

ОСНОВНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Маковецкая К. А., Власова М. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Гусаковская Э. В.

Актуальность. Показатели заболеваемости язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) постоянно возрастают, в том числе среди людей молодого трудоспособного возраста, составляя для ЯК от 21 до 268 случаев, а при БК – от 9 до 199 случаев на 100 тысяч населения. При этом максимальный уровень заболеваемости выявлен в Скандинавии, Северной Америке и Израиле [1]. Схожесть клинической симптоматики ЯК и БК предполагает поиск методов диагностики, позволяющих провести четкую границу между двумя заболеваниями. Воспалительные заболевания кишечника по тяжести течения и частоте осложнений занимают одно из ведущих мест среди болезней желудочно-кишечного тракта, представляя собой одну из наиболее серьезных проблем гастроэнтерологии. Их примерами являются язвенный колит и болезнь Крона. Поздняя диагностика, трудная дифференциальная диагностика и неадекватное лечение этих патологий зачастую приводят к развитию осложнений, высокой летальности и инвалидизации населения. В этих условиях применение целого ряда современных диагностических методов не всегда помогает сделать выбор в пользу одного из этих заболеваний [2], этиология и патогенез которых не до конца изучены [1].

Цель. Изучить современные подходы в дифференциальной диагностике язвенного колита и болезни Крона.

Методы исследования. Осуществлен обзор научно-исследовательских публикаций по данной тематике, в том числе задокументированных клинических случаев.

Результаты и их обсуждение. Дифференциальная диагностика схожих по симптоматике заболеваний – язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) – подразумевает выяснение различий между ними с целью сведения диагноза к единственно верной патологии. С этой целью наряду с оценкой клинической картины используются эндоскопические и гистологические методы.

Патофизиология язвенного колита и болезни Крона. Развитие ЯК обычно начинается с поражения прямой кишки – язвенного проктита, который при прогрессировании патологического процесса распространяется проксимально и поражает сигмовидную, а затем и все отделы ободочной кишки. Иногда генерализованное воспаление толстой кишки развивается уже с самого начала развития ЯК. При этом, как правило, воспалительный процесс ограничивается слизистой оболочкой и подслизистой основой; мышечный слой

поражается лишь при тяжелом течении заболевания. В начале развития ЯК на поверхности гиперемированной слизистой оболочки отмечаются диффузно расположенные геморрагические элементы. Усугубление течения ЯК приводит к формированию изъязвлений на слизистой оболочке, при обсеменении которых микроорганизмами появляется обильное гнойное отделяемое. Со временем над изъязвленной поверхностью образуются участки гиперплазированной ткани (псевдополипы). При этом формирование свищей и абсцессов для ЯК не характерно [3].

В свою очередь, еще в начале развития БК отмечается воспаление кишечных крипт с формированием микроабсцессов и отдельных афтоидных изъязвлений. В дальнейшем изменения со стороны кишечной стенки проявляются образованием глубоких щелевидных язв, перемежающихся с участками отека слизистой, что придает ей характерный вид «булыжной мостовой». Дальнейшее распространение воспалительного процесса трансмурально приводит к лимфостазу, утолщению кишечной стенки и брыжейки, увеличению брыжеечных лимфоузлов, а также развитию фиброза и стриктур с формированием кишечной непроходимости. Зачастую образуются фистулы и абсцессы кишечника и мочевого пузыря, с распространением на поясничную мышцу.

Сопоставление клинической картины язвенного колита и болезни Крона. Как и при ЯК, при БК возникают боли в животе, кишечные кровотечения, в связи с чем в кале обнаруживается кровь либо при бессимптомном течении становится положительной реакция Грегерсена, стул может учащаться или, наоборот, возникает констипация, что при БК может быть обусловлено развитием фиброза и стриктур кишки. Для БК характерными, но необязательными признаками могут служить перианальные поражения. Таким образом, в связи со схожестью признаков ЯК и БК, клиническая картина этих заболеваний не дает серьезных оснований для выставления конкретного диагноза.

Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона на основании колоноскопии. При ЯК с помощью колоноскопии возможно определить последовательное в проксимальном направлении концентрическое расположение поражений толстой кишки и наблюдаемое изредка перианальное поражение, что при легкой форме течения характеризуется наличием гиперемии и грануляций слизистой, отсутствием сосудистого рисунка. В то же время тяжелое течение ЯК приводит к дополнительному формированию плоских сливных язв, поверхность которых покрыта гнойным экссудатом. В свою очередь, период ремиссии характеризуется изменениями кишечной стенки в виде псевдополипоза, отсутствия гаустрации, сужения просвета кишечника с формированием «мостиков» из слизистой оболочки.

В то же время, в отличие от ЯК, при БК определяется прерывистое, в дистальном направлении эксцентрическое расположение поражений толстой кишки с часто обнаруживаемыми перианальными поражениями. При легкой форме течения БК на участках неизменной слизистой выявляются афты,

кровоточивость отсутствует. Тяжелое течение БК характеризуется прогрессированием патологического процесса с формированием продольных щелевидных язв (рельеф «булыжной мостовой») и свищей, кровоточивостью. В период ремиссии наблюдаются рубцовые деформации и стриктуры.

Сравнение гистологических изменений кишечника при язвенном колите и болезни Крона. Гистологическое исследование участков толстой кишки при ЯК обнаруживает поверхностное, пропорциональное распространение воспалительного процесса, характеризуемого неправильным строением желез, наличием микроабсцессов, метаплазии клеток Панета, иногда – понижением содержания бокаловидных клеток, присутствием всех видов лейкоцитов, дезинтеграцией мышечных волокон, набуханием нервных ганглиев, пролиферацией сосудов и васкулитами, амилоидозом соединительной ткани [4].

При БК, в отличие от изменений при ЯК, гистологически выявляется более глубокое (трансмуральное), прерывистое, диспропорциональное распространение воспалительного процесса. Однако также, как и при ЯК, воспалительная инфильтрация представлена всеми видами лейкоцитов, отмечаются аналогичные ЯК поражения мышечной оболочки, сосудов и нервов, наряду с отеком, фиброзом и амилоидозом соединительной ткани. В лимфатических узлах, брюшине, печени и всех слоях кишечной стенки могут обнаруживаться неказеозные гранулемы [4]. Участки пораженной кишки резко отграничены от непораженных сегментов кишки (региональный энтерит) [5].

Следует добавить, что лучевые методы диагностики (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование), применяемые для дифференциальной диагностики ЯК и БК являются недостаточными [6].

Выводы. Таким образом, наиболее эффективными методами в дифференциальной диагностике язвенного колита и болезни Крона являются эндоскопический и гистологический методы, позволяющие сформировать верный диагноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сложности дифференциальной диагностики болезни Крона / О. В. Чеснокова [и др.] // Pacific Medical Journal. – 2019. – № 3. – С. 91–93.
2. Дуброва, С. Э. Раннее выявление, дифференциальная диагностика и возможности предупреждения развития осложнений хронических воспалительных заболеваний кишечника / С. Э. Дуброва // Consilium Medicum. – 2019. – № 21 (8). – Р. 84–87.
3. Ulcerative Colitis / А. Е. Walfish [Electronic resource] // Mode of access: <https://www.msmanuals.com/ru/>. – Date of access: 14.10.2023.
4. Карманные рекомендации для врачей по ведению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / И. Г. Бакулин [и др.] ; под ред. И. Г. Бакулина. – ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ», 2018. – С. 36–39.
5. Crohn disease / А. Е. Walfish [Electronic resource] // Mode of access: <https://www.msmanuals.com/ru/>. – Date of access: 14.10.2023.
6. Климова, Н. В. Возможности лучевых методов исследования в комплексной диагностике болезни Крона и язвенного колита / Н. В. Климова, А. А. Гаус, В. А. Забияка // Вестник СурГУ. Медицина. – 2022. – № 1 (51). – С. 31–35.