

Особенности диагностики неспецифических воспалительных заболеваний кишечника

- Тематика Гастроэнтерология
- Автор Носова И.А.
- Опубликовано Материалы научно-практической конференции «Новітні технології у медицині» - Вінниця – 2005.- С.49-50.

Обе формы воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) – неспецифический язвенный колит (НЯК) и болезнь Крона (БК) – могут быть названы болезнями века. Дело в том, что они, имея неизвестную этиологию, получают все большее распространение во всем мире.

Несмотря на внедрение в повседневную клиническую практику современных эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследований, дифференциальная диагностика НЯК и БК сопряжена со значительными трудностями. Даже при применении всех возможных методов исследования примерно у 10% больных в процессе первичной диагностики не удаётся точно верифицировать диагноз БК или НЯК. Особенно труден дифференциальный диагноз между НЯК и одним из клинических вариантов БК – болезнью Крона толстой кишки (БКТК). Очень трудно по клиническим признакам отличить НЯК от БКТК. Для обоих заболеваний характерны хроническая диарея или ложные позывы к дефекации с примесью крови, иногда боль в животе, при тяжелом течении – интоксикация, повышенная температура тела и похудание.

Однако указанные клинические симптомы НЯК и БКТК встречаются также при широком спектре других заболеваний толстой кишки. Это бактериальные, вирусные, протозойные, грибковые, медикаментозные, токсические, радиационные поражения толстой кишки и др.

Илеоколоноскопия имеет важное значение в диагностике неспецифических колитов. Объем эндоскопического исследования зависит от степени тяжести изменений. Проведение частичной эндоскопии относится к числу наиболее частых ошибок, допускаемых в процессе первичной диагностики хронических воспалительных заболеваний кишечника.

С помощью эндоскопического исследования можно:

- точно оценить распространённость поражения слизистой оболочки;
- охарактеризовать поверхность слизистой (её окраску и структурные особенности);
- взять биопсию из различных участков желудочно-кишечного тракта, что позволяет провести гистологическое и бактериологическое исследования, а также облегчает дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных поражений слизистой оболочки;
- определить тактику лечения, остановить кровотечение, удалить полипы, перекрывающие просвет кишечника, осуществить дилатацию его стенозированных участков.

Поражение прямой кишки и диффузный характер патологических изменений в толстой кишке, которые распространяются в проксимальном направлении от анального канала, традиционно считаются типичными эндоскопическими признаками НЯК. Напротив, прерывистый характер поражения слизистой оболочки толстой кишки и отсутствие воспаления в прямой свидетельствуют в пользу диагноза БКТК или инфекционного колита. С помощью колоноскопии при однократном исследовании в 85% случаев можно установить достоверный диагноз НЯК и БКТК, а при повторных исследованиях и динамическом наблюдении частота достоверных диагнозов увеличивается до 95%.

Однако, несмотря на все преимущества эндоскопии, нельзя упускать из виду то обстоятельство, что в настоящее время не существует эндоскопической картины, которая в изолированном виде была бы абсолютно патогномонической для хронических воспалительных заболеваний кишечника. Поэтому данные эндоскопии учитываются в диагностике хронических воспалительных заболеваний кишечника в комплексе с результатами клинических и лабораторных исследований.