

Sleisenger MH, editors. *Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease pathophysiology/diagnosis/management*. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2002; 1517–42.

4. Arroyo V, Gines P, Gerbes AL et al. Definition and diagnostic criteria of refractory ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Hepatology* 1996; 23: 164–76.

5. Anadon MN, Arroyo V. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis. In: Schiff ER, Sorrell MF, Maddrey WC, editors. *Schiff's diseases of the liver*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003; 559–94.

6. Antillon MR, Runyon BA. Postparacentesis plasma expansion prevents asymptomatic laboratory abnormalities, but does it have any impact on morbidity or mortality? *Gastroenterology* 1991; 101: 1455–7.

7. Bass NM. Intravenous albumin for spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis. *N Engl J Med* 1999; 341: 443–4.

8. Belgit J, Durand F. Abdominal wall hernias in the setting of cirrhosis. *Semin Liv Dis* 1997; 17: 219–26.

9. Guarner C, Garcia-Tsao G, Navasa M et al. Diagnosis, treatment and prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis: a consensus document.

*J Hepatol* 2000; 32: 142–53.

10. Hu K-Q and Runyon BA. Ascites and its complications. *Advanced Therapy in gastroenterology and liver disease*. Bayless Theodore M, Diehl Anna Mae, 2005; 113: 656–60.

11. Malinboc M, Kamath PS, Gordon FD et al. A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrabepatic portosystemic shunts. *Hepatology* 2000; 31: 864–71.

12. Rosado B, Kamath PS. Transjugular intrabepatic portosystemic shunts: an update. *Liver Transplantation* 2003; 9: 207–17.

13. Rossle M, Ochs A, Gulberg V et al. A comparison of paracentesis and transjugular intrabepatic portosystemic shunting in patients with ascites. *N Engl J Med* 2000; 342: 1701–7.

14. Sort P, Navasa M, Arroyo V et al. Effect of intravenous albumin on renal impairment and mortality in patients with cirrhosis and spontaneous bacterial peritonitis. *N Engl J Med* 1999; 341: 403–9.

15. Strauss RM, Boyer TD. Hepatic hydrothorax. *Semin Liv Dis* 1997; 17: 227–32.

16. Yu SA, Hu K-Q. Management of ascites. *Clin Liv Dis* 2001; 5: 541–68.

## Болезнь Крона. Что нужно знать клиницисту

И.Л.Халиф

ФГУ ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий, Москва

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

Заболевание это не излечивается полностью ни после медикаментозного, ни после хирургического лечения, поэтому необходимо постоянно контролировать его течение, качество жизни больных, а также побочные эффекты от лечебных мероприятий как на протяжении короткого, так и длительного периода. Данное заболевание впервые наиболее полно было описано В.Сгоhn и соавт. в 1932 г. как поражение терминального отдела подвздошной кишки. В дальнейшем было показано, что она может поражать любой отдел пищеварительного тракта от ротовой полости до ануса, но наиболее часто тонкую и толстую кишку.

В последнее время в экономически развитых странах отмечается рост заболеваемости БК. Распространенность БК в разных странах колеблется от 20 до 150 случаев на

100 тыс. населения. Ежегодное появление новых случаев болезни среди населения США и Западной Европы составляет 2–8 случаев на 100 тыс жителей. В России, по данным И.В.Никулиной и соавт. (на примере Московской области), заболеваемость БК составила 3,7 на 100 тыс. населения. При этом ежегодно регистрируется 7–9 впервые выявленных больных БК.

БК, как и язвенный колит (ЯК), относится к воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) и отличается от него как морфологически, так и клинически. Клинические симптомы при БК широко варьируют в зависимости от локализации и протяженности поражения, стадии заболевания, наличия или отсутствия осложнений. В клинической практике в нашей стране чаще всего используют классификацию, предложенную в 1970-х годах проф. М.Х.Левитаном, по которой выделяют илеит, илеоколит, колит и другие локализации с четким их указанием (табл. 1).

БК может протекать как в острой, так и в хронической форме, причем более характерна хроническая непрерывная форма.

В 1998 г. была предложена Венская классификация БК (была представлена в Вене на Всемирном съезде гастроэнтерологов) (табл. 2).

Данная классификация включает три параметра: возраст больного, локализацию поражения и форму течения БК.

Следует отметить, что по этой классификации к непенетрирующей подгруппе БК относят свищи (внутренние и перианальные), воспалительные инфильтраты брюшной полости, абсцессы и перианальные изъязвления.

В 2005 г. на очередном съезде Всемирной организации гастроэнтерологов в Монреале была предложена модифицированная предыдущая классификация – фенотипическая (табл. 3).

Тяжесть атаки БК чаще всего оценивают в соответствии с критериями активности, предложенными W.Best и соавт. в 1976 г. Индекс рассчитывается на основании клинических проявлений в течение 7 дней (табл. 4).

Количество баллов ниже 150 указывает на ремиссию заболевания, 150–220 – на легкую форму, 220–450 – среднетяжелую форму, а более 450 – на тяжелую форму.

Изолированное поражение тонкой кишки наблюдается в 25–30% случаев БК, илеоколит – в 40–50% и изолированное поражение толстой кишки – у 15–25% больных. Среди пациентов с БК, у которых имеется поражение тонкой кишки, терминальный отдел подвздошной кишки вовлечен в процесс почти у 90%. Около 2/3 больных БК отмечают в той или иной степени вовлечение в процесс толстой кишки. Несмотря на то что воспаление в прямой кишке выявляется при БК у 11–20% больных, аноректальные поражения (анальные трещины, свищи, абсцессы и т.д.) встречаются гораздо чаще – в 30–40% случаев. Редко при БК поражается пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка (всего у 3–5% больных).

**Таблица 1. Классификация болезни Крона (М.Х.Левитан и соавт., 1974)**

**По локализации патологического процесса:**

- энтерит (илеит);
- энтероколит (илеоколит);
- колит;
- верхние отделы ЖКТ.

**По тяжести клинических проявлений:**

- легкая форма;
- среднетяжелая форма;
- тяжелая форма.

**По течению болезни:**

- острое (до 6 мес);
- хроническое (после 6 мес);
- рецидивирующее;
- непрерывное.

**Таблица 2. Венская классификация БК**

**I. Возраст к моменту установления диагноза:**

- <40 лет;
- >40 лет.

**II. Локализация процесса:**

- терминальный отдел подвздошной кишки;
- ободочная кишка (колит);
- илеоколит;
- верхние отделы ЖКТ.

**III. Характер течения:**

- нестриктурирующий, непенетрирующий;
- стриктурирующий;
- пенетрирующий.

При БК могут поражаться любые участки ЖКТ – от полости рта до ануса. Тем не менее в подавляющем большинстве случаев БК вначале возникает в подвздошной кишке и затем распространяется на другие отделы ЖКТ. Наиболее часто поражается илеоцекальный отдел. Клиническая картина острых илеитов имеет большое сходство с острым аппендицитом, и поэтому больные обычно подвергаются лапаротомии. В редких случаях первым проявлением БК илеоцекального отдела является развитие псоас-абсцесса, связанное с микроперфорацией в забрюшинную клетчатку. В клинической картине БК можно выделить местные и общие симптомы, а также внекишечные проявления заболевания.

**Местные симптомы** включают в себя боли в животе, диарею, кровотечение и обусловлены поражением ЖКТ. В качестве местных осложнений БК рассматриваются анальные и периаанальные поражения (свищи прямой кишки, абсцессы в параректальной клетчатке, анальные трещины), стриктуры разных отделов кишечника, инфилтраты и абсцессы в брюшной полости, наружные и внутренние свищи. К осложнениям, связанным с патологическим процессом в кишечнике, относят также токсическую дилатацию толстой кишки, перфорацию и массивное кишечное кровотечение. Осложнения БК в основном обусловлены трансмуральным характером поражения стенки кишки и анального канала.

Боль в животе является классическим симптомом при БК и встречается у 85–90% больных. Так как чаще всего воспаление при БК локализуется в терминальном отделе подвздошной кишки, для этого заболевания характерна рецидивирующая боль в нижнем правом квадранте живота, причем она может имитировать картину острого аппендицита или непроходимости кишечника. В то же время у многих больных резкой боли может не быть и основным проявлением болезни являются ощущение дискомфорта, тяжести в животе, вздутие и умеренные по интенсивности схваткообразные боли, усиливающиеся при нарушении диеты.

При локализации процесса в верхних отделах пищеварительного тракта (особенно при поражении желудка и двенадцатиперстной кишки) боли обычно локализуются в эпигастральной области и часто носят схваткообразный характер. Однако наиболее частым симптомом при этой локализации БК является упорная рвота.

Диарея наблюдается у 90% больных и обычно бывает менее тяжелой, чем при ЯК. При вовлечении в процесс только тонкой кишки частота стула колеблется от 2 до 5 раз, а в случаях энтероколитов – от 3 до 10 раз. Консистенция кала чаще кашицеобразная, чем жидкая. Однако даже у тех больных, у которых поражение ограничивается тонкой кишкой, стул может быть жидким или водянистым. Тяжелая диарея наблюдается у больных с распространенными поражениями, например при еуноилеитах.

Одной из особенностей диареи у больных с терминальным илеитом является ее частое сочетание с императивными позывами и с болевым синдромом. Боли носят схваткообразный характер, усиливаются перед стулом и внезапно стихают после дефекации. При этом часто отмечается метеоризм.

Клиницистам всегда надо помнить, что у ряда больных имеет место не диарея, а запор. Ложные позывы с выделением слизи и крови, а также тенезмы, проявляющиеся болевым ощущением и скудным выделением каловых масс, характерны для поражения прямой кишки.

Однако несомненно, что наиболее характерно для БК сочетание диареи и болевого синдрома, даже в период стихания воспалительного процесса.

Анальные и периаанальные поражения характеризуются вялотекущими парапроктитами, многочисленными анальными трещинами и свищами. Периаанальные поражения могут встречаться как изолированно, так и в сочетании с поражениями кишечника, особенно толстой кишки. Анальные трещины при БК отличаются вялым течением и медленной регенерацией. Обычно это широко, с подрывными краями, белесоватые язвы-трещины на фоне отека, багрово-синюшных периаанальных тканей. Свищи прямой кишки формируются в результате самопроизвольного или оперативного вскрытия периаанальных или ишиоректальных абсцессов.

Иногда перечисленные изменения периаанальной области протекают очень тяжело, распространяются на половые органы, ишиоректальную клетчатку, анальные мышцы и разрушают всю зону сфинктеров с формированием на их месте обширной клоаки. Периаанальные поражения нередко предшествуют развитию заболевания. Иногда этот период может длиться десятилетия.

При БК часто возникают осложнения, которые подразделяют на кишечные и внекишечные, что значительно утяжеляет течение самого заболевания.

### Осложнения

**Кишечные кровотечения** более характерны для ЯК, чем для БК. Источником кровотечений при БК являются глубокие язвы-трещины кишечной стенки. Массивные кишечные кровотечения, которые рассматриваются как осложнение БК, отмечаются у 1–2% больных. Обычно массивное кровотечение более характерно для поражения толстой кишки, однако описаны случаи повторных кровотечений из пораженных БК пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. При наличии продолжающегося массивного кровотечения, не купирующегося гемотрансфузиями и другими гемостатическими средствами, желательным выполнить мезентериальную ангиографию для уточнения локализации источника кровотечения. При наличии мелены требуется исключить обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной

Таблица 3. Монреальская классификация БК

#### 1. Возраст к моменту установления диагноза:

- 16 лет или меньше;
- 17–40 лет;
- старше 40 лет.

#### 2. Локализация процесса:

- терминальный отдел подвздошной кишки;
- ободочная кишка (колит);
- илеоколит;
- верхние отделы ЖКТ;
- терминальный илеит + верхние отделы ЖКТ;
- колит + верхние отделы ЖКТ;
- илеоколит + верхние отделы ЖКТ.

#### 3. Характер течения:

- нестриктурирующий, непенетрирующий;
- стриктурирующий;
- пенетрирующий;
- нестриктурирующий, непенетрирующий + периаанальные поражения;
- стриктурирующий + периаанальные поражения;
- пенетрирующий + периаанальные поражения.

Таблица 4. Подсчет баллов для определения тяжести болезни Крона (индекс Беста)

Критерии. Оценка в баллах	Коэффициент
1. Количество дефекаций жидким или мягким калом на протяжении 1 нед (сумма за 7 дней)	×2
2. Интенсивность болей в животе (от 0 до 3 баллов) на протяжении 1 нед (сумма за 7 дней)	×5
3. Самочувствие в течение 1 нед (от 0 до 4 баллов, сумма за 7 дней)	×7
4. Число осложнений из перечисленных: артралгии или артриты; увеит; узловая эритема или гангренозная пиодермия, или афтозный стоматит; анальная трещина, свищи или абсцессы; другие свищи; лихорадка в течение последней недели	×20
5. Прием опиатов (0 баллов – нет, 1 балл – да)	×30
6. Инфильтрат в брюшной полости (0 баллов – отсутствует; 2 балла – сомнительный; 5 баллов – определяется)	×6
7. Гематокрит менее 47% для мужчин и менее 42% для женщин (разность между нормальной и фактической величиной)	×6
8. Масса тела (1 – фактическая масса тела) ×100 идеальная масса тела	×1

кишки, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода вследствие портальной гипертензии, опухоли гастродуоденальной области. При локализации источника кровотечения в толстой кишке необходимо проводить дифференциальный диагноз с ЯК, ишемическим колитом, ангиодисплазиями, раком, геморроем.

**Перфорация** в свободную брюшную полость – осложнение, также более характерное для ЯК, чем для БК. Симптомы "острого живота" бывают, как правило, смазаны гормональной терапией. Наличие свободного газа в брюшной полости на обзорной рентгенограмме определяется не всегда. Диагноз окончательно подтверждается немедленной лапаротомией. Большинство перфораций располагается на стороне, противоположной брыжеечному краю кишки.

**Токсическая дилатация** при БК наблюдается крайне редко. Как правило, ее развитие провоцируется приемом антидиарейных препаратов, ирригоскопией или колоноскопией, инфекцией или связано с поздней диагностикой заболевания.

**Инфильтраты и абсцессы** в брюшной полости нередко наблюдаются при БК с преимущественной локализацией процесса в правых отделах толстой кишки и илеоцекальной области. Высокая частота данного осложнения диктует необходимость вносить БК в дифференциально-диагностический ряд наряду с аппендикулярным инфильтратом, раком и туберкулезом при правосторонней локализации; раком и дивертикулитом при левостороннем расположении. Даже обнаружение абсцедирования и развития внутрикишечных и наружных свищей, подтвержденное рентгенологически, не всегда позволяет высказаться в пользу того или иного заболевания. В большинстве случаев правильный диагноз удается установить лишь при эндоскопическом или сочетанном рентгеноэндоскопическом исследовании, обнаруживающем характерные для гранулематозного колита изменения со стороны слизистой оболочки толстой и тонкой кишки. Значительные трудности возникают при сочетании инфильтрата со стриктурами, расположенными дистальнее инфильтрата и делающими невозможным дальнейшее проведение эндоскопа. Но и в этих случаях нельзя пренебрегать колоноскопией, поскольку визуально в области сужения удается обнаружить афтоподобные или другие изъязвления и псевдополипы, свидетельствующие о БК, а также провести гистологическое исследование биоптата. В ряде случаев единственным доступным методом диагностики является пассаж бария по кишечнику. Что касается так называемой диагностической лапаротомии при недифференцированных инфильтратах, то именно это вмешательство является основной причиной развития наружных кишечных свищей и, как свидетельствует наш опыт, их удается избежать при настойчивом, иногда повторном рентгенологическом и эндоскопическом исследовании. Дифференциальный диагноз воспалительного инфильтрата от истинного абсцесса не всегда возможен. Появление флюктуации достоверно указывает на распад тканей, однако этот симптом появляется после распространения абсцесса на брюшную стенку. В известной мере высокая лихорадка и лейкоцитоз позволяют предполагать абсцедирование, а обнаружение пузырьков воздуха в области инфильтрата на рентгенограмме окончательно верифицирует диагноз.

Среди **свищей** выделяют два вида: наружные, с выходным отверстием на брюшной стенке и внутренние, открывающиеся в петли соседних кишок и полые органы. Наружные свищи чаще наблюдаются у пациентов после хирургического лечения (кишечные анастомозы). Однако встречаются они сравнительно редко (1%). Из внутренних встречаются в основном межкишечные, кишечно-вагинальные, кишечно-пузырные. При БК чаще встречаются илео-илеальные, чем тонко- и толсто-кишечные свищи.

**Кишечная непроходимость** – патогномоничный признак БК, особенно при локализации изменений в тонкой кишке. Воспаление кишечной стенки, отек, спазм, а в последующем и развитие фиброза кишки ведут к сужению просвета и нарушению пассажа кишечного содержимого. Развития полной тонко- или толстокишечной непроходимости, как правило, не наблюдается, что поз-

воляет выбрать выжидательную тактику ведения больных. Стриктуры могут встречаться в любом отделе тонкой и толстой кишки. Их выявляют у 30–50% больных.

### Внекишечные, или системные, проявления

ВЗК относятся к системным страданиям, так как имеют широкий спектр внекишечных проявлений. В их генезе большое значение придают иммунным механизмам. Внекишечные проявления могут возникать при обострении заболевания, предшествовать ему или развиваться в период ремиссии.

**Поражения кожи.** Наиболее частые кожные проявления – узловатая эритема, гангренозная пиодермия, пустулезный дерматоз, гиперкератоз. При БК наблюдаются такие поражения полости рта, как афтозный стоматит, язвы и трещины в области губ, на слизистой оболочке полости рта. Эти изменения часто предшествуют возникновению кишечных симптомов. Поражения кожи при анальной локализации БК проявляются экземой и изъязвлениями.

**Поражения суставов** включают артриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит. Периферические артриты характеризуются поражением крупных и мелких суставов конечностей, мигрирующим характером болевого синдрома, отсутствием деструктивных изменений и деформаций суставов, а также отсутствием антинуклеарного и ревматоидного факторов в крови. Как правило, они появляются при активном воспалительном процессе в кишечнике. Анкилозирующий спондилоартрит – хроническое прогрессирующее заболевание, имеющее наследственную предрасположенность, которое может возникать задолго до начала кишечных симптомов.

**Заболевания глаз** встречаются в 4–10% случаев БК. К ним относятся иридоциклиты, увеиты, склериты и эписклериты.

Важное значение имеет **поражение печени** при БК, которое можно рассматривать не только как внекишечное проявление, но и как осложнение основного заболевания и его лекарственной терапии. Достаточно часто наблюдается развитие жирового гепатоза, хронического гепатита с исходом в цирроз печени. При БК отмечены довольно частые случаи выявления желчно-каменной болезни, что связано с повышенной потерей желчных кислот, изменением холатахолестеринового индекса в сторону его повышения.

### Диагноз и дифференциальный диагноз БК

Диагноз БК устанавливается на основании характерной клинической картины заболевания, результатов эндоскопического, рентгенологического и морфологического исследования.

Рентгенологическая диагностика БК основана на наличии:

- прерывистого характера поражения кишечника;
- вовлечения в процесс тонкой и толстой кишки;
- правосторонней локализации процесса в ободочной кишке;
- образовании глубоких язв-трещин и внутренних свищей;
- ретроперитонеальных абсцессов со свищами;
- слепых синусов в случаях вовлечения в процесс тонкой кишки.

Ведущим рентгенологическим симптомом БК является сужение пораженного участка кишки. Степень сужения прямо пропорциональна давности заболевания. В отдельных случаях кишка суживается неравномерно и эксцентрично. Гаустры в недалеком зашедшем случаях сглаживаются и принимают неправильную форму, при прогрессировании процесса они исчезают. Контуры пораженного участка кишки чаще всего бывают мелко- или крупнозубчатые и лишь изредка ровные и четкие. Иногда на контуре кишки имеются весьма характерные для БК остроконечные спикюлоподобные выступы, которые являются отражением поперечно расположенных и глубоко проникающих в стенку кишки щелевидных изъязвлений – "фиссур". У некоторых больных последние могут пенетрировать через серозный покров и образовывать внутрибрюшные свищи. В ряде случаев язвы при БК рас-

пространяются в глубину стенки кишки и как бы "подмывают" ее внутренний слой. В рентгеновском изображении этот патологический процесс обуславливает возникновение своеобразной картины в виде "шляпок гвоздей", располагающихся правильными рядами по контурам кишки. Кроме сужения, наблюдается также укорочение отдельных отрезков толстой кишки. При вовлечении в патологический процесс прямой кишки размеры ее значительно уменьшаются, изгибы сглаживаются, ретроректальное пространство увеличивается. Весьма характерным при БК считается чередование пораженных фрагментов кишки с нормальными.

Рентгенологические изменения слизистой оболочки при БК характеризуются крупно- или мелкоячеистой структурой внутренней поверхности кишки. На фоне перестроенного рельефа слизистой оболочки могут обнаруживаться разные по величине стойкие контрастные пятна – отражение язв и эрозий.

При двойном контрастировании более отчетливо определяются сужение пораженного участка кишки, неровность его контуров, псевдодивертикулярные выпячивания, ригидность стенок, резкая граница между пораженными и нормальными тканями. Если кишка раздувается нерезко, бывает отчетливо виден пневморельеф внутренней ее поверхности, который, как правило, имеет ячеистую или пористую структуру. Большие псевдополипозные разрастания на фоне воздуха дают картину пристеночно расположенных дополнительных теней, иногда в виде цепочки.

Эндоскопическая картина при БК характеризуется наличием афтоидных язв на фоне неизменной слизистой оболочки. По мере прогрессирования процесса язвы увеличиваются в размерах, принимают линейную форму. Чередование островков сохранившейся слизистой оболочки с глубокими продольными и поперечными язвотрещинами создает картину "бульжной мостовой".

БК приходится дифференцировать со многими заболеваниями. Гранулематозное поражение тонкой кишки часто диагностируется как аппендикулярный абсцесс или острый аппендицит, так как дифференцировать их крайне трудно. Иногда невозможно отличить БК от воспаления в дивертикуле Меккеля и других острых заболеваний брюшной полости. БК с локализацией процесса в тонкой кишке и правых отделах толстой кишки нелегко отличить от туберкулеза кишечника, поскольку последний может протекать без поражения легких, поэтому отсутствие легочного процесса не исключает туберкулезную природу заболевания. Иногда злокачественную лимфому ошибочно принимают за БК. Не всегда можно

быть уверенным в том, что стриктуры тонкой кишки являются следствием только гранулематозных изменений. При локализации стриктуры в левом изгибе ободочной кишки должно возникнуть подозрение на ишемический характер поражения. Лихорадка, боли в суставах и даже узловатая эритема могут доминировать в клинической картине воспалительного заболевания кишечника и вызывать подозрение на коллагеновое заболевание. Болезнь Уиппла, характеризующаяся лихорадкой, болями в суставах, диареей, также требует дифференциации от БК. Если гранулематозный процесс локализуется только в толстой кишке, то его можно принять за туберкулез слепой и восходящей ободочной кишки, ишемическую стриктуру, рак и амебиоз.

Наиболее сложна дифференциальная диагностика БК и ЯК, от которого она отличается отсутствием поражения прямой кишки в половине случаев, более глубокими язвами толстой кишки, асимметричностью и прерывистостью процесса и тенденцией к формированию стриктур и свищей. К сожалению, в настоящее время нет клинических, эндоскопических или гистологических критериев, которые бы однозначно указывали на наличие ЯК или БК. Даже после тщательного комплексного обследования не удается однозначно разграничить ЯК и БК примерно у 10% больных.

J.Lennard-Jones (1989 г.) предложил считать достоверным диагноз БК при наличии у пациента не менее 3 из 6 перечисленных ниже относительных диагностических признаков БК:

- 1) хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки кишки или перианальной области;
- 2) прерывистое поражение толстой кишки;
- 3) трансмуральное поражение толстой кишки (язвы-трещины, абсцессы, свищи);
- 4) стриктуры толстой кишки;
- 5) афтоидные язвы слизистой оболочки кишки;
- 6) нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления.

При выявлении саркоидных гранул, которые рассматриваются как высокоспецифический гистологический маркер БК, этот диагноз считается достоверным при наличии еще одного относительного диагностического критерия БК (с 1 по 6).

В заключение следует отметить, что диагностику и лечение БК следует проводить в специализированных учреждениях гастроэнтерологического и колопроктологического профиля, давно занимающихся изучением этого непростого заболевания и имеющих подготовленных специалистов.

## Энтеральное питание как метод профилактики и лечения недостаточности питания

И.Е.Хорошилов  
Кафедранутрициологии и клинического питания СПбГМА им. И.И.Мечникова

До настоящего времени в нашей стране к нарушениям питания не относятся как к серьезным заболеваниям, требующим своевременного распознавания и активных действий врача. Если избыточное питание (ожирение) считается медицинской проблемой, то недостаточность питания (истощение) – последствием заболевания либо конституциональной особенностью пациента.

Однако данные скрининговых исследований в европейских стационарах свидетельствуют, что от одной трети до половины пациентов, находившихся на лечении по поводу различных заболеваний, имеют признаки умеренной и выраженной недостаточности питания (табл. 1).

В нашей стране не проводили крупных исследований по оценке общей распространенности недостаточности питания в стационарах, однако данные различных авто-

ров, занимающихся изучением данной проблемы у отдельных категорий пациентов, показывают, что ее частота достигает 60–90% [1–6]. Дело в том, что у нас в стране во многих лечебных учреждениях не используются общепринятые международные стандарты для оценки состояния питания – измерение тощей массы тела, толщины кожно-жировых складок, окружности плеча, содержания альбумина, преальбумина, трансферрина крови и др. Нет общепризнанного определения понятия "недостаточность питания", соответственно, и методов ее диагностики и лечения.

Под **недостаточностью питания** понимают патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменениям компонентного со-