

Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений

Под **обострением (рецидивом, атакой)** БК понимают появление типичных симптомов заболевания у больных БК в стадии клинической ремиссии, спонтанной или медикаментозно поддерживаемой. **Ремиссия** БК – исчезновение типичных проявлений заболевания.

Выделяют:

- Клиническую ремиссию – отсутствие симптомов БК (соответствует значению индекса активности БК <150 (см.ниже);
- Эндоскопическую ремиссию – отсутствие видимых макроскопических признаков воспаления при эндоскопическом исследовании;
- Гистологическую ремиссию – отсутствие микроскопических признаков воспаления.

КЛАССИФИКАЦИЯ БК

Для описания **локализации поражения** применяется Монреальская классификация.

Поражение верхних отделов ЖКТ редко встречается в изолированном виде и, как правило, дополняет терминальный илеит, колит или илеоколит.

Монреальская классификация БК по локализации поражения

Терминальный илеит	± Поражение верхних отделов ЖКТ
Колит	
Илеоколит	

По **распространенности поражения** выделяют:

- Локализованную БК:
- Поражение протяженностью менее 30 см. Обычно используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны (<30 см подвздошной кишки + правый отдел толстой кишки);
- Возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки;
- Распространенную БК:
 1. Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).

По **характеру течения** выделяют:

- Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
- С фульминантным началом;
- С постепенным началом.
- Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии);
- Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии);
- Редко рецидивирующее (1 раз в год или реже);
- Часто рецидивирующее (2 и более раз в год).

Тяжесть заболевания в целом определяется: тяжестью текущей атаки, наличием внекишечных проявлений и осложнений, рефрактерностью к лечению, в частности, развитием гормональной зависимости и резистентности.

Однако для формулирования диагноза и определения тактики лечения следует определять **тяжесть текущего обострения (атаки)**, для чего используются простые критерии, разработанные Обществом по изучению ВЗК при Ассоциации колопроктологов России, и индекс активности БК (индекс Беста; CDAI), как правило, применяемый в клинических испытаниях в виду сложности его расчета. Выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую атаки БК

Критерий	Степень тяжести атаки		
	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Средняя частота стула/сутки за последние 3 дня	менее 4	4-6	7 и более
Боль в животе	отсутствует или незначительная	умеренная	сильная
Лихорадка, °С	отсутствует	< 38 ⁰	> 38 ⁰
Тахикардия	отсутствует	< 90 уд. в 1 мин.	> 90 уд. в 1 мин.
Снижение массы тела	отсутствует	< 5%	5% и более
Гемоглобин	> 100 г/л	90-100 г/л	< 90 г/л
СОЭ	норма	< 30 мм/час	> 30 мм/час
Лейкоцитоз	отсутствует	умеренный	высокий с изменением формулы
СРБ	норма	< 10 г/л	> 10 г/л
Гипопротеинемия	отсутствует	незначительная	выраженная
Внекишечные проявления (любые)	нет	есть	есть
Кишечные осложнения (любые)	нет	есть	есть

Болезнь Крона также классифицируется в зависимости от **фенотипического варианта** как:

- Нестриктурирующий, непенетрирующий тип.
- Стриктурирующий тип.
- Пенетрирующий тип.

Перианальные поражения (свищи; анальные трещины, перианальные абсцессы) могут дополнять любой из указанных фенотипических вариантов.

Классификация БК в зависимости от ответа на гормональную терапию совпадает с таковой для ЯК. Выделяют:

•Гормональная резистентность:

- 1.В случае тяжелой атаки – сохранение активности заболевания, несмотря на в/в введение ГКС в дозе, эквивалентной 2 мг/кг/сутки, в течение более чем 7 дней;
- 2.В случае среднетяжелого обострения – сохранение активности заболевания при пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 0,75 мг/кг/сутки в течение 4 недель.

•Гормональная зависимость:

- 1.Увеличение активности болезни при уменьшении дозы ГКС ниже дозы, эквивалентной 10-15 мг преднизолону в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения; *или*
- 2.Возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

При формулировании диагноза 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.

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).

Болезнь Крона в форме терминального илеита, хроническое рецидивирующее течение, ремиссия. Стриктура терминального отдела подвздошной кишки без нарушения кишечной проходимости.

Болезнь Крона в форме колита с поражением восходящей, сигмовидной и прямой кишки, хроническое непрерывное течение, тяжелая форма. Перианальные проявления в виде заднего экстрасфинктерного свища прямой кишки, осложненного параректальным затеком. Гормональная зависимость.

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.

- ✓ Диарея, в том числе с кровью
- ✓ Боль в животе
- ✓ Потеря массы тела
- ✓ Лихорадка
- ✓ Анемия
- ✓ Пальпируемый инфильтрат брюшной полости
- ✓ Кишечная непроходимость
- ✓ Аноректальные поражения (трещины, свищи, парапроктит)
- ✓ Внекишечные симптомы (поражение кожи, слизистых оболочек, суставов, глаз и др.)

<i>Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:</i>	<i>Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:</i>	<i>Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Артропатии (артралгии, артриты) ✓ Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия) ✓ Поражение слизистых (афтозный стоматит) ✓ Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ревматоидный артрит (серонегативный) ✓ Анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит ✓ Первичный склерозирующий холангит ✓ Остеопороз, остеомалация ✓ Псориаз 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Холелитиаз ✓ Стеатоз печени, стеатогепатит ✓ Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии ✓ Амилоидоз

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Наружные свищи (кишечно-кожные) ✓ Внутренние свищи (межкишечные, кишечно-пузырные, ректо-вагинальные) ✓ Инфильтрат брюшной полости ✓ Межкишечные или интраабдоминальные абсцессы 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Стриктуры ЖКТ ✓ Кишечная непроходимость ✓ Анальные трещины ✓ Парапроктит (при аноректальном поражении); кишечное кровотечение
---	--

УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА БК

Как и в случае ЯК, однозначных диагностических критериев БК не существует, и диагноз выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений.

Для подтверждения диагноза необходимы следующие мероприятия:

- подробный опрос пациента со сбором информации о характере начала заболевания, поездках в южные страны, непереносимости пищевых продуктов, приеме лекарственных препаратов (включая антибиотики и НПВС), наличии аппендэктомии в анамнезе, курении и семейном анамнезе;
- подробный физикальный осмотр;
- осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки,
- ректороманоскопия;
- обзорная рентгенография брюшной полости (при симптомах кишечной непроходимости);
- тотальная колоноскопия с илеоскопией ;
- фиброгастродуоденоскопия ;
- рентгенологическое исследование пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке (после исключения признаков непроходимости)
- биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза;
- трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки и анального канала (при перианальных поражениях);
- анализ кала для исключения острой кишечной инфекции (при остром начале), исключение паразитарного колита (при остром начале), исследование токсинов А и В *Cl.difficile* (при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре для исключения псевдомембранозного колита. Для выявления инфекции в 90% случаев требуется минимум 4 образца кала);
- исследование крови (общий анализ крови, СОЭ, С-реактивный белок, гемокоагулограмма, биохимический анализ крови, группа крови и резус фактор) ;
- общий анализ мочи.

Общепринятыми являются критерии достоверного диагноза БК по Lennard-Jones, включающие определение шести ключевых признаков заболевания:

1. Поражение от полости рта до анального канала: хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение	1. Фиброз: стриктуры
2. Прерывистый характер поражения	2. Лимфоидная ткань (гистология): афтоидные язвы или трансмуральные лимфоидные скопления
3. Трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи	3. Муцин (гистология): нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки
	4. Наличие саркоидной гранулемы

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Ⓟ язвенным колитом;
- Ⓟ острыми кишечными инфекциями:
 - дизентерией;
 - сальмонеллезом;
 - кампилобактериозом;
 - иерсиниозом;
 - амебиазом.
- Ⓟ глистными инвазиями;
- Ⓟ паразитозами;
- Ⓟ антибиотико-ассоциированными поражениями кишечника (*Cl. difficile*);
- Ⓟ туберкулезом кишечника;
- Ⓟ системным васкулитом;
- Ⓟ неоплазиями толстой и тонкой кишки;
- Ⓟ дивертикулитом;
- Ⓟ аппендицитом;
- Ⓟ эндометриозом;
- Ⓟ солитарной язвой прямой кишки;
- Ⓟ ишемическим колитом;
- Ⓟ актиномикозом;
- Ⓟ лучевыми поражениями кишечника;
- Ⓟ синдромом раздраженного кишечника.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Лечебные мероприятия при БК включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургическое лечение, психосоциальную поддержку и диетотерапию.

Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью и локализацией поражения ЖКТ, наличием внекишечных проявлений и кишечных осложнений (стриктуры, абсцесса, инфильтрата), длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений БК.

Целями терапии БК являются индукция ремиссии и ее поддержание без постоянного приема ГКС, профилактика осложнений БК, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения. Поскольку хирургическое лечение не приводит к полному излечению пациентов с БК, даже при радикальном удалении всех пораженных сегментов кишечника необходимо проведение противорецидивной терапии, которую следует начать не позднее 2 недель после перенесенного оперативного вмешательства.

Лекарственные препараты, назначаемые пациентам с БК условно подразделяются на:

- Средства для индукции ремиссии: глюкокортикостероиды (ГКС) [системные (преднизолон и метилпреднизолон) и топические (будесонид)], Биологические препараты: инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаб пегол, а также антибиотики и 5-аминосалициловая кислота (5-АСК).
- Средства для поддержания ремиссии (противорецидивные средства): 5-аминосалициловая кислота и ее производные, иммуносупрессоры [азатиоприн (АЗА), 6-меркаптопурин (6-МП) и метотрексат], инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаб пегол.
- Вспомогательные средства для профилактики осложнений заболевания и нежелательного действия лекарственных препаратов (омепразол, препараты кальция, железа и т.п.).

Следует особо отметить, что ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БК

Острые:

Кишечное кровотечение

Перфорация тонкой кишки

Перфорация толстой кишки

Токсическая дилатация ободочной

Хронические осложнения включают стриктуры, инфильтрат брюшной полости, внутренние или наружные кишечные свищи и наличие неоплазии

Неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития