

вмешательства. Задержка капсулы в кишечнике наблюдается у 13% пациентов с БК [17]. В настоящее время у больных БК до проведения ВКЭ рекомендуется выполнять рентгенологические исследования (пассаж бария по кишечнику, КТ-энтерография) или МР-энтерографию для оценки наличия стриктур тонкой кишки.

Дифференциальный диагноз

Клинические симптомы болезни Крона чрезвычайно многообразны и правильный диагноз в большинстве случаев устанавливают несколько лет спустя, после начала болезни.

У больных с острой формой болезни следует исключить иерсиниоз и другие острые кишечные и паразитарные заболевания. При острой форме с тяжелым течением дифференциальный диагноз следует проводить с некротическим энтеритом, вызванным *Cl. perfringens*, и эозинофильным гастроэнтеритом. Многообразие клинических проявлений болезни Крона ведет к тому, что приходится проводить дифференциальный диагноз с большим количеством заболеваний, например с аппендикулярным инфильтратом, дивертикулитом слепой кишки, туберкулезом, грибковыми поражениями илеоцекальной зоны, амебиазом и бактериальными инфекциями (сальмонеллез, шигеллез, кампилобактероз, иерсиниоз). Если болезни предшествовало лечение антибиотиками, то следует исключить псевдомембранозный колит. Для этого требуется провести посев кала на *Cl. difficile*. Необходимо также иметь в виду возможность лимфомы тонкой кишки и поражение верхней брыжеечной артерии или вены. Сходные с болезнью Крона рентгенологические признаки могут быть при раке слепой кишки, карциноиде и лимфосаркоме, радиационном энтерите и туберкулезном илеотифлите.

Большие трудности представляет в ряде случаев дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита и болезни.

В типичных случаях болезнь Крона отличается от неспецифического язвенного колита отсутствием поражения прямой кишки, частым вовлечением в патологический процесс подвздошной кишки, сегментарным поражением кишечной стенки. Особые трудности возникают при разграничении болезни Крона с диффузным поражением толстой кишки и неспецифического язвенного колита. В этой ситуации о болезни Крона свидетельствуют афтоидные язвы в прямой и толстой кишке в начальной стадии заболевания. В более поздних стадиях болезни Крона при эндоскопическом исследовании констатируют линейные язвы-трещины, вытянувшиеся вдоль оси кишки и разделяющие отечную бугристую слизистую на отдельные участки - симптом «булыжной мостовой». Окончательный диагноз может быть поставлен при обнаружении в биоптатах, специфичных для болезни Крона, лимфоидных гранул. При гранулематозном колите чаще, чем при неспецифическом язвенном колите, выявляются парапроктиты, параректальные свищи.