**ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ИЛЕИТ (БОЛЕЗНЬ КРОНА)**

***Минск***

*Болезнь Крона — воспалительное рецидивирующее заболевание, характеризующееся преимущественно гранулематозными, некротически-язвенными и рубцово-стснозирующими процессами в стенке пищеварительного тракта, носящими обычно ограниченный, сегментарный характер.*

**Этиология и патогенез.** Пока остаются неизвестными. По-видимому, наиболее вероятной причиной заболевания является вирусное, а также вторичное бактериальное поражение кишечника на фоне иммунной сенсибилизации организма.

**Патологоанатомическая картина.** Чаще поражается дистальный участок подвздошной кишки на протяжении 15—20 см изолированно или в сочетании с поражением слепой и других отделов толстой кишки. Характерно наличие достаточно четкой границы между измененными и неизмененными участками кишки. Стенка кишки отечна, под серозным покровом видны белесоватые бугорки (гранулемы). Регионарные лимфатические узлы увеличены, отмечаются явления лимфостаза в подслизистом слое. На поверхности слизистой оболочки видны участки некроза, язвы, а при длительном течении заболевания — рубцы, нередко суживающие просвет кишки, и участки атрофии слизистой. Микроскопическое исследование выявляет отек стенки кишки, гиперплазию лимфоидных фолликулов, образование гранулем, преимущественно состоящих из своеобразных гигантских и эпителиоидных клеток. В тяжелых случаях образуются абсцессы в стенке кишки, внутренние и наружные свищи.

**Клиническая картина.** Клиника болезни Крона весьма вариабельна и во многом зависит от локализации и остроты процесса.

Острая форма болезни проявляется резкими болями в животе (чаще в правой подвздошной области), рвотой, поносами, высокой температурой тела и по клинической картине чаще всего напоминает острый аппендицит. Хронические формы заболевания проявляются болями в животе, поносами с наличием в испражнениях слизи и гноя, метеоризмом, похуданием, нередко субфебрилитетом. При пальпации живота обнаруживается болезненность над зоной поражения, нередко резистентность брюшной стенки. Иногда удается пальпировать ригидную и болезненную части кишки или воспалительные конгломераты в этой области. При поражении толстой кишки часто выявляются изменения слизистой оболочки и кожи в области ануса (отеки, трещины, язвы, рецидивирующие абсцессы, свищи). Внекишечными проявлениями болезни являются артриты, ириты, узловая эритема.

При исследовании крови нередко выявляется анемия, в период обострения заболевания — нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ, в ряде случаев — гипопротеинемия. При рентгенологическом исследовании определяются утолщение складок слизистой оболочки пораженного участка вследствие воспалительного отека, зернистость рельефа с мелкими дефектами наполнения, в типичных случаях — характерное шнуровидное сужение дистального участка подвздошной кишки (симптом струны). Поражения толстой кишки последнее время диагностируются чаще благодаря использованию колоноскопии и прицельной биопсии с последующим гистологическим исследованием биоптатов.

Течение и осложнения. Начало заболевания может быть острым с последующим переходом в хроническую форму или (чаще) хроническим рецидивирующим, медленно прогрессирующим. При неблагоприятном течении возникают осложнения: непроходимость кишечника, которая нередко имеет подострое течение с чередованием периодов ухудшения и частичного восстановления проходимости кишки, абсцессы, внутренние или (реже) наружные свищи; при длительном течении может развиваться амилоидоз внутренних органов.

**Диагноз и дифференциальная диагностика.** В типичных случаях диагноз устанавливают на основании характерных данных клинической картины заболевания, результатах рентгенологического исследования, а при поражении толстой кишки и желудка — и эндоскопии с гистологическим исследованием биоптатов. Дифференциальный диагноз в большинстве случаев труден. Острые формы заболевания нередко ошибочно диагностируются как острый аппендицит или какое-либо другое острое хирургическое заболевание. В отличие от острого аппендицита при болезни Крона наблюдается не задержка стула, а поносы, но этот признак ненадежен.

Хронические формы заболевания следует отличать от бактериальной и амебной дизентерии, балантидиаза, а также от хронического колита. При не-специфическом язвенном колите в отличие от болезни Крона не прощупыва-ются воспалительные конгломераты в области поражения кишечника, неха-рактерно спонтанное возникновение кишечных свищей, язвенных поражений анальной зоны, однако более часто развиваются кишечные кровотечения. 0блегчает диагноз колоноскопия. Туберкулез кишечника также может имитировать болезнь Крона, но он обычно развивается на фоне выраженного легоч-ного процесса как следствие его генерализации: туберкулиновые пробы (Пирке и Манту) бывают резко положительными. Дифференциальная диагностика болезни Крона и опухолей толстой кишки возможна на основании данных ирриго- и колоноскопии, в сомнительных случаях прибегают к диагностической лапаратомии.

**Лечение.** Терапия проводится обычно в условиях стационара. Назначают диетическое питание, цель которого—устранение диспепсии, щажение слизистой оболочки пищеварительного тракта, нормализация белкового и вита-минного баланса организма. Поэтому в период обострения рекомендуется частое дробное питание с достаточным количеством витаминов, микроэлементов.

Для устранения поносов назначают холинолитические средства (атропина сульфат, платифиллина гидротартрат и др.), а также обволакивающие и аяжущие вещества (как при хроническом энтерите). Полезны препараты пищеварительных ферментов: панкреатин, абомин, витогепатпанкреатин, поли-зим, фестал и др. Боли снимаются холинолитиками или назначением аналь-гетиков. При железодефицитной анемии парентерально вводят препараты железа и витамины С, B6, B12, фолиевую кислоту. При наличии гипопротеинемии производят повторные переливания плазмы, альбумина и белковых гидролизатов.

Больным с высокой температурой, множественными язвами, нагноением гранулем назначают сульфаниламидные препараты (сульфасалазин по 6— 8 г в день и др.) или антибиотики широкого спектра действия (оксациллин, не-омицин и др.). В особо тяжелых случаях применяют кортикостероидные гормоны, однако следует учитывать, что если в начале лечения они способствуют клиническому улучшению, то затем, после их отмены, болезнь нередко протекает с еще большей активностью. При хроническом течении заболевания основное значение имеет рациональный подбор диеты.

Оперативное лечение проводят больным с хронической формой болезни Крона при отсутствии эффекта от консервативного лечения или при возникновении осложнений.

Больные с болезнью Крона должны находиться на диспансерном учете. Хотя лечение в большинстве случаев и не приводит к выздоровлению, оно облегчает течение заболевания и улучшает прогноз.