

УДК (616.344-002-031.84 + 616.348-002):616-072.1

К.У. БАТЫРБЕКОВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Астана, Республика Казахстан

ОСНОВЫ И СЛОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА



Основой статьи стала весьма важная проблема современной гастроэнтерологии – проблема воспалительных заболеваний кишечника. Отражены современные аспекты эпидемиологии, симптоматологии и проблемы эндоскопической диагностики воспалительных заболеваний кишечника.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, эндоскопия, болезнь Крона, язвенный колит.

К воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) относят болезнь Крона и язвенный колит – хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, которые протекают с периодами обострений и ремиссий (отсутствие симптомов). Течение воспалительных заболеваний кишечника может быть длительным и изнуряющим, кроме того, иногда возникают опасные для жизни осложнения: кровотечения, опухолевая трансформация, перитонит.

Распространенность ВЗК имеет высокую территориальную вариабельность. Так, частота язвенного колита по данным разных авторов составляет от 21 до 268 случаев, а болезни Крона от 9 до 199 случаев на 100 тыс. населения, достигая максимальных показателей в странах Скандинавии, Северной Америке, Канаде, Израиле. Прирост заболеваемости для язвенного колита 5-20 случаев в год, для болезни Крона – 5-15 случаев в год на 100 тыс. населения. Распространенность язвенного колита всегда превышает распространенность болезни Крона, хотя рост заболеваемости данной нозологией в последние 20 лет опережает рост заболеваемости язвенным колитом, что можно объяснить не только истинным приростом заболеваемости, но и улучшением диагностики данной группы заболеваний благодаря структуризации диагностических критериев. Отмечается более высокая заболеваемость в северных странах по сравнению с южными, что пока не удается объяснить какими-либо внешними факторами. В 30-50% случаев ВЗК манифестируют в детском возрасте [1].

Воспалительные заболевания кишечника развиваются преимущественно у молодых людей – средний возраст пациентов составляет 20 – 40 лет. Во время обострения появляются характерные клинические проявления заболе-

вания: длительная и частая диарея, сильные боли в животе, примесь крови в стуле, а также повышение температуры, снижение аппетита, общая слабость, потеря веса и другие симптомы. Могут быть также внекишечные проявления, например, воспаление глаз, боли в суставах, высыпания на коже. Выраженность клинических признаков отличается у разных людей. При наступлении ремиссии самочувствие пациента улучшается. Продолжительность периодов обострений и ремиссии также является индивидуальной.

На сегодняшний день причины возникновения ВЗК неизвестны. Считается, что болезнь формируется на фоне сочетания таких факторов, как наследственная предрасположенность, определенные факторы окружающей среды и нарушения иммунитета.

Характеристика симптомов в целом зависит от пораженной части желудочно-кишечного тракта, симптомы могут быть от относительно лёгких и до тяжёлых.

Болезнь Крона начинается исподволь, беспокоят боли в животе, периодические поносы (без слизи и крови), а также общие явления надвигающегося заболевания: периодические подъемы температуры тела, постоянная или временно наступающая слабость, быстрая утомляемость, «беспричинное» похудение больных, боли в суставах, раздражительность и др.

Для язвенного колита типичны острые явления начала заболевания: появление поноса с кровью и слизью, ухудшение общего самочувствия, слабость, быстрая утомляемость, нередко – повышение температуры тела с ознобами.

Пациенты с ВЗК могут чувствовать себя здоровыми людьми, пока их болезнь не активна. При развитии обострения из-за ярко выраженных симптомов болезнь осложняет жизнь человека в обществе: создает трудности в выстраи-

Контакты: Батырбеков Канат Умирзакович, врач-эндоскопист, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Астана, РК. Тел.: + 7 707 47 44 80, e-mail: dr.kanat77@mail.ru.

Contacts: Kanat U. Batyrbekov, Endoscopist, Scientific-Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Astana c., RK. Ph.: + 7 707 474 480, e-mail: dr.kanat77@mail.ru

вании личной жизни и семейных отношений, препятствует обучению и развитию карьеры. Безусловно, все это не может не сказываться и на эмоциональном состоянии пациента. Так, при наличии поноса, когда возникает необходимость ходить в туалет 5-10 раз в день, человек не может спать ночью и с трудом добираться до работы, быстро развивается утомление, необходимость постоянно думать о ближайшем туалете угнетает. Поход в магазин или поездка в транспорте из-за проблем со стулом ведут к постоянной тревоге и беспокойству. Развитие осложнений может привести к раннему выходу на инвалидность или даже летальному исходу.

К основным критериям эндоскопической диагностики ВЗК (согласно European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease) относят: отсутствие или смазанность сосудистого рисунка слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, эритему, зернистость, ранимость и кровоточивость, эрозии, афтозные язвы, стенозы, поствоспалительные полипы (псевдополипы) [2].

Сложность эндоскопической диагностики ВЗК – это отсутствие видимых воспалительных явлений, что может соответствовать видам микроскопического колита, а именно лимфоцитарному или коллагенозному колиту.

Критерии диагностики микроскопического колита: женщины болеют в 3-8 раз чаще, в большинстве случаев это идиопатический колит, но может сопутствовать целиакии и аутоиммунным заболеваниям, интраэпителиальные лимфоциты более 10/100, оценка толщины коллагеновых пучков.

При эндоскопической диагностике микроскопического колита по рекомендациям ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) во время колоноскопии обязательным условием является взятие биопсии из разных отделов толстого кишечника и не менее 2-х кусочков и в разные флаконы [3]!!!

Эндоскопически видимое воспаление:

1. Воспалительные заболевания кишечника
2. Лучевой проктит/колит
3. Ишемический
4. Инфекционный
5. Медикаментозно-индуцированный
6. Обструктивный (проксимальнее стеноза)
7. Нейтропенический
8. Дивертикулит.

К основным моментам эндоскопической диагностики ВЗК можно отнести:

1. Первичный эндоскопический диагноз желательно выставлять до начала лечения, так как во время лечения эндоскопическая картина смазывается и даже зачастую ухудшается и морфологическая верификация.

2. При первичной диагностике учитывают локализацию и распространенность процесса, оценивают активность воспаления.

3. Обязательная интубация подвздошной кишки и взятие биопсии из этого отдела, так как частота возвратного илеита при панколите достигает 20%.

4. Обязательная биопсия для морфологической верификации. Биопсия берется по меньшей мере по 2 фрагмента из каждого отдела толстого кишечника (терминальный отдел подвздошной кишки, восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая, сигмовидная, прямая кишка).

5. Эзофагогастродуоденоскопия при ВЗК по европейским рекомендациям не обязательна, но желательна.

6. Повторная колоноскопия проводится в ходе лечения для уточнения диагноза, сравнения распространенности воспаления, сравнения активности воспаления, а также при возникновении новых симптомов, рефрактерности, возврате симптомов и для оценки эффективности хирургического лечения и оценки необходимости хирургического лечения.

7. Дальнейшее наблюдение пациентов с ВЗК с целью онкологического скрининга. Пациенты с ВЗК имеют повышенный риск возникновения колоректального рака (КРР), так как дисплазия эпителия при ВЗК гораздо быстрее прогрессирует в карциному, чем дисплазия в аденоме. Диагностика дисплазии и карциномы на ранней стадии на фоне воспаления затруднена.

Согласно рекомендациям ASGE (Summary recommendations for surveillance and management of dysplasia in patients with IBD) при выявлении дисплазии у пациентов с ВЗК требуется эндоскопическое наблюдение, эндоскопическое удаление, а в случае «невидимой дисплазии» направление пациента на HD-колоноскопию с высоким разрешением и хромоэндоскопию.

ВЫВОДЫ

1. Диагностический поиск при ВЗК может быть только мультидисциплинарным.

2. Гастроэнтерологу следует ставить перед эндоскопистом и патоморфологом четкие задачи с учетом клинических данных.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Автор не получал гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Shergill A.K., Lightdale J.R., Bruining D.H., R.D. Acosta, V. Chandrasekhara. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease // *Gastrointest Endosc.* – 2015. – Vol. 81 (5). – P. 1101–1121.13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2014.10.030>

2 Annese V. et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease // *Journal of Crohn's and Colitis* – 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.09.016>. http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2013-JCC_ECCO_Endoscopy_Consensus_10_2013_inPress.pdf

3 Lonnfors S. et al. IBD and health related quality of life – Discovering the true impact // *Journal of Crohn's and Colitis.* – 2014. – Vol. 8. – P. 1281–1286. doi: 10.1016/j.crohns.2014.03.005. Epub 2014 Mar 21

REFERENCES

1 Shergill AK, Lightdale JR, Bruining DH, Acosta RD, Chandrasekhara V. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(5):1101–1121.e13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2014.10.030>

2 Annese V, et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *Journal of*

Crohn's and Colitis 2013. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.09.016>. http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2013-JCC_ECCO_Endoscopy_Consensus_10_2013_inPress.pdf

3 Lonnfors S. et al. IBD and health related quality of life – Discovering the true impact. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014;8:1281–6. doi: 10.1016/j.crohns.2014.03.005. Epub 2014 Mar 21.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Қ.Ө. БАТЫРБЕКОВ

Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институты, Астана қ., Қазақстан Республикасы

ІШЕКТІҢ ҚАБЫНБАЛЫ АУРУЛАРЫНА ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ДИАГНОЗ ҚОЮДЫҢ НЕГІЗДЕРІ МЕН ҚИЫНШЫЛЫҚТАРЫ

Қазіргі заманғы гастроэнтерологияның аса маңызды мәселесі – ішектің қабынбалы ауруларының мәселесі мақаланың негізін

құрады. Эпидемиология, симптоматологияның заманауи аспектілері мен ішектің қабынбалы ауруларына эндоскопиялық диагноз қою мәселелері көрсетілген.

Негізгі сөздер: ішектің қабыну ауруы, эндоскопия, Крон ауруы, ойықжаралы колит.

S U M M A R Y

K.U. BATYRBEKOV

Scientific-Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Astana c., Republic of Kazakhstan

THE BASICS AND DIFFICULTIES OF ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

The basis of the article is the very important problem of modern gastroenterology – the problem of inflammatory bowel diseases. Modern aspects of epidemiology, symptomatology and problems of endoscopic diagnosis of inflammatory bowel diseases are presented.

Key words: inflammatory bowel disease, endoscopy, Crohn's disease, ulcerative colitis.

Для ссылки: Батырбеков К.У. Основы и сложности эндоскопической диагностики воспалительных заболеваний кишечника // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – No 9 (183). – P. 36-38

Статья поступила в редакцию 18.08.2017 г.

Статья принята в печать 11.09.2017 г.