

Эндоскопическая диагностика недифференцируемого неспецифического колита

В.В. Веселов, О.В. Головенко, Т.Л. Михайлова, Л.Л. Капуллер, А.В. Васильченко

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

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных диагностических методов исследования кишечника (эндоскопического, рентгенологического, ультразвукового, морфологического), примерно у 10 % больных неспецифическими воспалительными заболеваниями не удается провести дифференциальную диагностику между язвенным колитом и болезнью Крона толстой кишки. Начиная с 70-х годов прошлого века, зарубежными специалистами было предложено в таких ситуациях трактовать заключительный диагноз как «*indeterminate colitis*» (неопределенный, неуточненный колит) [3, 4, 5]. Первые отечественные публикации на данную тему вышли из нашего Центра [1]. Академиком РАМН Г.И. Воробьевым было предложено словосочетание – «недифференцируемый неспецифический колит», наиболее полно отражающее клинический диагноз, обусловленный трудностями дифференциальной диагностики в группе неспецифических воспалительных заболеваний кишечника [1].

Проведенные нами ранее исследования по эндоскопической диагностике хронических воспалительных заболеваний кишечника [2] показали, что наиболее чувствительными эндоскопическими признаками язвенного колита являются:

- воспаление слизистой оболочки вокруг язв;
- обязательное вовлечение в воспалительный процесс прямой кишки;
- непрерывность поражения;
- спонтанная или контактная кровоточивость слизистой оболочки;
- отсутствие сосудистого рисунка.

Для болезни Крона наиболее чувствительными признаками являются:

- отсутствие воспаления слизистой оболочки вокруг язв;
- прерывистый характер поражения толстой и / или тонкой кишки;
- афтоидные изъязвления слизистой оболочки;

трансмуральное поражение толстой кишки:
глубокие «штампованные» язвы, язвы-трещины, свищи;

поражение подвздошной кишки.

Наличие совокупности тех или иных признаков позволяло нам трактовать эндоскопическую картину характерную либо для язвенного колита, либо для болезни Крона.

При динамическом эндоскопическом наблюдении у ряда больных язвенным колитом, характеризующимся непрерывностью поражения и обязательным вовлечением в воспалительный процесс прямой кишки, с течением времени выявлялись глубокие деструктивные изменения стенки кишки, характерные для болезни Крона. Это обстоятельство заставляло нас менять эндоскопический и клинический диагноз язвенного колита на болезнь Крона, что, как показала практика, было неправильным.

Еще одно обстоятельство заслуживает пристального внимания. На протяжении длительного времени в нашем Центре эндоскопистам не приходилось сталкиваться с эндоскопической диагностикой острых, так называемых «фульминантных» форм язвенного колита. Эндоскопическое исследование у таких больных, как правило, проводилось в экстренном порядке при подозрении на токсическую дилатацию толстой кишки, без подготовки, и заключалось, в основном, в санации, т.е. аспирации кишечного содержимого и газов. Такие пациенты в сферу нашего пристального внимания стали попадать только последние 5 лет, когда мы начали проводить им полноценное эндоскопическое исследование. При этой форме, уже в дебюте заболевания, при относительно незначительном воспалении слизистой оболочки прямой кишки, выявлялись выраженные деструктивные изменения в стенке сигмовидной и нисходящей кишки, характерные для болезни Крона. Что и заставляло эндоскопистов трактовать выявленные воспалительные изменения как болезнь Крона. Однако при морфологическом исследовании макропрепараторов у оперированных

больных с этой формой заболевания отмечалась картина тяжелой формы язвенного колита.

Таким образом, из-за возникающих диагностических расхождений мы стали выделять отдельную группу больных, у которых отмечался так называемый «overloop syndrome», т.е. «перехлест» эндоскопических признаков язвенного колита и болезни Крона толстой кишки. Что и стало трактоваться нами как недифференцируемый неспецифический колит.

Из общего количества пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями толстой кишки, наблюдавшихся в ГНЦК с 1994 по 2005 год, эта группа составила 132 человека (6,2%). Мужчин было 46, женщин – 54, в возрасте от 15 до 75 лет, средний возраст – 37 ± 14 лет. Всем этим больным выполнялась колоноскопия.

У всех пациентов при эндоскопическом исследовании отмечалась непрерывность воспалительных изменений в толстой кишке, причем значительно преобладали тотальное и субтотальное поражения (82%). Несомненно, учитывая глубокий деструктивный характер поражений стенки кишки, у анализируемой группы больных при колоноскопии в подавляющем числе случаев (92%) выявлялась выраженная активность воспалительных изменений.

Молниеносное (фульминантное) течение заболевания отмечалось в 32 случаях, хроническое – в 100, причем хроническое рецидивирующее – в 40, а хроническое непрерывное – в 60 наблюдениях. Во всех случаях хронического течения в дебюте заболевания отмечалась эндоскопическая картина, характерная для неспецифического язвенного колита.

Накопленный нами опыт позволил дать характеристику эндоскопической картины при недифференцируемом неспецифическом колите. Так, при этом заболевании всегда отмечался диффузный характер поражения с обязательным вовлечением в воспалительный процесс прямой кишки. Во всех наблюдениях на фоне поверхностного воспаления отмечались глубокие деструктивные изменения кишечной стенки.

Поверхностное воспаление характеризовалось гиперемией; отечностью; отсутствием сосудистого рисунка; зернистостью поверхности; наличием геморрагий, микроабсцессов, эрозий, контактной и спонтанной кровоточивости (рис. 1).

Выраженные деструктивные изменения были представлены изъязвлениями различной глубины и протяженности. В 19% случаев на фоне поверхностного воспаления выявлялись крупные язвы неправильной формы, дно которых было покрыто выраженным налетом фибрина (рис. 2).



Рис. 1. Эндофотография ННК (эндоскопическая картина, характерная для язвенного колита)

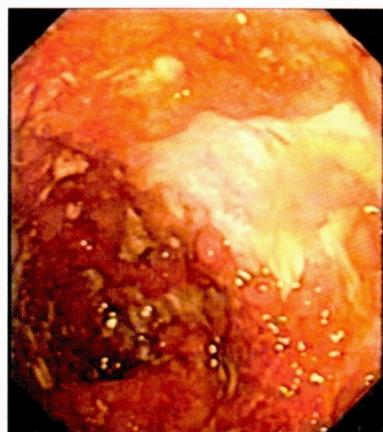


Рис. 2. Эндофотография ННК (крупная язва неправильной формы)

Глубокие продольные щелевидные язвы на фоне поверхностного воспаления стенки кишки определялись в 71% случаев, именно их можно назвать своеобразным эндоскопическим маркером недифференцируемого колита, именно так и проявлялся в подавляющем большинстве случаев «перехлест» эндоскопических признаков (рис. 3).



Рис. 3. Эндофотография ННК (щелевидные язвы)

В 56% продольные язвы сочетались с поперечными, что придавало эндоскопической картине характерный вид «бульжной мостовой» (рис. 4).

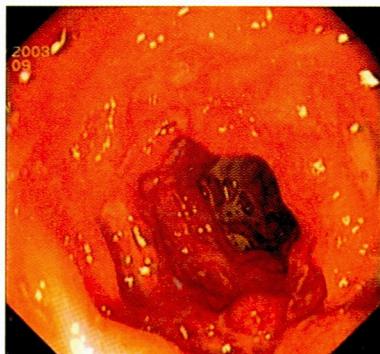


Рис. 4. Эндофотография ННК (вид «бульжной мостовой»)

В 8% наблюдений выявлялись обширные язвенные дефекты, занимающие по протяженности значительные участки ободочной кишки. Такие изъязвления имели гладкую, ровную поверхность, на фоне которой определялись островки отечной слизистой оболочки (рис. 5).

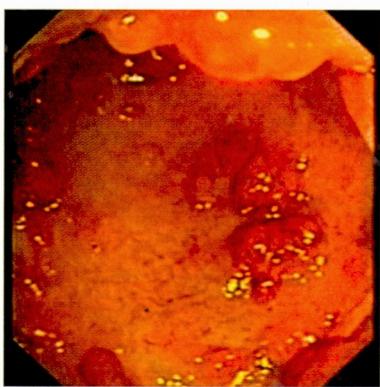


Рис. 5. Эндофотография ННК (обширные изъязвления с островками отечной слизистой оболочки)

Как исход глубоких изъязвлений в 11% наблюдений отмечались рубцовые структуры.

В качестве клинического примера мы приводим выдержки из истории болезни больной А., 56 лет. Из анамнеза известно, что больной себя считает с 2002 года, когда появился частый жидкий стул со значительной примесью крови и слизи. В январе 2004 года по месту жительства в г. Оренбурге был впервые диагностирован неспецифический язвенный колит в форме проктита. При очередном обследовании в октябре 2005 года было установлено уже левостороннее поражение толстой кишки с выраженным псев-

дополипозом и обширными участками изъязвлений в дистальном отделе поперечной ободочной кишки. Заключение проведенных инструментальных методов исследования звучало, как «неспецифический язвенный колит, левостороннее поражение, долихосигма, нельзя исключить болезнь Крона». Пациентка была направлена в ГНЦ колопроктологии. В нашем Центре при колоноскопии от 14 февраля 2006 года было установлено:

- дискретная язва в нижнеампулярном отделе прямой кишки (рис. 6);
- ремиссия воспалительных изменений в остальных отделах прямой кишки (рис. 7);
- типичная картина язвенного колита в сигмовидной кишке (рис. 8);
- выраженный псевдополипоз ободочной кишки (рис. 9);
- крупные глубокие язвы в поперечной ободочной кише (рис. 10).



Рис. 6. Эндофотография клинического наблюдения ННК: дискретная язва в нижнеампулярном отделе прямой кишки



Рис. 7. Эндофотография клинического наблюдения ННК: ремиссия воспалительных изменений в прямой кише («ложная дискретность»)



Рис. 8. Эндофотография клинического наблюдения ННК: типичная картина язвенного колита в сигмовидной кишке

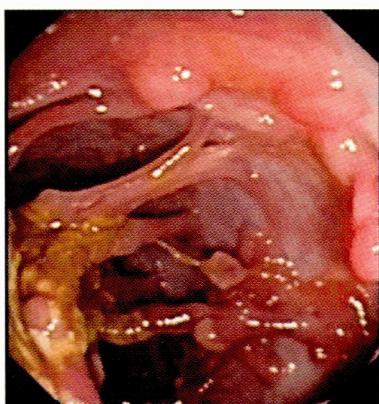


Рис. 9. Эндофотография клинического наблюдения ННК: выраженный псевдополипоз



Рис. 10. Эндофотография клинического наблюдения ННК: крупная язва в поперечной ободочной кишке

С нашей точки зрения, данное клиническое наблюдение является примером возникающих у врача-эндоскописта дифференциально-диагностических затруднений между неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона толстой кишки, когда и высказывается предположение о «недифференцируемом неспецифическом колите».

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что эндоскопическое заключение о недифференцируемом неспецифическом колите может быть дано в тех случаях, когда на фоне типичных эндоскопических признаков язвенного колита выявляются выраженные деструктивные изменения кишечной стенки, характерные для болезни Крона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головенко О.В., Капуллер Л.Л., Михайлова Т.Л., Румянцев В.Г., Веселов В.В., Корнева Т.К., Васильченко А.В. Недифференцируемый неспецифический колит – диагностические и клинические аспекты. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2001, № 5, том XI, с. 65-70.
2. Васильченко А.В. Способы повышения эффективности диагностики заболеваний толстой кишки при колоноскопии. Дис. ...канд. мед. наук, М., 2002, 214 с.
3. Lee K.S., Medline A., Shockley S. Indeterminate colitis in the spectrum of inflammatory bowel disease. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 1979, 103, p. 173-176.
4. Pezim M.E., Pemberton J.H., Beart R.W., et al. Outcome of «indeterminate» colitis following ileal pouch anal anastomosis. Dis. Colon Rectum, 1989, 32, p. 653.
5. Price A.B. Overlap in the spectrum of non-specific inflammatory bowel disease – «colitis indeterminate». J. Clin. Pathol., 1978, 31, p. 567-577.

КОНТАКТЫ

Веселов Виктор Владимирович, д.м.н., профессор,
123154, Москва, ул. Саляма Адиля, д. 2.
ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ
Тел: 8 (495) 199-1567, факс: 8 (495) 199-0409