

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РЕНТГЕНОСКОПИИ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПРИ ДИАГНОЗЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Текоев Тимур Эрикович

студент, Северо-Осетинская государственная медицинская академия, РФ, г. Владикавказ

Аннотация. Представлен ретроспективный анализ 67 историй болезней с морфологически подтвержденной болезнью Крона. Установлено, что болезнь Крона встречается преимущественно в возрасте после 60 лет с локализацией патологического процесса в толстой кишке. Показано, что ирригоскопия с двойным контрастированием позволяет выявить заболевание как на ранних стадиях болезни, так и на поздних, однако для полного установления диагноза необходимо гистологическое исследование биоптата.

Ключевые слова: рентгеноскопия; диагностика; болезнь Крона.

Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее трансмуральное и сегментарное воспалительное поражение желудочно-кишечного тракта, не ясной этиологии с развитием местных и системных осложнений. В последнее время в развитых и развивающихся странах наблюдается значительный прирост числа воспалительных заболеваний кишечника. По различным источникам распространенность воспалительных заболеваний кишечника колеблется от 50 до 80 случаев на 100 тысяч населения, в то время как первичная заболеваемость БК составляет 2-4 случая на 100 тысяч населения. Характерной особенностью данной патологии является ряд грозных осложнений, которые развиваются при поздней постановке диагноза и отсутствия адекватного лечения. Кишечная непроходимость, кишечное кровотечение, перфорация в свободную брюшную полость требуют срочного хирургического вмешательства, так как эти состояния угрожают жизни пациентов. Нужно также отметить, что БК считается факультативным предраком кишечника, имеет определённый процент малигнизации при длительном течении. Своевременная и правильная постановка диагноза с определением точной локализации патологического процесса значительно усложняется из-за длительного латентного течения заболевания и сложности дифференциальной диагностики. БК следует дифференцировать с многими заболеваниями органов брюшной полости, такими как острый аппендицит, туберкулёз кишечника, воспаленный дивертикул Меккеля и ряд других патологических состояний органов брюшной полости. Наиболее сложная дифференциальная диагностика БК проводится с язвенным колитом. По этиологии, патогенезу, клинической симптоматике и диагностическим данным они имеют практически одинаковую картину болезни. В настоящее время медицина не располагает методами, которые могли бы четко отдифференцировать БК от язвенного колита, даже при гистологическом исследовании, который считается золотым стандартом диагностики, не всегда удаётся различить эти две патологии. Значительную информативность при постановке диагноза БК даёт один из рентгенологических методов исследования – рентгеноскопия.

Рентгеноскопия – это метод исследования важной составляющей которого является сканирование внутренних органов в динамике и определение функциональных особенностей. Получаемое при этом изображение выводится на монитор, которое в последующем можно распечатать и сделать снимок. Данный метод значительно расширяет диагностическую картину по сравнению с рентгенографическим анализом, но отличается повышенной лучевой нагрузкой на организм, поэтому его использование достаточно ограничено. Одной из

патологий для которой рентгеноскопия высоко информативный метод исследования – это болезнь Крона. Рентгеноскопия при исследовании пациента с подозрением на БК включает в себя обзорное исследование брюшной полости, пассаж бария по кишечнику, ирригоскопию с двойным контрастированием. Обзорное исследование брюшной полости в данном случае может определить картину прерывистого характера поражения кишечника, наличие патологического процесса сразу в нескольких отделах. Главный и ведущий симптом при обзорном исследовании брюшной полости – сужение пораженного участка кишки. По данным многочисленных исследований отмечается закономерная зависимость между степенью сужения просвета кишки и давности заболевания, другими словами чем более выражено сужение участка кишки, тем более длительно протекает БК. Ирригоскопия с двойным контрастированием даёт более детальную картину сужения просвета кишки, помогает определить локализацию патологического процесса, т. е. участки неизмененного отдела кишечника четко отграничиваются от патологически измененных, неровность контуров, значительную ригидность пораженного участка так же определяется при помощи ирригоскопии. В случаях когда кишка раздувается нерезко на фоне нагнетаемого воздуха, отчетливо видна ячеистая и пористая структура внутренней поверхности. Псевдополипозные разрастания, которые также проявляются на фоне воздуха имеют вид цепочки.

Цель исследования: оценка диагностических возможностей рентгеноскопии, определение группы риска при постановке диагноза БК.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 67 историй болезней с морфологически подтвержденной болезнью Крона, проходивших лечение на базе хирургического отделения РКБ г. Владикавказ, с последующей обработкой данных в MS Excel 2013. Рентгеноскопия включала обзорное исследование брюшной полости, пассаж бария по кишечнику, ирригоскопию с двойным контрастированием.

Результаты исследования: проведенный анализ 67 историй болезней показал, что 32 случая (47,8%) приходится на женщин, а 35 случаев (52,2%) соответственно на мужчин. По возрасту группа распределилась следующим образом: до 30 лет – 11 случаев (16,4%), 31–45 лет – 15 случаев (22,4%), 46–60 лет – 18 случаев (26,9%), старше 60 лет – 23 случая (34,3%).

Локализация патологического процесса, которая была определена при помощи ирригоскопии с двойным контрастированием, позволила определить БК в 39 случаях (58,2%) в толстой кишке; 17 случаев (25,8%) в тонкой кишке; 11 случаев (16%) сочетанного поражения тонкой и толстой кишки, с дальнейшим морфологическим подтверждением. В ходе исследования было обнаружено, что ошибочное заключение при проведении ирригоскопии было дано 4 пациентам из 67, у 3 пациентов (4,5%) об язвенном колите, у 1 пациента об раке толстой кишки. По клиническим данным характерным для БК установить заболевание удалось лишь у 13 пациентов (19,4%). По результатам ультразвукового метода исследования брюшной полости определялось характерное утолщение кишечной стенки (симптом «мишени»). Морфологическое исследование, которое по сути является золотым стандартом диагностики БК, определило наличие характерных эпителиоидноклеточных гранул преимущественно в подслизистом слое, реже в собственной пластинке слизистой оболочки, здесь обнаруживались единичные клетки Лангханса. Гистологическое исследование биоптатов взятых у пациентов при колоноскопии в 62 случаях (92,5%) определило по клеточному составу БК, в 5 случаях (7,5%) трактовалось как «неопределенные гранулёмы между болезнью Крона и язвенным колитом».

Выводы. Проведенное исследование показывает, что ирригоскопия с двойным контрастированием позволяет выявить БК, определить локализацию и протяженность патологического процесса, но для точной постановки диагноза необходимо морфологическое исследование биоптата, забор которого осуществляется во время колоноскопического исследования. Следует отметить, что обзорное исследование брюшной полости даёт общую картину заболевания и потому может считаться, как дополняющий метод диагностики. У больных с различными осложнениями БК данный метод зачастую является противопоказанием к использованию. Диагностическая ценность рентгеноскопии увеличивается у больных как на ранних стадиях болезни, так и на поздних, но без наличия осложнений.

Входе исследования было также выявлено, что БК встречается преимущественно в возрасте

после 60 лет с локализацией патологического процесса в толстой кишке.

Список литературы:

1. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – 832с. – (Серия «национальное руководство»).
2. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008 – 704 с. – (Серия «Национальные руководства»).
3. Патологическая анатомия: учебник / А.И. Струков, В.В. Серов. - 5-е изд., стер. – М.: Литтерра, 2010. – 880 с.
4. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – Москва, 2011. – №5. – Т. 21.
5. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 992 с.
6. Клиническая эндоскопия научно – практический журнал. Десятый Российско – Японский симпозиум «Актуальные вопросы современной эндоскопии», 2011.