



Т. Г. Кравченко

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Диагностика болезни Крона при ложноотрицательных результатах илеоколоноскопии

Цель — проанализировать частоту ложноотрицательных результатов илеоколоноскопий при болезни Крона (БК).

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы данные 26 пациентов с БК за период с января 2010 г. по август 2015 г. Основными критериями включения в анализ были: наличие клинических симптомов активной БК, отсутствие изменений на слизистой оболочке толстой кишки и терминального отдела тонкой кишки по результатам илеоколоноскопии, наличие признаков БК по данным компьютерной томографии-энтерографии (КТЭ).

Результаты. У всех пациентов с БК во время илеоколоноскопии не выявлены изменения на слизистой оболочке толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки, тогда как при проведении КТЭ обнаружены признаки БК, которая локализовалась проксимальнее осмотренного при илеоколоноскопии участка, у 14 (53,8%) пациентов, интрамурально — у 4 (15,4%), интрамурально и в брыжейке терминального отдела подвздошной кишки — у 3 (11,5%), в желудке — у 2 (7,69%) пациентов. Кроме БК, при КТЭ у 14 (53,8%) пациентов также обнаружена другая патология — осложнения, внекишечные проявления и сопутствующие заболевания, не связанные с БК.

Выводы. При БК результаты илеоколоноскопии могут быть ложноотрицательными (по нашим данным, у 5,56% пациентов), так как поражение может локализоваться проксимальнее доступного осмотру колоноскопом терминального отдела подвздошной кишки, интрамурально или в брыжейке кишки. Использование КТЭ в комплексном обследовании при БК значительно повышает возможности диагностики.

Ключевые слова: болезнь Крона, диагностика, илеоколоноскопия, компьютерная томография-энтерография.

Болезнь Крона (БК) — хроническое гранулематозное воспалительное заболевание неизвестной этиологии с трансмуральным сегментарным типом поражения разных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), образованием свищей и абсцессов, стенозированием участков кишечника, внекишечными проявлениями, осложнениями и прогрессирующим течением [3]. Симптомы БК на ранних стадиях неспецифические, что затрудняет диагностику локализации поражения, активности процесса и наличия осложнений. Чаще всего при БК поражается терминальный отдел подвздошной кишки и толстая кишка (примерно в 70% случаев), поэтому до сих пор илеоколоноскопия с биопсией ошибочно счи-

тается достаточным методом диагностики БК [8]. Недооценка характера развития БК и возможности вовлечения в патологический процесс других органов и систем при отсутствии изменений в толстой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки приводит к ложноотрицательным результатам илеоколоноскопии и, как следствие, — к несвоевременной или ошибочной диагностике.

Цель работы — проанализировать частоту и причину ложноотрицательных результатов илеоколоноскопий при БК.

Материалы и методы

Проанализированы ретроспективно данные 26 (5,56%) из 468 пациентов, которым выполнена илеоколоноскопия по поводу установленного или предполагаемого диагноза БК в период с ян-

варя 2010 г. по август 2015 г. В анализ были включены только те пациенты, которые имели:

- клинические проявления активной БК;
- отсутствие каких-либо изменений на слизистой оболочке толстой кишки и терминального отдела тонкой кишки по результатам илеоколоноскопии;
- признаки БК по данным компьютерной томографии-энтерографии (КТЭ).

Для определения активности БК использовали индекс активности БК (СDAI) и неспецифические маркеры воспаления — С-реактивный белок и фекальный калпротектин. Основные КТЭ-признаки воспаления тонкой кишки были общепринятыми: гиперэхогенность, утолщение (> 3 мм) и слоистость стенки, инфильтрация брыжеечной клетчатки, стриктуры, инфильтраты, абсцессы и лимфаденопатии [1, 2, 8]

Результаты и обсуждение

Пациентам во время илеоколоноскопии провели интубацию терминального отдела подвздошной кишки. Ни у кого не выявлены изменения на слизистой оболочке толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки. Наиболее значимые данные пациентов приведены в табл. 1 [9].

Несмотря на отрицательные результаты илеоколоноскопии, у всех пациентов выявлены радиологические признаки БК, но не на слизистой оболочке толстой кишки или терминального отдела подвздошной кишки, что послужило причиной ложноотрицательных результатов илеоколоноскопии. У 14 (53,8%) пациентов обнаружены изменения на слизистой оболочке проксимальных отделов подвздошной кишки, у 10 (38,5%) — признаки воспаления терминального отдела подвздошной кишки, но не на слизистой оболочке (у 3 (11,5%) — в брыжейке терминального отдела подвздошной кишки, у 4 (15,4%) — интрамуральное воспаление стенки, у 3 (11,5%) — интрамурально и в брыжейке терминального отдела подвздошной кишки), у 2 (7,69%) — в стенке желудка. Данные о локализации БК по данным КТЭ приведены в табл. 2.

Во время КТЭ у 14 (53,8%) пациентов были также обнаружены другие патологические изменения — осложнения, внекишечные проявления и сопутствующие заболевания, не связанные с БК: у 8 (30%) — осложнения основного заболевания БК (у 3 (11,5%) — внутрибрюшные инфильтраты, у 2 (7,7%) — внутренние свищи, у 2 (7,7%) — стриктуры, у 1 (3,8%) — внутрибрюшной абсцесс), у 1 (3,8%) — первичный склерозирующий холангит, у 1 (3,8%) — болезнь

Бехтерева. Клинически значимые сопутствующие заболевания выявлены у 4 пациентов: у 1 (3,8%) — опухоль тонкой кишки, у 1 (3,8%) — рак поджелудочной железы, у 1 (3,8%) — рак предстательной железы, у 1 (3,8%) — киста забрюшинного пространства.

Еще одним интересным фактом, отмеченным у данной группы пациентов с ложноотрицательными результатами илеоколоноскопии, была

Таблица 1. Демографические и клинические данные пациентов

Показатель	Значение
Возраст, годы	39 (18–56)
Женщины	14 (53,8%)
Мужчины	12 (46,2%)
Монреальская классификация БК (2005):	
Возраст диагностирования БК	
A1 (до 16 лет)	4 (15,4%)
A2 (17–40 лет)	20 (76,9%)
A3 (после 40 лет)	2 (7,7%)
Локализация БК	
L1 (илеит)	20 (76,9%)
L2 (колит)	0
L3 (илеоколит)	0
L4 (верхние отделы ЖКТ)	2 (7,7%)
L1 и L4	4 (15,4%)
L2 и L4	0
L3 и L4	0
Течение БК	
B1 (не пенетрирующая, не стриктурирующая)	12 (46%)
B2 (пенетрирующая)	10 (38,5%)
B3 (стриктурирующая)	2 (7,7%)
B1p	2 (7,7%)
B2p	0
B3p	0
Длительность БК	
< 3 лет	18 (69,2%)
≥ 3 лет	8 (30,8%)
Хирургическое лечение БК в анамнезе	8 (30,8%)

Таблиця 2. Локалізація болезни Крона по даним комп'ютерної томографії-ентерографії (n = 26)

Локалізація БК	Кількість пацієнтів
Слизистая оболочка проксимального отдела подвздошной кишки	14 (53,8%)
Терминальный отдел подвздошной кишки	
• Интрамуральное воспаление стенки кишки	4 (15,4%)
• Поражение брыжейки	3 (11,5%)
• Интрамуральное воспаление и поражение брыжейки	3 (11,5%)
Желудок	2 (7,65%)

продолжительность БК менее 3 лет у 18 (69,2%) пациентов. Очевидно, это объясняется патогенезом БК: первичный очаг поражения расположен в подслизистом слое и поражение распространяется на лимфатические сосуды [12].

Результаты исследования свидетельствуют о том, что пациенты с активной формой БК тонкой кишки или верхних отделов ЖКТ могут иметь отрицательные результаты илеоколоноскопии вследствие интрамурального или брыжеечного поражения или поражения проксимальных отделов подвздошной кишки. Пациенты с БК тонкой кишки, не обнаруженной при илеоколоноскопии, имели более короткий анамнез заболевания (< 3 лет). Более чем у половины пациентов (у 14 (53,8%)) с БК при КТЭ обнаружена внекишечная патологии (связанная и не связанная с БК).

К преимуществам КТЭ относится то, что метод позволяет получить больше информации о распространенности БК, которую не диагностировали при илеоколоноскопии. Результаты илеоколоноскопии с биопсией остаются предметом дискуссий в клинической практике [5]. Они имеют неопределимое значение для пациентов с БК при локализации заболевания в толстой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки [7]. Но отсутствие патологических изменений при илеоколоноскопии с биопсией толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки не исключает полностью диагноз БК и не позволяет полностью оценить активность заболевания. Поэтому при БК целесообразно дополнять эндоскопические методы современными методами визуализации: компьютерной томографией (КТ), КТЭ, магнитно-резонансной энтерографией (МРЭ), которая имеет высокий уровень диагностической эффективности по сравнению с КТЭ [8]. КТ имеет более высокое качество изображе-

ния и превосходит МРЭ в отношении диагностики фиброзно-жировой пролиферации и увеличения лимфатических узлов брыжейки [2]. Однако КТ сопряжена с ионизирующим облучением, что может повысить риск малигнизации, хотя фактический риск окончательно не установлен [10]. Актуальной остается эта проблема при повторных КТ-исследованиях и у молодых пациентов [11]. Капсульная эндоскопия может быть информативнее КТЭ относительно обнаружения повреждения слизистой оболочки, но это преимущество при БК нивелируется снижением специфичности по сравнению с КТЭ (53% против 89%) [6]. Золотым стандартом эндоскопического исследования тонкой кишки является энтероскопия благодаря высокой специфичности, возможности получения биоптата для подтверждения диагноза и выполнения малоинвазивных терапевтических вмешательств [4].

Несмотря на относительно небольшое количество пациентов (26) в группе, накопленные и проанализированные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к диагностике БК.

Выводы

Частота ложноотрицательных колоноскопий у пациентов с болезнью Крона составила 5,56%.

У пациентов с болезнью Крона результаты илеоколоноскопии могут быть ложноотрицательными, так как поражение может локализоваться проксимальнее доступного осмотра колоноскопом терминального отдела подвздошной кишки либо вне слизистой оболочки осмотренного отдела — в брыжейке кишки или интрамурально.

Выполнение компьютерной томографии-ентерографии в комплексном обследовании пациентов с болезнью Крона значительно повышает диагностические возможности, особенно при пенетрирующих формах болезни. Инструментальные исследования при болезни Крона не должны ограничиваться илеоколоноскопией вне зависимости от ее результатов, а включать и другие методы — компьютерную томографию, компьютерную томографию-ентерографию, магнитно-резонансную томографию, магнитно-резонансную энтерографию, гастродуоденоскопию, энтероскопию и капсульную эндоскопию.

Применение методов визуализации в комплексном обследовании при болезни Крона сводит к минимуму количество ложноотрицательных результатов по сравнению с использованием только эндоскопических методов и улучшает информативность диагностики.

Список літератури

1. Тихонов А.А., Зароднюк И.В. Методики компьютерно-томографического исследования толстой кишки // Диагностическая и интервенционная радиология. — 2011. — Т. 5, № 2. — С. 436.
2. Тихонов А.А., Зароднюк И.В., Халиф И.Л., Дикиштейн И.И. КТ-энтерография в диагностике воспалительных заболеваний кишечника // Колопроктол. — 2014. — № 1 (47). — С. 75—80.
3. Циммерман Я.С., Циммерман И.Я., Третьякова Ю.И. Язвенный колит и болезнь Крона: современные представления. Ч. 1. Дефиниция, терминология, распространенность, этиология и патогенез, клиника, осложнения, классификация // Клин. мед. — 2013. — Т. 91, № 11. — С. 27—33.
4. Bourreille A., Ignjatovic A., Aabakken L. et al. Role of small-bowel endoscopy in the management of patients with inflammatory bowel disease: an international OMED-ECCO consensus // Endoscopy. — 2009. — Vol. 41. — P. 618—637.
5. Cherian S., Singh P. Is routine ileoscopy useful? An observational study of procedure times, diagnostic yield, and learning curve // Am. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 99. — P. 2324—2329.
6. Dionisio P.M., Gurudu S.R., Leighton J.A. et al. Capsule endoscopy has a significantly higher diagnostic yield in patients with suspected and established small-bowel Crohn's disease: a meta-analysis // Am. J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 105. — P. 1240—1248.
7. McHugh J.B., Appelman H.D., McKenna B.J. The diagnostic value of endoscopic terminal ileum biopsies // Am. J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 102. — P. 1084—1089.
8. Samuel S., Bruining D.H., Loftus Jr E.V. et al. Endoscopic skipping of the distal terminal ileum in Crohn's disease can lead to negative results from ileocolonoscopy // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2012. — Vol. 10 (11). — P. 1253—1259.
9. Satsangi J., Silverberg M.S., Vermeire S., Colombel J.-F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications // Gut. — 2006. — Vol. 55 (6). — P. 749—753.
10. Siddiki H., Fletcher J.G., Hara A.K. et al. Validation of a lower radiation computed tomography enterography imaging protocol to detect Crohn's disease in the small bowel // Inflamm. Bowel Dis. — 2011. — Vol. 17. — P. 778—786.
11. Tarin T.V., Sonn G., Shinghal R. Estimating the risk of cancer associated with imaging related radiation during surveillance for stage I testicular cancer using computerized tomography // J. Urol. — 2009. — Vol. 181. — P. 627—632.
12. Von der Weid P.Y., Rehal S., Ferraz J.G. Role of the lymphatic system in the pathogenesis of Crohn's disease // Curr Opin Gastroenterol. — 2011. — Vol. 27. — P. 335—341.

Т. Г. Кравченко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Діагностика хвороби Крона у разі хибнонегативних результатів ілеоколоноскопії

Мета — проаналізувати частоту хибнонегативних результатів ілеоколоноскопії у пацієнтів з хворобою Крона (ХК).

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано дані 26 пацієнтів з ХК за період із січня 2010 р. до серпня 2015 р. Основними критеріями включення в аналіз були: наявність клінічних симптомів активної ХК, відсутність змін на слизовій оболонці товстої кишки і термінального відділу тонкої кишки за результатами ілеоколоноскопії, наявність ознак ХК за даними комп'ютерної томографії-ентерографії (КТЕ).

Результати. У всіх пацієнтів з ХК під час ілеоколоноскопії не виявлено змін на слизовій оболонці товстої кишки і термінального відділу клубової кишки, тоді як при проведенні КТЕ виявлено ознаки ХК, яка локалізувалася проксимальніше за оглянуту під час ілеоколоноскопії ділянку, у 14 (53,8%) пацієнтів, інтрамурально — у 4 (15,4%), інтрамурально та у брижі термінального відділу клубової кишки — у 3 (11,5%), у шлунку — у 2 (7,69%) пацієнтів. Крім ХК, під час КТЕ у 14 (53,8%) пацієнтів виявлено іншу патологію — ускладнення, позакишкові вияви та супутні захворювання, не пов'язані з ХК.

Висновки. У випадках ХК результати ілеоколоноскопії можуть бути хибнонегативними (за нашими даними, у 5,56% пацієнтів), оскільки ураження може локалізуватися проксимальніше за доступний для огляду колоноскопом термінальний відділ клубової кишки, інтрамурально або в брижі. Використання КТЕ в комплексному обстеженні при ХК значно підвищує діагностичні можливості.

Ключові слова: хвороба Крона, діагностика, ілеоколоноскопія, комп'ютерна томографія-ентерографія.

T. G. Kravchenko

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Diagnosis of Crohn's disease: false negative ileocolonoscopy results

Objective — to determination the frequency of false negative results of ileocolonoscopy in patient with Crohn's disease (CD).

Materials and methods. The analysis has been performed on the data from 26 patients with CD for the period from January, 2010 to August 2015. The main inclusion criteria for analyses included clinical symptoms of active CD, absence of ileocolonoscopically detected changes on the mucosa of the colon and small intestine terminal part, presence of HC signs according to computer enterography (CTE).

Results. Ileocolonoscopy results did not show any changes in mucosa of the colon and small intestine terminal part in CD patients. At the same time CTE showed signs of CD that were localized proximally to the sites of ileocolonoscopy investigations in 14 (53.8%) patients, intramural lesion in 4 (15.4%) patients, intramural and mesenterium lesion in 3 (11.5%) patients, and in the stomach in 2 (7.69%) patients. Moreover, CTE findings enabled to reveal complications, extra intestinal manifestations and comorbidities not related to CD in 14 (53.8%) patients.

Conclusions. In cases of CD, ileocolonoscopy results may be false negative in 5.56% of cases (based on our data) because lesions may be localized in proximal ileum, intramural or mesentery. The use of CTE significantly increases the diagnostic capabilities in patients with CD.

Key words: Crohn's disease, diagnosis, ileocolonoscopy, computer enterography.

Контактна інформація

Кравченко Тетяна Георгіївна, к. мед. н., доцент
01601, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13
E-mail: taniakravchenko@yahoo.com

Стаття надійшла до редакції 3 серпня 2015 р.