

Неганова О.А.,

*врач-организатор высшей квалификационной
категории, травматолог – ортопед*

главный врач

БУЗ УР "ГКБ №9 МЗ УР"

Россия, г. Ижевск

Стяжкина С.Н.,

доктор медицинских наук, профессор

профессор кафедры факультетской хирургии, Заслуженный работник

здравоохранения УР, заслуженный работник высшей школы РФ

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, г. Ижевск

Николаева В.Н.,

студент

4 курс, лечебный факультет

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, г. Ижевск

Мурадова Д.М.,

студент

4 курс, лечебный факультет

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, г. Ижевск

БОЛЕЗНЬ КРОНА: «ЯБЛОКО РАЗДОРА» ВРАЧЕЙ

Аннотация: В данной статье рассматриваются проблемы болезни Крона, а в частности вопросы этиологии, патогенеза, классификации и клинических проявлений данного заболевания. Так же рассматриваются методы диагностики и лечения.

Ключевые слова: болезнь Крона, боль в животе, диарея, колоноскопия, иммунодепрессанты.

Annotation: This article discusses the problems of Crohn's disease, and in particular issues of etiology, pathogenesis, classification and clinical manifestations of this disease. Also considered methods of diagnosis and treatment.

Key words: Crohn's disease, abdominal pain, diarrhea, colonoscopy, immunosuppressants.

Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся трансмуральным сегментарным распространением воспалительного процесса. Может развиваться в любом отделе ЖКТ (от полости рта до анального канала) и поражать все слои стенки. В 90% случаев патологический процесс локализуется в терминальном отделе тонкой кишки, в 10% – в других отделах тонкого и толстого кишечника.

Распространенность БК в России составляет 3,5 случаев на 100 тысяч населения, из которых 20-25% приходится на детей. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но выделяют два пика: первый пик – молодые люди 20-30 лет, второй пик – старшая возрастная группа 60 лет и более. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой [1, 3].

Этиология и патогенез. Причина БК до сих пор не установлена, однако считается, что это мультифакториальное заболевание. В качестве вероятных этиологических факторов выступают инфекционный (микобактерии туберкулеза, вирус кори), аллергический (пищевая аллергия на молочный белок, вкусовые добавки, дисахариды), курение, генетические факторы (дефект в 16 хромосоме). Патогенез недостаточно изучен современными врачами, однако ведущую роль отдают аутоиммунному механизму.

Классификация. Различают следующие виды НЯК:

- I. По клиническому течению:
 - Острое (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);

- Хроническое непрерывное (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии);
- Хроническое рецидивирующее (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии) [2].

II. По локализации уровня поражения в системе ЖКТ:

- Изолированный (эзофагит, гастрит, дуоденит, еюнит, илеит, колит, проктит);
- Сочетанный (илеocolит и т. д.).

III. По тяжести клинических проявлений (активность заболевания):

- С преобладанием симптомов воспаления (острого или хронического);
- Сегментарные стриктуры кишки;
- Свищи (одиночные или множественные, наружные или внутренние).

IV. По внекишечным проявлениям:

- Связанные с илеocolитом (периферический артрит, анкилозирующий спондилит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, увеит, иридоциклит, склерит, афтозный стоматит);
- Связанные с нарушением кишечного пищеварения (мальабсорбция, холелитиаз, уролитиаз, остеопороз);
- Неспецифические (жировая дистрофия печени, первично-склерозирующий холангит, хронический гепатит, холангиокарцинома, амилоидоз, пептическая язва) [4].

Клиническая картина. Клинические проявления БК зависят от локализации патологического процесса, фазы активности, осложнений и внекишечных проявлений. У большинства больных, независимо от локализации процесса, обнаруживают четыре основных симптома: боль в животе, диарея, лихорадка, прогрессирующее похудание.

1. **Боль в животе.** Боль в животе встречается у 85-90% больных. Локализация боли зависит от уровня поражения и протяженности патологического процесса, например при возникновении патологического процесса в слепой кишке

характерна рецидивирующая боль в нижнем правом квадранте живота, причем она может симулировать картину острого аппендицита или непроходимости кишечника.

2. **Диарея.** Диарея встречается у 90% пациентов. Характерен обильный дневной стул до 3-5 раз. Суточный объем кашицеобразного кала возрастает в большей степени, чем его частота.
3. **Астеническое состояние.** Проявляется стойкой лихорадкой, анорексией, вялостью, общей слабостью, повышенной умственной и физической утомляемостью.
4. **Прогрессирующее похудание.** Снижение массы тела при БК обусловлено недостаточным поступлением питательных веществ из-за отсутствия аппетита и боли в животе, нарушением процесса их всасывания и усилением катаболизма.

Диагностика. Основой диагностики БК являются инструментальные методы исследования, к которым относятся рентгенологический метод, компьютерная томография, эндоскопические методы, ультразвуковой метод, магнитно-резонансная энтерография. Данные методы помогают определить локализацию и выраженность патологического процесса [2]. При эндоскопическом исследовании (эзофагогастродуоденоскопия, интестиноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия) обнаруживают отечность подслизистого слоя, отсутствие сосудистого рисунка, глубокие щелевидные трещины, имеющие рельеф слизистой оболочки по типу "булыжной мостовой", стриктуры, чередование пораженных сегментов с интактными. Кроме того, проводится биопсия, при которой активность процесса подтверждается наличием характерных гранулематозных инфильтратов (неказеозных гранулем) в подслизистом слое, но они могут захватывать всю толщу стенки кишки.

Лечение. Консервативное лечение БК включает:

- Симптоматическую терапию (боли, диареи, анемии);
- Противовоспалительную терапию салицилатами (сульфосалазин 2-4 г/сут при поражении толстой кишки, месалазин 1,2-3,2 г/сут при тонкокишечной локализации), трихополом 1,5 г/сут, ципрофлоксацином 0,5-1,0 г/сут;

- Иммунодепрессанты (преднизолон 160-240 мг/сут, гидрокортизон 300-450 мг/сут, азатиоприн до 200 мг/сут, циклоспорин 4 мг/кг массы тела/сут);
- Иммуномодулирующую терапию с применением антицитокиновой стратегии, направленной на блокаду отдельных медиаторов воспаления и использованием противовоспалительных регуляторных цитокинов [4].

Кроме консервативной терапии применяется **хирургическое лечение**. Показанием к операции служит неэффективность медикаментозной терапии при активном течении заболевания, появление внекишечных проявлений заболевания (поражение глаз, кожи, суставов), полная или частичная кишечная непроходимость и многие другие осложнения БК (рак, кишечное кровотечение, фистулы, токсическая дилатация толстой кишки, наружные и внутренние свищи, перфорация). При оперативном лечении БК применяют два вида оперативных вмешательств: 1) выключение пораженного участка кишки с помощью илеотрансверзоанастомоза; 2) резекцию пораженного участка кишки в пределах здоровой ткани, отступая 30-50 см от уровня поражения с обязательным удалением лимфоузлов.

Таким образом, из-за неизвестной этиологии, недостаточно изученного патогенеза, затрудненной дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кишечника и недостаточно совершенных методов лечения существует большое количество нерешенных проблем в сфере БК. Именно поэтому болезнь Крона является «яблоком раздора» среди врачей мира.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Главнов П.В., Лебедева Н.Н., Кащенко В.А., Варзин С.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Современное состояние проблемы этиологии, ранней диагностики и лечения (обзор литературы) // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. 2015. № 4. С. 48–72.
2. Дорофеев А.Э. Болезнь Крона: классификация, диагностика и лечение // Новости медицины и фармации. 2011. № 5 (356). С. 13–15.

3. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. М., 2017.
4. Хирургические болезни: Учебник/ М.И., Кузин, О.С., Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под ред. М. И. Кузина. — 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2002. – С. 609-615.
5. Стяжкина С.Н., Ситников В.В., Проничев В.В. «Трудные и нестандартные ситуации в хирургии и клинической практике» // Сборник научно-практических трудов, выпуск 8, 2015.
6. Стяжкина С.Н., Вахрушева С.С., Климентов М.Н., Шумихин В.П. «Комплексная терапия неспецифического язвенного колита и болезни Крона» // Труды XV съезда хирургов Дагестана. – Махачкала, 2002.