевту 24.07.2019 с жалобами на жидкий стул с кровью до 8 раз в сутки, отмечает прогрессирование симптоматики в течение 3 месяцев, 31.07.2019 был госпитализирован в гастроэнтерологический стационар, где жаловался на боли в нижнем отделе живота, усиливающиеся перед дефекацией, жидкий стул с примесью крови до 8-10 раз в сутки, субфебрильную лихорадку и снижение массы тела на 12 кг за 3 месяца. По состоянию на март 2021 года предъявляет жалобы на неоформленный стул от 2х раз в день иногда с примесью слизи и алой крови, периодически наблюдаются тенезмы. При дополнительном опросе выяснено, что пациент Н. отмечает снижение остроты зрения, страдает остеоартритом коленных суставов, курит, диету не соблюдает, воспалительные заболевания кишечника у родственников отрицает. Физикальное исследование не выявило специфической симптоматики.

Если данные, выясненные при сборе жалоб, анамнеза и физикальном исследовании позволяют заподозрить язвенный колит, то необходимо направлять пациента на лабораторную и инструментальную диагностику.

Согласно медицинской документации лабораторные исследования были проведены пациенту Н. только в гастроэнтерологическом стационаре. По результатам общего анализа крови выявлен лейкоцитоз и повышение СОЭ, биохимический анализ крови выявил повышение С-реактивного белка, что подтверждает наличие воспаления. Анализ кала на фекальные кальпротектин и лактоферрин проведен не был, поэтому судить о специфичности воспаления невозможно.

В стационаре также были выполнены копрограмма, микробиологическое исследование кала, определение токсинов *Clostridium difficile*, результаты которых позволяют исключить инфекционный колит

В целом, проведенный пациенту Н. набор лабораторных исследований можно охарактеризовать как удовлетворительный, однако более специфично определять наличие и активность хронического воспаления в кишечнике предлагается при помощи анализа кала на фекальные кальпротектин и лактоферрин.

В целях дифференциальной диагностики, для исключения инфекционного колита, проводят исследование кала на токсины *Clostridium difficile*.

Обязательно также проведение биохимического анализа крови, по результатам которого можно выявить снижение альбумина и нарушение электролитного состава из-за диареи и дегидратации, заподозрить наличие сопутствующей патологии.

На основании одних лабораторных методов исследования невозможно окончательно установить диагноз язвенный колит, однако они помогают в дифференциальной диагностике, важны при оценке активности процесса.

Золотым стандартом в диагностике язвенного колита является эндоскопическое исследование со взятием биопсии для гистологического исследования, которое должно проводиться всем пациентам с подозрением на язвенный колит [2, 4, 6]. Более точно охарактеризовать изменения, избежать оценочных заключений позволяет внедрение в клиническую практику эндоскопических индексов. Было разработано большое число показателей, в частности за последнее десятилетие были внедрены индекс эндоскопической активности (ЕАИ), эндоскопический индекс тяжести язвенного колита (UCEIS) и индекс тяжести язвенного колита при колоноскопии (UCCIS), которые клиницист должен уметь интерпретировать и использовать для подбора адекватной тактики ведения пациента [6].

Немалую роль в повышении диагностической точности играет тщательное информирование пациента о необходимости правильной подготовки к колоноскопии. За 3 дня до исследования необходимо придерживаться диеты с низким содержанием клетчатки, а накануне исследования после 13 часов следует полностью прекратить прием пищи. Также накануне исследования необходимо

провести лаваж кишечника изотоническим раствором на основе полиэтиленгликоля.

Биопсия слизистой оболочки толстой кишки должна проводиться при каждом эндоскопическом исследовании, особенно важно проводить ее пациентам при первичной постановке диагноза [2,4], поскольку гистологическое исследование является одним из ключевых и наиболее информативных в диагностике язвенного колита, именно оно позволяет окончательно поставить диагноз. Необходимо помнить, что для правильной интерпретации гистологической картины необходимо исследовать хорошо ориентированные биопсии из 4-5 участков слизистой [2,4].

Результаты фиброколоноскопии и морфологического исследования биоптатов пациента Н. подтвердили язвенный колит. Согласно протоколам исследования во время фиброколоноскопии было взято 4 образца слизистой оболочки толстой кишки, что соответствует российским клиническим рекомендациям. Однако стоит отметить, что врач-эндоскопист и врач-патологоанатом дали описательную оценку изменений без использования стандартизированных морфологических шкал, что может повлечь за собой неточности трактовки результатов исследования.

Все методы лучевой и функциональной диагностики могут дать дополнительную информацию для эндоскопической оценки заболевания, но они не верифицированы для окончательной диагностики язвенного колита ни в одних клинических рекомендациях. Эти методы полезны в случаях высокой активности заболевания или при наличии стриктур, а также в случае отказа пациента от колоноскопии. Стоит отметить, что методы визуализации незаменимы при диагностике осложнений язвенного колита.

При невозможности проведения полноценной илеоколоноскопии необходимо проводить магнитнорезонансную томографию. Компьютерные энтерография и колонография выполняются при невозможности провести как эндоскопическое исследование, так и МР-исследование. Ирригоскопия в настоящее время должна являться «методом отчаяния», к которому может прибегнуть клиницист при невозможности проведения остальных методов диагностики [2,5].

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости является перспективным методом и рекомендуется всем пациентам с подозрением на язвенный колит при первичной постановке диагноза, при сомнениях в правильности ранее выставленного диагноза, а также для исключения патологии других органов брюшной полости [2,4].

При проведении УЗИ органов брюшной полости пациенту Н. были обнаружены эхо-признаки колита, а также гепатоспленомегалия. Обзорная рентгенография жидкости и газа не выявила, а другие методы лучевой диагностики не применялись.

В стационаре (2019 год) пациенту Н. было проведено лечение глюкокортикостероидами, в качестве поддерживающей терапии назначены

месалазин и азатиоприн, что соответствует клиническим рекомендациям. Динамика состояния пациента положительная: снизилось число дефекаций за сутки, улучшились показатели лабораторных и инструментальных исследований, субъективная оценка пациентом своего состояния.

**Выводы:**

1. Ввиду неспецифичной и перекрещивающейся симптоматики врачам всех специальностей необходимо быть настороженными по отношению к язвенному колиту.

2. Всем пациентам с язвенным колитом для постановки диагноза и определения активности процесса должна быть выполнена илеоколоноскопия со взятием биопсийного материала из 4-5 участков.

3. Методы лучевой и функциональной диагностики следует использовать при невозможности проведения колоноскопии или в целях диагностики осложнений.

4. Пациенту Н. было выполнено большинство из необходимых исследований, диагноз был установлен через месяц после первичного обращения и через 4 месяца после возникновения первых симптомов.

**Список литературы:**

1. Абдулхаков С. Р. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению / С. Р. Абдулхаков, Р. А. Абдулхаков // Вестник современной клинической медицины. – 2009. – Т. 2. – №. 1.

2. Ивашкин В. Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом / В. Т. Ивашкин, Ю. А. Шельгин, Д. И. Абдулганиева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015. – Т. 25. – №. 1. – С. 48-65.

3. Da Silva B. C. Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis / B. C. Da Silva, A. C. Lyra, R. Rocha // World Journal of Gastroenterology: WJG. – 2014. – Т. 20. – №. 28. – С. 9458.

4. Matsuoka K. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease / K. Matsuoka, T. Kobayashi, F. Ueno // Journal of gastroenterology. – 2018. – Т. 53. – №. 3. – С. 305-353.

5. Panes J. Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: joint ECCO and ESGAR evidence-based consensus guidelines / J. Panes, Y. Bouhnik, W. Reinisch // Journal of Crohn's and Colitis. – 2013. – №. 7. – С. 556-585.

6. Vashist N. M. Endoscopic scoring indices for evaluation of disease activity in ulcerative colitis / N. M. Vashist, M. Samaan, M. H. Mosli // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2018. – №. 1.

УДК 616.13.002.2

**Удачина А.А., Федченко Е.С., Салихова П.Т., Вишнева Е. М.  
БОЛЕЗНЬ ОТСУТСТВИЯ ПУЛЬСА**