

Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Эндоскопические индексы активности.

В.В. Веселов, А.В. Васильченко

ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Москва

Среди пациентов с воспалительными изменениями кишечной стенки, которым выполняется колоноскопия, подавляющее большинство составляют пациенты, страдающие различными формами хронических колитов. Острые колиты (в основном бактериальной этиологии) имеют быстрое клиническое течение, такие больные, как правило, не нуждаются в эндоскопическом исследовании толстой кишки, а в ряде случаев оно им даже противопоказано. Основными формами неспецифических колитов являются неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Однако, несмотря на распространенность данных нозологических форм, с сожалением приходится признать, что до сих пор отсутствует четкий «золотой стандарт» эндоскопического определения данных заболеваний, что приводит к диагностическим ошибкам и затруднениям в выборе тактики лечения. При этом основными задачами, которые ставятся перед врачом-эндоскопистом, являются следующие:

- предположительное суждение о нозологической форме хронического колита;
- уточнение локализации и протяженности воспалительных изменений;

определение активности воспалительного процесса [2].

Данные вопросы являются весьма важными с точки зрения постановки клинического диагноза, однако, статистически достоверных эндоскопических критериев, позволяющих ответить на них, на данный момент четко не разработано. Они и явились предметом нашего изучения.

Оценка эндоскопической семиотики воспалительных изменений толстой кишки проводилась в два этапа. На первом этапе нами были проанализированы эндоскопические критерии острых воспалительных изменений на основании сравнения признаков в группе случаев интерпретации обострения хронического воспаления (125 наблюдений), и в группе случаев ремиссии хронического воспаления (63 наблюдения). На втором этапе мы оценивали эндоскопические критерии, необходимые для дифференциальной диагнос-

тики между неспецифическим язвенным колитом и колитом Крона. При этом отдельно анализировались эндоскопические признаки, присущие неспецифическому язвенному колиту и позволяющие отличать его от болезни Крона толстой кишки (72 наблюдения), и статистически достоверные эндоскопические критерии колита Крона (16 наблюдений).

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА

Сравнительный анализ эндоскопических признаков, характерных для обострения и ремиссии хронических колитов выявил ряд критериев, четко указывающих на активное воспаление (табл. 1). Наиболее коррелирующим с данным состоянием признаком явилась «повышенная ранимость» слизистой оболочки толстой кишки, по нашим данным, этот признак является наиболее чувствительным для определения обострения хронического колита (чувствительность 94,4%).

Таблица 1. Статистически достоверные эндоскопические критерии обострения хронического воспаления (n = 125), p < 0,005.

| Признак | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------|------|-------|-------|-------|
| ранимость | 94,4 | 83,87 | 92,19 | 11,86 |
| отсутствие сосудистого рисунка | 91,2 | 82,26 | 91,2 | 17,74 |
| гиперемия | 99,2 | 64,52 | 84,93 | 2,44 |
| отек | 86,4 | 88,71 | 93,91 | 23,61 |
| разрыхленность | 75,2 | 96,77 | 97,92 | 34,07 |
| патологические наложения | 68 | 93,55 | 95,51 | 40,82 |
| геморрагии | 43,2 | 93,55 | 93,1 | 55,04 |

1-чувствительность; 2-специфичность; 3-вероятность при наличии признака; 4-вероятность при отсутствии признака

Хотя чувствительность такого признака как «гиперемия» несколько выше, однако, специфичность последнего невелика (64,52%), и, следовательно, данный признак не может являться определяющим для активного воспаления. Другими, высоко коррелирующими с данным состоянием признаками, являются «отсутствие сосудистого рисунка» и «отечность слизистой оболочки». Такие эндоскопические критерии, как «разрыхленность», «патологические наложения» и «геморрагические изменения» кишечной стенки высоко специфичны для островоспалительных проявлений обострения, однако частота их обнаружения сравнительно невелика, и следовательно значения отрицательной предсказательной ценности достаточно высоки.

Выявленные нами эндоскопические критерии при их обнаружении указывают на изучаемое состояние с достаточно высокой степенью вероятности (за исключением гиперемии, более 90%). Выявление сочетания всех указанных критериев позволяет сделать заключение об обострении воспалительного процесса с вероятностью близкой к 100% (такую же вероятность дает сочетание уже 5 любых признаков). Отсутствие таких эндоскопических признаков как «патологические наложения» и «геморрагические изменения» кишечной стенки существенно не влияют на вероятность интерпретации обострения воспалительного процесса. Отсутствие таких признаков как «ранимость», «отек», а также наличие четкого сосудистого рисунка делают данный диагноз сомнительным, а в случае отсутствия и гиперемии слизистой оболочки - не правомочным.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

К основным особенностям данной нозологической формы относятся:

- ☐ поражение прямой кишки и преимущественно левосторонняя локализация;
- ☐ непрерывное и симметричное распространение воспаления в проксимальные отделы толстой кишки;
- ☐ отсутствие четкой границы пораженных участков с выше лежащими непораженными отделами;
- ☐ характерные особенности эрозивного компонента, который представлен мелкими, неправильной формы, поверхностными язвами и эрозиями, всегда имеются воспалительные изменения в слизистой оболочке окружающей язвы;
- ☐ корреляция активности процесса с протяженностью;

- ☐ склонность к диспластическим изменениям слизистой оболочки;
- ☐ редкое развитие рубцов и стриктур [5].

Выявленные нами дифференциально-диагностические критерии неспецифического язвенного колита, отличающие его от колита Крона, приводятся в таблице 2. Наибольшая корреляция с язвенным колитом была выявлена в случаях обнаружения «воспаления слизистой оболочки вокруг язв или эрозий». Чувствительность и, следовательно, отрицательная предсказательная ценность, указанного критерия составили 100%. Здесь же наблюдалась и самая большая специфичность признака (87,5%).

Таблица 2. Статистически достоверные эндоскопические критерии язвенного колита (n =72), p<0,005.

| Признак | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| воспаление слизистой оболочки вокруг язв | 100 | 87,5 | 97,3 | 0 |
| вовлечение прямой кишки | 94,44 | 75 | 94,44 | 25 |
| непрерывность поражения | 94,44 | 68,75 | 93,15 | 26,67 |
| выраженная гиперемия | 81,82 | 80,56 | 80,68 | 51,85 |
| поверхностные язвы | 68,06 | 87,5 | 96,08 | 62,16 |
| криптабсцессы | 65,28 | 93,75 | 97,92 | 62,5 |
| ограниченный проктосигмоидит | 48,61 | 93,75 | 97,22 | 71,15 |

1-чувствительность; 2-специфичность; 3-вероятность при наличии признака; 4-вероятность при отсутствии признака

Такие эндоскопические признаки, как «вовлечение в процесс прямой кишки», «непрерывность поражения» также высоко коррелируют с неспецифическим язвенным колитом. Важную группу эндоскопических признаков язвенного колита составляют различные эндоскопические проявления поверхностного воспаления, такие как «контактная кровоточивость», «отсутствие сосудистого рисунка», «выраженная гиперемия», «эрозии и поверхностные язвы неправильной формы». Высокоспецифичными критериями данного состояния являются «микроабсцессы» и «ограничение воспаления проктосигмоидитом» (специфичность 93,75% в обоих случаях), однако частота обнаружения этих признаков не столь высока (65,28% и 48,61% соответственно). Как видно из таблицы, обнаружение любого из выявленных в ходе исследования эндоскопических критериев может указывать на неспецифический колит с высокой вероятностью (более 93%).

Сочетание таких признаков, как микроабсцессы и ограниченный проктосигмоидит и любых двух других критериев, дает достоверность интерпретации неспецифического язвенного колита близкую к абсолютной. Отсутствие таких признаков, как вовлечение в процесс прямой кишки, непрерывность поражения и критериев поверхностного воспаления, делают диагноз неспецифического колита сомнительным, отсутствие воспаления слизистой оболочки вокруг язв – неправомерным.

При эндоскопической оценке состояния слизистой оболочки толстой кишки при неспецифическом язвенном колите выделяют ремиссию и 3 степени активности воспалительного процесса:

минимальная (легкая);
умеренная (средняя);
выраженная (тяжелая) [1,2].

Определение степени активности обострения язвенного колита должно основываться на выраженности эрозивно-язвенных изменений (схема 1)[4]. Так, отсутствие язв при наличии других признаков обострения указывает на минимальную степень активности язвенного колита (рис.1,2). Наличие множественных язв менее 5 мм в диаметре свидетельствует в пользу умеренной степени активности (рис.3,4). При множественных язвах более 5 мм в диаметре эндоскопические проявления трактуются как выраженная активность язвенного колита (рис.5).

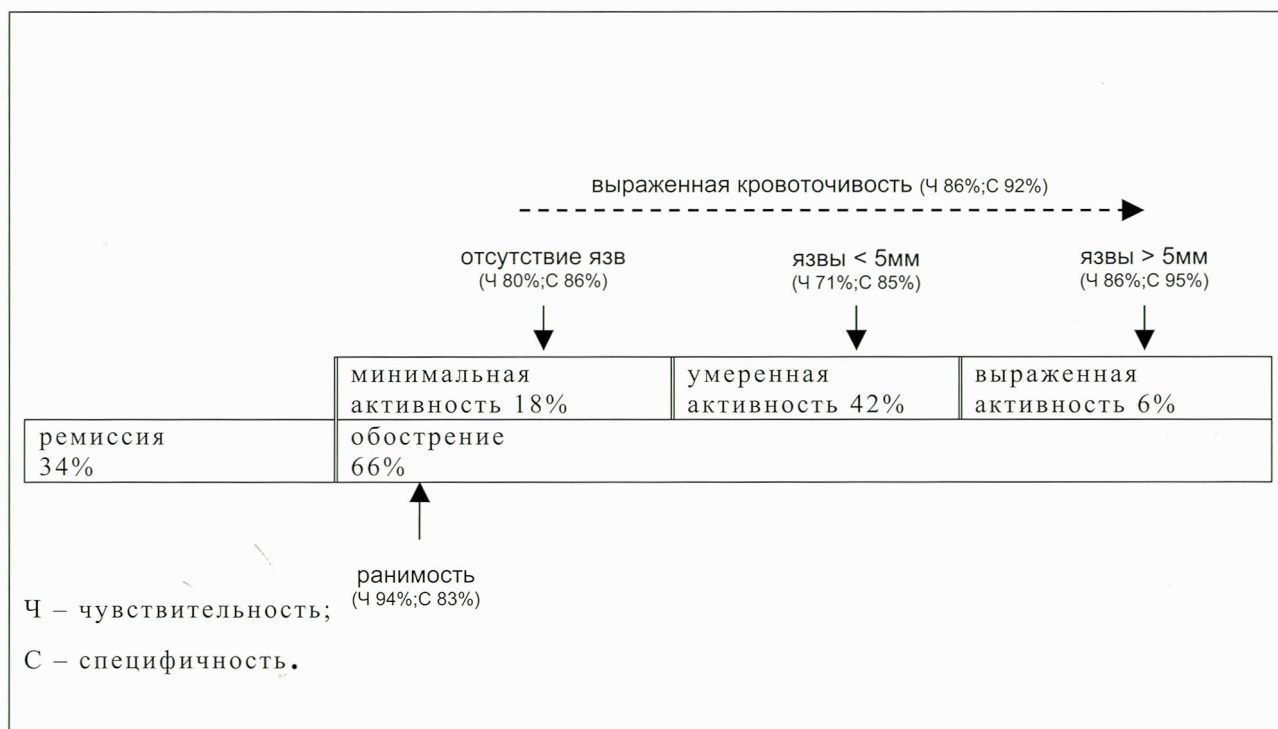


Схема 1. Основные дифференциально-диагностические критерии степени активности язвенного колита (n=109).



Рис. 1. НЯК, минимальная активность (гиперемия, отек, отсутствие слизистого рисунка, микроабсцессы, мелкоточечные геморрагии)

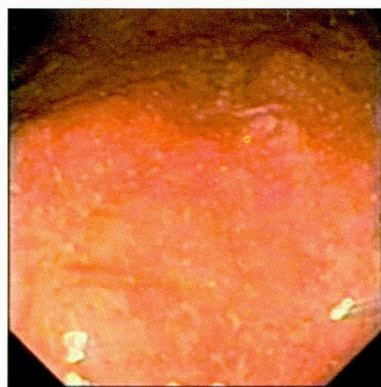


Рис. 2. НЯК, минимальная активность (гиперемия, отек, отсутствие слизистого рисунка, микроабсцессы, мелкоточечные геморрагии)

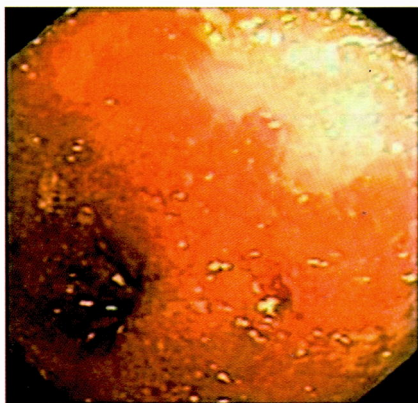


Рис. 3. НЯК. Умеренная активность (эрозии и язвы неправильной формы)

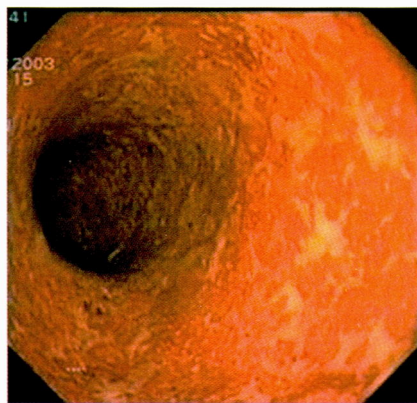


Рис. 4. НЯК. Умеренная активность (эрозии и язвы неправильной формы)



Рис. 5. НЯК. Выраженная активность (глубокие язвы)

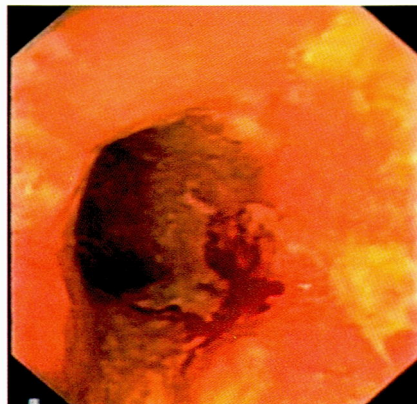


Рис. 6. НЯК. Выраженная активность (спонтанная кровоточивость)

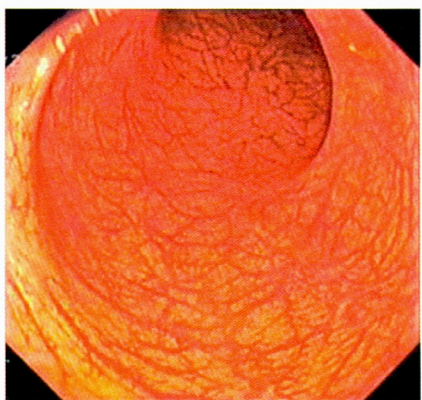


Рис. 7. НЯК, ремиссия (перестроенный сосудистый рисунок)

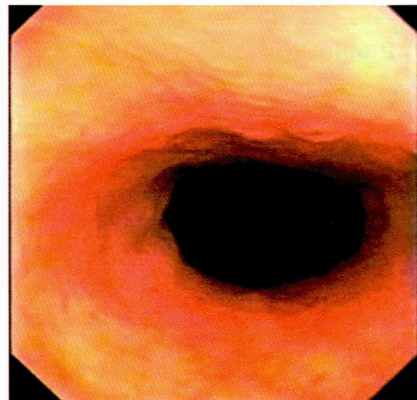


Рис. 8. НЯК, ремиссия (зернистость)

При этом следует отметить, что контактная ранимость, а тем более, спонтанная кровоточивость, должны склонять врача-эндоскописта в определении степени активности как более тяжелой (рис.6).

Эндоскопическая картина в стадии ремиссии зависит от степени тяжести перенесенного ранее воспалительного процесса и характеризуется стертым или перестроенным сосудистым рисунком, более или ме-

нее выраженным сужением просвета кишки и сглаженностью рельефа, может отмечаться минимальная контактная ранимость и единичные геморрагии. Изменения сосудистого рисунка являются наиболее чувствительным критерием перенесенной ранее атаки неспецифического язвенного колита, которые обнаруживаются даже после минимальной активности (рис.7,8)[5].

В результате повторных, тяжелых обострений заболевания слизистая оболочка пораженного участка кишки бывает усеяна воспалительными полипами, имеющими неправильную форму, с явлениями воспаления на поверхности образования. Иногда обнаруживаются мостики из слизистой оболочки, которые протягиваются через просвет кишечника к участкам ее регенерации (слизистые перетяжки).

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

К основным особенностям болезни Крона толстой кишки относятся:

- неравномерность и асимметрия поражения;
- дискретные, продольно ориентированные язвы;
- феномен «булыжной мостовой»;
- преимущественно правосторонняя локализация;
- специфические поражения анального канала (свищи и анальные трещины);

Таблица 3. Статистически достоверные эндоскопические критерии болезни Крона толстой кишки (n =16), p<0,005.

| Признак | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| неизменная слизистая вокруг язв | 87,5 | 100 | 100 | 2,7 |
| прерывистость поражения | 68,75 | 94,44 | 73,33 | 6,85 |
| афтоидные язвы | 31,25 | 100 | 100 | 13,25 |
| линейные язвы | 31,25 | 98,61 | 83,33 | 13,41 |
| поражения подвздошной кишки | 31,25 | 95,83 | 62,5 | 13,75 |
| феномен «булыжной мостовой» | 12,5 | 100 | 100 | 16,28 |
| рубцовые стриктуры | 18,75 | 98,61 | 75 | 15,48 |

1-чувствительность; 2-специфичность;3-вероятность при наличии признака; 4-вероятность при отсутствии признака

- частое формирование абсцессов и свищей (при трансмуральном воспалении);
- частое утолщение кишечной стенки (вследствие подслизистого фиброза) с образованием стриктур;
- возможно одновременное наличие всех фаз воспалительного процесса [2].

В таблице 3 представлены статистически достоверные дифференциально-диагностические критерии болезни Крона при сравнении его с неспецифическим язвенным колитом, определенные в ходе нашего исследования. Как нами отмечалось ранее, наиболее чувствительным признаком язвенного колита является «воспаление слизистой оболочки вокруг язв». Следовательно, при дифференциальном диагнозе «неизменная слизистая оболочка вокруг язв» является наиболее специфичным критерием для болезни Крона (однако чувствительность данного признака менее 100% – в 2-х случаях отмечалась воспалительная реакция вокруг язвенных поражений при заключительной интерпретации состояния как болезнь Крона). Учитывая выраженный полиморфизм эндоскопической картины болезни Крона толстой кишки, нам не удалось выявить диагностические критерии, встречающиеся при данной нозологии с достаточно высокой частотой (чувствительность указанных критериев, кроме «неизменной слизистой оболочки вокруг язв» и «прерывистости поражения», менее 32%). Специфичность же выявленных критериев достаточно высока, при обнаружении «афтоидных язв» или феномена «булыжной мостовой» она близка к 100%, в случае определения сегментарного поражения, линейных язв, поражения подвздошной кишки, рубцовых стриктур, она выше 94%.

Как уже отмечалось, практически все признаки достаточно точно указывают на колит Крона и хотя численное выражение апостериорной вероятности не кажется внушительным (например, в случае обнаружения поражения подвздошной кишки она равна 62,5%), однако с учетом низкой распространенности даже такое значение говорит об ощутимом увеличении достоверности выявления данной нозологии. Такие эндоскопические критерии, как «неизменная слизистая оболочка вокруг язв», «афтоидные язвы», феномен «булыжной мостовой», указывают на болезнь Крона с практически абсолютной достоверностью, сочетание остальных критериев также позволяет диагностировать данную патологию достоверно. Отсутствие ряда признаков из-за вариабельности эндоскопической картины рассматриваемой нозологической формы существенно не сказывается на вероятности возможной интерпретации и даже отсутствие всех выявленных нами критериев допускает указанное заключение (по нашим данным 2,27% случаев).

Ввиду отсутствия четкой корреляции между местными проявлениями и тяжестью заболевания, при эндоскопической интерпретации болезни Крона не принято отображать степень активности воспалительных изменений. Поэтому эндоскопические классификации болезни Крона отражают лишь фазы (стадии) воспалительного процесса: афтоидную фазу, фазу язв, язв-трещин и рубцевания [3].

При афтоидной фазе выявляются «афты» – плоские или незначительно возвышающиеся изменения на слизистой оболочке красноватого цвета, небольшого размера (2 – 3 мм), имеющие белесоватую окраску в центральной части (рис.9). Фаза язв характеризуется наличием поверхностных или глубоких (как бы «штампованных») дискретно расположенных язв, не имеющих продольной направленности (рис.10). Такие язвы, в отличие от язв при неспецифическом язвенном колите, выявляются на фоне неизменной или малоизмененной слизистой оболочки, без явно выраженной инфильтрации в области краев изъязвления.

В фазе язв-трещин выявляются глубокие, продольно ориентированные, протяженные язвы, деформирующие стенку кишки. В ряде случаев, наряду с продольными, выявляются и поперечно направленные язвы, что, в сочетании с островками отека гиперемизированной слизистой оболочки, придает эндоско-

пической картине характерный вид «булыжной мостовой» (рис.11).

Фаза рубцевания характеризуется наличием рубцующихся язв, грубых, как правило, продольно направленных рубцов, слизистых перетяжек, значительно деформирующих стенку кишки с неравномерным сужением ее просвета, вплоть до образования стриктуры (участка сужения, через который невозможно или трудно провести колоноскоп) (рис.13). Стеноз может быть без язв или с наличием изъязвлений (изъязвленный стеноз). При выраженных рубцовых изменениях рельеф слизистой оболочки выглядит скелетизированным (рис.12).

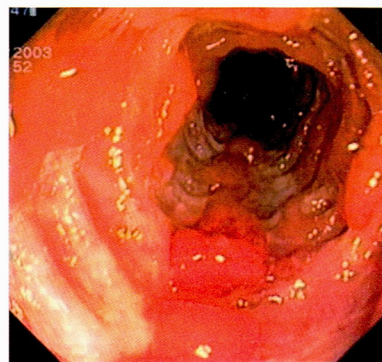


Рис. 11. Болезнь Крона, фаза язв – трещин (феномен «булыжной мостовой»)

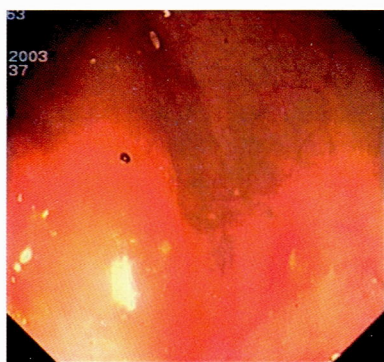


Рис. 9. Болезнь Крона, афтоидная фаза

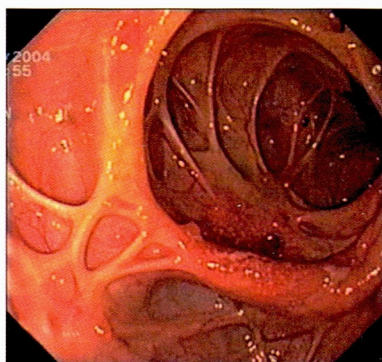


Рис. 12. Болезнь Крона, фаза рубцевания («скелетизированный рельеф» слизистой оболочки)

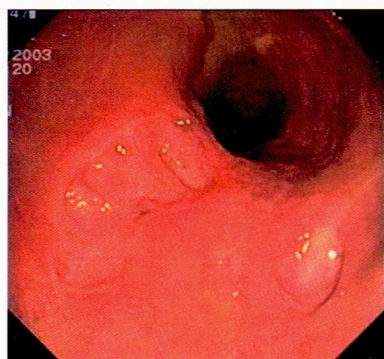


Рис. 10. Болезнь Крона, фаза язв (штампованные язвы)

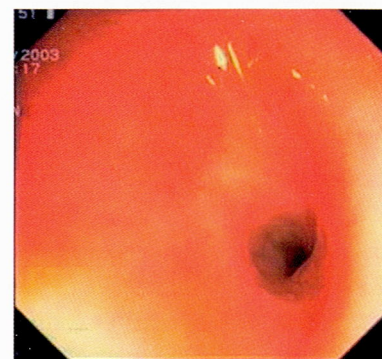


Рис. 13. Болезнь Крона, фаза рубцевания (рубцовая стриктура)

Фаза ремиссии характеризуется отсутствием афтоидных и эрозивно-язвенных изменений в толстой или в терминальном отделе подвздошной кишки на фоне очагов перенесенного ранее воспаления слизистой оболочки (перестроенный сосудистый рисунок, рубцы, стриктуры, псевдополипы, слизистые перетяжки и т.д.). Если обострение болезни Крона протекало достаточно легко, то в фазе ремиссии каких-либо эндоскопических изменений слизистой оболочки часто выявить не удастся. Глубокое язвенное поражение является источником значительного количества воспалительных полипов. Дифференциальная диагностика со злокачественными новообразованиями в данном случае менее ответственна, т.к. дисплазия при болезни Крона встречается значительно реже.

Воспалительные изменения при болезни Крона в области илеоцекального клапана и терминального отдела подвздошной кишки не имеют специфичных черт и могут характеризоваться любыми проявлениями, описанными выше. Выраженное поражение тонкой кишки может сочетаться с минимальными изменениями в толстой кишке. Поэтому каждому пациенту с кишечными свищами (особенно длительно незаживающими) необходимо при выполнении колоноскопии обязательно осматривать терминальную часть подвздошной кишки.

«ПЕРЕХЛЕСТ» ПРИЗНАКОВ (OVERLAP SYNDROME)

Представленные эндоскопическая семиотика во многом является эталонной, однако с сожалением приходится признать, что выявляемые в ряде случаев эндоскопические изменения не всегда четко укладываются в обозначенные рамки.

Так примерно в 10% случаев выявленные эндоскопические признаки образуют симптомокомплекс, равновероятно указывающий как на гранулематозный, так и на язвенный колит. Причина указанной энтропии проявлений хронических колитов, по всей видимости, кроется в генетически детерминированном дефекте иммунной системы с рецессивным, гетерогенным характером наследования с неполной пенетрантностью гена. На сегодняшний день выявлены 7 локусов, ответственных за восприимчивость к воспалительным заболеваниям толстой кишки. Опираясь на эти данные, можно говорить о неспецифическом кишечном воспалении как о многофакторном генетическом заболевании.

У ряда пациентов в результате воздействия внешних или внутренних триггерных факторов происходит перекрестное повреждение как локусов инициирующих восприимчивость к болезни Крона, так и генов, подверженных мутации при язвенном колите. Такой

генетический перехлест (обозначаемый в англоязычной литературе как «overlap») и является, по всей видимости, причиной специфичных фенотипических проявлений, определяемых как «overlap syndrome», по типу аналогичных синдромов смешения наблюдаемых при гепатитах.

При этом в эндоскопической картине у такого пациента, наряду с высоко специфичными проявлениями язвенного колита, определяются также один либо несколько высокоспецифичных критериев болезни Крона. На наш взгляд, указанные фенотипические особенности могут быть обозначены отдельной нозологической формой – «недифференцируемый колит». Указанное деление целесообразно в первую очередь для разработки дифференцированного подхода к консервативному и оперативному лечению этой категории пациентов. Так как больные данной формой колита формируют группу риска развития опасных для жизни кишечных осложнений, из-за неэффективности консервативной терапии, а проблема эта нуждается в дальнейшем всестороннем изучении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В статье нами были представлены лишь наиболее характерологичные формы колитов и их самые специфичные критерии. В действительности, спектр проявлений воспаления, с которыми приходится сталкиваться врачу-эндоскописту, достаточно широк, отдельные нозологичные формы имеют сходную макроскопическую картину, что создает почву для частого возникновения дифференциально-диагностических затруднений. Однако, мы уверены, что наибольшую ценность в диагностике представляет изучение элементарных диагностических единиц (критериев, признаков и симптомокомплексов), поскольку их различные комбинации создают все многообразие эндоскопических проявлений воспаления слизистой оболочки толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит // Гэотар Медицина, 2001.
2. Васильченко А.В. Способы повышения эффективности диагностики заболеваний толстой кишки при колоноскопии. // Дисс. канд. мед.наук. – М., 2002.
3. Долецкий С. Я., Стрекаловский В. П., Климанская Е. В., Сурикова О. А. «Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей» // М. – 1984.
4. Маржатка З. Терминология, определение терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта, 3 изд. // Hamburg, Germany: Normed Verlag, 1996.
5. Стрекаловский В.П. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. // Дисс. докт. мед. наук. – М., 1979. – с. 368.

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР «OLYMPUS» в Санкт-Петербурге



Санкт-Петербург. 5 октября 2006 г. открылся Учебный Центр «OLYMPUS» на базе Городского Центра эндовидеохирургии Елизаветинской больницы.

На базе Центра организованы операционная и мастер-класс фирмы «OLYMPUS», которые являются первыми и пока единственными в России по лапароскопической хирургии. Фирма оснастила операционную оборудованием и инструментами последнего поколения. Сотрудники проводят инструктаж и тренинг по его эксплуатации и обслуживанию.

Открытие Учебного Центра «OLYMPUS» в Елизаветинской больнице является результатом совместных усилий, основанных на понимании необходимости организации высококвалифицированного обучения для эндовидеохирургов Северо-Западного и других регионов России, стремящихся овладеть новейшими технологиями в этой области с использованием высокотехнологичного и надежного оборудования известной эндоскопической фирмы-производителя.

Городской Центр эндовидеохирургии был организован в 1994 году и является одним из первых специализированных лечебных и учебно-методических учреждений в России. Центр развернут на базе Елизаветинской больницы на 65 койках, располагает 4 специализированными операционными, которые оборудованы самым современным эндовидеохирургическим оборудованием и инструментами ведущих мировых производителей. Все это позволяет круглосуточно выполнять свы-

ше 10 эндовидеохирургических вмешательств по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, патологии коленного сустава.

Центр является базой курса последипломного образования «Лапароскопическая хирургия» кафедры факультетской хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

Первичный цикл усовершенствования по эндовидеохирургии составляет 288 часов и определяет выдачу свидетельства о последипломном образовании установленного образца. За время обучения проходят семинарские занятия, лекционный курс, отработка мануальных навыков на современных тренажерах, изучение богатого видеоархива, анализ проходящих операций.

Дальнейшее усовершенствование по различным разделам эндовидеохирургии, гинекологии, урологии, ортопедии и травматологии проводится на месячных специализациях на рабочем месте, которые определяют самостоятельную работу врачей-курсантов в операционной.

После успешного обучения курсантам выдается Сертификат Центра и свидетельство о последипломном образовании установленного образца.

Приглашаем хирургов, гинекологов, урологов, ортопедов-травматологов для прохождения циклов усовершенствования в наш Центр.

Более подробную информацию Вы можете получить:

тел. 8 (812) 555-54-97;
тел/факс: 8 (812) 555-35-15;
www.spbls.ru
e-mail: lap_center@mail.ru

