

Европейский консенсус в отношении эндоскопии при воспалительных заболеваниях кишечника

(Принят 20 сентября 2013 года)

European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) – Европейское общество по болезни Крона и колитам

Список сокращений

E1	– уровень доказательности
UC	– язвенный колит

CD	– болезнь Крона
CRC	– колоректальный рак

1. ВВЕДЕНИЕ

Эндоскопия играет важную роль в диагностике, лечении, прогнозе и наблюдении пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Тем более удивительно, что существует всего две Рекомендации по данной теме. Это побудило членов Комитета Европейского общества по болезни Крона и колитам (European Crohn's and Colitis Organisation – ECCO) подготовить Консенсус по выполнению различных эндоскопических исследований при ВЗК. Так как разработка Рекомендаций является дорогостоящим и трудоемким процессом, этот Консенсус может помочь в их подготовке в будущем. Также он может выявить проблемные точки, где необходимо провести доказательные и контролируемые исследования.

2. ДИАГНОСТИКА

2.1 Илеоколоноскопия

При подозрении на ВЗК, колоноскопия с осмотром тонкой кишки и выполнением биопсии является предпочтительный способ для установления диагноза и степени заболевания [EL 2] [Результаты голосования: 100% согласных].

2.2 Эндоскопия верхних отделов ЖКТ

Регулярное эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ у детей и подростков с ВЗК позволяет точно классифицировать их заболевание [EL 3]. В то время как эндоскопия с биопсией верхних отделов ЖКТ у всех пациентов с ВЗК несомненно полезна для постановки диагноза, оценки локализации и протяжённости поражения, необходимость её регулярного проведения у бессимптомных взрослых пациентов остается неясной [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных].

2.3 Качество эндоскопии у пациентов с ВЗК

Хотя в настоящее время нет специальных сертифицированных стандартов выполнения эндоскопии у пациентов с ВЗК, Консенсус рекомендует, чтобы исследование проводил опытный врач, прошедший соответствующую подготовку по диагностике ВЗК. Это обеспечивает согласованные, качественные и безопасные результаты.

2.4 Выполнение биопсии при эндоскопии у пациентов с ВЗК

Для точной диагностики CD и UC необходимо выполнять мультифокусную биопсию из шести сегментов кишечника (подвздошная кишка; восходящий, поперечный и нисходящий отделы толстой кишки; сигмовидная и прямая кишка). Мультифокусная биопсия подразумевает взятие минимум двух образцов из каждого сегмента, включая макроскопически неизменённые участки [EL2] [Результаты голосования: 100% согласных].

2.5 Необходимость повторных исследований с забором материала

2.5.1 Неясный диагноз

При сомнениях в диагностике ВЗК целесообразно выполнить повторное эндоскопическое исследование с гистологической оценкой полученного материала. При этом может быть выполнена: повторная колоноскопия с осмотром тонкой кишки, ЭГДС, капсульная эндоскопия или энтероскопия [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных].

2.5.2 Повторная эндоскопия в процессе ремиссии

Нет необходимости в регулярной эндоскопии у пациентов с клинической ремиссией, за исключением случаев, когда возникает потребность в коррекции лечения [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных].

2.5.3 Повторная эндоскопия в случае коррекции лечения

Повторное эндоскопическое исследование должно проводиться в случае рецидива ВЗК, рефрактерности (невосприимчивости терапии), появления новых симптомов или необходимости хирургического вмешательства [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных].

3. ЭНДОСКОПИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Колоноскопия с осмотром тонкой кишки является золотым стандартом в диагностике рецидива ВЗК в послеоперационном периоде, определении тяжести поражения и прогноза клинического течения [EL 2]. Эндоскопическое исследование рекомендуется выполнить через 6-12 месяцев после операции в случае, если встаёт вопрос о тактике дальнейшего лечения [EL 2] [Результаты голосования: 100% согласных].

4. ЭНДОСКОПИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Безопасность и полезность эндоскопических исследований для установки диагноза ВЗК у беременных тщательно не изучены. Тем не менее, некоторые данные свидетельствуют, что гибкая ректороманоскопия имеет высокую диагностическую ценность (более 80%) для дифференциальной диагностики геморроидального кровотечения и кровяного поноса, существенно не увеличивая риск осложнений для матери или плода (обзор 64 случаев).

5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

5.1 Дифференциальная диагностика CD и UC

Не существует специфических эндоскопических признаков для болезни Крона и язвенного колита. Наиболее полезным эндоскопическим признаком язвенного колита считается непрерывное сливное поражение толстой кишки с чёткой демаркационной линией и вовлечением прямой кишки [EL 2]. Самой полезной эндоскопической особенностью болезни Крона является обособленность участков поражения, наличие структур и свищей, вовлечение перианальной области [EL 2] [Результат голосования: 100% согласных].

5.2 Дифференциальная диагностика между ВЗК и другими колитами

Эндоскопическая картина ВЗК и других колитов схожа. Дифференциальная диагностика ВЗК проводится с инфекционными колитами, колитами, вызванными лекарственными препаратами, ишемическим колитом, лучевым колитом.

6. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ КОЛИТЕ

Эндоскопическое исследование с биопсией из по крайней мере одного участка является очень важным для диагностики острого колита и исключения других причин заболевания [EL 3]. В большинстве случаев достаточно выполнить гибкую ректороманоскопию, избежав тем самым приёма слабительных препаратов и травматического воздействия колоноскопии на кишечник (EL 5) [Результаты голосования: 100% согласных].

7. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЕПОГО КАРМАНА ПРИ ПОДВЗДОШНО-АНАЛЬНОМ АНАСТОМОЗЕ

Эндоскопическое исследование с биопсией должно выполняться в оценке симптомов, развивающихся в результате наличия слепого кармана при подвздошно-анальном анастомозе после операции по поводу язвенного колита (EL3) [Результат голосования: 100% согласных].

8. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Эндоскопическая дилатация структур при болезни Крона в опытных руках является безопасной и эффективной альтернативой хирургического вмешательства и должна рассматриваться у некоторых пациентов, как вариант лечения [EL 2]. Наилучшие результаты получаются при коротких структурах (длиной до 4 см) и структуре анастомозов [EL2]. Эндоскопическое вмешательство при злокачественной структуре недопустимо [EL3] [Результаты голосования: 100% согласных].

9. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ВЗК

9.1 Система баллов при язвенном колите

Существуют эндоскопические критерии для оценки активности язвенного колита с получением соответствующего индекса.

Эндоскопический индекс тяжести язвенного колита (ulcerative colitis endoscopic index of severity - UCEIS) и колоноскопический индекс тяжести неспецифического язвенного колита (ulcerative colitis colonoscopic index of severity - UCCIS) получили официальное подтверждение [EL2]. Доступны и широко используются и другие эндоскопические системы балльной оценки тяжести заболевания, хотя им не хватает формального подтверждения [EL5] [Результаты голосования: 86% согласных]. Система оценки Mayo широко используется в рандомизированных контролируемых испытаниях для оценки эндоскопического ответа на проводимую терапию. Эндоскопическая ремиссия

определяется по шкале Mayo как ≤ 1 [EL1], однако полная эндоскопическая ремиссия должна быть ограничена количеством баллов 0 (нормальная или полностью исцелённая слизистая оболочка) [EL2] [Результат голосования: 100% согласных].

9.2 Система баллов при болезни Крона

Тяжесть поражения в новообразованном терминальном отделе тонкой кишки при рецидиве болезни Крона после хирургического лечения должна оцениваться по шкале Rutgeerts [EL3] [Результаты голосования: 93% согласных]. Эндоскопический индекс тяжести болезни Крона (Crohn's disease endoscopic index of severity - CDEIS) [EL1] и простая эндоскопическая оценка болезни Крона (simple endoscopic score for Crohn's disease - SES-CD) [EL1] являются подтверждаемыми и воспроизводимыми системами изучения слизистой оболочки для оценки активности болезни Крона, но решения по их использованию в повседневной клинической практике до сих пор не принято [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных]. В них нет чёткого подтверждения восстановления слизистой оболочки при болезни Крона. Эндоскопические критерии активности заболевания должны включать в себя точное описание аномальных изменений в каждом сегменте, и, когда это возможно, соответствовать утвержденным показателям [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных].

10. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

10.1 Эндоскопические критерии активности и прогноза язвенного колита.

Заживление слизистой оболочки при язвенном колите приводит к снижению риска клинического рецидива, госпитализации и колэктомии, а также к уменьшению риска развития неоплазии [EL2] [Результаты голосования: 100% согласных]. Заживление слизистой оболочки оценивается в момент исследования осмотром в белом свете; оценка изменений может быть дополнена ZOOM и привести к уточнению прогноза заболевания [EL2] [Результаты голосования: 86% согласных].

10.2 Эндоскопические критерии активности и прогноза болезни Крона

Формально, при отсутствии подтверждающего описания, заживление слизистой оболочки может быть определено либо как отсутствие изъязвлений, либо как оценка 0 по индексу CDEIS или SES-CD [EL3] [результат голосования: 100% согласных]. Заживление слизистой оболочки связано с терапией болезни Крона и приводит к кратковременному снижению риска рецидива, количества госпитализаций и необходимости

операции [EL2] [результат голосования: 100% согласных]. Ранние послеоперационные рецидивы по результатам эндоскопического исследования (индекс Rutgeerts ≥ i2) приводят к более частым повторным хирургическим вмешательствам [EL1]. Поэтому необходимо рассматривать медицинскую адаптацию таких лиц [EL2] [Результат голосования: 100% согласных].

11. ЭНДОСКОПИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

11.1 Капсульная эндоскопия у пациентов с подозрением на болезнь Крона

Капсульная эндоскопия может быть первым этапом диагностики болезни Крона у пациентов с подозрением на данное заболевание, но отрицательными результатами илеоколоноскопии. При этом должны отсутствовать симптомы обструкции или стеноза. У пациентов с обструкцией методом выбора является магнитно-резонансная или компьютерная энтерография [EL2] [Результаты голосования: 93% согласных].

11.2 Диагностическая точность

Капсульная эндоскопия тонкой кишки имеет высокую отрицательную прогностическую ценность для болезни Крона тонкой кишки [EL 4] [Результаты голосования: 100% согласных].

Эндоскопическая дифференциальная диагностика болезни Крона тонкой кишки от поражений, вызванных лекарственными препаратами или другими болезнями, является ненадежной [EL3]. При подозрении на болезнь Крона приём нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) должен быть прекращён, по крайней мере, за 4 недели до момента капсульной эндоскопии тонкой кишки [EL4] [Результаты голосования: 100% согласных].

Возможность обнаружения болезни Крона тонкой кишки с помощью капсульной эндоскопии может быть повышена путем отбора пациентов на основании дополнительных симптомов, таких как типичные вне-кишечные проявления, маркеры воспаления и / или наличие калпротектина в кале [EL3] [Результаты голосования: 100% согласных].

11.3 Капсульная эндоскопия у пациентов с подтверждённой болезнью Крона

Магнитно-резонансная и компьютерная энтерография являются более предпочтительными методами исследования, чем капсульная эндоскопия, так как позволяют определить обструктивные поражения, оценить трансмуральный характер заболевания и его анатомическую локализацию, а также наличие вне-просветного поражения [EL2] [Результаты голосования: 93% согласных].

11.4 Капсульная эндоскопия тонкой и толстой кишки у больных с язвенным колитом

На сегодняшний день существует достаточно данных, поддерживающих использование капсульной эндоскопии тонкой или толстой кишки для диагностики или мониторинга пациентов с язвенным колитом [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных].

11.5 Задержка капсулы при ВЗК

У больных с установленной болезнью Крона перед капсульной эндоскопией тонкой кишки необходимо выполнить МР- / КТ-энтерографию или пробное введение капсулы для оценки наличия стеноза, который может привести к задержке капсулы [EL2] [Результаты голосования: 100% согласных].

12. РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ОБНАРУЖЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ИЛИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ВЗК

12.1 Эпидемиология, факторы риска

Пациенты с многолетним анамнезом язвенного колита и болезнью Крона имеют повышенный риск развития колоректального рака (CRC) по сравнению с населением в целом [EL2] [Результаты голосования: 93% согласных]. Различные исследования указывают уровень развития CRC 3,7-5,7%.

Риск развития колоректального рака выше у пациентов с обширным поражением кишечника, промежуточный – у пациентов с поражением левых отделов, и самый низкий в случае проктита [EL2]. Пациенты с тяжелым воспалением, сопутствующим первичным склерозирующими холангитом (ПСХ) и семейным анамнезом CRC имеют максимальный риск развития рака [EL2] [Результаты голосования: 100% согласных].

12.2 Скрининговая эндоскопия

Скрининговая колоноскопия позволяет обнаружить дисплазию и ранние формы CRC, что может привести к улучшению прогноза лечения этих пациентов [EL4] [Результаты голосования: 100% согласных].

Скрининговая колоноскопия должна предлагаться на 8 год после появления кишечных симптомов прежде, чем оценить степень заболевания [EL5] [Голосование Результаты: 100% согласных].

Текущий скрининг должен выполняться всем пациентам, кроме тех, у кого проктит или болезнь Крона протекает с поражением только одного участка толстой кишки [EL4] [Результаты голосования: 100% согласных]. В случае, если нет четких данных для определения интервалов наблюдений, выстраиваются индивидуальные промежутки на основе следующих рекомендаций [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных]:

а) Пациентам с высоким риском развития CRC (стриктура или дисплазия, обнаруженные в течение последних 5 лет, обширный колит с тяжелой активностью воспаления, семейный анамнез CRC с выявленным случаем менее чем 50 лет назад) колоноскопия должна выполняться 1 раз в год [EL4] [Результаты голосования: 93% согласных];

б) Пациентам с промежуточными факторами риска следует выполнять колоноскопию один раз в 2–3 года. Промежуточные факторы риска включают в себя обширный колит с легкой или умеренной активностью воспаления, больных после удаления воспалительных полипов или семейным анамнезом CRC с выявленным случаем 50 или более лет назад [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных];

в) Остальные пациенты должны проходить колоноскопию один раз в 5 лет [EL4] [Результаты голосования: 93% согласных].

Эффективная подготовка кишечника, тщательный осмотр при медленном выведении аппарата и использование эндоскопического оборудования с высоким разрешением являются предпочтительными для обнаружения дисплазии [EL4] [Результаты голосования: 100% согласных].

Во время колоноскопии должны выполняться тотальная хромоскопия толстой кишки с применением метиленового синего или индиго кармина и прицельная биопсия выявленных поражений [EL2]. В случае, если провести хромоэндоскопию невозможно, необходимо выполнить случайные биопсии (по 4 каждые 10 см кишки) [EL3]. Однако информативность этого метода в обнаружении опухолевого поражения всё равно ниже, чем хромоэндоскопия [EL2] [Результаты голосования: 100% согласных].

Другие методы улучшения изображения, такие как NBI или AFI, убедительно не превосходят эндоскопию с осмотром в белом свете или хромоэндоскопию в обнаружении опухолевых поражений. Таким образом, в настоящее время они не могут быть рекомендованы для скрининга колитов [EL2] [Результаты голосования: 93% согласных].

12.3 Диагностика дисплазии

Обнаружение дисплазии должно быть подтверждено независимым патологоанатомом, специализирующимся на желудочно-кишечном тракте [EL2] [Результаты голосования: 100% согласных].

Участок слизистой оболочки с дисплазией должен быть полностью резецирован опытным эндоскопистом, независимо от степени дисплазии и локализации поражения. При отсутствии дисплазии в окружающей слизистой оболочке необходимо продолжать

проводить тщательную скрининговую колоноскопию [EL1]. В случае, если эндоскопическая резекция невозможна, должно быть рекомендовано хирургическое вмешательство [EL4] [Результаты голосования: 100% согласных].

В случае обнаружения по результатам гистологического исследования дисплазии любой степени и отсутствии видимых поражений при эндоскопическом осмотре, необходимо срочно повторить хромоэндоскопию, которая должна быть выполнена опытным эндоскопистом [EL5] [Результаты голосования: 100% согласных].

Обнаружение adenокарциномы в подобной ситуации требует хирургического лечения без повторной эндоскопии [EL3] [Результаты голосования: 100% согласных].

Пациент с подтвержденной дисплазией низкой степени должен пройти повторную хромоэндоскопию с дополнительными случайными биопсиями в течение 3 месяцев [EL5] [Результаты голосования: 93% согласных].

Опубликовано онлайн:
20 сентября 2013 года

Journal of Crohn's and Colitis (2013) 7, 982–1018

Перевод Д.А. Черных

КЛАССИФИКАЦИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

I. По протяженности поражения

Таблица 1. Монреальская классификация ЯК по протяженности поражения

Проктит	Поражение ограничено прямой кишкой
Левосторонний колит	Поражение распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит)
Тотальный колит	(Включая субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным ileитом)

II. По характеру течения

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания):
 - С фульминантным началом.
 - С постепенным началом.
2. Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии).

3. Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии):

1. Редко рецидивирующее (1 раз в год или реже).
2. Часто рецидивирующее (2 и более раз в год).

III. По тяжести текущего обострения (атаки)

Таблица 2. Тяжесть атаки ЯК согласно критериям Truelove-Witts

	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Частота дефекаций с кровью	<4	≥4, если:	≥6, если:
Пульс		≤90 уд/мин	>90 уд/мин или
Температура		≤37,5°C	>37,5°C или
Гемоглобин		≥105 г/л	<105 г/л или
СОЭ		≤30 мм/ч	>30 мм/ч
Контактная ранимость слизистой оболочки толстой кишки	Нет	Есть	Есть

Таблица 3. Тяжесть атаки согласно Индексу активности ЯК (индексу Мейо)

Значение индекса	0	1	2	3
Частота стула	Обычная	на 1–2/день больше обычной	на 3–4/день больше обычной	на 5/день больше обычной
Примесь крови в стуле	Нет	Прожилки	Видимая кровь	Преимущественно кровь
Состояние слизистой оболочки	Норма	Легкая ранимость (1 балл по шкале Schroeder)	Умеренная ранимость (2 балла по шкале Schroeder)	Выраженная ранимость (3 балла по шкале Schroeder)
Общая оценка состояние врачом	Норма	Удовлетворительное состояние	Состояние средней тяжести	Тяжелое состояние

Среднетяжелая и тяжелая атака констатируются при значении индекса (сумма оценок по 4 параметрам) от 6 и выше

IV. Эндоскопическая активность язвенного колита

Таблица 4. Классификация ЯК в зависимости от эндоскопической активности (по Schroeder)

0	1 (минимальная активность)	2 (умеренная активность)	3 (выраженная активность)
Норма или неактивное заболевание	Гиперемия, смазанный сосудистый рисунок. Контактная ранимость отсутствует	Выраженная гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, контактная ранимость, эрозии	Спонтанная ранимость, изъязвления

1. Silverberg MS, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a working party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. Can J Gastroenterol 2005;19(Suppl A):5–36.

2. Truelove SC et al. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. Br Med J 1955;2:1041–8.

3. Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study. N Engl J Med 1987;317:1625–9.

Венская классификация болезни Крона (1998 г) с Монреальской модификацией (2005 г)

Возраст при установлении диагноза – возраст, когда диагноз болезни Крона был впервые окончательно установлен рентгенологически, эндоскопически, гистологически или оперативным путем.

A1 – 16 лет и младше

A2 – 17–40 лет

A3 – старше 40 лет

Локализация поражения – максимальная степень проявления болезни в любое время перед первой резекцией. Минимальная степень определена как любое афтозное повреждение или изъязвление. Недостаточны гиперемия и отек слизистой оболочки. Для характеристики требуется, по меньшей мере, исследование тонкой и толстой кишки.

L1 – Терминальный илеит(процесс ограничен пределами подвздошной кишки (нижняя треть тонкой кишки) с проникновением в слепую кишку или без этого).

L2 – Колит – любая локализация в толстой кишке между слепой и прямой кишкой без вовлечения тонкой кишки или верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

L3 – Илеоколит – поражение терминального отдела подвздошной кишки с вовлечением слепой кишки или без нее, и любая локализация между восходящим отделом толстой кишки и прямой кишкой.

L4 – Верхний отдел ЖКТ – любая локализация процесса проксимальнее терминального отдела подвздошной кишки (исключая полость рта).

Клинические формы БК:

B1 – воспалительная формавариант течения заболевания, которое никогда не имело осложнений.

B2 – стриктурирующая форма(возникновение постоянного сужения просвета кишки, верифицированное рентгенологическими, эндоскопическими или хирургическими-гистологическими методами, с престенотическим расширением или симптомами обструкции без наличия пенетрирующей формы болезни в любое время).

B3 – пенетрирующая форма(возникновение интраабдоминальных свищей, воспалительной массы и/или абсцесса в любое время в течении болезни. Исключены перианальные свищи, язвы и абсцессы, послеоперационные внутрибрюшные осложнения и перианальные поражения кожи).

р – перианальная болезнь Крона, м.б. добавлена к любой форме БК.