

*Курченкова В.И., Капралов Н.В.*

## **ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА**

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Болезнь Крона (БК) – хроническое заболевание с сегментарным трансмуральным гранулематозным воспалением, поражающим разные зоны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3,4,6,8,11].

Заболевание названо по имени американского гастроэнтеролога Баррилла Б. Крона (Burrill Bernard Crohn, 1884-1983 г.г.), впервые представившего полное клиническое описание болезни и опубликовавшего его в 1932 г. Средний возраст проявления первых симптомов от 20 до 40 лет, манифестация болезни отмечается и у детей [6,11]. Первичная заболеваемость составляет 2-4 случая на 100 000 жителей в год, распространенность 50–200 больных на 100 000 жителей [2,5,8,10,13].

Согласно национальным клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь (2016 г.), диагноз «Болезнь Крона» устанавливается на основании клинических, эндоскопических, радиологических и морфологических критериев [3,4,11].

Основными, наиболее часто встречающимися, клиническими проявлениями БК являются диарея (86,3%), боль в животе (80%), потеря массы тела (60%), кровотечение при дефекации (51,3%), лихорадка (35%), а также инфильтрат в брюшной полости, перианальные поражения (65%), свищи (40%) [3,6,11].

Начало БК редко внезапное, особенно при локальном поражении тонкой кишки. Обычно клинические симптомы в дебюте болезни носят стертый, неопределенный характер. В этой связи выделяют, так называемый, латентный период, который длится в течение 2-5 лет. Различают три стадии заболевания:

начальные проявления, стадия выраженных клинических симптомов, возникновение осложнений [3,6,7].

К внекишечным (системным) проявлениям БК относят: мышечно-скелетные – это периферическая или аксиальная артропатия; кожные – узловатая эритема, гангренозная пиодермия; проявления со стороны глаз – склерит, эписклерит, увеит; гепатобилиарные – первично-склерозирующий холангит; афтозный стоматит. В отдельных случаях наблюдается острый и хронический панкреатит, гломерулонефрит и др.

Клинические симптомы болезни Крона чрезвычайно многообразны и правильный диагноз в большинстве случаев устанавливается несколько лет спустя, после начала болезни.

Молодой возраст больного, постоянные боли в правой подвздошной области, диарея, лихорадка и потеря массы тела, особенно пальпируемая в этой зоне инфильтрация и перианальные изменения делают диагноз болезни Крона весьма вероятным. Дифференциальный диагноз с болезнью Крона следует проводить у всех больных с перианальными свищами и трещинами, а также с лихорадкой, узловатой эритемой и артритами неустановленной этиологии [1,3,5,6,7,10,11,14].

У больных с острой формой болезни следует исключить иерсиниоз и другие острые кишечные и паразитарные заболевания. При острой форме с тяжелым течением дифференциальный диагноз следует проводить с некротическим энтеритом, вызванным *Cl. perfringens*, и эозинофильным гастроэнтеритом. Многообразие клинических проявлений болезни Крона ведет к тому, что приходится проводить дифференциальный диагноз с большим количеством заболеваний, например, с аппендикулярным инфильтратом, дивертикулитом слепой кишки, туберкулезом, грибковыми поражениями илеоцекальной зоны, амебиазом и бактериальными инфекциями (сальмонеллез, шигеллез, кампилобактероз, иерсиниоз). Если болезни предшествовало лечение антибиотиками, то следует

исключить псевдомембранозный колит. Для этого требуется провести посев кала на *Cl. difficile*. Необходимо также иметь в виду возможность лимфомы тонкой кишки и поражение верхней брыжеечной артерии или вены. Сходные с болезнью Крона рентгенологические признаки могут быть при раке слепой кишки, карциноиде и лимфосаркоме, радиационном энтерите и туберкулезном илеотифлите.

### **Острый инфекционный колит**

Причиной его чаще всего являются *Salmonella*, *Shigella* или *Campylobacterjeuni*. Как правило, заболевание имеет острое начало, возникает в определенных эпидемиологических районах, во время путешествий; сопровождается повышением температуры тела, тошнотой и рвотой. Отмечаются схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул с примесью слизи и крови, тенезмы. При шигеллезе возможно развитие синдрома Рейтера с артритом, конъюнктивитом и уретритом, обычно это встречается через 1--4 недели от начала диареи у больных с фенотипом HLA-B27. В диагностике решающее значение имеет микроскопия свежих фекальных масс и бактериологическое исследование кала, а также ректороманоскопия с биопсией слизистой прямой кишки.

### **Иерсиниоз**

*Yersinia enterocolitica* является возбудителем острого энтероколита. В воспалительный процесс вовлекается терминальный отдел подвздошной и толстая кишки. Клинические и рентгенологические симптомы напоминают болезнь Крона. Кроме того, имеются и внекишечные проявления – узловая эритема и полиартрит. При эндоскопии кишечника выявляются афтозные язвы слизистой. Возможно хроническое течение процесса, перфорации язв кишечника и перитонит. Окончательный диагноз устанавливается на основании микробиологических анализов крови, кала, а также серологических тестов.

### **Туберкулез кишечника**

Излюбленной локализацией туберкулеза кишечника является илеоцекальная область – туберкулезный илеотифлит. Однако поражаться могут все отделы желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления и рентгенологическая картина поражения схожи с болезнью Крона. При колоноскопии характерны гранулематозные поражения кишки или язвенные дефекты. Характерны стриктуры кишки, как и при болезни Крона. У половины больных рентгенологических признаков туберкулеза легких не определяется. Туберкулиновая проба положительна также лишь в 50% случаев. Основными диагностическими критериями являются: определение микобактерии и гистологическая картина биоптатов кишки; присутствие гранулем с наличием гигантских клеток Пирогова-Лангханса и казеозным некрозом в центре.

### **Амебиаз**

*Entamoeba histolytica* распространена во всем мире, однако заболевание чаще встречается в Средней Азии и тропических странах с плохими санитарными условиями. Амебную дизентерию всегда нужно иметь в виду в случае диареи у больного, находившегося в тропиках, однако заболевание может развиться и у человека, никогда не покидавшего зону с умеренным климатом. Распространение происходит орально-фекальным путем от человека к человеку. Заразная форма *Entamoeba histolytica* – циста – может существовать во влажной среде в течение нескольких месяцев, особенно при температуре ниже 20°. Инфицированный человек экскретитрует в сутки до 45 млн. цист. Клинические проявления нарастают от легкой диареи и дискомфорта в животе до кровавого поноса. Возможны молниеносные формы болезни. Основные диагностические мероприятия: микроскопия свежих фекальных масс, в ряде случаев серологические тесты, а также эндоскопическое исследование толстой кишки. Определяется умеренная гиперемия слизистой, а также дискретные язвы. Гистологическое исследование колонобиоптатов позволяет выявить амебу. В случаях хро-

нического течения амебиоза возможно образование абсцесса в печени, перфораций и стриктур кишки.

### **Ишемический колит**

Обычно наблюдается у пациентов пожилого возраста, имеющих в анамнезе патологию сердечно-сосудистой системы. Характерно острое начало заболевания, появление кровавого жидкого стула, болей в животе, изменения в прямой кишке отсутствуют. Наиболее постоянная локализация патологического процесса в левом изгибе толстой кишки и в нисходящей ободочной кишке, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями кровоснабжения органа. Наиболее уязвимым местом толстой кишки является левый изгиб, расположенный в зоне смежного кровоснабжения бассейнов двух брыжеечных артерий (верхней и нижней). Способствуют правильному распознаванию заболевания рентгенологические признаки (симптом пальцевых вдавлений, псевдодивертикулы), гистологическое исследование колонобиоптатов (геморрагии, гемосидеринсодержащие макрофаги, тромбированные сосуды). Важным диагностическим методом является ангиография. Ишемический колит по течению может быть острым или хроническим. Выделяют две его формы: обратимую (преходящая ишемия) и необратимую с формированием стриктуры или гангрены стенки кишки.

### **Лекарственные повреждения кишечника**

У ряда пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты, возможно появление кровавых поносов, потери массы тела, болей в животе, железодефицитной анемии. Последняя иногда может быть единственным симптомом при данной патологии. Нестероидные противовоспалительные препараты могут вызывать развитие язвенных поражений в тонкой и толстой кишках. При колоноскопии выявляется воспаление слизистой оболочки, язвенные дефекты, иногда стриктуры кишки. Возможны тяжелые осложнения: кишечное кровотечение, перфорация или кишечная непроходимость.

### **Лучевые энтериты и колиты**

Как правило, возникают на фоне или после проведения лучевой терапии заболеваний органов малого таза. Чаще поражается прямая кишка (лучевой проктит), однако в процесс может вовлекаться ободочная и тонкая кишки. У пациента появляются поносы, ректальные кровотечения, тенезмы. Лучевые энтериты клинически проявляются обменными нарушениями, потерей массы тела, симптомами хронической кровопотери. Возможно развитие тяжелых кровотечений, стриктур кишки, реже образование свищей и абсцессов. Эндоскопическая и рентгенологическая картины очень напоминают таковую при воспалительных заболеваниях кишечника. Гистологическая картина слизистой оболочки кишки включает изменения сосудов, выраженный фиброз.

### **Болезни других органов**

При болях в правом нижнем квадранте живота следует иметь в виду, что сходные с терминальным илеитом или илеотифлитом симптомы могут наблюдаться при болезнях смежных органов. Так, у женщин следует исключить внематочную беременность, кисту и опухоль яичников.

### **Острый аппендицит**

В острых случаях проводят дифференциальный диагноз с острым аппендицитом. В отличие от аппендицита при болезни Крона имеется более продолжительный анамнез с предшествующими обострениями.

Основные дифференциально-диагностические, клинические, эндоскопические и рентгенологические признаки ЯК и БК представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона [1,3,6,7,10,11,14]

Признак	Язвенный колит	Болезнь Крона
<b>Клинические проявления</b>		
Ректальные кровотечения	Постоянно в период обострения	Редко, наблюдаются при поражении прямой кишки
Диарея	Стул частый, водянистый, нередко в ночное время	До 4-6 раз в день, кашицеобразный, обычно в дневное время
Запоры	Встречаются редко, при проктитах и проктосигмоидитах	Более типичны
Боль в животе	Чаще возникает перед актом дефекации и стихает после опорожнения кишечника	Типична, разной интенсивности
Пальпируемый инфильтрат в брюшной полости	Отсутствует	Встречается часто, обычно пальпируется в правой подвздошной области
Перфорации	Возникают только на фоне токсической дилатации толстой кишки	Типичны (прикрытые)
Внутренние свищи	Не встречаются	Типичны, возникают из язв-трещин
Наружные свищи	Не встречаются	Открываются на переднюю брюшную стенку, чаще всего в послеоперационных рубцах.
Кишечная непроходимость	Обычно не наблюдается	Возникает часто при наличии стриктур кишки.
Раковое перерождение	Часто, при длительной болезни более 10 лет и тотальном колите	Редко

Поражения перианальной области	Иногда изменения кожи вокруг ануса за счет диареи	Встречается часто
Стриктуры	Не типичны, чаще при малигнизации	Частые
Распространение процесса	Всегда начинается в прямой кишке, диффузно распространяется в проксимальном направлении. Тонкая кишка не поражается	Возникает в любом отделе желудочно-кишечного тракта, прямая кишка может быть не поражена
<b>Эндоскопические изменения</b>		
Наружный осмотр периаанальной области	Кожа не изменена или раздражена из-за частого жидкого стула	Часто отек, изъязвления, свищи и нагноение
Активная стадия болезни	Диффузный отек, мелкая зернистость, гиперемия слизистой, контактная кровоточивость, отсутствие сосудистого рисунка, в тяжелых случаях поверхностные язвы, псевдополипы	В 50% случаев в прямой кишке небольшой отек и гиперемия слизистой или изменения отсутствуют. В остальных случаях очаговый проктит с изменениями в виде «бульжной мостовой», глубокими язвами, деформацией кишки. Между язвами сохраняются участки нормальной слизистой оболочки. Более интенсивно поражается правая половина толстой кишки
Период ремиссии	Нормальная или атрофичная слизистая оболочка	Отек слизистой и подслизистого слоя, язвы рубцуются, сохраняются ригидность
<b>Рентгенологические различия и сужение кишки</b>		
Сужение просвета кишки	Равномерное, на значительном протяжении	Локальное, иногда непроходимость за счет стриктуры
Укорочение толстой кишки	Часто наблюдается в хронических случаях, связано с мышечным спазмом	Не характерно
Язвенные дефекты	В тяжелых случаях множественные, в пределах слизистой оболочки	Редкие, в виде глубоких трещин двойного контура и спикурообразных выступов



Эвакуация бария из толстой кишки	Нормальная или ускоренная	Замедленная
Контрактильная способность	Сохраняется	Снижена или полностью утрачена
Поражение тонкой кишки	Отсутствует	Частое, прерывистое, со свищами и стриктурами

Инструментальная диагностика БК включает комбинацию эндоскопических, радиологических и морфологических критериев.

К эндоскопическим признакам БК относятся: сегментарность (прерывистость) поражения, афтозные изъязвления, изолированные глубокие линейные язвы, наличие стенозов (стриктур), рельеф слизистой оболочки (СО) в виде «булыжной мостовой». Признаками, позволяющими предположить БК, являются вовлечение в патологический процесс подвздошной кишки, интактная прямая кишка, анальные поражения, полиморфизм воспалительных изменений (одновременное наличие у пациента всех фаз воспалительного процесса) [3,7,8,9,11,12,14].

Самый ранний эндоскопический признак БК – афты, они могут появляться в любых отделах ЖКТ. Афтозные изъязвления – это маленькие (максимальный размер 5 мм) поверхностные дефекты, окруженные узким ободком гиперемии. Они могут быть отдельными, окруженными неизменной СО, или располагаться группами, могут увеличиваться в размере, сливаться друг с другом и превращаться в крупные, глубокие изъязвления [7,9].

При БК встречаются следующие виды язв: неправильной формы, картоподобные (map-like) язвы, которые могут охватывать всю окружность кишки, глубокие колодцеобразные язвы, глубокие продольные язвы в виде трещин (так называемые змеиные следы – snail tracks, линейные дорожки из язв или язвы,

напоминающие по форме следы грабель, язвы в виде следа червя) [7,9,11]. За счет отека подслизистого слоя между изъязвлениями формируется картина, известная в литературе как рельеф «булыжной мостовой».

В период ремиссии эндоскопическая картина БК определяется степенью тяжести ранее имевшегося обострения. Признаки воспаления отсутствуют, если активность процесса была незначительной. В период ремиссии, следующей за тяжелым обострением, эндоскопически выявляются воспалительные полипы, мостики из СО и стриктуры [3,7,9]. Стриктуры возникают в зонах тяжелых изъязвлений. Их длина от 3 до 10 см. Частая локализация – пилорический канал, илеоцекальный клапан, терминальный отдел подвздошной кишки. Трансмуральный характер поражения кишечной стенки способствует образованию свищей и абсцессов.

Микроскопические изменения при БК оказываются многообразными. Наиболее характерным признаком заболевания следует считать образование неспецифических гранулем, формирующихся на фоне продуктивного воспаления, развивающегося во всех слоях стенки кишки, и состоящих в основном из эпителиоидных клеток иногда с гигантскими клетками типа Пирогова-Лангханса. Гранулемы не содержат очагов казеозного некроза, в них никогда не выявляются туберкулезные микобактерии. Эти гранулемы напоминают таковые при саркоидозе, но в отличие от последних они бывают меньших размеров, не имеют четких границ, а в гигантских клетках, выявляющихся в указанных гранулемах, содержится меньшее количество ядер. Нужно подчеркнуть, что гранулемы выявляются при болезни Крона лишь в половине случаев, при этом, с учетом нередко единичного характера гранулем, для их обнаружения необходимо исследование большого количества биоптатов и приготовление серийных срезов.

Не менее типичной для БК следует считать диффузную воспалительную инфильтрацию стенки кишки. Воспаление начинается в подслизистой основе и

по соединительнотканым прослойкам распространяется на мышечную оболочку и субсерозный слой, а затем по периваскулярному пространству переходит на клетчатку брыжейки. Слизистая оболочка вовлекается в процесс при БК в меньшей степени, чем при язвенном колите. В инфильтрате преобладают лимфоциты, значительная часть которых принадлежит к популяции Т-лимфоцитов. Небольшую часть клеток составляют плазмациды и полиморфно-ядерные лейкоциты. Характерной особенностью инфильтрата является образование мелких скоплений из лимфоцитов, напоминающих лимфоидные фолликулы без центров размножения. Иногда новообразованные фолликулы бывают достаточно крупными, и в них видны светлые центры роста.

Описанные выше при БК язвы-трещины обычно оказываются при гистологическом исследовании глубокими, проникающими в мышечную оболочку, субсерозный слой и даже прилегающую клетчатку. Поверхность язвы покрыта тонким слоем фибрина, под которым располагаются некротические массы, инфильтрированные нейтрофилами, лимфоцитами, эозинофилами, макрофагами, а также грануляционная ткань. Изредка в стенке кишки по ходу инфильтрата выявляются абсцессы, не связанные с язвами. Регенераторные изменения эпителия в краях язв обычно бывают выражены крайне слабо. Артерии и вены в стенке кишки, как правило, не изменяются. Развитие «шлангового» утолщения стенки кишки обуславливается отеком подслизистого слоя и выраженной гипертрофией мышечной оболочки стенки кишки. Слизистая оболочка кишки вне очагов изъязвления характеризуется снижением секреции бокаловидных клеток, деформацией крипт, в редких случаях – наличием крипт-абсцессов.

При длительном течении БК указанные воспалительно-деструктивные изменения бывают выражены слабо. В таких случаях преобладают процессы склероза, гиалиноза и выраженная рубцовая деформация стенки кишки [3,4,11].

Выделяют признаки неблагоприятного прогноза БК, при наличии которых целесообразно рассмотрение вопроса о раннем начале биологической тера-

пии: перианальные свищи, пенетрирующая форма БК, распространенное поражение тонкой кишки.

Рентгенологические симптомы БК: прерывистый характер поражения, стриктуры, сужения и расширения просвета кишки, необычные деформации кишечника, рельеф «бульжной мостовой», дефекты слизистой оболочки и дефекты наполнения (псевдополипы), свищи, утолщение стенки кишки, инфильтраты и абсцессы брюшной полости [2,9].

В настоящее время актуальной является Монреальская классификация БК (2005), дифференцирующая варианты заболевания в зависимости от возраста пациента, локализации процесса и фенотипа заболевания [2,4].

#### **Монреальская классификация БК.**

1. По возрасту на момент диагноза (A-Age):

A1 – до 16 лет;

A2 – 17-40 лет;

A3 – после 40 лет;

2. По локализации поражения (L-Location):

L1 – илеальная;

L2 – толстокишечная;

L3 – илеально-толстокишечная;

L4 – поражение верхних отделов (обозначение L4 также добавляется к L1-L3, если поражение верхних отделов сочетается с другой локализацией);

3. По клинической форме (B-Bihaviour):

B1 – воспалительная;

B2 – стенозирующая;

B3 – пенетрирующая (наличие интраабдоминальных свищей, воспалительных масс или абсцессов в любой момент течения заболевания);

р – перианальное поражение (наличие перианальных свищей или абсцессов) (индекс р добавляется к В1-В3, если перианальное поражение сочетается с вышеуказанными формами).

**Классификация БК по протяженности поражения:**

локализованное поражение – поражено менее 30 см;

распространенное поражение – поражено более 100 см.

**Классификация БК по характеру течения**

Для БК классически характерно 3 основных варианта течения заболевания:

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
  - с фульминантным началом;
  - с постепенным началом;
2. Хроническое персистирующее течение (отсутствие ремиссии в течение 6 месяцев от начала обострения на фоне адекватно проводимой терапии);
3. Хроническое рецидивирующее течение:
  - редко рецидивирующее (обострения 1 раз в год и реже);
  - часто рецидивирующее (2 обострения в год и более).

**Тяжесть текущего обострения БК** определяется по индексу активности БК (ИАБК). Данный индекс базируется на анализе клинических и лабораторных данных и зависит от характеристики жалоб самим пациентом и их интерпретации лечащим врачом (табл.2).

Таблица 2 - Индекс активности болезни Крона по Бесту

Признак	Балл	Множитель
Количество дефекаций неоформленным стулом за неделю (сумма дефекаций за 7 дней):		x2

Абдоминальная боль (сумма баллов за 7 дней):	(1) нет; (2) легкая; (3) умеренная; (4) тяжелая.	x5
Общее самочувствие (сумма баллов за 7 дней):	(1) хорошее; (2) слегка нарушено; (3) плохое; (4) очень плохое; (5) ужасное.	x7
Осложнения (сумма баллов за все имеющиеся осложнения):	(1) нет; (20) артралгия; (20) увеит или ирит; (20) узловая эритема, афтозный стоматит или гангренозная пиодермия; (20) анальная трещина, фистула или абсцесс; (20) фистула другой локализации; (20) температура >37,5 в последнюю неделю.	x1
Прием лоперамида или опиатов по поводу диареи:	(1) нет; (2) да.	x30
Абдоминальная масса:	(1) нет; (2) сомнительная; (5) определенная.	x10
Гематокрит < 0,47 у мужчин или < 0,42 у женщин:	(1) нет; (2) да.	x6

Масса тела – процент снижения массы тела по отношению к должной массе тела:		x1
Сумма по всем пунктам:		
Оценка:	- <150-ремиссия; - 150-220-легкая активность; - 220-450- средняя актив- ность; >450-высокая активность.	

Значение каждого показателя умножается на соответствующий множитель, полученные цифры суммируются.

**Ремиссия** констатируется при ИАБК менее 150 и С-реактивном белке (СРБ) в пределах нормы.

**Легкая активность:** ИАБК 150-220 (лечение амбулаторное, потеря массы тела <10%, нет признаков обструкции кишечника, лихорадки, дегидратации, отсутствует абдоминальная масса, т.е. пальпируемый инфильтрат брюшной полости, нет болезненности, СРБ превышает верхнюю границу нормы).

**Умеренная активность:** ИАБК 220-450 (интермиттирующая рвота, потеря веса >10%, неэффективность терапии легкого обострения, появление болезненной абдоминальной массы, отсутствие явных признаков обструкции, СРБ превышает верхнюю границу нормы).

**Высокая активность:** ИАБК >450 (недостаточность питания – ИМТ < 18 кг/м<sup>2</sup> или признаки обструкции или абсцесса, персистирующие симптомы, несмотря на интенсивное лечение, СРБ повышен).

В соответствии с Европейским консенсусом степень клинической активности определяется уровнем ИАБК (СДАИ) и повышенным уровнем СРБ [2, 4, 9].

В 1980 г. Разработан индекс Харвей-Брэдшоу, как упрощенная версия CDAI (табл.3).

Таблица 3 - Индекс Харвей-Брэдшоу для оценки активности болезни

Крона

1.Общее самочувствие (за вчерашний день):	(1) хорошее; (2) слегка нарушено; (3) плохое; (4) очень плохое; (5) ужасное.
2.Абдоминальная боль (за вчерашний день):	(1) нет; (2) легкая; (3) умеренная; (4) тяжелая.
3.Количество дефекаций неоформленным стулом (за вчерашний день)	
4.Абдоминальная масса:	(1) нет; (2) сомнительная; (3) определенная; (4) определенная и болезненная.
5.Осложнения:	(0) нет; (0) артралгия; (1) увеит; (1) узловая эритема; (1) афтозные язвы; (1) гангренозная пиодермия; (1) анальная трещина; (1) новая фистула; (1) абсцесс.
Сумма по всем пунктам:	



Оценка:	- <5 – ремиссия; - 5-7 – легкая активность; - 8-16-средняя активность; - >16 - высокая активность.
---------	---

Одна из задач ИАБК – объективизация эффективности фармакотерапии БК.

### **Классификация БК по ответу на лечение [2,5]:**

- отвечающая на кортикостероиды;
- *стероидозависимая*: в течение 3 месяцев от начала лечения стероидами попытки снизить их дозу ниже 10 мг/сут преднизолона (или ниже 3 мг/сутбудесонида) приводят к обострению заболевания или возникает обострение в течение 3 месяцев после прекращения приемов стероидов;
- *стероидорефрактерная*: сохраняется активность БК при приеме преднизолона в дозе 0,75 мг/кг/сутки в течение 4 недель и более;
- *рефрактерная к иммуномодуляторам*: сохраняется активность заболевания или развивается обострение, несмотря на прием тиопуринов в адекватной дозе в течение не менее 3 месяцев (азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 0,75-1 мг/кг/сут в отсутствие лейкопении);
- *зависимая от биологической терапии*.

### **Осложнения БК:**

- недостаточность питания;
- кишечная непроходимость;
- кишечное кровотечение;
- токсическая дилатация толстой кишки;
- перфорация кишечника;
- абсцесс брюшной полости;
- колоректальный рак.

### **Формулировка диагноза**

При формулировке диагноза, в том числе по Монреальской классификации, следует отразить локализацию поражения с перечислением пораженных сегментов ЖКТ, характер течения заболевания, фазу течения (ремиссия или обострение), тяжесть текущей атаки или наличие ремиссии, наличие гормональной зависимости или резистентности, а также наличие внекишечных или кишечных и перианальных осложнений. Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

1. Болезнь Крона (A2, L3, V1p), распространенное илеоцекальное поражение с перианальными проявлениями (2 функционирующих параректальных свища), воспалительная форма, часто рецидивирующее течение, активность высокой степени, стероидорефрактерность, с ответом на биологическую терапию.
2. Болезнь Крона в форме илеоколита с поражением терминального отдела подвздошной кишки, слепой и восходящей кишки, хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжелая форма, осложненная инфильтратом брюшной полости, наружным кишечным свищом и перианальными поражениями (передняя и задняя анальные трещины).
3. Болезнь Крона в форме терминального илеита, хроническое рецидивирующее течение, ремиссия. Стриктура терминального отдела подвздошной кишки без нарушения кишечной проходимости.
4. Болезнь Крона с поражением подвздошной, тощей и 12-перстной кишки, хроническое рецидивирующее течение, тяжелая форма, осложненная инфильтратом брюшной полости и стриктурой тощей кишки с нарушением кишечной проходимости. Состояние после резекции илеоцекального отдела в 1999 г. по поводу стриктуры терминального отдела подвздошной кишки.

### **Литература**

1. Болезнь Крона. Портал Рефератов. (Электронный ресурс) ([http://www.0zd.ru/medicina/bolezni\\_krona.html](http://www.0zd.ru/medicina/bolezni_krona.html)). Дата доступа 02.10.2018.

- 2.Бордин Д.С., Шкурко Т.В.: 43-научная сессия ЦНИИ гастроэнтерологии «От традиций к инновациям». Тер.арх. 2018;2:113.
- 3.Валенкевич Л.Н., Яхонтова О.И. Болезни органов пищеварения. Руководство по гастроэнтерологии для врачей. Санкт-Петербург, ООО Издательство ДЕАН. 2006:402-410.
- 4.Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» (Утвержден постановлением МЗ РБ 21.07.2016 № 90). Минск «Профессиональные издания» 2016:61-70.
- 5 От редакции «Европейские рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона» .Клиническая фармакология и терапия 2007, 16(1):5-9..
- 6.Комаров Ф.И., Осадчук М.А., Осадчук А.М. Практическая гастроэнтерология. Москва, ООО «МИА». 2010:397-446.
- 7.Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Руководство по гастроэнтерологии. Москва, ООО «МИА». 2010:379-395.
- 8.Курченкова В.И., Капралов Н.В. Болезнь Крона: алгоритм постановки диагноза с учетом национального клинического протокола и Европейского консенсуса. Медицинский журнал 2018;3:145-149.
- 9.Маев И.В., Андреев Д.Н.: новые подходы к диагностике и лечению болезни Крона. Тер.арх. 2014;2:14-11.
- 10.Парфенов А.И. Болезнь Крона: к 80-летию описания. Тер.арх.2013;8:35-42.
- 11.Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. М.,2006:272.
- 12.Leighton J.A., Shen B., Baron T.H. ASJE guideline: endoscopy and treatment of inflammatory bowel disease //Jastrointest. Endoscopy 2006;63(4):558-565.
- 13.Ponder A., Long M.D. Aclinicalreview of recent findings in the epidemiology of inflammatory bowel disease. ClinEpidemiol 2013;5:237-247.
- 14.Van Asshe J., Dignas A., Panes J. The second European based consensus on the diagnostic and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. JCC 2010;4:7-27.