

прогрессированием, и периодами ремиссии и рецидивов на фоне проводимого лечения. Современные стандарты диагностики и лечения позволяют пациентам поддерживать сносное качество жизни и серьезно снижают риски смерти от БК.

Патоморфология

Основными маркерами БК являются фокальное воспаление и гранулема, состоящая из эпителиальных клеток и клеток иммунной системы вокруг очага некроза. Ближе к центру располагаются клетки Лангханса, окруженные фиброзным ободком и поясом из лимфоцитов и плазмоцитов. В образовании гранул участвует ФНО. В связи с этим разработана тактика применения анти-ФНО антител в лечении БК. Вначале гранулемы возникают в подслизистой основе и, как правило, бывают единичными. После оперативного удаления пораженной кишки нередко наступает полное выздоровление. Со временем хронический воспалительный процесс распространяется на всю толщу стенки кишечника. Инфильтрация распространяется как на слизистую, так и серозную оболочку кишечной стенки. На поверхности слизистой оболочки образуются множественные эрозии и глубокие узкие язвы в виде трещин, пронизывающие всю кишечную стенку. Иногда язвы перфорируют, что приводит к образованию свищей. В последующем развивается фиброз и трансмуральное поражение стенки кишки. Она становится плотной. Слизистая оболочка с множественными рубцами приобретает неровный рельеф. Рубцовые изменения могут приводить к сужению просвета кишки, развитию частичной и даже полной кишечной непроходимости. Воспаление может распространяться на серозную оболочку и соседние ткани и органы, формируя свищи и спайки.

Клиника

Классификация: по локализации, течению, степени тяжести:

Локализация поражения:

L1 – Терминальный илеит (~ 40 %) – процесс ограничен пределами подвздошной кишки с проникновением в слепую кишку или без этого.

L2 – Колит (~ 20 %) – любая локализация в толстой кишке между слепой и прямой кишкой без вовлечения тонкой кишки или верхнего отдела ЖКТ.

L3 – Илеоколит (~ 35 %) – поражение терминально-го отдела подвздошной кишки с вовлечением слепой кишки или без нее и любая локализация между восходящим отделом и прямой кишкой.

L4 – Верхний отдел ЖКТ (~ 5 %) – любая локализация процесса проксимальнее терминального отдела подвздошной кишки.

Характер течения болезни:

B1 – Воспалительная форма – вариант течения заболевания, которое никогда не имело осложнений.