



Клинический случай

От симптома к диагнозу: трудности диагностического поиска при внекишечных проявлениях язвенного колита

О.Д. Поплевина, М.С. Шафаева, С.Н. Лагутина, О.С. Скуратова✉

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия
✉prokopova15@mail.ru

Аннотация

Внекишечные проявления язвенного колита наблюдаются примерно у половины пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Наиболее часто встречаются аутоиммунные внекишечные проявления, связанные с активностью воспалительного процесса, такие как узловатая эритема, артрит, афтозный стоматит, увеит, ирит и др. Они могут как выступать в роли дополнительных симптомов в ходе течения заболевания, так и быть единственными клиническими проявлениями дебюта болезни. С этим связана сложность верной интерпретации данной симптоматики и корректной постановки клинического диагноза. Существует обширный ряд заболеваний, проявляющихся аналогичными симптомами: аутоиммунные системные заболевания, аллергические реакции, инфекционные болезни, заболевания опухолевой природы и многие другие. Для своевременного диагностирования и назначения адекватной терапии требуются осторожность в отношении ВЗК, тщательное проведение дифференциальной диагностики и слаженная работа мультидисциплинарной команды специалистов. Необходимо помнить, что сокращение времени от первичного приема пациента до постановки верного диагноза в разы улучшит клинический и трудовой прогноз как для отдельного пациента, так и для значительной части населения, страдающей ВЗК. В статье представлен клинический случай язвенного колита, дебютировавшего с экстраинтестинальных проявлений, а именно – узловой эритемы. Трудности диагностики в описанном случае связаны с полным отсутствием кишечной симптоматики, атипичной локализацией кожных проявлений и поздним возрастом дебюта заболевания. Диагностический поиск у данной пациентки потребовал множества лабораторных и инструментальных исследований, тонкого анализа клинической картины, анамнеза, а также совместной работы терапевта, аллерголога и гастроэнтеролога.

Ключевые слова: язвенный колит, внекишечные проявления, узловатая эритема, дебют заболевания, трудности диагностики, атипичные симптомы, дифференциальная диагностика, мультидисциплинарный подход.

Для цитирования: Поплевина О.Д., Шафаева М.С., Лагутина С.Н., Скуратова О.С. От симптома к диагнозу: трудности диагностического поиска при внекишечных проявлениях язвенного колита. *Клинический разбор в общей медицине.* 2025; 6 (10): 102–105. DOI: 10.47407/kr2025.6.10.00p4541

Clinical Case

From symptom to diagnosis: difficulties in diagnostic search for extraintestinal manifestations of ulcerative colitis

Olesya D. Poplevina, Marianna S. Shafaeva, Svetlana N. Lagutina, Olga S. Skuratova✉

Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russia
✉prokopova15@mail.ru

Abstract

Extraintestinal manifestations of ulcerative colitis are observed in approximately half of patients with inflammatory bowel diseases (IBD). The most common are autoimmune extraintestinal manifestations associated with the activity of the inflammatory process, such as erythema nodosum, arthritis, aphthous stomatitis, uveitis, iritis, and others. They can act as additional symptoms during the course of the disease, or be the only clinical manifestations of the onset of the disease. This is associated with the difficulty of correctly interpreting these symptoms and making a correct clinical diagnosis. There is a wide range of diseases that manifest similar symptoms – autoimmune systemic diseases, allergic reactions, infectious diseases, tumor diseases and many others. Timely diagnosis and prescription of adequate therapy require alertness regarding IBD, careful differential diagnostics and coordinated work of a multidisciplinary team of specialists. It is necessary to remember that reducing the time from the initial patient appointment to making the correct diagnosis will significantly improve the clinical and labor prognosis for both an individual patient and a significant part of the population suffering from IBD. The article presents a clinical case of ulcerative colitis that debuted with extraintestinal manifestations, namely erythema nodosum. The diagnostic difficulties in the described case are associated with the complete absence of intestinal symptoms, atypical localization of skin manifestations and late age of disease onset. The diagnostic search for this patient required many laboratory and instrumental studies, a subtle analysis of the clinical picture, anamnesis, as well as the joint work of a general practitioner, allergist and gastroenterologist.

Keywords: ulcerative colitis, extraintestinal manifestations, erythema nodosum, disease onset, diagnostic difficulties, atypical symptoms, differential diagnosis, multidisciplinary approach.

For citation: Poplevina O.D., Shafaeva M.S., Lagutina S.N., Skuratova O.S. From symptom to diagnosis: difficulties in diagnostic search for extraintestinal manifestations of ulcerative colitis. *Clinical review for general practice.* 2025; 6 (10): 102–105 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.10.00p4541

Введение

Согласно научным данным Европейской организации по изучению болезни Крона и язвенного колита на

2024 г., около 50% пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) имеют одно или несколько экстраинтестинальных проявлений [1]. В Рос-

сийской Федерации, в соответствии с информацией, полученной при проведении многоцентрового наблюдательного поперечного когортного исследования, внекишечные проявления характерны для 29,4% случаев язвенного колита [2]. Наиболее часто встречаются аутоиммунные внекишечные проявления, связанные с активностью заболевания, такие как узловатая эритема, артрит, афтозный стоматит, увеит, ирит и др. [3, 4]. Им свойственен регресс на фоне адекватной терапии по стратегии Treat-to-target, что говорит о важности своевременного и рационального лечения. Известно, что преимущественно внекишечные симптомы появляются в диапазоне от 29 до 183 мес после постановки диагноза язвенного колита, однако в 24% случаев они выступают в качестве дебюта заболевания, что затрудняет диагностический поиск и приводит к более позднему началу лечения [4, 5]. Описанная в клиническом наблюдении узловатая эритема встречается у 10% пациентов и представляет собой приподнятые болезненные красные или фиолетовые подкожные узелки диаметром от 1 до 5 см, обычно на передней разгибательной поверхности нижних конечностей, гораздо реже – на лице и туловище [6–8]. Трудность постановки диагноза при возникновении эритемы до типичной кишечной симптоматики ВЗК состоит в обширном дифференциально-диагностическом ряду заболеваний, имеющих сходные проявления, включая инфекционные болезни, опухоли, редкие аутоиммунные системные заболевания, прием некоторых лекарственных препаратов, а также возможную идиопатическую этиологию [8, 9].

Клинический случай

Пациентка М., 47 лет, считает себя больной с апреля 2024 г., когда внезапно, без связи с внешними факторами появились жалобы на высыпания эритематозного характера, локализующиеся по всей поверхности тела, безболезненные, зудящие, обычной температуры. Больная была госпитализирована с диагнозом «аллергическая крапивница неуточненной этиологии», после курса стационарного лечения выписана без выраженной положительной динамики с рекомендациями по дальнейшему лечению: метилпреднизолон 4 мг/сут, цетиризин 10 мг/сут. Сопутствующая патология: хронический гастрит вне стадии обострения, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь вне обострения. Гипертоническая болезнь II стадии. Целевой уровень артериального давления не достигнут. Риск 4 (очень высокий). Ожирение 2-й степени. Принимает урсодезоксихолевую кислоту 500 мг 1 раз в день на ночь (2 мес, перерыв – 3 мес), ребамипид – 100 мг 2 раза в день до еды, за артериальным давлением не следит, при повышении принимает периндоприл 5 мг.

В связи с сохранением сыпи на фоне терапии 15.05.2024 обратилась на амбулаторный прием к терапевту. В рамках начального этапа диагностического поиска были выполнены общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на дисбактериоз кишечника, исследование уровня об-

щего IgE и эозинофильного катионного белка в крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, ревмопробы (С-реактивный белок, ревматоидный фактор, антистрептолизин О). Был выявлен лейкоцитоз ($13,2 \times 10^9/\text{л}$), увеличение СОЭ до 35 мм/ч, повышение уровня общего IgE (302,3 МЕ/л) и эозинофильного катионного белка (65,5 нг/мл), в анализе кала – снижение содержания лактобактерий, бифидобактерий, энтерококков и бактероидов; ревмопробы отрицательные. На УЗИ органов брюшной полости – признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы. Терапевтом была проведена коррекция лечения артериальной гипертензии, назначен сорбент – полисорб 2 ст. л. 4 раза в день в течение 4 нед, сохранена терапия антигистаминными препаратами и глюкокортикостероидами. Состояние больной без положительной динамики.

Проконсультирована аллергологом, аллергологические пробы от 11.06.2024 отрицательные, установлен диагноз «хроническая крапивница неуточненной этиологии», рекомендовано продолжить медикаментозную терапию. С предварительным диагнозом «дисбактериоз кишечника» пациентка направлена терапевтом для дальнейшего дообследования и лечения к гастроэнтерологу. На следующем этапе диагностики выполнен анализ кала на антиген *Helicobacter pylori* от 18.06.2024 (отрицательный), определение антител методом иммуноферментного анализа к антигенам основных гельминтов от 04.07.2024 (суммарные антитела к *Giardia lamblia* положительные), титр IgE к стафилококковому энтеротоксину TSST и А от 18.07.2024 (отрицательно). Проведены курс противопаразитарной терапии, курс пребиотиков и пробиотиков, рекомендованы прием метилпреднизолона по ½ таблетки в сутки в течение 7 дней, продолжение приема цетиризина. На протяжении всего периода после дебюта кожной симптоматики значительного клинического улучшения не наблюдалось.

Следующим шагом был диагностический поиск ВЗК: выявлено повышение уровня фекального кальпротектина до 59 мкг/г, при колоноскопии обнаружен единичный язвенный дефект прямой кишки, что позволило установить окончательный диагноз: язвенный колит, проктит, легкая атака, эндоскопическая активность – 3, индекс Мейо – 3 балла, внекишечные проявления (узловатая эритема).

В связи с установленным диагнозом была назначена первая линия терапии язвенного колита в поддерживающих дозировках – сульфасалазин 1000 мг/сут. Был достигнут положительный клинический эффект. На данный момент кожная симптоматика регрессировала, пациентка продолжает лечение.

Обсуждение

В изложенном нами клиническом случае экстраинтестинальная симптоматика, а именно – узловатая эритема, предшествовала развитию кишечных проявлений, характерных для язвенного колита. В клинических

наблюдениях других авторов, напротив, чаще прослеживается тенденция к дебюту заболевания именно с кишечных симптомов, таких как приступообразные боли в животе, тенезмы, учащение кратности актов дефекации, диарея с примесью крови в стуле [10, 11]. В проанализированных нами научных источниках типичная локализация узловой эритемы соответствует передней поверхности голени, обычно эритема сопровождается болезненностью, зудом [6, 8, 9]. В представленном нами клиническом наблюдении эритема располагается по всему телу, безболезненна, обычной температуры, что указывает на неординарность клинического случая. В сравнении с общей популяцией, где средний возраст дебюта язвенного колита составляет 35,3 года, в нашем клиническом случае, как и в наблюдениях некоторых других авторов, описан более поздний дебют заболевания [2, 10, 11].

Стоит обратить внимание на то, что для верификации диагноза пациентки потребовалось 4 мес, тогда как в изученной нами литературе медиана срока постановки диагноза составляет 13,2 мес [2]. В среднем при корректной терапии основного заболевания, вызвавшего появление узловой эритемы (в описанном нами случае – терапия язвенного колита производным 5-аминосалициловой кислоты), кожные симптомы регрессируют в течение 3–6 нед [12–14], что подтверждается и нашим клиническим случаем.

Нельзя исключать влияние лямблиоза как фактора, способствовавшего возникновению и прогрессированию воспалительного процесса в кишечнике, однако достоверные научные данные по поводу этой гипотезы отсутствуют.

В ходе критической оценки описанного клинического примера мы выявили недостаточный спектр проведенных диагностических исследований: в частности, не был выполнен внутрикожный туберкулиновый тест, не проведена компьютерная томография органов грудной клетки, проведено неполное серологическое обследование (не назначено исследование уровня антител класса IgG к антигенам *Yersinia enterocolitica*, исследование уровня антител класса IgG к вирусу простого герпеса

1-го и 2-го типов и т.д.), кроме того, для более точного описания эритемы и решения вопроса о биопсии кожи можно было рекомендовать консультацию дерматолога [14]. Несмотря на это, в рамках проведенного диагностического поиска удалось эффективно и своевременно установить окончательный клинический диагноз благодаря проявленной настороженности в отношении ВЗК.

Заключение

Представленный клинический случай язвенного колита, манифестировавшего экстраинтестинальной симптоматикой, в частности узловой эритемой атипичного характера, при отсутствии кишечных проявлений ВЗК, демонстрирует важность всестороннего и тщательного подхода к диагностическому поиску. Внекишечные проявления, особенно у пациентов, относящихся к не типичной для дебюта язвенного колита возрастной группе, затрудняют раннюю диагностику ВЗК, поскольку могут быть ошибочно интерпретированы как проявления других заболеваний. Правильная и своевременная постановка диагноза является ключевым моментом для начала специфического лечения и улучшения качества жизни пациента. Это еще раз подчеркивает важность мультидисциплинарного подхода, вовлекающего в диагностический поиск специалистов – гастроэнтерологов, инфекционистов, ревматологов, аллергологов, дерматологов, что повышает его эффективность и уменьшает временной промежуток от первых клинических проявлений до верной постановки диагноза и начала адекватной терапии, что в свою очередь улучшает прогноз для пациента, особенно в случаях с атипичной симптоматикой.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Соответствие нормам этики. Пациентка дала информированное добровольное согласие на использование данных из амбулаторной карты и публикацию материалов.

Compliance with ethical standards. The patient submitted the informed consent to the use of data from his medical record and publishing materials.

Литература / References

- Gordon H, Burisch J, Ellul P et al. ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2024;18(1):1-37. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjad108
- Белюсова Е.А., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. и др. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа национального Регистра. *Колопроктология*. 2023;22(1):65-82. DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82
Belousova E.A., Shelygin Yu.A., Achkasov S.I. et al. Clinical and Demographic Features and Treatment Approaches for Inflammatory Bowel Diseases (Crohn's Disease, Ulcerative Colitis) in the Russia. The Primary Results of the Analysis of the National Register. *Koloproktologiya*. 2023;22(1):65-82. DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82 (in Russian).
- Абдулганиева Д.Н., Алексеева О.П., Ачкасов С.И. и др. Язвенный колит. Клинические рекомендации. 2024:8-18.
Abdulganieva D.N., Alekseeva O.P., Achkasov S.I. et al. Ulcerative colitis. Clinical guidelines. 2024:8-18 (in Russian).
- Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, Rubin DT. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. *Gastroenterology* 2021;161(4):1118-32. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.07.042
- Vavricka SR, Rogler G, Gantenbein C et al. Chronological Order of Appearance of Extraintestinal Manifestations Relative to the Time of IBD Diagnosis in the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Inflamm Bowel Dis* 2015;21(8):1794-800. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000429
- Vavricka SR, Schoepfer A, Scharl M et al. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2015;21(8):1982-92. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000392
- Antonelli E, Bassotti G, Tramontana M et al. Dermatological Manifestations in Inflammatory Bowel Diseases. *J Clin Med* 2021;10(2):364. DOI: 10.3390/jcm10020364

8. Белов Б.С., Егорова О.Н., Карпова Ю.А., Балабанова Р.М. Узловатая эритема: современные аспекты. *Научно-практическая ревматология*. 2010;(4):66-72. DOI: 10.14412/1995-4484-2010-1168
Belov B.S., Egorova O.N., Karpova Yu.A., Balabanova R.M. Erythema nodosum: modern aspects. *Rheumatology Science and Practice*. 2010;48(4):66-72. DOI: 10.14412/1995-4484-2010-1168 (in Russian).
9. Wick MR. Panniculitis: A summary. *Semin Diagn Pathol* 2017 May;34(3):261-72. DOI: 10.1053/j.semdp.2016.12.004
10. Апаркина А.В., Малосиева В.М., Шмелькова М.Ю. и др. Язвенный колит с внекишечными проявлениями (клиническое наблюдение). *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2016;(5):545-6.
Aparkina A.V., Malosieva V.M., Shmelkova M.Yu. et al. Ulcerative colitis with extraintestinal manifestations (clinical observation). *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2016;(5):545-6 (in Russian).
11. Кудишина М.М., Козлова И.В., Яваева Е.А. Кожные проявления воспалительных заболеваний кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2020;(3):113-7. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-113-117
Kudishina M.M., Kozlova I.V., Yavaeva E.A. Skin manifestations of inflammatory bowel diseases. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;(3):113-7. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-113-117 (in Russian).
12. Trost LB, McDonnell JK. Important cutaneous manifestations of inflammatory bowel disease. *Postgrad Med J* 2005;81(959):580-5. DOI: 10.1136/pgmj.2004.031633
13. Jansen FM, Vavrick SR, den Broede AA et al. Clinical management of the most common extra-intestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease focused on the joints, skin and eyes. *UEG J* 2020;8:1031-44. DOI: 10.1177/2050640620958902
14. Насонов Е.Л., Карамова А.Э., Чикин В.В. и др. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных узловатой эритемой. 2016:11-21.
Nasonov E.L., Karamova A.E., Chikin V.V. et al. Federal clinical guidelines for the management of patients with erythema nodosum. 2016:11-21 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Поплевина Олеся Дмитриевна – студентка ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко». E-mail: poplevina.tat@yandex.ru

Шафаева Марианна Сергеевна – студентка ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко». E-mail: m.shafaeva@yandex.ru

Лагутина Светлана Николаевна – канд. мед. наук, ассистент каф. поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко». E-mail: svlagutina97@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3730-5265

Скуратова Ольга Сергеевна – ассистент каф. поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко». E-mail: prokopova15@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1471-8967

Поступила в редакцию: 04.03.2025

Поступила после рецензирования: 06.05.2025

Принята к публикации: 18.06.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Olesya D. Poplevina – Student, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: poplevina.tat@yandex.ru

Marianna S. Shafaeva – Student, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: m.shafaeva@yandex.ru

Svetlana N. Lagutina – Cand. Sci. (Med.), Assistant, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: svlagutina97@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3730-5265

Olga S. Skuratova – Assistant, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: prokopova15@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1471-8967

Received: 04.03.2025

Revised: 06.05.2025

Accepted: 18.06.2025