

# Болезнь Крона: многообразии клинических проявлений



Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) включают в себя два основных заболевания: язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК). ЯК поражает толстую кишку и характеризуется воспалением слизистой оболочки. БК – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1]. БК может поражать любую часть ЖКТ от ротовой полости до перипанальной области.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: [2]

K50.0 – Болезнь Крона тонкой кишки

K50.1 – Болезнь Крона толстой кишки

K50.8 – Другие разновидности болезни Крона

K50.9 – Болезнь Крона неуточненная

Монреальская классификация БК по локализации поражения [2]

- L1 Терминальный илеит: болезнь ограничена терминальным отделом подвздошной кишки или илеоцекальной областью (с вовлечением или без вовлечения в процесс слепой кишки)

- L2 Колит: любая локализация воспалительного очага в толстой кишке между слепой кишкой и анальным сфинктером, без вовлечения тонкой кишки или верхнего отдела ЖКТ

- L3 Илеоколит: терминальный илеит (с вовлечением или без вовлечения слепой кишки) в сочетании с одним или несколькими очагами воспаления между слепой кишкой и анальным сфинктером

- L4 Верхний отдел ЖКТ: поражение проксимальнее терминального отдела (исключая полость рта)

По распространенности поражения выделяют:

1. Локализованную БК:

- Поражение протяженностью менее 30 см. Чаще используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны;

- Возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.
- 2. Распространенную БК:
- Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).

#### По характеру течения выделяют: [3]

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
2. Хроническое течение (более 6 месяцев от дебюта заболевания).

#### БК классифицируется в зависимости от фенотипического варианта заболевания: [2]

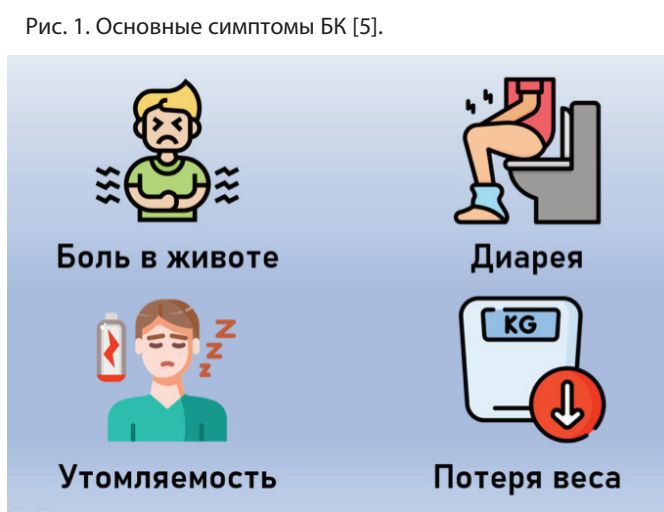
1. Нестриктурирующая, непенетрирующая (синонимы в русскоязычной литературе – просветная, инфильтративно-воспалительная, неосложненная, в англоязычной литературе – luminal) – воспалительный характер течения заболевания, которое никогда не было осложненным (в любое время в ходе болезни).
2. Стриктурирующая (стенозирующая) – сужение просвета кишки (по данным лучевых и/или эндоскопических методов или по результатам хирургического вмешательства).
3. Пенетрирующая (синонимы: рус. – свищевая, англ. – fistulising) возникновение интраабдоминальных свищей, и/или воспалительного инфильтрата с абсцессом в любое время в течении болезни, исключая послеоперационные интраабдоминальные осложнения.
4. Периаанальная (наличие периаанальных поражений: свищи, анальные трещины, периаанальные абсцессы) могут быть в сочетании с любой из указанных форм, а также быть самостоятельным проявлением периаанальной БК.

#### Клинические особенности болезни Крона

Пациенты с БК могут иметь симптомы в течение многих лет до постановки диагноза или же симптомы могут возникать остро [4].

#### Основные симптомы:

Основные симптомы БК представлены на рисунке 1 [5].



Спастическая боль в животе является частым проявлением БК независимо от распространенности заболевания. Трансмуральный характер воспалительного процесса приводит к фиброзным стриктурам, которые провоцируют повторяющиеся эпизоды боли в животе и непроходимости тонкого кишечника

или, реже, обструкции толстой кишки. [6]. Анамнестические данные о стойкой периодической диарее без примесей крови, но наличием других признаков позволяет предположить диагноз БК. Стул часто содержит кровь в микроскопических количествах, однако у части пациентов с БК с преимущественным поражением толстой кишки в стуле может присутствовать значительное количество крови.

Утомляемость – характерный симптом БК. Снижение веса часто связано с сокращением приемов пищи пациентами, поскольку в таком случае симптомы БК, в частности боль и диарея, менее выражены. Похудение также может быть обусловлено нарушением всасывания веществ через воспаленную стенку кишечника.

Повышение температуры возникает реже и может быть следствием самого воспалительного процесса или результатом перфорации кишечника, осложненной внутрибрюшным абсцессом.

Мальабсорбция при БК может привести к белковой недостаточности, гипокальциемии, дефициту витаминов (например, витамин В<sub>12</sub>), а также метаболическим заболеваниям костей.

Одними из осложнений БК являются свищи, воспалительные инфильтраты/абсцессы. Клинические проявления свищей зависят от области поражения, прилегающей к пораженному сегменту кишечника:

- *Энтерэнтерические свищи* могут протекать бессимптомно или проявляться пальпируемым образованием
- *Энтеровезикальные свищи* приводят к появлению в моче частиц кишечного содержимого и последующим рецидивирующим инфекциям мочевыводящих путей
- *Свищи в забрюшинном пространстве* могут привести к абсцессам поясничной мышцы или обструкции мочеточника с гидронефрозом.
- *Энтеровагинальные свищи* могут проявляться в виде прохождения газов или фекалий через влагалище
- *Наружные свищи* могут вызывать выделение содержимого кишечника на поверхность кожи.

Клинические проявления поражения различных участков ЖКТ изменчивы, встречаются реже:

- Поражение полости рта может проявляться афтозными язвами или болью во рту и деснах.
- Поражение пищевода может проявляться одинофагией или дисфагией.
- Поражение гастродуоденальной зоны наблюдается у 15% пациентов и может проявляться болью в верхней части живота, тошнотой и / или постпрандиальной рвотой [7].

#### Внекишечные проявления БК

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:

- Артропатии (артралгии, артриты)
  - Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)
  - Поражение слизистых (афтозный стоматит)
  - Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)
- Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:
- Анкилозирующий спондилит (сакроилеит)
  - Первичный склерозирующий холангит (редко)
  - Остеопороз, остеомалация
  - Псориаз
  - Псориатический артрит

Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:

- Холелитиаз
- Стеатоз печени, стеатогепатит

• Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии

- Амилоидоз

**Литература:**

1. Sandborn WJ, Feagan BG, Hanauer SB, Lochs H, et al. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease. *Gastroenterology* 2002;122:512-30
2. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА У ВЗРОСЛЫХ (ПРОЕКТ). *Колонпроктология*. 2020;19(2):8-38. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38>
3. Cosnes J, Cattan S, Blain A, et al. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2002;8(4):244-250. doi:10.1097/00054725-200207000-00002
4. Burgmann T, Clara I, Graff L, et al. The Manitoba Inflammatory Bowel Disease Cohort Study: prolonged symptoms before diagnosis—how much is irritable bowel syndrome?. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4(5):614-620. doi:10.1016/j.cgh.2006.03.003
5. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults [published correction appears in *Am J Gastroenterol*. 2018 Jul;113(7):1101]. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481-517. doi:10.1038/ajg.2018.27
6. Sands BE. From symptom to diagnosis: clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation. *Gastroenterology*. 2004;126(6):1518-1532. doi:10.1053/j.gastro.2004.02.072
7. Annunziata ML, Caviglia R, Papparella LG, Cicala M. Upper gastrointestinal involvement of Crohn's disease: a prospective study on the role of upper endoscopy in the diagnostic work-up. *Dig Dis Sci*. 2012;57(6):1618-1623. doi:10.1007/s10620-012-2072-0