



# Причины ошибок в диагностике хронических воспалительных заболеваний кишечника в общей врачебной практике

О.А. Сваткова\*, А.А. Шептулин

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

**Цель исследования:** провести анализ причин несвоевременной постановки диагноза хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК) в общей врачебной практике.

**Материал и методы.** Методом сплошной выборки были обработаны 80 историй болезни пациентов с ХВЗК (44 больных язвенным колитом (ЯК) и 36 пациентов с болезнью Крона (БК)). Оценивали время появления первых жалоб и их характер; первоначальный диагноз; время, прошедшее с момента первого обращения к врачу общей практики до постановки диагноза; причины несвоевременной постановки диагноза.

**Результаты.** При первом обращении к врачу и последующем обследовании правильный диагноз ХВЗК установили лишь 63,6 % больных ЯК и 38,9 % пациентов с болезнью Крона. Боли в животе в дебюте ХВЗК отмечались у 40,9 % больных ЯК и у 75,0 % пациентов с БК ( $p < 0,01$ ). Диарея как симптом манифестации ХВЗК у больных ЯК встречалась значительно чаще, чем при болезни Крона (соответственно в 88,6 и 55,5 % случаев;  $p < 0,01$ ). Гематохезия наблюдалась у 68,2 % больных ЯК и 22,2 % с БК ( $p < 0,01$ ). В группе пациентов с БК, обратившихся за медицинской помощью в связи с первыми симптомами заболевания, правильный диагноз после дообследования был поставлен реже, чем в группе больных ЯК (у 38,9 % больных,  $p < 0,01$ ). Колоноскопия при первом обращении к врачу была проведена лишь 30 больным ЯК (68,2 %) и 18 пациентам с БК (50,0 %). Основной причиной несвоевременной диагностики ХВЗК является задержка с проведением илеоколоноскопии.

**Выводы.** Илеоколоноскопия должна в обязательном порядке проводиться всем больным с клинической картиной, подозрительной на наличие ХВЗК.

**Ключевые слова:** язвенный колит, болезнь Крона, диагностика

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

**Для цитирования:** Сваткова О.А., Шептулин А.А. Причины ошибок в диагностике хронических воспалительных заболеваний кишечника в общей врачебной практике. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(5):26–29. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-5-26-29>

## Sources of Bias in Common Diagnosis of Chronic Inflammatory Bowel Diseases

Olga A. Svatkova\*, Arkadiy A. Sheptulin

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

**Aim.** Causal analysis of a late diagnosis of chronic inflammatory bowel diseases (CIBD) in general medical practice.

**Materials and methods.** We continuously sampled 80 CIBD histories (44 of ulcerative colitis, UC, and 36 of Crohn's disease, CD) to estimate the time and nature of first complaints, primary diagnosis, time lapse between the first physician visit and diagnosis and reasons for a late diagnosis.

**Results.** Only 63.6 % of patients with UC and 38.9 % with Crohn's disease were correctly diagnosed during the first visit and subsequent examination. Abdominal pain in debut of CIBD was registered in 40.9 % of the UC and 75.0 % of CD patients ( $p < 0.01$ ). Diarrhoea as a CIBD manifestation was significantly more common in the UC than in CD patients (88.6 and 55.5 % of cases, respectively;  $p < 0.01$ ). Hematochesia was observed in 68.2 % of the UC and 22.2 % of CD cases ( $p < 0.01$ ). Among the CD patients with primary symptoms, a correct follow-up diagnosis was less frequent compared to the UC patients (38.9 % of cases,  $p < 0.01$ ). Only 30 patients with UC (68.2 %) and 18 patients with CD (50.0 %) had colonoscopy at a first outpatient visit. The main cause of late diagnoses in CIBD is a delayed ileocolonoscopy.

**Conclusions.** Ileocolonoscopy should be mandatory in all patients suspected for CIBD with clinical symptoms.

**Keywords:** ulcerative colitis, Crohn's disease, diagnostics

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

**For citation:** Svatkova O.A., Sheptulin A.A. Sources of Bias in Common Diagnosis of Chronic Inflammatory Bowel Diseases. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020;30(5):26–29. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-5-26-29>

## Введение

Проблема хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК), основными формами которых являются язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), относится в современной гастроэнтерологии к числу наиболее актуальных, что связано с недостаточной изученностью их этиологии и патогенеза, возможностью развития серьезных осложнений, трудностями лечения.

Важное место в ряду нерешенных вопросов ХВЗК занимают нередкие ошибки, которые допускаются в их диагностике [1]. Поэтому неудивительно, что у большого числа пациентов с момента возникновения первых симптомов ЯК или БК до постановки правильного диагноза проходит от нескольких месяцев до 5 лет, причем в большинстве случаев диагноз устанавливается не врачами общей практики, а узкими специалистами — гастроэнтерологами и колопроктологами [2]. Все это обуславливает необходимость анализа причин несвоевременного распознавания данных заболеваний.

## Материал и методы

Методом сплошной выборки были обработаны 80 историй болезни пациентов с ХВЗК, находившихся на лечении в клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) МЗ РФ в последние годы. В этой группе оказалось 44 больных (15 мужчин и 29 женщин) с ЯК (их средний возраст составил соответственно  $34,1 \pm 9,3$  и  $41,5 \pm 14,6$  года) и 36 пациентов (14 мужчин и 22 женщины) с БК (средний возраст —  $34,2 \pm 7,6$  и  $37,7 \pm 12,2$  года). Анализировались такие данные, как пол и возраст больных, возраст пациентов к моменту появления первых жалоб и их характер, первоначальный диагноз, время, прошедшее с момента первого обращения к врачу общей практики до постановки диагноза, причины несвоевременной постановки диагноза. Достоверность различий, выявленных в сравнивавшихся группах, оценивалась с помощью *t*-критерия Стьюдента.

## Результаты

И в группе больных ЯК, и среди пациентов с БК отмечено преобладание женщин. Соотношение женщин и мужчин определялось соответственно как 1,9:1 и 1,6:1. Различия оказались недостоверными ( $p > 0,4$ ).

Возраст больных к моменту появления первых жалоб, характерных для ХВЗК, составил в группе больных ЯК  $25,1 \pm 8,3$  года у мужчин и  $35,7 \pm 13,0$  года у женщин (различия недостоверные,  $p > 0,5$ ), в группе пациентов с БК — соответственно  $26,3 \pm 5,6$  и  $30,1 \pm 11,8$  года (различия недостоверные,  $p > 0,7$ ). При этом в группе больных ЯК первые жалобы возникли в возрасте до 30 лет у 66,3 % мужчин и 41,4 % женщин (различия достоверные,  $p < 0,05$ ). В группе пациентов с БК первые жалобы в указанном возрасте появились у 64,3 % мужчин и 63,6 % женщин (различия недостоверные,  $p > 0,9$ ).

Боли в животе в дебюте ХВЗК отмечались у 18 из 44 (40,9 %) больных ЯК и у 27 из 36 (75,0 %) пациентов с БК (различия достоверные,  $p < 0,01$ ). У больных ЯК боли чаще локализовались в левой подвздошной области и гипогастрии (36,4 %), у пациентов с БК — в правой подвздошной области (55,2 %).

Напротив, диарея как первый симптом манифестации ХВЗК у больных ЯК встречалась значительно чаще, чем при болезни Крона (соответственно в 88,6 и 55,5 % случаев; различия достоверные,  $p < 0,01$ ). При этом у 55,5 % больных ЯК частота стула была в пределах 3 раз в сутки, у 31,8 % — 4–10 раз в сутки, у 1 больного (2,3 %) — свыше 10 раз в сутки. У пациентов с БК данные показатели составили соответственно 38,9 %, 13,9 % и 2,6 %. Гематохезия наблюдалась у 30 из 44 больных ЯК (68,2 %) и у 8 из 36 пациентов (22,2 %) с БК (различия достоверные,  $p < 0,01$ ).

Колоноскопия при первом обращении к врачу была проведена лишь 30 больным ЯК (68,2 %) и 18 пациентам с БК (50,0 %). В большинстве случаев (соответственно у 28 и 14 больных) она позволила заподозрить, а потом и подтвердить после гистологического исследования биоптатов наличие ХВЗК.

Среди больных, обратившихся к врачам общей практики в дебюте ЯК, правильный диагноз после дообследования был поставлен 28 пациентам (63,6 %). В остальных случаях первоначальными диагнозами были синдром раздраженного кишечника (13,6 %), хронический панкреатит (9,1 %), геморрой (6,8 %), пищевая токсикоинфекция (2,3 %), «дисбактериоз кишечника» (2,3 %), «постинфекционный колит» (2,3 %).

В группе пациентов с БК, обратившихся за медицинской помощью в связи с первыми симптомами заболевания, правильный диагноз после дообследования был поставлен реже, чем в группе больных ЯК (у 38,9 % больных), причем эти различия оказались статистически достоверными ( $p < 0,01$ ). Следует отметить, что 6 больных с БК (16,7 %) были госпитализированы с диагнозом

«острый аппендицит». Другими первоначальными диагнозами были синдром раздраженного кишечника (16,7 %), хронический панкреатит (11,1 %), пищевая токсикоинфекция (5,5 %), гастродуоденит (5,5 %), апоплексия яичника (2,8 %), «дисбактериоз кишечника» (2,8 %).

В сроки до 3 месяцев с момента первого обращения к врачу правильный диагноз был поставлен 2,3 % больных ЯК и 5,5 % пациентов с БК, в сроки 3–6 месяцев — соответственно 9,1 и 2,8 % больных, в сроки от 6 до 12 месяцев — 6,8 и 13,9 % пациентов. Спустя 1 год и позже правильный диагноз был установлен у 18,2 % больных ЯК и 38,9 % пациентов с БК (различия достоверные:  $p < 0,05$ ).

При анализе причин несвоевременной постановки диагноза ХВЗК (36 больных ЯК и БК) ими оказались: задержка с проведением колоноскопии (47,2 %), течение хронического воспалительного заболевания кишечника под маской других заболеваний, таких как СРК, хронический панкреатит и др. (27,8 %), невнимание врача к наличию у больных «симптомов тревоги» (alarm symptoms): гематохезии, лихорадки, похудания и др. (19,4 %); преобладание в клинической картине внекишечных проявлений ХВЗК: артрита (2,8 %) и первичного склерозирующего холангита (2,8 %).

## Обсуждение

Проведенный анализ историй болезни пациентов с ХВЗК позволил выявить некоторые данные, не вполне соответствующие существующим представлениям о распространенности ХВЗК среди мужчин и женщин. Принято считать, что БК несколько чаще встречается у женщин, тогда как ЯК является формой ХВЗК, более характерной для мужчин [3]. Собственные наблюдения показали, что как среди больных ЯК, так и пациентов с БК отмечалось преобладание женщин. Возможно, это не отражает истинную распространенность ЯК и БК среди мужчин и женщин, а объясняется просто многократно подтвержденной более частой обращаемостью женщин за медицинской помощью по сравнению с мужчинами.

Собственные данные подтвердили известные представления о том, что БК и ЯК наиболее часто возникают в возрасте от 20 до 30 лет, но при этом показали, что у мужчин в этой возрастной период жизни ЯК развивается достоверно чаще, чем у женщин.

Анализ клинических симптомов, которыми манифестировали ХВЗК, подтвердил, что боли в животе являются ведущим клиническим симптомом ХВЗК [4, 5]. При этом боли в животе в дебюте БК встречались значительно чаще, чем в начальный период ЯК, тогда как диарея и гематохезия, напротив, были более свойственными больным ЯК, что соответствовало данным других авторов [3, 8].

Проведенный анализ историй болезни свидетельствовал о том, что правильный диагноз ЯК

при первом обращении таких больных к врачу ставился менее чем в 2/3 случаев. Еще более сложная ситуация складывалась в группе пациентов с БК, где это заболевание диагностировалось при первом обращении к врачу чуть более чем у 1/3 больных.

Основной причиной ошибок при постановке диагноза ХВЗК при первом обращении пациентов к врачу оказалась задержка с выполнением илеоколоноскопии, хотя клиническая картина заболевания у таких больных определяла абсолютные показания к назначению данного исследования. В тех случаях, когда илеоколоноскопия проводилась своевременно, трудностей в выявлении ЯК и БК в большинстве случаев не возникало. Неслучайно поэтому во многих работах, в том числе национальных и международных рекомендациях по ведению больных с ЯК и БК, подчеркивается безотлагательность проведения колоноскопии с осмотром подвздошной кишки всем больным, у которых клиническая картина заболевания дает основание подозревать наличие ХВЗК [4, 6–10]. Как показали собственные данные, несвоевременному проведению колоноскопии могло способствовать и невнимание врачей к наличию у больных «симптомов тревоги» (лихорадка, гематохезия, потеря массы тела и др.).

Отказ от проведения илеоколоноскопии приводит к тому, что больным с ХВЗК, протекающим с СРК-подобными симптомами, устанавливают диагноз СРК и дальнейшая тактика ведения определяется диагнозом. Такому сценарию способствуют и Римские критерии функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта IV пересмотра, ограничивающие показания к проведению илеоколоноскопии при наличии у больных СРК-подобных симптомов [11]. В настоящее время подтвердить необходимость выполнения илеоколоноскопии может определение уровня кальпротектина в кале [12].

## Выводы

1. Клинические симптомы хронических воспалительных заболеваний кишечника манифестируют обычно в возрасте до 30 лет, причем у мужчин с язвенным колитом в этот возрастной период заболевание возникает достоверно чаще, чем у женщин.

2. В клинической картине болезни Крона на первый план выходят боли в животе, тогда как язвенному колиту более свойственны такие симптомы, как диарея и гематохезия.

3. Основной причиной несвоевременного выявления хронических воспалительных заболеваний кишечника служит задержка с проведением илеоколоноскопии, которая в связи с этим должна выполняться в обязательном порядке при наличии клинической картины, подозрительной на язвенный колит или болезнь Крона.

## Литература / References

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008. [Gastroenterology. National guide. Ed. V.T. Ivashkin, T.L. Lapina. Moscow: GEOTAR-Media Publishing Group; 2008 (In Russ.).]
2. Adler G. Morbus Crohn — Colitis ulcerosa. Berlin: Springer Verlag. Heidelberg — New York; 1997.
3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Склянская О.А. Синдром диареи. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. [Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Sklaynskaya O.A. Diarrhea syndrome. Moscow: GEOTAR-MED, 2002 (In Russ.).]
4. Stange E.F., Travis S.P., Vermeire S., Beglinger C., Kupcinkas L., Geboes K., et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. Gut. 2006;55(Suppl 1):i1–15. DOI: 10.1136/gut.2005.081950a
5. Bielefeldt K., Davis B., Binion D.G. Pain and inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2009;15(5):778–88. DOI: 10.1002/ibd.20848
6. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.А., Ачкасов С.И. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом. Рос журн гастроэнт гепатол колопрокт. 2015;25(1):48–65. [Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Abdulganiyeva D.I., Abdulkhakov R.A., Alekseyeva O.P., Achkasov S.I., et al. Guidelines of the Russian gastroenterological association and Russian Association of Coloproctology on diagnostics and treatment of ulcerative colitis in adults. Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol. 2015;25(1):48–65 (In Russ.).]
7. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Белоусова Е.А., Шифрин О.С., Абдулганиева Д.И. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. Колопроктология. 2017;2(60):7–29. [Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Khalif I.L., Belousova E.A., Shifrin O.S., Abdulganiyeva D.I., et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of Crohn's disease. Coloproctology. 2017;2(60):7–29 (In Russ.).]
8. Shergill A.K., Lightdale J.R., Bruining D.H., Acosta R.D., Chandrasekhara V., Chathadi K.V., et al. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. Gastrointest Endosc. 2015;81:1101–11.e1–e13. DOI: 10.1016/j.gie.2014.10.030
9. Spiceland C.M., Lodhia N. Endoscopy in inflammatory bowel disease: role in diagnosis, management, and treatment. World J Gastroenterol. 2018;24(35):4014–20. DOI: 10.3748/wjg.v24.i35.4014
10. Lamb C.A., Kennedy N.A., Raine T., Hendy P.A., Smith P.J., Limdi J. K., et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut. 2019;68(Suppl 3):s1–106. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-318484
11. Mearin F., Lacy B.E., Chang L., Chey W.D., Lembo A., Simren M., Spiller R. Bowel disorders. Gastroenterology 2016. PII: S0016-5085(16)00222-5. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031
12. Ikhtaire S., Shajib M.S., Reimisch W., Khan W. Fecal calprotectin: its scope and utility in the management of inflammatory bowel disease. J Gastroenterol. 2016;51(5):434–46. DOI: 10.1007/s00535-016-1182-4

## Сведения об авторах

**Сваткова Ольга Алексеевна\*** — клинический ординатор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: olgasvatkova@yandex.ru; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, корп. 1.

**Шептулин Аркадий Александрович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им.И.М.Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: arkalshep@gmail.com; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, корп.1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>

## Information about the authors

**Olga A. Svatkova\*** — Clinical Resident, Department of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Contact information: olgasvatkova@yandex.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.

**Arkadiy A. Sheptulin** — Dr. Sci. (Med.), Prof., Department of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Contact information: arkalshep@gmail.com; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>

Поступила: 11.05.2020 Принята: 09.07.2020 Опубликовано: 30.10.2020  
Submitted: 11.05.2020 Accepted: 09.07.2020 Published: 30.10.2020

\* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author