

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА

Симонова Е.В., Бойко Т.И.

Диагностическое отделение, отделение заболеваний кишечника,
Институт гастроэнтерологии АМН Украины, Днепропетровск

Endoscopic Diagnostics of Crohn's Disease — the Literature Review

E.V. Simonova, T.I. Boyko

Department of diagnostics, Department of intestinal diseases, Institute of Gastroenterology, AMS of Ukraine, Dnipropetrovsk

Received: March 7, 2011

Accepted: April 12, 2011

Адреса для кореспонденції:

Інститут гастроентерології АМН України
Проспект газети "Правда", 96
49074, Дніпропетровськ, Україна
тел. +38-0562-27-59-16

Summary

The article is devoted to the endoscopic methods of Crohn's disease diagnostics (ileocolonoscopy, esophagogastroduodenoscopy, capsule endoscopy and other), differential diagnosis of Crohn's disease, assessing disease activity.

Key words: Crohn's disease, diagnostics, endoscopy.

В 1932 г. Crohn B. при сотрудничестве с Ginsburg L. и Oppenheimer G. впервые подробно описал клиническую картину гранулематозного терминального илеита (*"regional ileitis"*) и представил классификацию этого заболевания. Дальнейшие исследования показали, что болезнь Крона может поражать любой отдел желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Воспалительный процесс распространяется не только на слизистую оболочку, но может поражать все слои кишечной стенки с преобладанием изменений в подслизистом слое.

Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным, гранулематозным воспалением с сегментарным

поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта, с возможными системными и внекишечными осложнениями. В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости БК не только в Европе, но и в Украине и других странах постсоветского пространства. По данным последних эпидемиологических исследований, ежегодная заболеваемость БК в Европе составляет 5,6 случаев на 100 000 населения, при этом наибольший градиент наблюдается в Скандинавских странах — 9,2 на 100 000 населения [2,4,6,11].

Причины, вызывающие хронический воспалительный процесс в кишечнике при БК, остаются предметом поиска исследователей. БК называют одним из самых загадочных заболеваний XX века, которое не желает раскрывать свои тайны [3]. В последние годы наибольший прогресс достигнут в изучении иммуногенетической теории происхождения заболевания. Вирусной или бактериальной причиной можно объяснить только острое начало заболевания, а объяснение его хронического течения следует искать в иммунологических нарушениях. Особенностью иммунного ответа при БК является неспособность закончить острое воспаление, в

результате чего оно переходит в хроническое. Возможные этиологические факторы, такие как вирусы, бактерии, пища, токсины и т.п. рассматриваются как участники патогенеза. Как триггеры они способны вызывать начало цепной реакции. Недостаточность иммунной регуляции приводит к неконтролируемым ответам на различные агенты, что в свою очередь обуславливает местное повреждение тканей и развитие локального воспаления. В дальнейшем включаются эндогенные факторы, в частности, нейроэндокринная система [1-4,6].

БК характеризуется волнообразным течением с чередованием периодов обострений и бессимптомных или малосимптомных ремиссий. Симптомы заболевания разнообразны, но к наиболее характерным относятся диарея, длящаяся более 6 недель, абдоминальная боль и/или потеря в весе [4-6,9].

В клинике выделяют кишечные и внекишечные проявления. Кишечные проявления болезни во многом зависят от локализации патологического процесса и проявляются болевым, диспептическим синдромами и нарушением всасывания. Было установлено, что клиническое течение БК имеет ряд особенностей и закономерностей, зависящих от глубины поражения кишечной стенки, локализации очага поражения и активности воспалительного процесса в кишечнике [3,4,18]. В последние годы установлено, что имеет значение возраст пациента на момент появления первых симптомов болезни. Так, в Монреальской классификации БК (2005) выделяют группы пациентов, которые заболели в возрасте до 17 лет, с 17 до 40 и после 40 лет [14].

Различия в течении болезни позволили выделить следующие формы БК: фистулизирующую (пенетрирующую) с формированием свищей и фистул, стенозирующую (формирование стеноза участка кишечника) и нестенозирующую/нефистулизирующую форму БК [4,5,14].

В зависимости от локализации выделяют четыре формы БК:

1. Энтерит (илеит) — изолированное поражение тонкой кишки наблюдается в 25-30% случаев; при этом наиболее часто в патологический процесс вовлекается терминальный отдел подвздошной кишки.
2. Илеоколит — наиболее распространенная форма БК; на долю сочетанного поражения тонкой и толстой кишки, по данным различных авторов, приходится от 40% до 65%.
3. Колит — изолированное поражение толстой кишки при БК отмечается у 15-25% пациентов; правые отделы вовлекаются в патологический процесс чаще, чем левые. Учитывая изолированную и смешанную форму поражения ЖКТ,

воспалительные изменения в толстой кишке (ТК) наблюдаются у 2/3 пациентов с БК. Несмотря на то, что поражение прямой кишки при этой патологии встречается редко (лишь в 11-30% случаев), изменения аноректальной зоны (анальные трещины, парапроктиты, свищи, абсцессы и т.д.) отмечаются у 30-40% больных.

4. Поражение верхних отделов ЖКТ (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка) выявляется в 5% случаев [5].

В 2006 г. Европейской организацией по изучению воспалительных заболеваний кишечника (*European Crohn's and Colitis Organization — ECCO*) был принят консенсус по диагностике и ведению больных с этой патологией, который был дополнен и уточнен в 2010 г. [18]. Ряд положений данного консенсуса, касающихся диагностических приемов при БК, будут приведены ниже.

Диагностический алгоритм при БК включает клинические, инструментальные и лабораторные исследования. Важное значение для постановки диагноза БК имеет знание макроскопических особенностей этого заболевания.

Макроскопическая картина БК составляется по результатам изучения патологоанатомического материала, данных операции, лапароскопии и эндоскопии [1,3,5,9,18]. Макроскопические изменения, характерные для БК, включают:

1. поражение подвздошной кишки;
2. интактная прямая кишка (в типичных случаях);
3. сегментарность поражения (чередование пораженных и непораженных участков)
4. трансмуральное (в значительном числе случаев) воспаление кишечной стенки;
5. глубокие сливные язвы, афты;
6. рельеф типа "булыжной мостовой";
7. глубокие трещины;
8. неполные и полные свищи (фистулы), образующиеся при распространении щелевидных язв вглубь кишечной стенки;
9. короткие стриктуры или протяженные участки стеноза, образующиеся вследствие трансмурального воспаления и фиброза стенки кишки;
10. утолщение стенки кишки;
11. анальные поражения.

Язвы при БК могут иметь различную глубину, но чаще всего проникают в подслизистый и мышечный слои, где, соединяясь между собой, образуют один большой интрамуральный канал. В связи с этим серозная оболочка и брыжейка регулярно воспаляются. Отсюда — одна из характерных черт БК — тенденция пораженных петель кишечника спаиваться между собой перитонеальными фиброзными тяжами. Адгезивный процесс часто осложняется свищами,

которые можно рассматривать как еще одну характерную особенность этого заболевания. Предполагается, что свищи берут свое начало от язв, которые постепенно проникают в серозную оболочку и соседние петли кишечника. Такие свищи образуются между петлями толстой и тонкой кишки или между петлями тонкой кишки. Они могут вскрываться наружу. Наиболее частыми местами расположения наружных отверстий свищевых ходов считаются пупок и промежность [3,9].

Если при БК поражается прямая кишка, язвы, образовавшиеся в ректальных криптах, могут проникать в параректальную клетчатку, формируя абсцесс, или в анальный канал, где поражаются сфинктеры и поддерживающие их мышцы. Описаны случаи проникновения свищевых ходов из кишечника в мочевой пузырь, мочеточник, уретру, влагалище, матку, желчный пузырь. По мнению Voskus H.L. и Donaldson R.M., свищи, образовавшиеся в кишечнике при БК, могут проникать в любой орган, но чаще оканчиваются слепо в воспаленных тканях брюшной полости или забрюшинного пространства [3].

К наиболее характерным **эндоскопическим признакам** БК относятся: сегментарность поражения, афтоидные изъязвления, сливные глубокие линейные язвы, наличие стенозов, рельеф слизистой оболочки (СО) в виде булыжной мостовой (*"cobblestone"*) [1,3,5,7,9,12,13,15,17-20].

Самым ранним и наиболее характерным эндоскопическим признаком БК являются афты, они могут выявляться в любых отделах ЖКТ. Афтоидные язвы — это маленькие (максимальный размер 5 мм) поверхностные дефекты, окруженные характерным узким ободком гиперемии. Они могут быть дискретными, окруженными неизменной СО, или располагаться группами, увеличиваться в размере, сливаться друг с другом и превращаться в крупные глубокие изъязвления. За счет отека подслизистого слоя между изъязвлениями формируется картина, известная в литературе как "булыжная мостовая". Язвы имеют тенденцию распространяться продольно вдоль оси кишки, напоминая по форме следы граблей. В литературе они также упоминаются как "линейные дорожки из язв", "язвы в виде следа червя", "змеевидные язвы" [3,12,15,20].

У подавляющего большинства пациентов (75-85%) наблюдается прерывистый (сегментарный) характер воспаления. В отрезке кишки, расположенном между двумя пораженными сегментами, как правило, не выявляется ни макроскопических, ни микроскопических изменений.

Нередкими находками при толстокишечной форме заболевания являются воспалительные полипы (псевдополипы) и мостики из СО. Воспалительные

полипы встречаются как при БК, так и при язвенном колите (ЯК) и представляют собой очаги неправильной регенерации ранее воспаленной СО. Псевдополипы могут быть единичными или групповыми. Подмывание воспаленной СО соседними язвами приводит в период заживления и реэпителизации к образованию характерных мостиков из СО [3,12,15,20].

В период ремиссии эндоскопическая картина БК определяется степенью тяжести имевшегося ранее обострения. Если активность процесса не была значительно выражена, то исследование может не выявить каких-либо изменений. При ремиссии, следующей за тяжелым обострением, эндоскопическими находками могут быть воспалительные полипы, мостики из СО и стриктуры. Стриктуры и протяженные участки стенозов — следствие тяжелой воспалительной активности заболевания и фиброзных изменений, сопровождающих заживление [3-5].

Стриктуры всегда возникают в зонах тяжелых изъязвлений. Их длина колеблется от 3 до 10 см. Наиболее частая локализация — пилорический канал, илеоцекальный клапан, терминальный отдел подвздошной кишки. Выполнение тотальной колоноскопии при наличии участков стеноза затруднено. Трансмуральный характер поражения кишечной стенки способствует образованию свищей и абсцессов. Однако при колоноскопии отверстия свищевых ходов обнаруживаются редко.

Таким образом, эндоскопическое обследование — неотъемлемая часть плана диагностических мероприятий при подозрении на БК. Эндоскопическое исследование не только дает возможность подтвердить или отвергнуть диагноз, определить степень активности процесса в кишечнике, но и осуществлять контроль за течением заболевания и эффективностью проводимого лечения.

Стандарты инструментальной диагностики БК

Согласно консенсусу ECCO, симптомы заболевания зависят от локализации, характера течения и выраженности (тяжести) болезни, также как и от внекишечных проявлений и характера лечения [18]. Целью диагностических мероприятий при БК является установление диагноза и распространения заболевания с помощью соответствующих методов, что влияет на выбор лечения. Единого золотого стандарта в диагностике БК не существует. Установление диагноза основывается на клинических данных и результатах эндоскопического, гистологического, радиологического и/или биохимического исследований [18].

В диагностике БК эндоскопической процедурой первой линии является илеоколоноскопия с биопси-

ей из терминального отдела подвздошной кишки и каждого сегмента толстой кишки — для выявления микроскопических признаков болезни. Однако, при тяжелых формах заболевания исследование сопряжено с риском перфорации кишечника, поэтому в таких случаях предпочтение отдается гибкой сигмоидоскопии с последующей колоноскопией после улучшения состояния пациента [10,18].

Квалифицированному специалисту удастся выполнить илеоколоноскопию в 85% случаев. Трудности введения аппарата в подвздошную кишку могут возникнуть из-за стриктуры илеоцекального клапана. В этих случаях особое значение приобретают непосредственный осмотр илеоцекальной области и сбор биопсийного материала. Эндоскопия в этих случаях должна дополняться рентгенологическим исследованием. Выполнение илеоскопии является важным для разграничения истинного илеита при БК от ретроградного илеита, встречающегося в 10% случаев при активном панколите у больных с ЯК. Характерными признаками илеита при БК являются изолированные язвы и стриктуры терминального отдела подвздошной кишки или баугиниевой заслонки [10].

Типичными признаками БК являются: прерывистое (сегментарное) воспаление, вовлечение подвздошной кишки, интактная прямая кишка, анальные поражения. К другим эндоскопическим признакам, позволяющим предположить БК, относятся афтоидные язвы, изолированные, змеевидные язвы, рельеф СО в виде "булыжной мостовой". Колоноскопия позволяет дать оценку анатомической выраженности БК толстой кишки с высокой специфичностью. К анатомическим критериям выраженности болезни относятся глубокие изъязвления, проникающие в мышечный слой, отслоение слизистой (*mucosal detachments*) или изъязвления, ограниченные подслизистым слоем, но распространяющиеся на более, чем одну треть определенного сегмента ТК (правый, поперечно-ободочный, левая половина) [10,12,15,18].

Несмотря на то, что первостепенное значение в диагностике терминального илеита имеет илеоколоноскопия, во многих случаях применяются радиологические методы такие, как МРТ, КТ, особенно — при слабо выраженных изменениях в ТК. При неинформативности радиологического исследования у отдельных пациентов с подозрением на БК показано и является более безопасным проведение капсульной эндоскопии и энтероскопии с биопсией с помощью push-эндоскопа [10]. Болезнь может поражать подвздошную кишку на участке, не достижимом для эндоскопа, или вовлекать более проксимальные участки тонкой кишки (10% пациентов). Эндоскопическое и рентгенологическое исследования являются дополняющими друг друга методами для опре-

деления протяженности болезни, что способствует оптимальному выбору терапии [10,18].

Капсульная эндоскопия тонкой кишки (КЭ) позволяет проводить прямую и минимально инвазивную визуализацию тонкой кишки, идентифицировать поверхностные поражения СО, не определяемые с помощью традиционной эндоскопии или при рентгенологическом исследовании. КЭ используется при установлении диагноза БК, для определения рецидива заболевания, для установления протяженности болезни, для оценки эффективности лечения и для дифференциальной диагностики ЯК и БК [10].

Показано, что КЭ является более чувствительным методом в выявлении БК тонкого кишечника, чем компьютерная томографическая энтерография, рентген-пассаж по тонкому кишечнику и ирригоскопия. У пациентов со слабой и умеренной активностью заболевания и нормальным рентген-пассажом по тонкому кишечнику КЭ позволяет выявить изменения тонкой кишки, которые недостижимы при двойной баллонной энтероскопии (*push enteroscopy*) [10,18].

Основными недостатками КЭ в оценке тонкого кишечника при БК являются отсутствие единых критериев в диагностике БК, невозможность получения биопсии или проведения лечебных манипуляций, риск задержки капсулы. Важно отметить, что повреждения СО тонкой кишки не обязательно указывают на БК. Множество заболеваний сопровождаются изъязвлениями СО, в частности инфекции, ишемия, радиационные повреждения, лекарственно обусловленные повреждения, особенно — НПВП.

Основной проблемой данного метода является задержка капсулы у пациентов с БК в результате стриктуры тонкой кишки, встречающейся у 1-13% пациентов с установленной БК. Задержка капсулы может потребовать хирургического вмешательства у пациентов, которые в принципе не нуждаются в хирургическом лечении. В связи с тем, что приблизительно в 22% случаев могут встречаться асимптоматические стриктуры, показано предварительное рентгенологическое исследование (КТ или рентген-пассаж). У пациентов с симптомами обструкции или с эндоскопическими или рентгенологическими признаками сужения тонкой кишки при установленном диагнозе БК не следует проводить КЭ [10].

Таким образом, КЭ может быть использована как метод первой линии после исключения клинически значимых стенозов или как метод второй линии у пациентов с подозрением на БК (при наличии клинических признаков) и неинформативности результатов илеоколоноскопии и рентгенологического исследования. КЭ не следует проводить пациентам с БК с имеющимися или с предполагаемыми явными стриктурами.

Двухбаллонная энтероскопия (ДБЭ) с использованием видеозондоскопа длиной до 250 см имеет большую чувствительность в определении повреждений тонкой кишки, чем радиологические исследования. ДБЭ остается в резерве для специфических ситуаций, где необходимо получение биопсий из подозрительных на БК участков, или если целесообразно проведение дилатации стриктуры тонкой кишки. Но при выраженном воспалительном процессе в проксимальных сегментах полнота осмотра тонкой кишки ограничена [10].

Эндоскопическая ультрасонография, включающая транспромежностное УЗИ и эндоскопическое УЗИ (ЭУЗИ) с помощью ригидного или гибкого эндоскопа, используется для оценки активности заболевания, выявления наличия трансмурального поражения, фистул, абсцессов и региональной лимфаденопатии. У пациентов с периаанальной БК При ЭУЗИ можно достаточно точно охарактеризовать периаанальное поражение с целью уменьшения риска неполного заживления, рецидива фистулы или непреднамеренного повреждения сфинктера, если фистула нечетко очерчена или при хирургическом вмешательстве пропущен скрытый абсцесс. ЭУЗИ является высокоточным методом в оценке периаанальных фистул и абсцессов при БК. ЭУЗИ может использоваться для мониторинга медикаментозной терапии и хирургического лечения периаанальных фистул при БК. Выявление с помощью ЭУЗИ трансмурального поражения позволяет дифференцировать БК от ЯК [10].

Эзофагогастродуоденоскопия

Известно, что при БК может поражаться любой отдел ЖКТ. Верхние отделы гастроинтестинального тракта, находящиеся выше связки Трейца, при БК могут поражаться приблизительно в 5-13% случаев [5,10,13]. Важное значение имеет изучение биопсий, в которых, даже в отсутствие эндоскопических признаков поражения СО, можно выявить гистологические изменения, характерные для БК [3]. Так, в дуоденальных биоптатах гранулемы, по данным исследователей,

выявляются чаще, чем в ТК (40-68%) [10]. У пациентов с неустановленным колитом вовлечение верхних отделов ЖКТ может помочь в диагностике БК. Однако следует отметить, что вовлечение этих отделов при БК, как правило, сочетается с поражением и других участков ЖКТ (подвздошной кишки, ТК или периаанальной зоны). У пациентов с дуоденальными стриктурами при БК отмечен хороший эффект при проведении эндоскопической баллонной дилатации [10].

Взятие биопсий

Для диагностики БК необходимо взятие множественных биоптатов из 5 отделов ТК (включая прямую кишку) и из подвздошной кишки. Под множественными биопсиями подразумевается минимум 2 образца из каждого отдела. Желательно получение образцов как из пораженных, так и из непораженных участков. Биоптаты, взятые из разных участков ТК, должны быть помещены в разные флаконы и маркированы. У пациентов с выраженным колитом рекомендуется взятие 2 биоптатов хотя бы из одного отдела [18]. Несмотря на то, что гранулемы являются главным морфологическим признаком БК, частота их выявления в биоптатах варьирует от 15% до 36%. Повышение уровня выявления гранулем может быть достигнуто при взятии биоптатов из края язв и афт [10].

Диагностика стриктур при БК

Стриктуры ТК могут осложнять течение БК. У пациентов с БК стриктуры могут встречаться в области илеоцекального клапана, в терминальном отделе подвздошной кишки, в зоне тонко-толстокишечного анастомоза и могут быть бессимптомными. У пациентов с клиническими проявлениями, проведение эндоскопии показано для оценки и для взятия биопсии с целью исключения возможной малигнизации.

Для выявления стенозов в первую очередь рекомендуется проведение илеоколоноскопии с биопсией.

Таблица 1. Определение индекса активности болезни Крона (SES-CD)

Эндоскопический признак	Степень выраженности			
	0	1	2	3
Наличие язв	нет	афтозные язвы (0,1-0,5 см в d)	большие язвы (0,5-2 см в d)	очень большие язвы (более 2 см)
Изъязвленная поверхность	нет	< 10%	10-30%	> 30%
Пораженная поверхность	нет	< 50%	50-75%	> 75%
Наличие сужений	нет	единичное, проходимое	множественные, могут быть проходимыми	не проходимые
Количество пораженных сегментов	все признаки = 0	хотя бы 1 признак ≥ 1		

Если участок сужения ТК непроходим для эндоскопа, для выявления дополнительных стенозов необходимо провести рентгенологическое исследование. Престенотическую дилатацию тонкой кишки у пациентов с тяжелым течением БК можно выявить с помощью УЗИ. При невозможности выполнения тотальной колоноскопии из-за наличия стриктуры рекомендуется проведение КТ или МРТ колонографии (виртуальной колоноскопии) для выявления воспалительных изменений ТК в сегментах, недоступных для эндоскопа. Дифференциация между воспалительными и фибростенотическими стриктурами является решающей в выборе терапии.

При наличии стриктуры может быть проведена баллонная дилатация, которая способствует облегчению симптомов. К осложнениям данного метода относятся перфорация и кровотечение. Показано, что инъекции кортикостероидов во время баллонной дилатации способствуют улучшению ее результатов [10,18].

Экстрамуральные осложнения БК

Для их установления (абсцессов, фистул и воспалительных конгломератов) рекомендуется проведение

КТ и МРТ. Рентгенологическое исследование с барием имеет значительно более низкую чувствительность по сравнению с КТ и МРТ в выявлении фистул между тонким кишечником и другими органами, но при фистулах энтеро-энтеральных чувствительность всех трех методов одинакова. КТ с контрастированием имеет преимущества перед МРТ в разграничении абсцессов и воспалительных конгломератов [10,18].

Определение индекса эндоскопической активности болезни Крона

Для объективизации тяжести течения БК разработано несколько методов количественной оценки параметров болезни, среди которых немаловажная роль принадлежит эндоскопическому исследованию. Расчет индексов активности базируется на выражении в баллах таких эндоскопических признаков болезни как эритема, "булыжная мостовая", афты и язвы различного размера и глубины, фистулы, стеноз.

В 1989 г. французской группой по изучению воспалительных заболеваний кишечника для оценки заживления СО в ходе клинических исследований лекарственных препаратов был предложен индекс

Таблица 2. Дифференциальная диагностика ЯК и БК по данным эндоскопии

Эндоскопический признак	Неспецифический язвенный колит	Болезнь Крона
Наружный осмотр периаанальной области	кожа не изменена или раздражена из-за частого жидкого стула	часто воспаление, свищи, рубцы после заживших свищей
Поражение слизистой	диффузное, симметричное	сегментарное, асимметричное
Поражение прямой кишки	почти всегда	часто отсутствует
Сосудистый рисунок	стерт или отсутствует	часто без изменений
Контактная диффузная кровоточивость	характерна	редко
Рыхлость	часто	не характерна
Отек	характерен	характерен
"Зернистость"	характерна	менее характерна
"Булыжная мостовая"	отсутствует	характерна
Сглаженность гаустр	присутствует	присутствует
Гиперемия (эритема)	всегда	Менее характерна
Точечные кровоизлияния (петехии)	характерно	редко
Афтоидные язвы	нет	характерны
Поверхностные язвы	иногда	часто
Крупные язвы > 1 см	в тяжелых случаях	часто
Продолговатые глубокие язвы	редко	часто
Линейные язвы	редко	часто
Змеевидные язвы	редко	часто
Слизистая вокруг язв	изменена	при афтах не изменена, между крупными язвами могут сохраняться участки нормальной СО
Псевдополипы	характерны	менее характерны
Четкое циркулярное разграничение между пораженной и нормальной СО	есть	нет
Стриктуры (стенозы)	редко	часто
Фистулы (свищи)	редко	часто

CDEIS (Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity), который и сегодня считается золотым стандартом в оценке эндоскопической активности БК [16]. Несмотря на то, что данный индекс является надежным и воспроизводимым, он не удобен в каждодневной клинической работе.

Простой эндоскопический индекс активности БК (*SES-CD*) основан на оценке выраженности 4 эндоскопических признаков (таблица 1) в баллах от 0 до 3 в тех же 5 илео-толстокишечных сегментах, что *CDEIS* [8]. Подсчитывается сумма баллов в каждом из 5 обследованных сегментов кишечника (илеум, правая половина толстой кишки, поперечно-ободочная кишка, левые отделы и прямая кишка) и окончательный расчет производится по формуле: $SES-CD = \text{сумма всех баллов} \times 1,4$ (количество пораженных участков).

По мнению ученых, индексы эндоскопической активности БК не всегда коррелируют с показателями клинической активности болезни и не используются в рутинной клинической практике, хотя в настоящее время при применении биологической терапии в лечении БК, основная цель которой — заживление слизистой, объективный подход к оценке эффективности проводимой терапии является актуальным.

Дифференциальная диагностика

Значительное число заболеваний могут имитировать БК. К ним относятся ЯК, инфекционные колиты, туберкулез желудочно-кишечного тракта, болезнь Бехчета, ишемический колит и др. [3,7,9,12,17].

Толстокишечная форма БК наблюдается приблизительно в 20-25% случаев. Иногда при поражении толстой кишки бывает сложно отличить БК от ЯК. Несмотря на то, что прерывистый характер поражения, наличие афтоидных и щелевидных язв, картины буллезной мостовой и стриктур, безусловно, свидетельствуют в пользу толстокишечной формы БК, при диффузном воспалении дифференцировать эти два заболевания удается далеко не сразу [3,5,12]. По данным Адлера Г., только у 53% пациентов с окончательным диагнозом БК это заболевание было диагностировано с самого начала. В 15,5% случаев первоначальным диагнозом был язвенный колит [1]. Существуют и классические диагностические ловушки, подстерегающие исследователя. Примером может служить отсутствие при ЯК изменений в ректосигмоидном отделе в результате ранее проводимого лечения местными средствами, которое конвертирует диффузное непрерывное поражение в прерывистое. Эта ситуация может способствовать ошибочному диагнозу БК.

Основные дифференциально-диагностические признаки БК и ЯК представлены в таблице 2. Таким

образом, знание критериев диагностики БК, правильная интерпретация данных, полученных в результате дополнительных исследований, способствует своевременной постановке диагноза и назначению адекватного лечения.

"Ignoti nutta curatio vorbi" —

Нельзя лечить нераспознанную болезнь.

"Bene diagnoscitur, bene curatur" —

Хорошо распознается, хорошо лечится

Литература

1. Адлер Г. (2001) Болезнь Крона и язвенный колит. (Москва). "Гэотар-мед". 500 с.
2. Белоусова Е.А. (2002) Язвенный колит и болезнь Крона. (Тверь). "Триада". 128 с.
3. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. (2007) Болезнь Крона. (Москва). "Медицина". 184 с.
4. Дорофеев А.Е., Звягинцева Т.Д., Харченко Н.В. (2010) Заболевания кишечника — руководство для лікарів. (Горлівка). "Ліхтар". 532 с.
5. Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. (2006) Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. (Москва). 272 с.
6. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. (2004) Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. (Москва). "Миклош". 88 с.
7. Agnostotides A.A., Hodgson H.J.F., Kirsner J.B. (1991) Inflammatory bowel diseases. (London). "Chapman and Hall". 342 p.
8. Daperno M., D'Haens G., Van Assche G. (2004) Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD. *Gastrointest. Endosc.* 60: 505-512
9. Jarnerot G., Lennard-Jones J., Truelove S. (1992) Inflammatory bowel disease. (Sweden). "Corona/Astra". 593 p.
10. Leighton J.A., Shen B., Baron T.H. et al. (2006) ASGE guideline: endoscopy and treatment of inflammatory bowel disease. *Gastrointest. Endoscopy.* 63; 4: 558-565
11. Loftus J.E.V. (2004) Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence and environmental influences. *Gastroenterol.* 126; 6: 1504-1517
12. Messmann H. (2006) Atlas of colonoscopy. (New York). "Thieme". 250 p.
13. Roth M., Bernhardt V. (2001) Inflammatory bowel diseases (revised 3rd edition). (Freiburg). "Dr. Falk Pharma GmbH". 87 p.
14. Shatsangi J., Silverberg M.S., Vermeire S., Colombel J.F. (2006) The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus and implications. *Gut.* 55: 749-753
15. Schiller K.F.R., Cockel R. (2004) Atlas of gastrointestinal endoscopy and related pathology. (Blackwell). "Science". 551 p.
16. Sostegni R., Daperno M., Scaligione N. (2003) Review article: Crohn's disease: monitoring disease activity. *Aliment Pharmacol. Ther.* 7; 2: 11-17
17. Tromm A., May B. (2004) Inflammatory bowel diseases. Endoscopic diagnostics. (Freiburg). "Falk Foundation". 36 p.
18. van Assche G., Dignas A., Panes J. et al. (2010) The second European evidence based consensus on the diagnostic and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J.C.C.* 4: 7-27
19. Vucelic B. (2009) Inflammatory bowel diseases: controversies in the use of diagnostic procedures. *Dig. Dis.* 27: 269-277
20. Waye J.D., Rex D.K., Williams C.B. (2009) Colonoscopy: principles and practice. 2nd edition. (Blackwell) "Wiley". 805 p.