



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-187-3-207-213>



Мультидисциплинарная диагностика неопределенного колита*

Дуброва С. Э., Лунина С. М., Коростелева П. А.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Россия

Для цитирования: Дуброва С. Э., Лунина С. М., Коростелева П. А. Мультидисциплинарная диагностика неопределенного колита. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;187(3): 207–213. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-187-3-207-213

Дуброва Софья Эриковна, к.м.н., врач-рентгенолог отделения КТ и МРТ рентгенологического отдела

Лунина Светлана Михайловна, м.н.с., врач-рентгенолог отделения КТ и МРТ рентгенологического отдела

Коростелева Полина Артуровна, врач-патологоанатом, патологоанатомическое отделение

✉ Для переписки:

Лунина

Светлана Михайловна

lunina.radiologist@gmail.com

Резюме

Цель исследования: На примере клинического случая показать значимость динамического наблюдения посредством различных диагностических методов визуализации кишечника, в сочетании с патоморфологическим методом подтверждения для постановки верного клинического диагноза.

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.

Материалы и методы: Исследования выполнялись на мультиспиральных компьютерных томографах Brilliance CT и ICT (Philips Medical Systems), до и после болюсного внутривенного введения контрастного вещества, а также на магнитно-резонансных томографах компании GE, в том числе с внутривенным контрастным усилением. Применялись специальные методики контрастирования просвета кишки с поэтапным и ретроградным заполнением ее водой.

Операционный материал, подлежащий исследованию, фиксировали в 10% нейтральном (забуференном) формалине в течение 10–24 часов. Фрагменты ткани обрабатывались в гистопротессоре Leica TP1020 (Leica BioSystems, Германия) по стандартному протоколу, после чего производилась заливка в парафиновые блоки. Гистологические срезы толщиной 3–5 мкм получали при помощи микротомы Leica RM2245 (Leica BioSystems, Германия). Изготовленные гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином в гистостейнере Leica Autosteiner XL (Leica BioSystems, Германия).

Результаты: За все время наблюдения (с 2013 по 2020 гг.) в условиях МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского пациентке К. выполнено 4 колоноскопии, 5 эзофагогастродуоденоскопий, 1 рентгенологическое исследование с пассажем бария по кишечнику, 3 МРТ-исследования и 5 РКТ-исследований, в том числе с внутривенным контрастным усилением, с суммарной лучевой нагрузкой 187 мЗв. Диагноз пересматривался от язвенного колита, болезни Крона, до НК. Окончательный диагноз был поставлен только благодаря патологоанатомическому анализу материалов.

Заключение: Представленный нами клинический случай наглядно демонстрирует значимость динамического наблюдения посредством компьютерной и магнитно-резонансной томографии, в сочетании с патоморфологическим методом подтверждения.

Ключевые слова: Колит. Неопределенный колит. Мультидисциплинарная диагностика

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-187-3-207-213>

Difficulties of multidisciplinary diagnostics of indeterminate colitis*

S. E. Dubrova, S. M. Lunina, P. A. Korosteleva

Moscow Regional Research Clinical Institute, 61/2 Shchepkina st., Moscow, 129110, Russian Federation

For citation: Dubrova S. E., Lunina S. M., Korosteleva P. A. Difficulties of multidisciplinary diagnostics of indeterminate colitis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;187(3): 207–213. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-187-3-207-213

✉ Corresponding author:

Svetlana M. Lunina

lunina.radiologist@gmail.com

Sofia E. Dubrova, Cand. Of Med. Sci., Radiologist, Department of Rentgenology; ORCID: 0000-0001-8809-1629, SPIN: 5012-9847

Svetlana M. Lunina, Researcher, Radiologist, Department of Rentgenology; ORCID: 0000-0002-0365-5390, SPIN: 1353-4557

Polina A. Korosteleva, Pathologist, Department of Pathology; ORCID: 0000-0001-7867-5241

Summary

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.

Aim of the study: Using the example of a clinical case, to show the importance of dynamic observation by means of various diagnostic methods of intestinal imaging, in combination with a pathomorphological confirmation method for setting the correct clinical diagnosis.

Materials and methods: The studies were performed on multislice computed tomographs Brilliance CT and ICT (Philips Medical Systems) and magnetic resonance imaging machines (GE), with intravenous contrast enhancement. We used special methods of contrasting the lumen of the intestine with gradual and retrograde filling it with water.

The surgical material fixed in 10% neutral formuline for 10–24 hours. Tissue fragments were processed in a Leica TP1020 histoprocessor (Leica BioSystems, Germany) according to a standard protocol, after which it was embedded in paraffin blocks. Histological sections with a thickness of 3–5 µm were made by a Leica RM2245 microtome (Leica BioSystems, Germany). The prepared histological preparations were stained with hematoxylin and eosin in a Leica Autostainer XL histostainer (Leica BioSystems, Germany).

Results: From 2013 to 2020 patient K. underwent 4 colonoscopies, 5 esophagogastroduodenoscopies, 1 X-ray examination with small bowel series, 3 MRI studies and 5 CT studies, including those with intravenous contrast enhancement, with a total radiation exposure of 187 mSv. The diagnosis was revised from ulcerative colitis, Crohn's disease to NC. The final diagnosis was made by the pathologist's analysis of materials.

Conclusion: The clinical case presented by us clearly demonstrates the importance of dynamic observation by computed and magnetic resonance imaging, in combination with a pathomorphological confirmation method.

Keywords: Colitis. Indeterminate colitis. Multidisciplinary diagnostics

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Введение

Среди воспалительных заболеваний кишечника особое место занимает неопределенный колит (недифференцируемый неспецифический, неутонченный колит) (НК). По данным зарубежных исследователей, примерно у 10% взрослых и до 30% детей с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки не удается провести дифференциальную диагностику между язвенным колитом и болезнью Крона толстой кишки, несмотря на использование всего современного комплекса инструментальных и лабораторных методов исследований. Зарубежные специалисты выставляют в таких случаях заключительный клинический диагноз – «indeterminate colitis». Академик РАМН, профессор Г. И. Воробьев предложил русский

эквивалент этого диагноза – недифференцируемый неспецифический колит.

Клиническая картина НК характеризуется преобладанием тяжелых форм болезни, как с периаанальными осложнениями, так и без них. Заболевание манифестирует остро с проявлением следующих симптомов: острая диарея (95% пациентов); стул с кровью (72%); вздутие живота, боль в левом или нижнем отделах живота (74%); потеря веса (44%); лихорадка (26%); артериальная гипотензия (14%). В среднем около 6,2% пациентов с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона имеют значительные внекишечные проявления, к которым относятся: увеит, гангренозная пиодермия, плеврит, узловатая эритема, болезнь

Бехтерева и другие спондилоартропатии, первичный склерозирующий холангит, артропатии, боли в спине, синовит, сакроилеит [1–5].

Макроскопически НК характеризуется распространенностью язвенных поражений, вовлечением в процесс восходящей ободочной кишки в сочетании с поражением дистальных отделов толстой кишки, воспалительный процесс захватывает более 50% слизистой оболочки, возможны сужение прямой кишки и дилатация вышележащих отделов толстой кишки с развитием токсического мегаколона. Микроскопическими признаками НК являются распространенные язвы (почти все локализируются в наиболее дилатированных отделах толстой кишки), трансмуральное воспаление без лимфоидной агрегации (типичной для БК), отсутствие эпителиоидной гранулемы, множественные язвы и трещины, достигающие до мышечного слоя кишки. Таким образом, главными диагностическими критериями НК являются: 1) абдоминальная боль, диарея кровью, потеря веса; 2) эрозии и язвы толстой кишки по данным эндоскопии; 3) панколит с ректальным спарингом; 4) раннее начало; 5) диффузное, трансмукозное неоднородное воспаление с утолщением собственной оболочки слизистой кишки [3].

Тяжелое течение НК с проявлениями, характерными как для болезни Крона, так и для язвенного колита, часто требует интенсивной терапии и/или оперативного вмешательства.

Рецидивы колита могут возникнуть при эмоциональном стрессе, инфекции или других острых заболеваниях, беременности, диетических погрешностях, использовании слабительных или антибиотиков, несоблюдении или отказе от предписанной врачом терапии.

Для диагностики НК применяются следующие методы визуализации: обзорная рентгенография (может выявить наличие измененного отечного участка кишки и токсического мега-

колона); двойное контрастирование (является наиболее информативным методом, но ограничено применяется у таких пациентов в силу их тяжелого состояния); УЗИ (неинвазивный метод диагностики с чувствительностью 84%, специфичностью – 92%, однако обладающий меньшей точностью, когда поражение распространяется влево или имеется повышенная пневматизация кишечника); КТ и МРТ (являются значимыми диагностическими методами, однако МРТ предпочтительнее для лиц молодого возраста); колоноскопия с биопсией являются наиболее ценными методами исследования с целью диагностики. Патоморфологический метод, используемый для верификации клинического диагноза, является необходимым элементом дифференциальной диагностики неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки.

Однако, ни один из перечисленных рутинных способов исследования, как правило, не позволяет провести дифференциальную диагностику НК и отнести его либо к неспецифическому язвенному колиту, либо к болезни Крона. Исследование даже послеоперационных биоптатов также не дает однозначного ответа. Только длительное наблюдение за больным позволяет клиницисту отдать предпочтение тому или иному диагнозу [6].

НК связан с более высоким риском развития различных осложнений, в том числе и послеоперационных, таких как свищ, перфорация, перитонит, сепсис, токсический мегаколон, дегидратация с гипопроteinемией и электролитным дисбалансом.

Таким образом, **цель исследования:** на примере клинического случая показать значимость динамического наблюдения посредством различных диагностических методов визуализации кишечника, в сочетании с патоморфологическим методом подтверждения для постановки верного клинического диагноза.

Материалы и методы

КТ исследования выполнялись на мультиспиральных компьютерных томографах Brilliance CT и ICT (Philips Medical Systems, Нидерланды), до и после болюсного внутривенного введения контрастного вещества, с последующим трехфазным постконтрастным протоколом сканирования, а также на магнитно-резонансных томографах (General Electric, США), в том числе с внутривенным контрастным усилением. Применялись специальные методики контрастирования просвета кишки: заполнение кишки водой: поэтапно – тонкой кишки, ретроградно – толстой кишки.

Операционный материал, подлежащий исследованию, фиксировали в 10% нейтральном

(забуференном) формалине в течение 10–24 часов. После вырезки фрагменты ткани обрабатывались в гистопроцессоре Leica TP1020 (Leica BioSystems, Германия) по стандартному протоколу, после чего производилась заливка в парафиновые блоки. Гистологические срезы толщиной 3–5 мкм получали при помощи микротомы Leica RM2245 (Leica BioSystems, Германия). Изготовленные гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином в гистостейнере Leica Autostainer XL (Leica BioSystems, Германия).

Приводим клиническое наблюдение, демонстрирующее значимость мультидисциплинарного подхода в диагностике НК.

Клиническое наблюдение

Пациентка К., 27 лет, в декабре 2013 г. госпитализирована в отделение гастроэнтерологии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с жалобами на многократный неоформленный стул (4–5 раз в день

с эпизодами крови), повышение температуры тела до 39 °С, слабость, гнойные, каловые выделения из влагалища, снижение массы тела на 10 кг за последние 6 месяцев. Из анамнеза известно, что

впервые каловые выделения из влагалища и изменения стула появились весной 2013 г. По месту жительства хирургом был вскрыт абсцесс (перианальной области?). Обследовалась в ГНЦК, проведена колоноскопия до купола, выявлены множественные глубокие язвы слепой, поперечной и нисходящей части ободочной кишки, а также деформация анального канала. При УЗИ – признаки воспалительных изменений стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала с перианальными осложнениями (свищи с затёками). При осмотре в отделении гастроэнтерологии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского – перианально визуализировались множественные свищи с гнойным отделяемым; при ректальном исследовании – анальный канал деформирован за счет свищей. При мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза, кишки с пероральным и ретроградным контрастированием кишечной трубки водой, до и после внутривенного болюсного введения контрастного препарата (Оптирей 350–100,0): определялись изменения стенки толстой кишки: прямой – утолщение стенки с отеком подслизистого слоя и гиперваскуляризацией слизистого слоя, признаками гиперваскуляризации параректальной клетчатки; сигмовидной кишки – менее выраженное утолщение стенки, с чередованием участков гиперваскуляризации слизистого слоя с участками накопления контрастного вещества всеми слоями стенки; ободочной кишки – множественные прерывистые участки утолщения стенки, с гиперваскуляризацией слизистого слоя. В подвздошной кишке – не исключалось наличие участка трансмурального накопления контрастного вещества в терминальном отделе подвздошной кишки, без утолщения стенки. От стенки прямой кишки определялись лентовидные уплотнения мягких тканей, распространяющиеся до копчика и перианальной зоны с обеих сторон. После ретроградного введения контрастного вещества в толстую кишку – отмечалось поступление контрастного вещества во влагалище.

Заключение: Болезнь Крона, с полисегментарным поражением толстой кишки, с чередованием участков активного и трансмурального воспаления. Свищевая форма, с наличием перианальных и ректо-вагинальных свищей.

На основании данных комплексного обследования, пациентке был установлен диагноз Болезнь Крона, свищевая форма с поражением подвздошной и толстой кишки и анарктальной зоны, тяжелое течение, функционирующие анарктальные и ретровагинальные свищи. Проводилась гормональная терапия с кратковременным положительным эффектом, в последующем – биологическая терапия.

Представленный клинический пример, казалось бы, демонстрирует ситуацию, когда диагноз болезни Крона не вызывал сомнений клиницистов. Однако дальнейшее развитие заболевания пациентки привело к необходимости пересмотра заключительного диагноза.

В январе 2017 г. пациентка узнала о беременности и самостоятельно отменила терапию. В феврале

2017 г. – ухудшение состояния с подъемом температуры до 38 °С и спастическими болями в животе. При МРТ исследовании брюшной полости и малого таза – в гипогастрии, занимая практически весь поперечник брюшной полости, выявлялась большая полостная структура с горизонтальным уровнем жидкости, неправильной формы, размерами до 85х54х160 мм (кранио-каудальный; передне-задний; поперечный). Стенки этой патологической структуры неравномерной толщины (от 3 до 7 мм), внутренние очертания неровные. Спереди данная структура интимно прилежала к передней брюшной стенке, отделяясь от нее жировой клетчаткой; книзу – непосредственно ко дну увеличенной матки, повторяя контур последней; вдоль заднего контура визуализировались смещенная кзади брыжейка и петли тонкой кишки.

Кроме того, в Дугласовом пространстве определялось второе полостное образование размерами с неровными "бухтообразными" выпячиваниями, около 34х27х57 мм, расположенное между прямой кишкой (последняя отдалена кзади – просвет ее сужен), шейкой матки – кпереди, ректосигмоидным отделом и петлей сигмовидной кишки – сверху. Не исключалась его связь с вышеописанной жидкостной структурой посредством узкого хода, содержащего пузырьки воздуха, толщиной до 4х5 мм, расположенного вдоль задней стенки матки, больше справа. Клетчатка малого таза уплотнена.

Визуализировались наружные параректальные свищи по передней и задней полуокружности прямой кишки. На уровне тазового дна и промежности справа – свищевой ход максимальной толщиной до 8 мм с толстыми плотными стенками, открывавшийся на правой половой губе.

Заключение: Визуализация двух полостных образований в нижних отделах брюшной полости и в малом тазу с вероятным их сообщением между собой, с учетом проведенного в последующем УЗИ – более вероятно наличие межкишечного абсцесса, возможно с прилежанием к передней брюшной стенке.

Уточняющим методом исследования в данном случае стала диагностическая лапароскопия. В марте 2017 г. больная оперирована: проведено вскрытие, санация, дренирование полости абсцесса, дренирование брюшной полости. Передняя стенка абсцесса – большой сальник; задняя и верхняя стенки – спаянные петли тонкой кишки; нижняя – тело матки. Сформирована концевая илеостома. Свищевые ходы зондированы, санированы, установлены ситоны.

Пациентка переводится в перинатальный центр г. Балашиха, где ей предложено прерывание беременности по медицинским показаниям, от которого она отказалась, в связи с чем переведена в хирургическое отделение ГКБ г. Мытищи, проводилась инфузионная терапия и выполнено удаление дренажей.

В апреле 2017 г. – госпитализация в гинекологическое отделение ГКБ г. Мытищи с диагнозом: начавшийся выкидыш при беременности 21–22 недели; преждевременный разрыв плодных оболочек;

эндометрит. Была выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки.

В течение 1,5 лет проводилась терапия Инфликсимабом. С лета 2019 г. у больной отмечалось ухудшение состояния, к врачу не обращалась. В декабре 2019 г. по настоянию родных была госпитализирована в отделение гастроэнтерологии МОНИКИ в тяжелом состоянии, где проводилась антибактериальная, инфузионная гормональная и симптоматическая терапия.

При МРТ исследовании тонкой и толстой кишки в условиях поэтапного заполнения водой тонкой кишки и последующим внутривенным контрастным усилением: отмечалось утолщение стенок восходящей ободочной кишки, печеночного изгиба и поперечноободочной кишки до 3–8 мм, с повышением сигнала на ДВИ с не выраженной инверсией на картах ИКД – полисегментарный активный воспалительный процесс, протяженностью до 20 см; селезеночный угол без особенностей. Аналогичные более выраженные изменения – в нижней половине нисходящей ободочной и в сигмовидной кишке до ректо-сигмоидного отдела и прилежащих отделов прямой кишки; протяженностью до 18 см; стеноза просвета на всем протяжении не отмечается. В малом тазу определялись тяжистые уплотнения – отложение множественных свищевых ходов:

1. от стенки сигмовидной и прямой кишки к стенке матки и влагалища в Дугласовом пространстве (без достоверной связи с полостью), далее – вдоль задней поверхности матки, достигая правого яичника. Правый яичник без особенностей, с наличием фолликулов, по боковой его поверхности отмечается скопление жидкости до 26×18 мм).
2. от стенки сигмовидной кишки к подпаянному левому яичнику. Между дном матки, кишкой и левым яичником отмечалась ограниченная, неоднородная инфильтрация тканей, с формированием разнокалиберных полостей в структуре, примерными размерами 50×22×38 мм, окружающая клетчатка и прилежащие органы отечные; яичник деформирован с разнокалиберными фолликулами (3–10 мм), подтянут к инфильтрату.
3. от стенки прямой кишки в мягкие ткани промежности справа.
4. от стенки прямой кишки в пресакральную жировую клетчатку и далее в нижние и задние отделы седалищно-анальной ямки.

В остальном стенка петель тонкой кишки без признаков патологического утолщения и изменения МР-сигнала. Определялись признаки подпаянности отдельных петель подвздошной кишки к правому яичнику.

После в/в введения контрастного препарата отмечалось выраженное его накопление утолщенными стенками указанных отделов толстой кишки.

Кроме того, определялось формирование инфильтрата в левой половине таза (по ходу широкой связки матки), с вовлечением в процесс левого яичника и стенки сигмовидной кишки.

Заключение: Состояние после операции. Болезнь Крона, фаза активного воспалительного процесса (в толстой кишке). Свищевая форма,

множественные свищи. Инфильтрат в левой половине таза (по ходу широкой связки матки), с вовлечением в процесс левого яичника и стенки сигмовидной кишки, не исключается формирование абсцесса. Спаечный процесс в брюшной полости и в малом тазу.

При малой эффективности консервативного лечения, показано оперативное лечение. В феврале 2020 г. пациентке выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия, где вскрылись две полости абсцесса; резекция пораженных отделов подвздошной кишки, с последующей их гистологией; грыжесечение парастомальной грыжи передней брюшной стенки без аллопластики; илеостомия (выведение петли подвздошной кишки на переднюю брюшную стенку слева; колэктомия.

При макроскопическом исследовании серозная оболочка подвздошной кишки на большем протяжении гладкая, с пленчатыми наложениями желтого цвета на небольших участках. На расстоянии 1,5 см от края резекции подвздошной кишки имелся дефект стенки на площади 1×1,5 см с красно-бурыми подрывными краями. Толстая кишка фиксирована, деформирована, вскрыта по противобрыжечному краю. Толщина стенки от 0,2 см до 1,8 см. В просвете кишки – темно-вишневые массы. Серозная оболочка нисходящей ободочной кишки тусклая с наложениями желтого и бурого цветов. Слизистая толстой кишки на всем протяжении вида «булыжной мостовой», грязно-серого цвета, на некоторых участках уплощена, атрофична.

При микроскопическом исследовании: в резецированном терминальном отделе подвздошной кишки и материале колэктомии определялась выраженная воспалительная полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки из плазматических клеток и лимфоцитов с примесью эозинофилов и нейтрофилов, с формированием криптитов и крипт-абсцессов (рис. 5(а), рис. 5(б)). Выявлены множественные эрозии и язвы глубокой до мышечного слоя с разрастаниями грануляционной ткани в области дна и наложениями на поверхности изъязвлений фибринозно-гнояного экссудата (рис. 5(в)). Отмечался очаговый ангиоматоз и склероз слизистой оболочки и подслизистого слоя. На серозной оболочке дистальных отделов толстой кишки – наложения фибрина с примесью нейтрофилов, очаговые разрастания зрелой грануляционной ткани. В параколических лимфатических узлах явления реактивной фолликулярной гиперплазии. Края стомы были представлены фрагментами кожи и прилежащими участками тонкой кишки с выраженным хроническим активным воспалением, изъязвлением глубиной до субсерозной основы с фибринозно-гнояными наложениями на поверхности, формированием полости, стенка которой представлена грануляционной тканью. Таким образом, на основании макроскопического и микроскопического исследований, убедительных морфологических данных за болезнь Крона или неспецифический язвенный колит обнаружено не было, сделано заключение: недифференцируемый активный илеоколит, местный фибринозно-гнояный перитонит с формированием абсцессов.

Результаты

Неопределенный колит – редкая патология, обладающая схожими клиническими и диагностическими проявлениями нескольких воспалительных заболеваний кишечника, что обуславливает трудности дифференциальной диагностики данной патологии. В настоящее время отсутствуют единые диагностические критерии НК, не разработан алгоритм верификации клинического диагноза НК. Поиск четких клинических, диагностических и лабораторных критериев указанного заболевания актуален по сей день.

Так, и в нашем случае врачи различных клинических специальностей, врачи диагностических служб и патологоанатомы столкнулись с непростой задачей правильной постановки диагноза. Весь этап занял 6 лет, во время которого потребовались неоднократные, в том числе инвазивные, исследо-

вания. В дополнение к патоморфологическому исследованию, наиболее информативными методами визуализации неопределенного колита являются компьютерная и магнитно-резонансная томография с пероральным и ретроградным контрастированием кишечной трубки. За все время наблюдения (с 2013 по 2020 гг.) в условиях МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского пациентке К. было выполнено 4 колоноскопии, 5 эзофагогастродуоденоскопий, 1 рентгенологическое исследование с пассажем бария по кишечнику, 3 МРТ-исследования и 5 РКТ-исследований, в том числе с внутривенным контрастным усилением, с суммарной лучевой нагрузкой 187 мЗв. Диагноз пересматривался от язвенного колита, болезни Крона, до НК. Окончательный диагноз был поставлен только благодаря патологоанатомическому анализу материалов.

Обсуждение

Первые публикации, посвященные НК, появились в зарубежной печати в 70-е годы XX века [7, 8]; в отечественной литературе – в 2001 году [9].

Е. Kangas с соавторами (1994) рассматривают недифференцируемый неспецифический колит НК как временный диагноз, предшествующий заключительному диагнозу язвенного колита или болезни Крона – чаще болезни Крона. В результате последующего динамического наблюдения большинству больных НК удается установить достоверные диагнозы язвенного колита или болезни Крона толстой кишки. Тем не менее, у незначительной группы больных диагноз НК сохраняется в течение длительного времени [10].

W. G. Rudolf с соавторами (2002) считают, что на основании особенностей клинического течения больных НК – большого числа осложнений и неудачных исходов восстановительно-реконструктивных операций с формированием илеоанального резервуарного анастомоза, было бы полезно рассматривать НК как самостоятельную нозологическую форму в группе неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки [11].

НК можно считать фенотипическим вариантом единого воспалительного заболевания кишечника,

который характеризуется «перехлестом» диагностических признаков язвенного колита и болезни Крона [12]. Ввиду схожести как клинических, так и диагностических признаков язвенного колита и болезнью Крона толстой кишки, затруднительно отнести отдельный клинический случай в рамки определенной нозологической формы. Для установки верного клинического диагноза часто требуется весьма продолжительное время, что обусловлено в первую очередь сложностью дифференциальной диагностики.

Для больных НК характерно тотальное и субтотальное поражение толстой кишки, которое при неэффективности консервативного лечения требует выполнения оперативного вмешательства. Применяемые указанные диагностические методы визуализации кишечника, позволяют получить максимально необходимые данные для хирургического лечения.

Представленный нами клинический случай наглядно демонстрирует значимость динамического наблюдения посредством компьютерной и магнитно-резонансной томографии, в сочетании с патоморфологическим методом подтверждения.

Литература | References

1. Brown S., Hartley, J.E., Hill, J. et al.; Contemporary Coloproctology. London, Springer-Verlag London, 2012.
2. Damianov I., Kogan E. A., ed. Sekrety patologii [Secrets of Pathology]. Moscow, MIA Publ., 2006. 816 p. (In Russ.)
Дамианов И., Коган Е. А. (ред); Секреты патологии. – М.: МИА изд., 2006. – 816 с.
3. Romano C., Famiani A., Gallizzi R. et al. Indeterminate Colitis: A Distinctive Clinical Pattern of Inflammatory Bowel Disease in Children. *Pediatrics*, 2008. Dec;122(6):1278–81. DOI: 10.1542/p.2008–2306
4. Mitchell PJ, Rabau MY, Haboubi NY; Indeterminate colitis. *Tech Coloproctol*, 2007. Jun;11(2):91–6. DOI: 10.1007/s10151-007-0337-y
5. Joo M, Odze RD; Rectal sparing and skip lesions in ulcerative colitis: a comparative study of endoscopic and histologic findings in patients who underwent proctocolectomy. *The American Journal of Surgical Pathology*, 2010. May;34(5):689–96. DOI: 10.1097/PAS.0b013e3181db84cd
6. Stepanova E.V., Loranskaya I. D., Khalif I. L. Bolezn' Krona: ucheb. posobiye [Crohn's disease: textbook]. Moscow, SBEI FPE RMAPE, 2013. 52 p. (In Russ.)
Степанова Е. В., Лоранская И. Д., Халиф И. Л. Болезнь Крона: учеб. пособие. Е. В. Степанова, И. Д. Лоранская, И. Л. Халиф; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2013. – 52 с.
7. Longo WE, Oakley JR, Lavery IC. et al.; Outcome of ileo-rectal anastomosis for Crohn's colitis. *Dis. Colon Rectum*, 1992. Nov;35(11):1066–71. DOI: 10.1007/BF02252997
8. Riis P. Differential diagnosis, ulcerative colitis, Crohn's disease and other disorders, including diverticular disease. R. N. Allan ed. *Inflammatory bowel diseases. Edinburgh: Churchill Livingstone*, 1990. pp. 191–198.
9. Glants S. Mediko-biologicheskaya statistika. [Biomedical statistics]. Moscow, Praktika Publ., 1999. 459 p. (In Russ.)
Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М., Практика, 1999. – 459 с.
10. Kangas E., Matikainen M., Mattila J. Is „indeterminate colitis“ Crohn's disease in the long-term follow-up? *Int. Surg.* 1994. Apr-Jun.; 79 (2):120–123.
11. Rudolf W.G., Uthoff S. M.S., McAuliffe T.L. Indeterminate colitis. The real story. *Dis. Colon Rectum*, 2002. Nov;45(11):1528–34. doi: 10.1007/s10350-004-6461-0.
12. Khrutskaya M.S., Pankratova Yu. Yu. Vospalitel'nyye zabolevaniya kishechnika: ucheb.-metod. posobiye [Inflammatory bowel diseases: textbook]. Minsk, BGMU, 2013. 59 p. (In Russ.)
Хруцкая М. С., Панкратова Ю. Ю. Воспалительные заболевания кишечника: учеб.-метод. Пособие. М. С. Хруцкая, Ю. Ю. Панкратова. – Минск: БГМУ. – 2013. – 59 с.

К статье

Мультидисциплинарная диагностика неопределенного колита (стр. 207–213)

To article

Difficulties of multidisciplinary diagnostics of indeterminate colitis (p. 207–213)

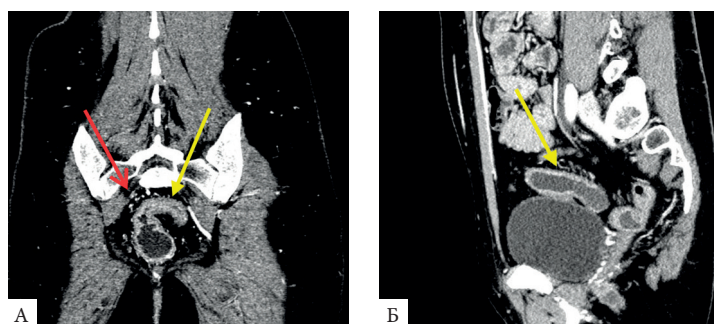


Рисунок 1.

МСКТ кишки с пероральным и ретроградным контрастированием кишечной трубки водой, до и после внутривенного болюсного введения контрастного препарата (артериальная фаза сканирования). Изменения стенки толстой кишки: а) прямой – утолщение стенки с отеком подслизистого слоя и гиперваскуляризацией слизистого слоя (желтая стрелка), признаками гиперваскуляризации параректальной клетчатки (красная стрелка); б) сигмовидной кишки – менее выраженное утолщение стенки, с чередованием участков гиперваскуляризации слизистого слоя с участками накопления контрастного вещества всеми слоями стенки (желтая стрелка); в) восходящего, нисходящего отделов ободочной кишки (криволинейная реконструкция), г) поперечного отдела ободочной кишки – множественные прерывистые участки утолщения стенки, с гиперваскуляризацией слизистого слоя (желтые стрелки).

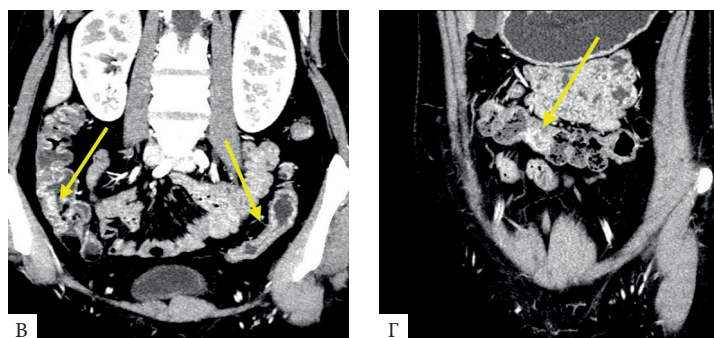


Figure 1.

MSCT of the intestine with oral and retrograde contrasting of the intestinal tube with water, before and after an intravenous bolus injection of a contrast agent (arterial phase of scanning). Changes in the colon wall: a) rectum – thickening of the wall with edema of the submucosal layer and hypervascularization of the mucous layer (yellow arrow), signs of hypervascularization of the adrectal tissue (red arrow); b) sigmoid colon – less pronounced thickening of the wall, with alternating areas of hypervascularization of the mucous layer with areas of accumulation of contrast agent by all layers of the wall (yellow arrow); c) ascending, descending sections of the colon (curvilinear reconstruction), d) the transverse section of the colon – multiple intermittent sections of wall thickening, with hypervascularization of the mucous layer (yellow arrows).

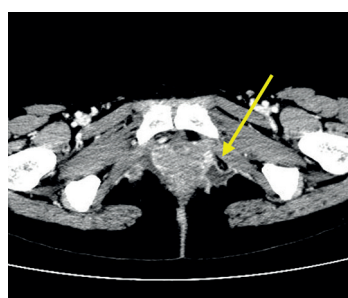


Рисунок 2.

МСКТ кишки с пероральным и ретроградным контрастированием кишечной трубки водой, до и после внутривенного болюсного введения контрастного препарата (артериальная фаза сканирования). Визуализация перипанального свища (желтая стрелка).

Figure 2.

MSCT of the intestine with oral and retrograde contrasting of the intestinal tube with water, before and after the intravenous bolus injection of the contrast agent (arterial phase of scanning). Visualization of the perianal fistula (yellow arrow).

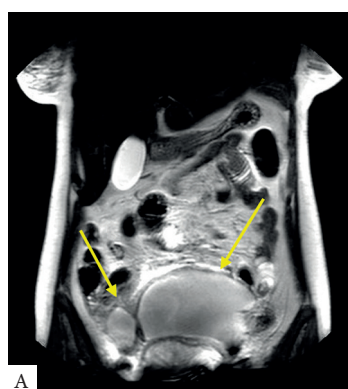


Рисунок 3.

МРТ исследование брюшной полости и малого таза. а) T2 TSE, cor. б) T2 SPAIR, cor. Визуализация двух полостных образований в нижних отделах брюшной полости и в малом тазу с вероятным их сообщением между собой (желтые стрелки), плод (беременность 15 недель) (красная стрелка).

Figure 3.

MRI examination of the abdominal cavity and small pelvis. a) T2 TSE, cor. b) T2 SPAIR, cor. Visualization of two cavities in the lower abdominal cavity and in the small pelvis with their probable communication with each other (yellow arrows), the fetus (pregnancy 15 weeks) (red arrow).

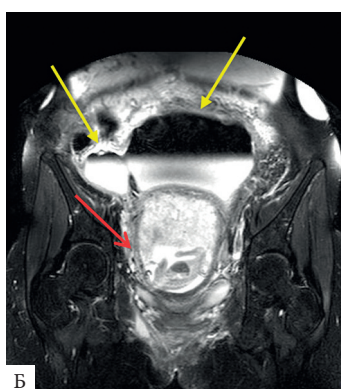


Рисунок 4.

МРТ исследование тонкой и толстой кишки. а) T1+C, ax. Визуализация инфильтрата в левой половине таза (по ходу широкой связки матки), с вовлечением в процесс левого яичника и стенки сигмовидной кишки (не исключается формирование абсцесса) (желтая стрелка). б) T2, Sag HR. Визуализация ректо-вагинального свища (желтая стрелка).

Figure 4.

MRI examination of the small and large intestine. a) T1 + C, ax. Visualization of the infiltrate in the left half of the pelvis (along the broad ligament of the uterus), with the involvement of the left ovary and the wall of the sigmoid colon (the formation of an abscess is not excluded) (yellow arrow). b) T2, Sag HR. Visualization of a recto-vaginal fistula (yellow arrow).

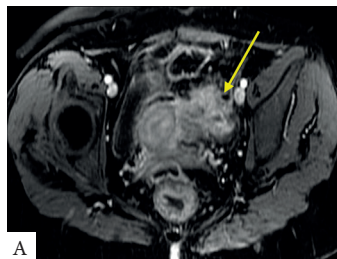


Рисунок 5.

а) Стенка толстой кишки с выраженной инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами, выраженным полнокровием сосудов слизистой оболочки и подслизистой основы. Окраска гематоксилин-эозин, $\times 40$. б) Слизистая оболочка толстой кишки с криптитом и формированием крипт-абсцесса. Окраска гематоксилин-эозин, $\times 100$. в) Стенка толстой кишки с язвой, глубиной до мышечного слоя с разрастаниями в дне молодой грануляционной ткани, наложениями фибринозно-гнояного экссудата на поверхности. Окраска гематоксилин-эозин, $\times 40$.

Figure 5.

a) The wall of the large intestine with pronounced infiltration by polymorphonuclear leukocytes, pronounced plethora of vessels of the mucous membrane and submucosa. Hematoxylin-eosin staining, $\times 40$. b) Colon mucosa with cryptitis and crypt-abscess formation. Hematoxylin-eosin staining, $\times 100$. c) The wall of the large intestine with an ulcer, deep to the muscle layer with growths in the bottom of young granulation tissue, overlays of fibrinous-purulent exudate on the surface. Hematoxylin-eosin staining, $\times 40$.

