



О. С. Примак

Медичний центр ТОВ «Хелс Клінік», Вінниця

Комп'ютерна томографія у хворих на запальні захворювання кишечника: чи доцільно її використання у рутинній практиці?

Мета — оцінити використання комп'ютерної томографії (КТ) як методу, який можна використовувати в рутинній практиці для діагностики у пацієнтів з підозрою на запальні захворювання кишечника (ЗЗК).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 72 амбулаторних карток пацієнтів з підозрою на ЗЗК або установленними діагнозами виразкового коліту (ВК) чи хвороби Крона (ХК). Усім пацієнтам було проведено КТ на 64-зрізовому спіральному комп'ютерному томографі Aquilion-64 з подвійним контрастуванням (пероральне та внутрішньовенне) для первинної діагностики ЗЗК або оцінки ефективності лікування. Пацієнтів було розподілено на три групи: з підозрою на ЗЗК, з установленними діагнозами ВК та ХК, особи, які перебувають на диспансерному обліку з приводу ЗЗК, в яких КТ використовували для оцінки ефективності лікування.

Результати. У пацієнтів 1-ї групи КТ підтвердила діагнози ВК та ХК (так само, як і ендоскопію), дала змогу виявити термінальний ілеїт та початкову стадію ВК без візуальних змін на слизовій оболонці при ендоскопії, але з ознаками запалення за результатами гістологічного дослідження, заперечити ЗЗК, діагностувати інші захворювання (дивертикуліт, псевдомембранозний коліт). У 2-й групі за допомогою КТ вдалося підтвердити чи спростувати попередньо встановлені діагнози ВК та ХК, виявити супутню патологію на ранньому етапі (первинний склерозуючий холангіт та гепатоцелюлярну карциному). У 3-й групі за допомогою КТ вдалось оцінити ефективність лікування у пацієнтів з ВК та ХК, правильно обрати тактику лікування, виявити ускладнення.

Висновки. КТ слід використовувати в рутинній практиці для діагностики у пацієнтів з підозрою на ЗЗК, з установленними діагнозами ВК та ХК та для оцінки ефективності лікування.

Ключові слова: запальні захворювання кишечника, виразковий коліт, хвороба Крона, комп'ютерна томографія.

Під запальними захворюваннями кишечника (ЗЗК) розуміють хронічне запалення всього шлунково-кишкового тракту або його частини. До ЗЗК належать виразковий коліт (ВК) та хвороба Крона (ХК) [2]. Найскладнішою проблемою залишається діагностика цих захворювань. Згідно з епідеміологічними даними, оприлюдненими на конгресі Європейської організації хвороби Крона та коліту (2014) [4], тривалість періоду від моменту появи симптомів до встановлення діагнозу ВК у середньому становить 4,5 міс, ХК — 8,3 міс, а у деяких випадках обох діагнозів — понад 2 роки, що зумовлює пізній по-

чаток специфічного лікування та збільшує ризик виникнення ускладнень. Понад 1 млн осіб у США та 2,5 млн в Європі хворіють на ЗЗК. Більшості пацієнтів діагноз встановлюють на ранніх стадіях, проте захворюваність продовжує зростати. Випадки ЗЗК фіксують у промислово розвинених країнах Азії, Південної Америки, Близького Сходу, тому ЗЗК нині вважають глобальною хворобою [5].

Тенденція до зростання захворюваності на ЗЗК притаманна і Україні, однак в нашій країні діагноз встановлюють занадто пізно через недостатнє використання якісної комп'ютерної томографії (КТ) у пацієнтів з підозрою на ЗЗК.

За останнє десятиліття КТ стала широкодоступним обстеженням з можливістю інтерпретації результатів локально. Запропоновано нову систему стандартизації методів збору та методів інтерпретації зображень особливо щодо встановлення діагнозу ХК [3].

Діагноз ХК або ВК встановлює лікар-гастроентеролог на підставі даних анамнезу, клінічного обстеження, комбінації ендоскопічних, гістологічних, радіологічних (оглядова рентгенографія органів черевної порожнини (за потреби)) методів (ілеоколоноскопія з біопсією з термінального відділу клубової кишки, а також із кожного сегмента товстої кишки при підозрі на ХК та з ділянок прямої кишки при підозрі на ВК або лише сигмоїдоскопія при підозрі на ВК; капсульна ендоскопія тонкої кишки для пацієнтів з великою клінічною підозрою на ХК; трансабдомінальна ультрасонографія органів черевної порожнини; рентгенологічне обстеження органів черевної порожнини) та/або біохімічних досліджень (розгорнутий клінічний аналіз крові, визначення ШОЕ, вмісту С-реактивного білка, сечовини, креатиніну, електrolітів, печінкових ферментів, заліза, фекального калпротектину) [6]. КТ належить до обов'язкових інструментальних обстежень, яке слід виконувати лише при потреби [1].

Згідно з рекомендаціями Європейської організації хвороби Крона та коліту, золотого стандарту для встановлення діагнозу ВК та ХК не існує. Наявність ВК визначають на підставі клінічних, лабораторних, візуалізуючих та ендоскопічних даних, зокрема за результатами гістологічного дослідження [7].

КТ необхідно проводити пацієнтам зі звуженням кишечника, непрохідним для колоноскопа, та за неможливості взяти біоптат для гістологічного дослідження з метою заперечення ускладнень, зокрема злоякісних утворень [7].

У діагностиці ХК перевагу віддають ілеоскопії над радіологічними методами (магнітно-резонансна томографія (МРТ) та КТ), особливо для легких уражень. КТ доповнює ендоскопію та дає змогу виявити протяжність запалення (за потовщенням стінки при підсиленні внутрішньовенним контрастуванням), обструкцію та фістули як ускладнення ХК. КТ і МРТ є стандартами для оцінки стану лише тонкої кишки [6].

КТ — неінвазивний метод, який дає змогу отримати важливу та актуальну інформацію для діагностики та лікування пацієнтів зі встановленим діагнозом ЗЗК або підозрою на нього [8].

Мета дослідження — оцінити використання комп'ютерної томографії не лише як допоміжного методу для виявлення ускладнень, а і як тако-

го, котрий можна використовувати в рутинній практиці для діагностики у пацієнтів з підозрою на запальне захворювання кишечника.

Розглядали доцільність виконання КТ перед ендоскопією у пацієнтів з підозрою на ЗЗК для попередньої оцінки стану кишечника. Вивчали користь КТ щодо оцінки динаміки та розвитку можливих ускладнень при лікуванні хворих з підтвердженим ЗЗК.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз 72 амбулаторних карток пацієнтів з підозрою на ЗЗК або встановленим діагнозом ВК чи ХК. Пацієнтів розподілили на три групи: 29 (40,3%) звернулися вперше з підозрою на ЗЗК (на підставі клінічних та лабораторних даних), 11 (15,3%) звернулися вперше, але мали встановлений діагноз ВК або ХК (за даними колоноскопії та гістологічного дослідження), 32 (44,4%) перебували на диспансерному обліку з приводу ВК або ХК і лікувалися раніше або тривалий час (понад 1 рік).

Усім пацієнтам було проведено КТ на 64-зрізовому спіральному комп'ютерному томографі Aquilion-64 (Toshiba Medical Systems Corp.) з подвійним контрастуванням (пероральне та внутрішньовенне) для первинної діагностики ЗЗК або оцінки ефективності проведеного лікування.

Період спостереження за пацієнтами становив 10 років.

Результати та обговорення

У 1-й групі хворих усім пацієнтам, окрім клінічного обстеження та рутинних біохімічних аналізів, було проведено КТ на початковому етапі діагностики (до виконання ендоскопії). З них 5 (17,2%) пацієнтів мали типові скарги та лабораторні дані, характерні для ЗЗК (4 пацієнти з підозрою на ВК та 1 з підозрою на ХК). Після виконання КТ підозри підтверджено.

За результатами КТ, у пацієнтів з підозрою на ВК виявлено зміни (всі або більшість), характерні саме для ВК: безперервне рівномірне потовщення стінки нижніх відділів кишечника, шаруватість стінки за рахунок підслизового набряку, помірне контрастування слизової оболонки, ущільнення жирової клітковини, гіперваскуляризація брижі. Визначались регіонарні лімфатичні вузли. У пацієнтів з підозрою на ХК виявлено такі самі зміни (всі або більшість) стінки кишечника запального характеру, але вони були фокальними, локалізувалися переважно в термінальному відділі клубової кишки. У деяких випадках були наявні стриктури, фістули, абсцеси, характерні для ХК.

Усім пацієнтам було виконано ендоскопію з отриманням біоптатів з уражених відділів для гістологічного дослідження.

За результатами КТ діагнози ВК та ХК підтверджено. Всім пацієнтам було розпочато стандартну терапію: при легкому перебігу — похідні 5-аміносаліцилової кислоти (5-АСА) — сульфосалазину або месалазину, при середньому чи тяжкому ступені — кортикостероїди та/або будесонід. Пацієнтам, які не відповіли на таку терапію або у яких виник рецидив, було призначено курс імунобіологічної терапії.

У 8 (27,6 %) пацієнтів з підозрою на ЗЗК за результатами КТ було виявлено ознаки термінального ілеїту без активного запалення (потовщення стінки термінального відділу клубової кишки, шаруватість стінки кишечника за рахунок підслизової жирової інфільтрації, ліпоматоз ілеоцекального клапана, визначались регіонарні лімфатичні вузли). При виконанні ендоскопії слизова оболонка термінального відділу клубової кишки не мала візуальних змін, але за результатами гістологічного дослідження біоптатів з цієї зони встановлено ознаки хронічного запалення.

У 4 (13,8 %) пацієнтів на комп'ютерній томограмі було виявлено ознаки, характерні для ВК. При виконанні ендоскопії у цих пацієнтів були відсутні візуальні запальні зміни слизової оболонки, тоді як у всіх біоптатів були наявні ознаки запалення. Інфекційні причини заперечено. З огляду на ознаки запалення на комп'ютерній томограмі та гістологічні дані, наявність клініки та відсутність змін слизової оболонки кишечника всім пацієнтам було призначено похідні 5-АСА — сульфосалазин або месалазин у дозах, рекомендованих для ЗЗК легкого перебігу. Після терапії в усіх пацієнтів відзначено суб'єктивне поліпшення стану — скарги зникли.

У 8 (27,6 %) пацієнтів з підозрою на ЗЗК за результатами КТ патології шлунково-кишкового тракту не виявлено, ЗЗК було заперечено. Ці стани було розцінено як функціональні розлади та призначено відповідне лікування, яке дало позитивний ефект.

Ще у 3 (10,4 %) пацієнтів за результатами КТ було встановлено діагноз «дивертикуліт товстого кишечника», але при ендоскопічному обстеженні його не виявлено. Пацієнтам призначили специфічне лікування з позитивним ефектом.

В 1 (3,4 %) пацієнта за результатами КТ було виявлено потовщення стінки кишечника, «знак акордеону», кошлатий контур слизової оболонки, рідину в черевній порожнині, що дало підставу запідозрити та підтвердити псевдомембранозний коліт (позитивний результат тесту на наяв-

ність *C. difficile*). Пацієнту проведено специфічне лікування з позитивним ефектом.

У 2-й групі всім пацієнтам було виконано КТ для підтвердження діагнозу та оцінки тяжкості враження стінки кишечника, виявлення можливих ускладнень чи протипоказань до запланованої терапії.

У 8 (72,7 %) пацієнтів ускладнень чи протипоказань до запланованої терапії не виявлено, з них у 4 пацієнтів з попередньо встановленим діагнозом ВК після виконання КТ виявлено ураження не лише нижніх відділів кишечника, а і термінальний ілеїт, що зумовило підозру щодо ХК. Пацієнтам повторно виконано ендоскопію з гістологічним дослідженням біоптатів з усіх частин кишечника. За результатами КТ та ендоскопії діагноз ВК було заперечено і встановлено діагноз ХК. Усім пацієнтам призначено базову терапію залежно від перебігу захворювання. Пацієнти з легким перебігом ВК або ХК отримували похідні 5-АСА — сульфосалазин або месалазин, особи із середнім або тяжким ступенем — кортикостероїди та/або будесонід. Отримано позитивний ефект. Пацієнтам, які не відповіли на базову терапію або в яких виник рецидив, було призначено курс імунобіологічної терапії з позитивним ефектом.

У 2 (18,2 %) пацієнтів з ВК за результатами КТ було виявлено значне потовщення (8 мм та більше) стінки товстого кишечника. За даними ендоскопії у них діагностовано псевдополіпоз усіх уражених відділів товстого кишечника. Одразу розпочато імунобіологічну терапію.

В 1 (9,1 %) пацієнтки з ВК за результатами КТ було виявлено супутню патологію — первинний склерозуючий холангіт та запідозрено гепатоцелюлярну карциному. Результати додаткових обстежень підтвердили наявність гепатоцелюлярної карциноми. Враховуючи те, що карциному було виявлено на ранній стадії, пацієнтку було успішно проліковано.

У 3-й групі пацієнтам було виконано КТ до початку лікування, після нього або через 2 роки після початку.

У 20 (62,5 %) пацієнтів на тлі лікування за результатами КТ відзначено поліпшення — зменшення інфільтративних змін, абсцесів, протяжності та ступеня запальних змін порівняно з вихідними даними. Всім було рекомендовано продовжити лікування з періодичним контролем. Незважаючи на те, що у 5 хворих залишалися скарги, характерні для активного процесу, їх стан було розцінено як відповідь на терапію з позитивною динамікою за даними КТ. Їм також було рекомендовано продовжити лікування з періо-

дичним контролем. Згодом у цих пацієнтів скарги зникли, загальний стан поліпшився.

У 9 (28,2 %) пацієнтів, які приймали базову терапію (похідні 5-АСА або кортикостероїди/будесонід), не відзначено позитивної динаміки за результатами КТ, хоча клінічні та лабораторні дані поліпшилися. Було прийнято рішення розпочати імунобіологічну терапію. Через 1 рік лікування стан кишечника у цих пацієнтів за результатами КТ значно поліпшився. Імунобіологічну терапію було продовжено.

В 1 (3,1 %) хворого з ВК після тривалого лікування було виявлено онкологічне утворення товстого кишечника, ще в 1 (%) пацієнта з ХК — конгломератне утворення із залученням сигмоподібної та клубової кишок. Ці пацієнти були направлені у високоспеціалізовані заклади для вирішення питання щодо подальшої лікувальної тактики. Дані щодо стану цих пацієнтів відсутні.

В 1 (3,1 %) пацієнтки з ХК після проходження успішного курсу імунобіологічної терапії відзначено позитивну динаміку стану товстого кишеч-

ника за даними КТ, але виявлено звуження анального отвору, яке виникло як ускладнення позакишкових нориць. Проведено успішне хірургічне втручання.

Висновки

На нашу думку, КТ доцільно використовувати в рутинній практиці для діагностики у пацієнтів з підозрою на ЗЗК.

КТ, проведена до ендоскопії, дає змогу визначити ступінь та локалізацію ураження стінки кишечника та прицільно взяти біоптат (навіть за відсутності візуальних змін слизової оболонки при ендоскопії), а також визначити стоншення стінки, локалізацію перегинів та звужень для обережного виконання ендоскопії або застосування загальної анестезії.

Оскільки клінічні та лабораторні дані не завжди відображують реальну картину стану кишечника, КТ можна рекомендувати як оптимальний метод для оцінки стану пацієнтів до лікування та після.

Конфлікту інтересів немає.

Список літератури

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)». — Наказ міністерства охорони здоров'я України, 11.02.2016 № 90.
2. Diseases and Conditions Inflammatory bowel disease (IBD): (Mayo Clinic, Feb. 18, 2015) [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/inflammatory-bowel-disease/basics/definition/con-20034908>.
3. Fletcher J.G. Computed tomography enterography and inflammatory bowel disease // Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. — 2017. — N 1. — P 205—215.
4. Gan G., Tezel A., Unsal G. et al. Time-to-diagnosis in inflammatory bowel disease // Poster presentations: Epidemiology, 9th Congress of ECCO. — 2014. — P. 586.
5. Gilaad Kaplan G. The global burden of IBD: from 2015 to 2025 // Nature Reviews Gastroenterol Hepatol. — 2015. — N 12. — P. 720—727.
6. Gomollón F., Dignass A., Annese V. et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management (ECCO Guidelines) // J. Crohn's and Colitis. — 2017. — N 11 (1). — P. 3—25.
7. Magro F., Gionchetti P., Eliakim R. et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorder (ECCO Guidelines) // J. Crohn's and Colitis. — 2017. — N 11 (6). — P. 649—670.
8. Park M.J., Lim J.S. Computed tomography enterography for evaluation of inflammatory bowel disease // Clin. Endosc. — 2013. — N 46 (4). — P. 327—366.

О. С. Примак

Медицинский центр ООО «Хелс Клиник», Винница

Компьютерная томография у больных с воспалительными заболеваниями кишечника: целесообразно ли ее использование в рутинной практике?

Цель — оценить использование компьютерной томографии (КТ) как метода, который можно использовать в рутинной практике для диагностики у пациентов с подозрением на воспалительные заболевания кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 72 амбулаторных карточек пациентов с подозрением на ВЗК или установленными диагнозами язвенного колита (ЯК) или болезни Крона (БК).