

Stanisław Wojtuń, Jerzy Gil,
Łukasz Szwed, Przemysław Dyrła

Received: 25.02.2014
Accepted: 10.03.2014
Published: 31.03.2014

Podstawowe objawy i różnicowanie nieswoistych chorób zapalnych jelit

Basic symptoms and differentiation of inflammatory bowel diseases

Klinika Gastroenterologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jerzy Gil
Adres do korespondencji: Klinika Gastroenterologii, Wojskowy Instytut Medyczny, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa
Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna należą do grupy nieswoistych chorób zapalnych jelit o przewlekłym przebiegu i nieznannej etiologii. Z uwagi na niejednorodną patogenezę mają zróżnicowany obraz i przebieg kliniczny, co powoduje trudności diagnostyczne pomimo dostępności wielu wielospecjalistycznych badań. Wiadomo, że warunkiem koniecznym ustalenia ostatecznego rozpoznania jest potwierdzenie nieswoistej choroby zapalnej jelit w badaniu endoskopowym i histopatologicznym, niemniej jednak badania laboratoryjne są pomocne we wstępnej diagnostyce i odzwierciedlają zasięg oraz nasilenie procesu zapalnego. Białko C-reaktywne stanowi wykładnik procesu zapalnego, a występująca we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego niedokrwistość jest wynikiem zarówno przewlekłości choroby, jak i niedoboru żelaza wtórnego do utraty krwi. Diagnostyka laboratoryjna ma również zastosowanie w ocenie powikłań pozajelitowych dotyczących wątroby i dróg żółciowych, a także osteoporozy. Nieprawidłowe wyniki prób wątrobowych są częste w chorobach zapalnych jelit i mogą być spowodowane procesem zapalnym typowym dla tych chorób, ale też stosowanym leczeniem farmakologicznym. Chociaż powstają nowe metody wykorzystywane w diagnostyce przewodu pokarmowego, takie jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna, to jednak badanie endoskopowe z oceną histopatologiczną pobranych wycinków jest (i jeszcze długo będzie) podstawową metodą diagnostyczną w rozpoznawaniu, monitorowaniu leczenia oraz nadzorze onkologicznym.

Słowa kluczowe: choroby przewodu pokarmowego, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, endoskopia, leczenie

Summary

Ulcerative colitis (*colitis ulcerosa*, CU) and Crohn's disease belong to a group of nonspecific inflammatory bowel diseases characterized by chronicity and unknown aetiology. Due to their heterogeneous pathogenesis, their clinical pictures and clinical courses vary. This results in diagnostic difficulties that are encountered despite the availability of a number of specialized tests in contemporary medicine. It is known that a condition necessary to establish a definitive diagnosis is to confirm the presence of a nonspecific inflammatory bowel disease in a histopathological examination, but laboratory tests are helpful in the initial diagnosis and demonstrate the extent and severity of the inflammatory process. C-reactive protein is the indicator of the inflammatory process, and anaemia that occurs in ulcerative colitis is due to both the chronicity of the disease and iron deficiency secondary to blood loss. Laboratory diagnosis is also applicable in the evaluation of parenteral complications concerning the liver, bile ducts, and osteoporosis. Abnormal liver function tests are frequent in inflammatory bowel diseases and may be caused by an ongoing inflammatory process typical of these diseases as well as by the pharmacological treatment implemented. Although new methods, such as computed tomography, magnetic resonance imaging and positron emission tomography, are used in diagnosing gastrointestinal diseases, endoscopy with histopathological analysis of the collected samples still is (and will be for a long time) a primary diagnostic method in the process of diagnosing, monitoring the course of treatment and oncological surveillance.

Key words: gastrointestinal diseases, Crohn's disease, ulcerative colitis, endoscopy, treatment

Do nieswoistych zapaleń jelit należy choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz nieokreślone zapalenie okrężnicy. Schorzenia te mają polietiologiczną patogenezę. Wśród najczęściej wymienianych są czynniki genetyczne, środowiskowe i immunologiczne^(1,2). Nieswoiste choroby zapalne jelit stają się coraz częstszym problemem w praktyce klinicznej. Dzieje się tak z powodu zarówno coraz skuteczniejszej i szeroko dostępnej diagnostyki, jak i rosnącej zapadalności na te choroby. Wczesne pewne rozpoznanie choroby i szybkie zastosowanie zalecanej obecnie intensywnej farmakoterapii pozwala osiągnąć najlepszą skuteczność leczenia, której wykładnikami są najdłuższy czas remisji choroby, zmniejszone ryzyko powikłań oraz często odsunięcie w czasie konieczności leczenia chirurgicznego.

Rozpoznanie musi być ustalone na podstawie rzetelnie zebranego wywiadu i badania przedmiotowego, po wykonaniu niezbędnych badań dodatkowych. W pierwszej kolejności należy zawsze wykluczyć najczęstsze i najgroźniejsze dla danego wieku przyczyny dolegliwości, nie zapominając – nawet u osób młodych – o potrzebie wykluczenia chorób nowotworowych. Wobec powyższego powinniśmy dążyć do uzyskania potwierdzenia histopatologicznego nieswoistych chorób zapalnych jelit⁽³⁻⁶⁾.

GLÓWNE OBJAWY SUGERUJĄCE NIESWOISTĄ CHOROBE ZAPALNĄ JELIT

Na nieswoistą chorobę zapalną jelit mogą wskazywać: przewlekła, nawracająca biegunka, często z domieszką krwi, nawracające bóle brzucha, nudności, utrata masy ciała, niedokrwistość, niewyjaśnione ogólne objawy choroby zapalnej (stany podgorączkowe i gorączka, przyspieszone OB, zwiększone stężenie CRP, leukocytoza, trombocytoza, hipoproteinemia). Spośród tych objawów biegunka i niedokrwistość są bardziej charakterystyczne dla wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, a ból, utrata masy ciała i cechy stanu zapalnego – dla choroby Leśniowskiego-Crohna⁽⁷⁻⁹⁾.

POZAJELITOWE OBJAWY NIESWOISTYCH CHORÓB ZAPALNYCH JELIT

Objawy pozajelitowe występują u blisko połowy chorych z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit^(10,11). Najczęstszymi z nich są obwodowe zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, rumień guzowaty i zmiany okołodbytnicze.

Artropatia stawów obwodowych ma charakter wędrujący, zazwyczaj dotyczy dużych stawów i koreluje z aktywnością choroby. Bóle stawów czy rumień guzowaty mogą być pierwszymi objawami nieswoistej choroby zapalnej jelit, natomiast zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa i/lub zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych mogą wystąpić samodzielnie, w okresach remisji choroby.

Rumień guzowaty, definiowany jako wyniosłe, okrągłe, bolesne nacieczenie skóry, o średnicy do 5 cm, występuje u 15% chorych, głównie z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Zwykle zlokalizowany jest obustronnie na kończynach dolnych, ale może też występować na twarzy, szyi, ramionach i klatce piersiowej. Jego obecność nie koreluje z aktywnością choroby zapalnej jelit.

Zgorzelinowe zapalenie skóry może występować u około 2% chorych, niezależnie od stopnia aktywności choroby. Jest to najczęściej ciężka postać klasyczna, w formie owrzodzeń skóry lub znacznie łagodniejsza – krostkowa. Najczęstsze choroby oczu towarzyszące nieswoistym chorobom zapalnym jelit to zapalenie błony naczyniowej, twardówki, tęczówki i wrzodziejące zapalenie rogówki⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Nie wszystkie stany chorobowe przebiegające z odczynem zapalnym ze strony jelita spowodowane są przez nieswoiste choroby zapalne jelit. Nie można zapominać o innych schorzeniach o podobnej prezentacji klinicznej. W pierwszej kolejności należy wykluczyć choroby zakaźne i nowotworowe.

W celu wykluczenia etiologii zakaźnej zapalenia jelit konieczne jest wykonanie badań bakteriologicznych (*Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Clostridium*)^(11,14). W przypadku obecności czynnika zakaźnego musimy pamiętać, że może on zapoczątkować rzut istniejącej nieswoistej choroby zapalnej jelit – potwierdzenie mikrobiologiczne zakażenia jelitowego nie wyklucza współistnienia nieswoistej choroby zapalnej jelit. Z kolei u pacjentów z rozpoznaną nieswoistą chorobą zapalną jelit współistniejące zakażenie (np. *Clostridium difficile* lub cytomegalowirus) może naśladować ostry rzut choroby⁽¹²⁻¹⁴⁾.

W pierwszej kolejności zawsze należy dążyć do wykluczenia choroby nowotworowej. W przypadku podejrzenia nowotworu stwierdzenie dysplazji w wycinkach z przewodu pokarmowego powinno skłonić do szczególnie intensywnych działań, mających na celu jednoznaczne określenie charakteru stwierdzonej zmiany, nie wyłączając przeprowadzenia laparoskopii, laparotomii zwiadowczej lub całkowitego operacyjnego usunięcia podejrzanej zmiany.

Uchyłki jelita grubego stwierdza się nawet u 50% pacjentów powyżej 60. roku życia⁽¹⁵⁾. Przeważająca większość osób z uchyłkowatością jelita nie ma żadnych dolegliwości i grupa ta nie wymaga żadnych dalszych badań diagnostycznych. U osób ze stwierdzoną uchyłkowatością jelita, w przypadku występowania objawów klinicznych, takich jak bóle brzucha, szczególnie w lewym dole biodrowym, z towarzyszącą zmianą rytmu wypróżnień lub wyglądu stolca możemy rozpoznać chorobę uchyłkową jelita. Zdarza się, że objawy kliniczne zapalenia uchyłków naśladują nieswoistą chorobę zapalną jelit – mogą występować biegunki z domieszką krwi i śluzu, bóle zlokalizowane głównie w lewym dole biodrowym oraz wykładniki

stanu zapalnego, takie jak leukocytoza i zwiększone stężenie CRP. Przy podejrzeniu zapalenia uchyłków należy dążyć do ustalenia rozpoznania za pomocą metod diagnostyki obrazowej (USG, TK) – badanie pod kątem zmian w ścianach jelita grubego (w szczególności esicy i zstępnicy). Wlew doodbytniczy lub kolonoskopia powinny być wykonane po ustąpieniu ostrego stanu zapalnego, w celu wykluczenia innych możliwych przyczyn dolegliwości⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Wiele chorób jelita cienkiego i trzustki może prowadzić do spadku masy ciała, biegunki i pojawienia się wykładników stanu zapalnego. W szczególności należy wziąć pod uwagę przewlekłe zapalenie trzustki, chorobę trzewną (celiakę) oraz chorobę Whipple'a⁽¹⁸⁾.

Przy przewlekłym zapaleniu trzustki zmniejszenie dolegliwości następuje po wprowadzeniu suplementacji enzymów trzustkowych we właściwych dawkach. Trzeba jednak pamiętać, że zapalenie trzustki może być również pozajelitową manifestacją chorób zapalnych jelit.

Objawy choroby trzewnej mogą nie różnić się niczym od objawów choroby Leśniowskiego-Crohna, chociaż zwykle dominują objawy niedoborowe, biegunki i wzdęcia, a dolegliwości bólowe i objawy zapalne są słabiej wyrażone. Celiakia może być rozpoznana dzięki stwierdzeniu w surowicy obecności przeciwciał przeciwko endomysium i transglutaminazie tkankowej oraz wykonaniu biopsji jelita czczego lub dwunastnicy. Wyłączenie glutenu z diety powinno po kilku tygodniach spowodować zdecydowane zmniejszenie dolegliwości i regenerację kosmków jelitowych.

Choroba Whipple'a występuje rzadko, ale może nie różnić się niczym w obrazie klinicznym od choroby Leśniowskiego-Crohna. Konieczne jest pobranie wycinka jelita cienkiego drogą biopsji i odpowiednie wybarwienie preparatów w celu wykrycia PAS-dodatnich makrofażów w błaszcze właściwej błony śluzowej. Obecność Gram-dodatnich laseczek *Tropheryma whipplei* można potwierdzić, używając metod PCR.

Kolagenowe lub limfocytowe zapalenie jelita może być powodem pewnych trudności diagnostycznych, ponieważ rozpoznanie jest możliwe tylko dzięki pobraniu wycinków z makroskopowo niezmiennego jelita (największy odsetek rozpoznań otrzymujemy przy pobraniu biopsji z prawej części okrężnicy). W badaniach obrazowych oraz w kolonoskopii nie stwierdza się żadnych zmian⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Innymi schorzeniami sprawiającymi kłopoty diagnostyczne są chłoniaki oraz choroby naczyń (niedokrwienne lub zapalne).

Zmiany w jelitach o charakterze zwężeń lub owrzodzeń, podobnie jak w nieswoistych zapaleniach jelit, mogą być także wywołane lekami (szczególnie niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi)⁽²²⁾.

Popromienne zapalenie jelit jest łatwe do różnicowania przy prawidłowo zebranych wywiadzie.

Po wykluczeniu innych chorób przebiegających z zapaleniem jelit należy podjąć próbę różnicowania pomiędzy

wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego a chorobą Leśniowskiego-Crohna.

PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI PRZY RÓŻNICOWANIU CHOROÓB ZAPALNYCH JELIT

Dobrze zebrany wywiad i pełne badanie przedmiotowe mogą przybliżyć nas do właściwego rozpoznania, jednak ostateczna diagnoza stawiana jest zwykle na podstawie obrazu endoskopowego (makroskopowego) i badania histopatologicznego. W przypadku zmian z zajęciem jelita cienkiego decydujące bywają badanie kapsułką endoskopową, enteroskopia, pasaż przewodu pokarmowego lub badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny.

W około 10% przypadków nie udaje się stwierdzić rodzaju schorzenia i choroba nazywana jest nieokreślonym zapaleniem jelita (*colitis indeterminata*). U takich pacjentów celowe jest okresowe powtarzanie badań, ponieważ w przypadku właściwego rozpoznania pacjent może wymagać innego leczenia⁽⁹⁾.

Choroba Leśniowskiego-Crohna jelita krętego wymaga różnicowania przede wszystkim z gruźlicą jelit, która ma zbliżony obraz histopatologiczny (zapalenie ziarniniakowe) i podobną lokalizację w okolicy krętniczko-kątnicznej. Z kolei lokalizacja ww. zapalenia w okrężnicy wymaga diagnostyki różnicowej z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, zapaleniem niedokrwinnym (*colitis ischaemica*) i rakiem okrężnicy⁽¹⁾.

WYWIAD

Historia choroby musi być przeanalizowana od początku dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta i powinna uwzględniać charakter pierwszych objawów klinicznych. Istotne jest również określenie zależności dolegliwości, takich jak biegunka czy ból brzucha, od przyjmowanych posiłków, stresu lub snu.

PRZEWLEKŁA BIEGUNKA

W przypadku przewlekłej biegunki po zebraniu dokładnego wywiadu należy wykonać posiew stolca w kierunku *Salmonella*, *Shigella* i *Yersinia*, badanie stolca na obecność jaj pasożytów oraz oznaczenie toksyny dla *Clostridium difficile*. W przypadku uzyskania dodatniego wyniku należy rozpocząć leczenie przyczynowe.

Przy ujemnych wynikach badania stolca dalsze postępowanie powinniśmy uzależnić od występowania wykładników stanu zapalnego. W przypadku ich braku dalsza diagnostyka powinna skupiać się na ocenie wchłaniania jelitowego i wydolności zewnątrzwydzielniczej trzustki, a następnie na wykluczaniu pozostałych przyczyn.

Przy podwyższonych wykładnikach stanu zapalnego konieczne jest wykonanie kolonoskopii z oceną *ileum*

terminale oraz biopsją, w przypadku uciążliwych, wodnistych biegunek u starszych osób – szczególnie prawej strony okrężnicy.

NAWRACAJĄCE BÓLE BRZUCHA

Przy nawracających bólach brzucha w pierwszej kolejności należy wykonać badanie USG jamy brzusznej z oceną grubości ścian jelit oraz gastroskopię. Jeśli badania te nie pozwolą na ustalenie istoty choroby lub USG wykaże pogrubienie ścian jelit, należy wykonać kolonoskopię z oceną *ileum terminale*. W przypadku dalszych wątpliwości wskazane jest wykonanie badań obrazujących jelito cienkie, takich jak pasaż przewodu pokarmowego, tomografia komputerowa czy enterokliza rezonansu magnetycznego. Do rozważenia są również badanie jelita cienkiego kapsułką endoskopową oraz enteroskopia.

Pacjenci z objawami zespołu jelita drażliwego zwykle mają biegunkę tylko rano, a bardzo rzadko w nocy. Należy wyjaśnić choremu, że prawdziwa biegunka to ponad 250 g stolca na dobę⁽⁸⁾, ponieważ u niektórych pacjentów występuje tylko jeden wodnisty stolec w ciągu dnia lub dolegliwości polegają na częstym oddawaniu małych ilości stolca.

Zawsze należy zapytać pacjenta o charakter bólu i jego związek z oddawaniem moczu, ruchem czy miesiączką. Charakterystycznym, chociaż niezbyt częstym objawem w chorobie Leśniowskiego-Crohna jest ból narastający wraz z opróżnianiem pęcherza moczowego, który znika przed samym końcem mikcji⁽¹¹⁾.

Innym ważnym elementem wywiadu, o który warto zapytać pacjenta, jest obecność objawów pozajelitowych. W celu wykluczenia innych przyczyn dolegliwości należy dokładnie wypytać chorego o podróże zagraniczne, nietolerancje pokarmowe, choroby występujące w jego otoczeniu i wcześniejsze leczenie. Wywiad może ujawnić występowanie nieswoistych chorób zapalnych jelit w rodzinie pacjenta. W różnicowaniu między wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna szczególną uwagę należy zwrócić na utratę masy ciała, występowanie bólu i objawów pozajelitowych^(8,9,11).

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Badanie przedmiotowe musi być kompleksowe i powinno uwzględniać cały brzuch, okoliczne węzły chłonne, stawy, serce i płuca. Nie należy również zapominać o badaniu jamy ustnej, oczu i skóry. Kluczowe może okazać się badanie *per rectum*, w którym należy szukać śladów krwi, przetok, szczelin, ropni oraz guzów.

W chorobie Leśniowskiego-Crohna często stwierdzamy tkliwość brzucha i patologiczny opór w prawym dole biodrowym. Pacjent ma przy tym zwykle niedowagę. Zmiany okołoodbytnicze, a w szczególności przetoki, również skłaniają do rozpoznania choroby Leśniowskiego-Crohna^(9,11).

BADANIE ENDOSKOPOWE

W przypadku występowania uciążliwej biegunki zwykle wykonanie sigmoidoskopii pozwala na wykluczenie bądź potwierdzenie wielu potencjalnych jej przyczyn. Jeśli śluzówka odbytnicy jest niezmieniona, możemy wykluczyć krwotoczne zapalenie odbytnicy. Także wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest mało prawdopodobne. Zakażenia bakteriami z rodzaju *Salmonella* czy *Campylobacter* zwykle przebiegają z makroskopowymi zmianami odbytnicy⁽¹⁴⁾. Jeśli sigmoidoskopia nie wykaże nieprawidłowości, następnym badaniem powinna być pełna kolonoskopia z oceną końcowego odcinka jelita cienkiego. Dodatkowo należy wykonać gastroskopię, ponieważ nawet u 35% pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna stwierdza się zmiany w górnym odcinku przewodu pokarmowego⁽¹¹⁾. Zmiany śluzówkowe we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego opisywane są jako granulowanie, zmiany rumieniowe lub kruchość śluzówki z tendencją do krwawienia kontaktowego i wysięku śluzowo-ropnego w bardziej zaawansowanych stadiach. Mają one zwykle charakter ciągły i rozpościerają się od odbytu w kierunku proksymalnym do kątnicy. W postaci przewlekłej pojawiają się pseudopolipy, skrócenie jelita i zaniki śluzówki. W przypadkach z zajęciem całego jelita grubego w końcowym odcinku jelita krętego może występować nieswoiste zapalenie. Inne części przewodu pokarmowego nigdy nie są zajęte^(9,11).

W chorobie Leśniowskiego-Crohna zmiany śluzówki mają charakter przerośniętych grudek chłonnych, aft lub płaskich owrzodzeń. W bardziej zaawansowanych stadiach na śluzówce obserwujemy podłużne owrzodzenia, zwężenia oraz przetoki. Przewlekłe zmiany opisywane są jako brukowanie śluzówki i blizny. Zmiany śluzówkowe mogą pojawić się w każdej części przewodu pokarmowego i zwykle nie wykazują ciągłości typowej dla wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W ponad 80% zajęty jest końcowy odcinek jelita krętego – czasem jako jedyny zmieniony chorobowo odcinek przewodu pokarmowego^(9,11).

W przypadku choroby zlokalizowanej w jelicie cienkim w celu ustalenia diagnozy i pobrania materiału do badania histopatologicznego konieczne może okazać się wykonanie enteroskopii – obecnie jednak jest to badanie trudno dostępne, kosztowne i czasochłonne.

BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

Dla choroby Leśniowskiego-Crohna charakterystyczne jest występowanie ziarniniaków z komórek nabłonkowatych i komórek olbrzymich. Zmiany o tym charakterze stwierdzane są jednak tylko w 20–40% biopsji. Śródścienne zapalenie również przemawia za chorobą Leśniowskiego-Crohna. Co więcej, zmiany rozmieszczone są niesymetrycznie w każdej warstwie ściany przewodu pokarmowego. W śluzówce znajdują się nacieki

z granulocytów z zachowaną prawidłową liczbą komórek Gobleta. Limfocyty i komórki plazmatyczne obecne są w błaszcze właściwej (*lamina propria*). We wczesnych stadiach charakterystyczne są aftowate nadżerki. We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego zmiany histopatologiczne ograniczone są do śluzówki. Często występują ropnie krypt, ale mają one ograniczone znaczenie w różnicowaniu obu chorób^(11,23).

ULTRASONOGRAFIA

W badaniu USG w przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit można zaobserwować zmiany w strukturze ścian jelit (pogrubienie, zatarcie rysunku czy spadek echogeniczności). Ponadto badanie to jest bardzo pomocne w wykrywaniu zmian pozajelitowych, takich jak złoży w pęcherzyku żółciowym, kamienie nerkowe, ropnie czy zmiany w wątrobie lub trzustce, które mogą być zarówno powikłaniami choroby jelita, jak i osobnymi jednostkami chorobowymi, często odpowiedzialnymi za zgłaszane przez pacjenta dolegliwości.

Stwierdzenie pogrubiałej ściany jelit w badaniu USG często nakierowuje diagnostykę na właściwy tor, jednak nie pozwala jednoznacznie zróżnicować między wrzodziejącym zapaleniem jelita a chorobą Leśniowskiego-Crohna. Badanie USG z kontrastem może pomóc różnicować pogrubienie ściany jelit o etiologii zapalnej ze zwłóknieniem^(23,24).

BADANIA RADIOLOGICZNE

Jeśli nie można ocenić końcowego odcinka jelita cienkiego w trakcie kolonoskopii lub zachodzi podejrzenie, że zmiany mogą być umiejscowione w jelicie cienkim, należy wykonać badania radiologiczne. Podstawowym badaniem w polskich realiach jest pasaż przewodu pokarmowego z kontrastem, podczas gdy tzw. złotym standardem pozostaje enterokliza rezonansu magnetycznego. Badanie przy użyciu kapsułki endoskopowej może ujawnić zmiany w jelicie cienkim, jednak jego interpretacja jest często utrudniona, a w przypadku zwężeń konsekwencją zastosowania metody może być operacja z powodu niedrożności. Wlew doodbytniczy wskazany jest właściwie tylko w sytuacji, gdy nie można wykonać kolonoskopii lub występują zwężenia⁽²⁴⁾.

BADANIA LABORATORYJNE

Do badań przydatnych w diagnostyce nieswoistych chorób zapalnych jelit należą: testy na krew utajoną, badania parametrów zapalnych (OB, płytki krwi, leukocyty, CRP), obecności przeciwciał ASCA i ANCA oraz wykładników niedoborów – morfologia, zawartość ferrytyny w surowicy, stężenie albumin, wapnia i cynku.

Należy pamiętać, że nie można postawić diagnozy choroby zapalnej jelit, analizując tylko parametry laboratoryjne.

Występowanie niedokrwistości jest bardziej charakterystyczne dla aktywnego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, natomiast wartości parametrów zapalnych są zwykle wyższe w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna.

Ważną wskazówką przy ustalaniu ostatecznego rozpoznania choroby może być oznaczenie przeciwciał przeciwko cytoplazmie neutrofilów (*anti-neutrophil cytoplasmic antibodies*, ANCA), których występowanie przemawia za wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, oraz przeciwciał przeciw *Saccharomyces cerevisiae* (*anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies*, ASCA), które są częściej związane z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Inne rodzaje przeciwciał nie mają istotnego znaczenia w diagnostyce różnicowej.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Bartnik W.: Wytyczne postępowania w nieswoistych chorobach zapalnych jelit. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2007; 2: 215–229.
2. Lakatos P.L.: Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: up or down? *World J. Gastroenterol.* 2006; 12: 6102–6108.
3. Shivananda S., Lennard-Jones J., Logan R. i wsp.: Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996; 39: 690–697.
4. Vind I., Riis L., Jess T. i wsp.: Increasing incidences of inflammatory bowel disease and decreasing surgery rates in Copenhagen City and County, 2003–2005: a population-based study from the Danish Crohn colitis database. *Am. J. Gastroenterol.* 2006; 101: 1274–1282.
5. Paradowski L., Błachut K., Kollbek P.: Epidemiologia nieswoistych zapaleń jelit, skala problemu. *Med. Dypl.* 2007 (supl. 5): 33–37.
6. Petryszyn P., Ziółkowska J., Paradowski L.: Nieswoiste zapalenia jelit w ubezpieczeniu rentowym – przegląd piśmiennictwa. *Przegl. Gastroenterol.* 2008; 3: 237–242.
7. Hanauer S.B.: Update on the etiology, pathogenesis and diagnosis of ulcerative colitis. *Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol.* 2004; 1: 26–31.
8. Sands B.E.: From symptom to diagnosis: clinical distinction among various forms of intestinal inflammation. *Gastroenterology* 2004; 126: 1518–1532.
9. Mokrowiecka A., Małecka-Panas E.: Różnicowanie i leczenie nieswoistych chorób zapalnych jelit. *Przew. Lek.* 2007; 1: 56–65.
10. Muszyński J.: Nieswoiste zapalenia jelit. *Przew. Lek.* 2001; 4: 22–30.
11. Schölmerich J.: Early symptoms and differential diagnosis of inflammatory bowel diseases. *Falk Pharma* 2009.
12. De Hertogh G., Geboes K.: Crohn's disease and infections: a complex relationship. *Med. Gen. Med.* 2004; 6: 3–23.
13. Toma S.: Human and nonhuman infections caused by *Yersinia pseudotuberculosis* in Canada from 1962 to 1985. *J. Clin. Microbiol.* 1986; 24: 465–466.
14. Piaścik M., Pawlik M., Rydzewska G.: Opis przypadku. Infekcyjne zapalenia jelit a choroba Leśniowskiego-Crohna – problemy diagnostyczne i terapeutyczne. *Przegl. Gastroenterol.* 2006; 1: 88–91.
15. Ehrmann-Jósko A.: Choroba uchyłkowa jelita grubego. *Przew. Lek.* 2005; 3: 114–119.
16. Boulos P.B., Karamanolis D.G., Salmon P.R., Clark C.G.: Is colonoscopy necessary in diverticular disease? *Lancet* 1984; 1: 95–96.

17. Hulnick D.H., Megibow A.J., Balthazar E.J. i wsp.: Computed tomography in the evaluation of diverticulitis. *Radiology* 1984; 152: 491–495.
18. Piaścik M., Madejska J., Bednarczuk A. i wsp.: Choroba Whipple'a – rzadka przyczyna zespołu złego wchłaniania. *Przegl. Gastroenterol.* 2008; 3: 302–309.
19. Skrzydło-Radomańska B., Radwan P.: Mikroskopowe zapalenie jelita grubego – problem, o którym należy pamiętać. *Przegl. Gastroenterol.* 2006; 1: 74–78.
20. Lindström C.G.: 'Collagenous colitis' with watery diarrhoea – a new entity? *Pathol. Eur.* 1976; 11: 87–89.
21. Read N.W., Krejs G.J., Read M.G. i wsp.: Chronic diarrhoea of unknown origin. *Gastroenterology* 1980; 78: 264–271.
22. Binda A.: Choroba uchyłkowa u pacjentów w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Med.* 2008; 21: 746–752.
23. Robert M.E., Skacel M., Ullman T. i wsp.: Patterns of colonic involvement at initial presentation in ulcerative colitis: a retrospective study of 46 newly diagnosed cases. *Am. J. Clin. Pathol.* 2004; 122: 94–99.
24. Baczuk L.: Nieswoiste choroby zapalne jelit. Dwadzieścia lat doświadczenia klinicznego. *Postępy Nauk Med.* 2009; 3: 204–213.

Zasady prenumeraty kwartalnika „Pediatria i Medycyna Rodzinna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od dowolnego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.
2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł. Koszt całorocznej prenumeraty zagranicznej wynosi 30 euro.
3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego – 25 zł.
4. Zamówienie można złożyć:
 - Wypełniając załączony blankiet i dokonując wpłaty w banku lub na pocztę.
 - Dokonując przelewu z własnego konta bankowego (ROR) – wpłaty należy kierować na konto: Medical Communications Sp. z o.o., ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa Deutsche Bank PBC SA 42 1910 1048 2215 9954 5473 0001 Prosimy o podanie dokładnych danych imiennych i adresowych.
 - Drogą mailową: redakcja@pimr.pl.
 - Telefonicznie lub faksem: tel.: 22 651 97 83, faks: 22 842 53 63.
 - Wypełniając formularz prenumeraty zamieszczony na stronie www.gazeta.pimr.pl/index.php/prenumerata-wersji-drukowanej.
5. Zamawiający, którzy chcą otrzymać fakturę VAT, proszeni są o kontakt z redakcją.

Rules of subscription to the quarterly “Pediatria i Medycyna Rodzinna”

1. Subscription may begin at any time. Subscribers will receive ordered volumes of the journal to the address provided.
2. A single volume of the quarterly for foreign subscribers costs 8 EUR. The cost of annual subscription (4 consecutive volumes) for foreign subscribers is 30 EUR.
3. Archival volumes may be ordered at a price of 8 EUR per volume until the stock lasts.
4. Orders may be placed by making a money transfer from own bank account – payments should be made payable to:
Account Name: Medical Communications Sp. z o.o.
Bank Name: Deutsche Bank PBC S.A.
Bank Address: 02-903 Warszawa, ul. Powsińska 42/44
Account number: 15 1910 1048 2215 9954 5473 0002
SWIFT Code/IBAN: DEUTPLPK
Please provide a precise address and nominative data.
5. The order should be send via e-mail at: redakcja@pimr.pl.