



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Болезнь Крона у взрослых

МКБ 10: **K50**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **KP176**

URL

Профессиональные ассоциации

- **Ассоциация колопроктологов России** **Российская гастроэнтерологическая ассоциация**

Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

Ключевые слова

- Болезнь Крона
- Язвенный колит
- Воспалительные заболевания кишечника
- Диарея
- Анемия неясного генеза
- Лихорадка неясного генеза
- Свищ прямой кишки
- Глюкокортикостероиды
- Иммуносупрессоры
- Антицитокиновая терапия
- Месалазин
- Взрослые

Список сокращений

5-АСК – 5-аминосалициловая кислота

6-МП – 6-меркаптопурин

АЗА – азатиоприн

БК – болезнь Крона

ГКС - глюкокортикостероиды

ДИ – доверительный интервал

ИАБК – индекс активности болезни Крона

ИАРА – илеоанальный резервуарный анастомоз

ИФМ – инфликсимаб

КТ – компьютерная томография

ММХ – мультиматриксная оболочка

МРТ – магнитно-резонансная томография

МТ – метотрексат

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

РКИ – рандомизированное контролируемое испытание

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЯК – язвенный колит

Термины и определения

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

Обострение (рецидив, атака) БК – появление типичных симптомов заболевания у больных БК в стадии клинической ремиссии, спонтанной или медикаментозно поддерживаемой.

Ремиссия БК – исчезновение типичных проявлений заболевания [1].

Ремиссия БК, клиническая – отсутствие симптомов БК (соответствует значению Индекса активности БК <150 (см.ниже)).

Ремиссия БК, эндоскопическая – отсутствие видимых макроскопических признаков воспаления при эндоскопическом исследовании [2].

1. Краткая информация

1.1 Определение

Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [3].

1.2 Этиология и патогенез

Этиология воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), в том числе БК, не установлена: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды. Описано около 100 однонуклеотидных полиморфизмов, ассоциированных с БК. Данный генетический фон предрасполагает к изменениям врожденного иммунного ответа, аутофагии, механизмов распознавания микроорганизмов, эндоплазматического ретикулоцитарного стресса, функций эпителиального барьера и адаптивного иммунного ответа. Ключевым дефектом иммунитета, предрасполагающим к развитию ВЗК является нарушения распознавания бактериальных молекулярных маркеров (паттернов) дендритными клетками, что приводит к гиперактивации сигнальных провоспалительных путей [4]. Также при ВЗК отмечается снижение разнообразия кишечной микрофлоры за счет снижения доли анаэробных бактерий, преимущественно *Bacteroidetes* и *Firmicutes*. При наличии указанных микробиологических и иммунологических изменений ВЗК развивается под действием пусковых факторов, к которым относят курение, нервный стресс, дефицит витамина D, питание с пониженным содержанием пищевых волокон и повышенным содержанием животного белка, кишечные инфекции, особенно инфекцию *C.difficile*.

Результатом взаимного влияния данных факторов риска является активация Th1- и Th17-клеток, гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов, в первую очередь, фактора некроза опухоли-альфа, интерлейкинов 13 и 23, молекул клеточной адгезии. Каскад гуморальных и клеточных реакций

при БК приводит к трансмуральному воспалению кишечной стенки с образованием характерных для БК, но не для ЯК, саркоидных гранулем, состоящих из эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток.

При БК могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта – от полости рта до ануса. Тем не менее, в подавляющем большинстве случаев БК поражает илеоцекальный отдел. БК, в отличие от язвенного колита (ЯК), не может быть излечена ни терапевтическими, ни хирургическими методами [5].

1.3 Эпидемиология

Согласно зарубежным данным, заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20,2 на 100 000 человек, распространенность достигает 322 на 100 000 человек [6]. Данные о распространенности БК в Российской Федерации ограничены. Распространенность БК выше в северных широтах и на Западе. Заболеваемость и распространенность БК в Азии ниже, однако, увеличивается. Европеиды страдают заболеванием чаще, чем представители негроидной и монголоидной рас. Пик заболеваемости отмечается между 20 и 30 годами жизни, а второй пик заболеваемости описан в возрасте 60-70 лет. Заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин.

1.4 Кодирование по МКБ 10

K50.0 – Болезнь Крона тонкой кишки

K50.1 – Болезнь Крона толстой кишки

K50.8 – Другие разновидности болезни Крона

K50.9 – Болезнь Крона неуточненная

1.5 Классификация

Для классификации БК по *локализации поражения* применяется Монреальская классификация (таблица 1) [7]. Поражение верхних отделов ЖКТ редко встречается в изолированном виде и, как правило, дополняет терминальный илеит, колит или илеоколит.

Таблица 1 – Монреальская классификация болезни Крона по локализации поражения

Терминальный илеит	± Поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта ± Поражение аноректальной зоны
--------------------	--

Колит	
Илеоколит	

По распространенности поражения выделяют:

1. Локализованную БК:

- Поражение протяженностью менее 30 см. Обычно используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны (<30 см подвздошной кишки + правый отдел толстой кишки);
- Возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.

2. Распространенную БК:

- Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).

По характеру течения выделяют [8]:

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
2. Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии);
3. Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии).

Тяжесть заболевания в целом определяется: тяжестью текущей атаки, наличием внекишечных проявлений и осложнений, протяженностью поражения, рефрактерностью к

К наиболее частым клиническим симптомам БК относятся хроническая диарея (более 6 недель), в большинстве случаев, без примеси крови, боль в животе, лихорадка и анемия неясного генеза, симптомы кишечной непроходимости, а также перианальные осложнения (хронические анальные трещины, рецидивирующие после хирургического лечения, парапроктит, свищи прямой кишки).

У значительной доли больных могут обнаруживаться внекишечные проявления заболевания [14] (Таблица 2).

Таблица 2. Внекишечные проявления болезни Крона.

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:	с	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:	Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:
--	---	---	---

Артропатии (артралгии, артриты) Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия) Поражение слизистых (афтозный стоматит) Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)	Анкилозирующий спондилит (сacroилеит) Первичный склерозирующий холангит (редко) Остеопороз, остеомалация Псориаз	Холелитиаз Стеатоз печени, стеатогепатит Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии Амилоидоз
---	---	--

Аутоиммунные проявления, связанные с активностью воспалительного процесса, появляются вместе с основными кишечными симптомами обострения и исчезают вместе с ними на фоне лечения. Аутоиммунные проявления, не связанные с активностью процесса (в англоязычной литературе их часто называют «сопутствующими аутоиммунными заболеваниями»), имеют тенденцию к прогрессированию независимо от фазы основного заболевания (обострение или ремиссия) и часто определяют негативный прогноз болезни.

Клиническая картина на ранних этапах развития заболевания может быть не выражена, что замедляет диагностику. В этой связи при постановке диагноза у значительной части больных обнаруживаются симптомы, связанные с осложнениями БК (Таблица 3). К осложнениям БК относят: Наружные свищи (кишечно-кожные), внутренние свищи (межкишечные, кишечно-пузырные, ректо-вагинальные), инфильтрат брюшной полости, межкишечные или интраабдоминальные абсцессы, стриктуры ЖКТ (с нарушением кишечной проходимости и без таковой), анальные трещины, парапроктит (при аноректальном поражении), кишечное кровотечение (редко).[YSL1]

[YSL1]Перенести в раздел 1.6. Клиническая картина

2. Диагностика

Однозначных диагностических критериев БК не существует, и диагноз выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений [11,12].

Общепринятыми являются критерии достоверного диагноза БК по Lennard-Jones, включающие определение шести ключевых признаков заболевания [13].

- 1. Поражение от полости рта до анального канала: хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение;*
- 2. Прерывистый характер поражения;*
- 3. Трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи;*
- 4. Фиброз: стриктуры;*
- 5. Лимфоидная ткань (гистология): афтоидные язвы или трансмуральные лимфоидные скопления;*
- 6. Муцин (гистология): нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки;*
- 7. Наличие саркоидной гранулемы.*

Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

2.1 Жалобы и анамнез

- При сборе анамнеза рекомендовано провести подробный опрос пациента со сбором информации о характере начала заболевания, поездках в южные страны, непереносимости пищевых продуктов, приеме лекарственных препаратов (включая антибиотики и НПВС), курении и семейном анамнезе. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств – 5)

2.2 Физикальное обследование

- Физикальное обследование в обязательном порядке рекомендовано включать:
- осмотр перианальной области;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректороманоскопию. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий. При физикальном осмотре могут быть обнаружены различные проявления БК, включая лихорадку, дефицит питания, наличие инфильтрата брюшной полости, наружных кишечных свищей, перианальных проявлений (трещин, свищей), а также внекишечные проявления.

2.3 Лабораторная

- рекомендована капсульная эндоскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки и при отсутствии стриктур). Следует помнить, что задержка капсулы в кишечнике наблюдается у 13% пациентов [18]. В настоящее время у больных БК до проведения капсульной эндоскопии рекомендуется выполнять рентгенологические исследования (пассаж бария по кишечнику, КТ-энтерография) или МР-энтерографию для оценки наличия стриктур тонкой кишки [19,20];

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств – 5)

- рекомендована баллонная энтероскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки).

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств – 5)

Эндоскопическими критериями

*Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняются преимущественно с целью проведения дифференциальной диагностики с рядом заболеваний [22]. К ним относят: язвенный колит, острые кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз, иерсиниоз, амебиаз, паразитозы), антибиотико-ассоциированные поражения кишечника (в т.ч. инфекция *C.difficile*) [23], туберкулез кишечника, системные васкулиты, неоплазии толстой и тонкой кишки,*

дивертикулит, аппендицит, эндометриоз, солитарную язву прямой кишки, ишемический колит, актиномикоз, лучевые поражения кишечника и синдром раздраженного кишечника.

3. Лечение

3.1 Консервативное

Лечебные мероприятия при БК включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургическое **3.1.2 БК илеоцекальной локализации (терминальный илеит, илеоколит), лёгкая атака.**

- В качестве терапии первой линии рекомендовано использовать будесонид (9 мг/сут. в течение 8 недель с последующим снижением по 3 мг в неделю до полной отмены). [24,29,30]

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2а)

Комментарий. Терапевтический эффект будесонида следует оценивать через 2-4 недели.

- Эффективность месалазина при БК ограничена (24-второй ЕССО консенсус). В случае первой атаки при достижении клинической ремиссии (ИАБК ≤ 150) рекомендована поддерживающая противорецидивная терапия месалазином или сульфасалазином не менее 2 г/сут, однако доказательной базы для этого положения пока нет. [...]

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 1а)

При отсутствии терапевтического ответа на будесонид

- Для индукции ремиссии рекомендуется применять ГКС (преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально) [29] или топические (будесонид 9 мг/сут) [24]. При наличии системных внекишечных проявлений и/или инфильтрата брюшной полости препаратами выбора являются системные ГКС в сочетании с антибиотиками. [...]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности рекомендации – 1а)

- Рекомендуется раннее (одновременно с ГКС) назначение иммуносупрессоров (АЗА 2-2,5 мг/кг, 6-МП 1,5 мг/кг), а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (25 мг/нед. п/к или в/м 1 раз в неделю) [24]. Эффективность ГКС или комбинированной терапии оценивается через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) начинают снижение дозы ГКС до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами (Таблица 3). Будесонид в дозе 9 мг в течение 8 недель с последующим снижением 3 мг в неделю. Снижение системных ГКС проводят по приведенной ниже схеме. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель [30].

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- После отмены ГКС поддерживающая терапия проводится тиапуринами (АЗА/6МП) не менее 4 лет. [31,32]

Уровень убедительности рекомендации A (уровень достоверности доказательств – 1a)

Комментарий. На настоящий момент данных о влиянии массы тела пациента на фармакокинетику и фармакодинамику ГКС не получено [33], поэтому выбор дозы ГКС должен определяться активностью заболевания, но не массой тела пациента.

- В случае угрозы септических осложнений рекомендовано добавить антибиотики. [24]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств – 5)

Таблица 3. Схема снижения дозы системных глюкокортикостероидов при среднетяжелой атаке болезни Крона.

Неделя	Суточная доза преднизолона (мг)	Суточная доза метилпреднизолона (мг)
1	60	48
2	60	48
3	50	40
4	45	36
5	40	32
6	35	28

7	30	24
8	25	20
9	20	16
10	15	12
11	10	8
12	5	4

- Для больных с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью или при неэффективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне АЗА/6-МП) рекомендована биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол или ведолизумаба) [34,35], с последующим переходом на длительное(многолетнее) поддерживающее

- При

- Рекомендована терапия системными ГКС в сочетании с иммуносупрессорами: для индукции ремиссии применяются преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг перорально. [...]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 1а)

- Одновременно рекомендовано назначить иммуносупрессоры: АЗА (2 мг/кг), 6-МП (1,5 мг/кг), а при непереносимости тиопуринов – метотрексат (25 мг/нед п/к или в/м 1 раз в неделю). [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- В случае угрозы септических осложнений рекомендованы антибиотики. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Эффективность терапии ГКС оценивают через 2-4 недели. При достижении клинической ремиссии (ИАБК<150) на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами проводится снижение дозы ГКС до полной отмены (Таблица 3). Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель. Поддерживающая терапия иммуносупрессорами проводится не менее 4 лет. [40]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности рекомендации – 1a)

- При развитии стероидорезистентности, стероидозависимости или при неэффективности иммуносупрессоров (рецидив через 3-6 месяцев после отмены системных ГКС на фоне АЗА/6-МП) рекомендована терапия биологическими препаратами по схеме (см. раздел 3.1.3) или хирургическое 3.1.5 БК тонкой кишки (кроме терминального илеита). Лёгкая атака.
 - Препаратом выбора рекомендован месалазин с этилцеллюлозным покрытием 4 г/сут, прием которого в этой же дозе продолжается и в качестве поддерживающей терапии не менее 2 лет. [...]
 - **Уровень убедительности рекомендации В** (уровень достоверности рекомендации – 2b)

3.1.6. БК тонкой кишки (кроме терминального илеита). Среднетяжёлая атака

- При таком варианте БК рекомендовано назначить: преднизолон 60 мг или метилпреднизолон 48 мг в комбинации с иммуносупрессорами: АЗА (2-2,5 мг/кг), 6-МП (1,5 мг/кг), а при непереносимости тиопуринов – метотрексат (25 мг/нед п/к или в/м 1 раз в неделю). [...]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности рекомендации – 1a)

- При наличии инфильтрата брюшной полости назначают антибиотики: метронидазол + фторхинолоны парентерально 10–14 дней. [43]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности рекомендации – 1а)

Комментарий. При необходимости назначают нутритивную поддержку (энтеральное или зондовое питание).

- При достижении ремиссии поддерживающая терапия рекомендована иммуносупрессорами в течение не менее чем 4 лет. [44]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Неэффективность терапии ГКС или развитие гормональной зависимости является показанием к назначению биологических препаратов (см. раздел 3.1.3)

Тяжелая атака БК любой локализации требует проведения интенсивной противовоспалительной терапии в специализированном стационаре.

- При первой атаке

Перианальные проявления при БК часто требуют хирургического

- При проведении гормональной терапии рекомендовано постепенное снижение дозы стероидов до полной отмены является строго обязательным. Суммарная продолжительность гормональной терапии не должна превышать 12 недель. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- В период терапии ГКС рекомендован сопутствующий прием препаратов кальция, витамина Д (профилактика остеопороза), ингибиторов протонной помпы, контроль уровня глюкозы крови. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- При назначении иммуносупрессоров (АЗА, 6-МП, метотрексата) следует помнить, что их действие, обусловленное терапевтической концентрацией препарата в организме, развивается, в среднем, в течение 3 месяцев для тиопуринов и 1 месяца для метотрексата [49]. В период терапии рекомендуется ежемесячный контроль уровня лейкоцитов и печёночных проб. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Перед проведением биологической терапии обязательно рекомендуется консультация врача-фтизиатра и скрининг на туберкулез (квантифероновый тест, а при невозможности проведения – проба Манту, диаскин-тест). Строгое соблюдение доз и графика введения [50] является обязательным. Нерегулярное введение биологических препаратов повышает риск аллергических реакций и неэффективности

Большинство пациентов с БК в течение жизни переносят хотя бы одно оперативное вмешательство на ЖКТ. Невозможность радикального излечения пациентов с БК нередко приводит к повторным резекциям, увеличивая риск синдрома короткой кишки. Современная тактика хирургического

Показаниями к оперативному вмешательству при БК служат острые и хронические осложнения, а также неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития [53].

Острые осложнения БК

К ним относят кишечное кровотечение, перфорацию кишки и токсическую дилатацию ободочной кишки.

- При кишечном кровотечении экстренное хирургическое вмешательство рекомендовано при невозможности стабилизировать гемодинамику пациента, несмотря на переливания эритроцитарной массы и проведения интенсивной гемостатической терапии [54].

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Комментарий. Кишечное кровотечение констатируют при потере более 100 мл крови/сутки по данным объективных лабораторных методов (сцинтиграфия, определение гемоглобина в каловых массах гемоглобинцианидным методом) или при объеме каловых масс с визуально определяемой примесью крови более 800 мл/сутки. В подобных случаях выполняется резекция пораженного участка кишечника (с наложением анастомоза или без такового) с обязательной интраоперационной энтеро- или колоноскопией [55].

- Перфорация тонкой кишки в свободную брюшную полость является достаточно редким осложнением и обычно возникает либо дистальнее, либо проксимальнее участка кишки с наличием стриктуры. При выявлении угрожающих симптомов (перитонеальные симптомы, свободный газ в брюшной полости по данным обзорной R-графии) рекомендовано экстренное хирургическое вмешательство, которое в подобной ситуации может быть ограничено резекцией пораженного отдела с формированием анастомоза или стомы [56]. В случае экстренной операции следует избегать формирования первичного анастомоза без протекции при помощи двуствольной илеостомы [57].

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Перфорация толстой кишки при БК встречается крайне редко. Операцией выбора рекомендуется

субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Токсическая дилатация ободочной кишки является редким осложнением при БК и представляет собой не связанное с обструкцией расширение ободочной кишки до 6,0 см и более с явлениями интоксикации. К факторам риска токсической дилатации относятся гипокалиемия, гипомагниемия, подготовка кишки к колоноскопии при помощи осмотических слабительных и прием антидиарейных препаратов. О развитии токсической дилатации свидетельствует внезапное сокращение частоты стула на фоне имевшейся диареи, вздутие живота, а также внезапное уменьшение или исчезновение болевого синдрома и нарастание симптомов интоксикации (нарастание тахикардии, снижение АД). Операцией выбора рекомендована субтотальная резекция ободочной кишки с одноствольной илеостомией. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Хронические осложнения включают стриктуры, инфильтрат брюшной полости, внутренние или наружные кишечные свищи и наличие неоплазии [58].

Неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития.

О неэффективности консервативной терапии свидетельствует наличие гормональной зависимости и резистентности (см. Раздел 1.5. Классификация БК). Проявлением неадекватной лекарственной терапии является также задержка физического развития, чаще всего возникающая при поражении верхних отделов ЖКТ.

3.2.2 Хирургическое

- Подобную локализация имеет приблизительно 1/3 всех пациентов с БК и часто осложняется формированием стриктуры подвздошной кишки или илеоцекального клапана. Операцией выбора рекомендована резекция илеоцекального отдела с формированием илео-асцендоанастомоза [59,60].

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

При выявлении стриктуры после первого курса консервативного

- Ограниченное поражение толстой кишки при БК (менее трети толстой кишки) не требует колэктомии. В этом случае рекомендовано ограничиться резекцией пораженного сегмента с формированием кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей [65,66].

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Комментарий. При наличии поражения в восходящем отделе ободочной кишки проксимальная граница резекции должна располагаться на уровне средних ободочных сосудов с сохранением последних. Правосторонняя гемиколэктомия показана при выявлении необратимых воспалительных процессов в восходящей и (или) поперечной ободочной кишке. В этой ситуации также возможно выполнение расширенной правосторонней гемиколэктомии. При левостороннем поражении выполняется резекция левых отделов с формированием колоректального анастомоза, а при вовлечении в воспалительный процесс также и поперечной ободочной кишки возможно формирование асцендоректального анастомоза.

- При протяженной БК толстой кишки с тяжелыми клиническими проявлениями, операцией выбора рекомендуется субтотальная резекция ободочной кишки с наложением одноствольной илеостомы. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Комментарий. Дистальную часть толстой кишки возможно не резецировать при условии отсутствия в ней выраженного воспаления и вывести на переднюю брюшную стенку в виде одноствольной сигмостомы, либо погрузить ушитый конец под тазовую брюшину.

- **Альтернативной операцией рекомендовано колпроктэктомия с формированием концевой одноствольной илеостомы. Данное вмешательство выполняется только у пациентов с выраженной активностью воспалительного процесса в прямой кишке или тяжелыми перианальными проявлениями, поскольку делает невозможным дальнейшее восстановление анальной дефекации. При этом, по возможности, следует избегать брюшно-промежностной экстирпации в связи с крайне низкими репарационными возможностями и риском формирования обширных промежностных ран, которые в дальнейшем длительно заживают вторичным натяжением, что инвалидизирует больных и ограничивает их социальную активность. [...]**

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- **При отсутствии тяжелых клинических проявлений у пациентов с тотальным поражением толстой кишки при минимальной активности воспалительных изменений в прямой кишке, адекватной функции держания кишечного содержимого и отсутствии перианальных поражений, операцией выбора рекомендована колэктомия с формированием илео-ректального анастомоза [67].**

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Возможность формирования илео-анального резервуарного анастомоза (ИАРА) при БК толстой кишки является спорной в связи с высокой частотой осложнений и частым возникновением показаний к удалению резервуара. В то же время, средняя продолжительность жизни пациентов после формирования ИАРА без постоянной илеостомы достигает 10 лет, что имеет значение для молодых работоспособных пациентов [68]. Основные проблемы, угрожающие пациенту с ИАРА на фоне болезни Крона, это развитие перианальных поражений и болезни Крона тонкокишечного резервуара.

- **Операция «отключения» транзита кишечного содержимого по толстой кишке путем формирования двуствольной илеостомы или колостомы рекомендовано только у крайне истощенных пациентов и у беременных женщин. [...]**

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Комментарий. Данный вид хирургического

- **Вовлечение в воспалительный процесс участка кишечника проксимальнее терминального отдела подвздошной кишки часто приводит к формированию множественных стриктур и межкишечных свищей, что обуславливает неблагоприятный прогноз БК. В качестве хирургического БК с перианальными поражениями (перианальная БК)**

Перианальные проявления развиваются у 26-54% больных, страдающих БК [75-77], и чаще встречаются при поражении толстой кишки. Наиболее точными методами диагностики являются МРТ малого таза (с контрастированием), местный осмотр под обезболиванием и, в условиях специализированного центра, УЗИ ректальным

датчиком. Фистулография обладает меньшей точностью при диагностике перианальных свищей, чем МРТ.

Целью обследования при перианальных проявлениях БК является, в первую очередь, исключение острого гнойного процесса в параректальной области, требующего срочного хирургического

Даже при полном удалении всех макроскопически измененных отделов кишечника, хирургическое вмешательство не приводит к полному исцелению: в течение 5 лет клинически значимый рецидив отмечается у 28-45% пациентов, а в течение 10 лет – у 36-61%, что диктует необходимость продолжения противорецидивной терапии после операции по поводу БК [83,84]. К факторам, достоверно повышающим риск послеоперационного рецидива, относятся: курение, две и более резекции кишки в анамнезе, протяженные резекции тонкой кишки в анамнезе (>50 см), перианальные поражения, пенетрирующий фенотип [85].

В зависимости от сочетания факторов риска, а также от эффективности, ранее проводившейся противорецидивной терапии, пациенты после операции должны быть стратифицированы на группы с различным риском послеоперационного рецидива.

- В группе низкого риска рецидива БК рекомендовано назначение месалазина (4 г) или сульфасалазина (4 г). [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Пациенты из группы промежуточного риска рекомендовано проведение терапии азатиоприном (2,0-2,5 мг/кг/сут) или 6-меркаптопурином (1,5 мг/кг/сут) [86].

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Пациентам с высоким риском рецидива рекомендовано еще до проведения контрольного эндоскопического исследования начать курс биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, ведолизумаб) [87].

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Противорецидивную терапию рекомендуется начинать через 2 недели после оперативного вмешательства. Спустя 6-12 месяцев всем оперированным пациентам с БК показано проведение контрольного обследования, в первую очередь, эндоскопического (табл. 5). При невозможности визуализировать зону анастомоза следует констатировать наличие или отсутствие рецидива, основываясь на сочетании данных рентгенологического обследования (как правило, КТ) и неинвазивных маркеров воспаления – С-реактивного белка, фекального кальпротектина и др. [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Таблица 5. Шкала эндоскопической активности послеоперационного рецидива болезни Крона по Rutgeerts [88] (при резекции терминального отдела подвздошной кишки или илеоцекальной резекции)

Оценка	Определение
i0	Нет признаков воспаления
i1	≤5 афтозных язв
i2	>5 афтозных язв с нормальной слизистой оболочкой между ними или протяженные участки здоровой слизистой оболочки между более выраженными изъязвлениями или поражения, ограниченные подвздошно-толстокишечным анастомозом.
i3	Диффузный афтозный илеит с диффузно воспаленной слизистой оболочкой
i4	Диффузное воспаление с крупными язвами, «булыжной мостовой» и/или сужением просвета.

- При отсутствии признаков воспаления или обнаружении минимальных (i1 по шкале Rutgeerts)

*воспалительных изменений проводимую терапию
рекомендовано продолжить. [...]*

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- *Наличие более выраженных воспалительных изменений (i2-i4) указывает на неэффективность проводимой терапии. Рекомендовано усиление терапии: подключению иммуносупрессоров у пациентов, ранее их не получавших или к проведению биологической терапии (адалимумабом [89], инфликсимабом [90], цертолизумаба пэголом, ведолизумабом) у пациентов, находящихся на поддерживающей терапии азатиоприном/6-меркаптопурином. [...]*

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- *В дальнейшем, вне зависимости от характера течения заболевания и клинической манифестации БК, рекомендовано не реже раза в 1-3 года выполнять контрольное эндоскопическое исследование, следуя этому же алгоритму выбора противорецидивного средства (см. приложение Б. Алгоритм профилактики послеоперационного рецидива болезни Крона) [91].*

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5) 2%%

4. Реабилитация

Специфические меры реабилитации пациентов с БК отсутствуют. Меры медицинской реабилитации направлены на профилактику осложнений консервативной терапии и нежелательных последствий хирургического лечения.

- Поскольку в подавляющем большинстве случаев терапия БК сопряжена с применением иммуносупрессоров, основным способом реабилитации пациентов рекомендуется профилактика оппортунистических инфекций.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Комментарий. К факторам риска развития оппортунистических инфекций относят: прием преднизолона 20 мг в сутки и более в течение 2 недель, прием иммуносупрессоров (азатиоприна, 6-меркаптопурина, метотрексата) и биологических препаратов, возраст старше 50 лет, сопутствующие заболевания (хронические заболевания легких, алкоголизм, органические заболевания головного мозга, сахарный диабет). В соответствии с Европейским консенсусом по профилактике, диагностике и лечению оппортунистических инфекций при ВЗК [92], такие пациенты подлежат обязательной вакцинопрофилактике. Необходимым минимумом вакцинопрофилактики является:

рекомбинантная вакцина против HBV;

поливалентная инактивированная пневмококковая вакцина;

трехвалентная инактивированная вакцина против вируса гриппа.

Для женщин до 26 лет, при отсутствии вируса на момент скрининга рекомендуется вакцинация от вируса папилломы человека.

Уменьшение рисков, связанных с назначением ГКС, достигается строгим соблюдением принципов гормональной терапии. Глюкокортикостероиды не могут применяться в качестве

поддерживающей терапии. Прочие меры профилактики нежелательных явлений, связанных с терапией ГКС и прочими препаратами описаны в разделе 3.1.9.

Мерой реабилитации оперированных больных служит надлежащий мониторинг за возможными послеоперационными осложнениями. Помимо осложнений, связанных непосредственно с хирургическим лечением (несостоятельность, стриктуры анастомоза, гнойно-септические осложнения и пр.), к таковым относят: синдром короткой тонкой кишки, мальабсорбцию желчных кислот, кальция, витамина В12 и фолиевой кислоты (с развитием анемии, не связанной с воспалением и дефицитом железа), синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Пациентам, которым в результате хирургического лечения была сформирована кишечная стома может потребоваться консультация и наблюдение специалистом по реабилитации стомированных пациентов.

5. Профилактика

5.1. Профилактика

Болезнь Крона характеризуется прогрессирующим поражением кишечника. На момент установления диагноза осложнения (стриктуры, свищи) обнаруживаются лишь у 10-20% больных, в то время как в течение 10 лет подобные осложнения развиваются у >90% пациентов. В течение 10 лет хирургическое вмешательство в связи с осложнениями и/или неэффективностью консервативной терапии выполняется у половины пациентов с БК, а у 35-60% в течение 10 лет после операции развивается рецидив заболевания. Гормональная зависимость при БК в течение 10 лет хотя бы раз констатируется у 30% больных [93].

- В связи с прогрессирующим характером заболевания пациенты, страдающие БК, рекомендовано получать постоянную (пожизненную терапию) и проходить регулярный (пожизненный) мониторинг активности заболевания.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Комментарий. *Контроль активности заболевания позволяют не только инструментальные методы исследования, но и лабораторные методы анализа маркеров воспаления, в первую очередь, уровня фекального кальпротектина, концентрация которого в стуле коррелирует со степенью язвенного поражения ЖКТ.*

5.2. Диспансерное наблюдение

- Периодичность и объем диспансерного наблюдения определяется индивидуально, но у большинству пациентов рекомендовано:
- Каждые 3 месяца выполнять исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительным методом, а также исследование уровня фекального кальпротектина; [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Каждые 3 месяца (а у пациентов, получающих иммуносупрессоры – ежемесячно) выполнять общий анализ крови; [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Каждые 6 месяцев выполнять УЗИ кишечника (при доступности экспертного исследования); [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Ежегодно выполнять рентгенологическое или МР-исследование кишечника для исключения стриктурирующих и иных осложнений; [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

- Ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также УЗИ ректальным датчиком (при доступности экспертного исследования). [...]

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности рекомендации – 5)

Рутинное (ежегодное) эндоскопическое исследование при отсутствии клинических показаний (сомнений в диагнозе, необходимости исключения сопутствующих состояний, нарастания клинических проявлений, подозрений на осложнения) в большинстве случаев не требуется. При отсутствии показаний, связанных с болезнью Крона, периодичность (илео)колоноскопии определяется клиническими рекомендациями по раннему выявлению злокачественных новообразований толстой кишки. В то же время, при динамическом нарастании уровня маркеров воспаления (С-реактивного белка, фекального кальпротектина) рекомендуется выполнять (илео)колоноскопию для оценки активности заболевания. Наконец, особенностью диспансерного учета пациентов, подвергшихся резекции участка кишечника по поводу болезни Крона, является обязательное проведение контрольного эндоскопического исследования через 6 месяцев после операции.

Особенности диспансерного наблюдения за пациентами, получающими иммуносупрессоры и/или биологические препараты (мониторинг оппортунистических инфекций и иных осложнений) описаны в разделе 4.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Прогностически неблагоприятными факторами при БК являются курение, дебют заболевания в детском возрасте, перианальные поражения, пенетрирующий фенотип заболевания и распространенное поражение тонкой кишки. С пациентом-курильщиком в обязательном порядке должна быть проведена беседа о необходимости прекращения табакокурения.

Планирование беременности необходимо осуществлять в период ремиссии ВЗК, что позволяет улучшать исходы беременности. Применение беременными большинства препаратов для

Клинические рекомендации предназначены врачам-терапевтам, врачам общей практики (семейным врачам), гастроэнтерологам, колопроктологам, хирургам, эндоскопистам, организаторам здравоохранения, медицинским работникам со средним медицинским образованием, врачам-экспертам медицинских страховых организаций, в том числе при проведении медико-экономической экспертизы. Консервативное

Клинические рекомендации отражают мнение экспертов по наиболее спорным вопросам. В клинической практике могут возникать ситуации, выходящие за рамки представленных рекомендаций, поэтому окончательное решение о тактике ведения каждого пациента должен принимать лечащий врач, на котором лежит ответственность за его лечение.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества			
1	Проводилась ли илеоколоноскопия в течение госпитализации или в течение 6 мес. до госпитализации?	5	D
2	В случае отсутствия эффекта от системной глюкокортикостероидной терапии, внесена ли в диагноз «гормональная резистентность»?	5	D
3	В случае развития обострения заболевания на фоне снижения дозы системных глюкокортикостероидов или в течение 3 месяцев после их отмены, внесена ли в диагноз «гормональная зависимость»?	5	D
4	Выполнена ли больному КТ-энтерография или МР-энтерография или исследование пассажа бариевой взвеси по ЖКТ или экспертная ультрасонография тонкой кишки?	5	D
5	Проводилась ли биопсия слизистой оболочки кишечника при установлении диагноза?	5	D
6	Проводилось ли пальцевое исследование прямой кишки?	5	D
7	В случае выявления воспалительного инфильтрата брюшной полости или внекишечных проявлений заболевания, назначены ли системные глюкокортикостероиды или генно-инженерные анти-ФНО-препараты?	1a	A
8	Назначены ли больному препараты 5-аминосалициловой кислоты или иммуносупрессоры или генно-инженерные анти-ФНО-препараты в качестве поддерживающей терапии?	1a	A
9	В случае назначения системных глюкокортикостероидов, содержит ли выписной эпикриз рекомендации по полной постепенной отмене системных глюкокортикостероидов?	1a	A
10	Содержит ли выписной эпикриз информацию о необходимости отказа от курения у пациентов-курильщиков?	3a	B
11	В случае выявления наружных кишечных свищей, свищей с полыми органами, межкишечных свищей, стриктуры кишечника и перианальных проявлений болезни Крона проведена ли консультация больного хирургом (колопроктологом) для решения вопроса о хирургическом лечении?	5	D
Временные критерии качества			
12	Сформулирован ли клинический диагноз в течение 3 суток с момента поступления?	5	D
13	Выполнялась ли обзорная рентгенография органов брюшной полости при наличии клинических признаков кишечной непроходимости в течение 2 часов с момента поступления?	5	D

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Результативные критерии качества			
14	На фоне лечения достигнуто клиническое улучшение (уменьшение болевого синдрома, уменьшение частоты стула) на момент выписки из стационара?	5	D
Дополнительные критерии качества			
15	Удовлетворен ли пациент результатами лечения?	5	D

Список литературы

1. Sandborn WJ, Feagan BG, Hanauer SB, Lochs H, Löfberg R, Modigliani R, 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. Reinisch W., Rutgeerts P., Panaccione R., D'Haens G., Thakkar R., Yu A. Identifying appropriate dichotomizing points for SES-CD to predict long-term clinical remission for adalimumab-treated patients with Crohn's disease. *J Crohns Colitis* 2010;4:P045
3. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Миклош, 2008.
4. Khor B, Gardet A, Xavier RJ. Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*. 2011;474:307–17.
5. Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. ГЭОТАР Медиа, 2008. – 754 с.
6. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140:1785–94.
7. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol* 2005;19(Suppl A): 5–36
8. Cosnes J, Cattan S, Blain A, Beaugerie L, Carbonnel F, Parc R, et al. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2002;8:244–50
9. Белоусова Е.А. Рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона. *Фарматека*. 2009. № 13. С. 38-44.
10. Best WR, Beckett JM, Singleton JW, Kern F Jr. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. *Gastroenterology*. 1976 Mar;70(3):439-44.

11. Horsthuis K, Bipat S, Bennink RJ, Stoker J. Inflammatory bowel disease diagnosed with US, MR, scintigraphy, and CT: metaanalysis of prospective studies. *Radiology* 2008;247(1):64–79.
12. Чашкова Е.Ю., Владимирова А.А., Неустроев В.Г. и др. Воспалительные заболевания толстой кишки - аспекты диагностики. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2011. № 4-2. С. 209-221
13. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1989;170:2-6.
14. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. О проблеме системных проявлений воспалительных заболеваний кишечника. Фарматека. 2011. № 15. С. 44-49
15. Issa M, Ananthakrishnan AN, Binion DG. Clostridium difficile and inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2008; 14:1432-42
16. Nguyen GC, Kaplan GG, Harris ML et al. A national survey of the prevalence and impact of Clostridium difficile infection among hospitalized inflammatory bowel disease patients. *Am J Gastroenterol.* 2008; 103: 1443-50
17. Воробьев Г.И., Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Капуллер Л.Л., Михайлова Т.Л., Халиф И.Л. Возможности ультразвукового исследования в диагностике болезни крона. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2010. № 1. С. 29-36.
18. Cheifetz AS, Kornbluth AA, Legnani P et al. the risk of retention of the capsule endoscope in patients with known or suspected Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101: 2218-22
19. Spada C, Riccioni ME, Costamagna G. Patients with known small bowel stricture or with symptoms of small bowel obstruction secondary to Crohn's disease should not perform video capsule endoscopy without previously tested for small bowel patency. *Am J Gastroenterol.* 2007; 102:1542-3
20. Spada C, Shah SK, Riccioni ME et al. Video capsule endoscopy in patients with known or suspected small bowel stricture previously tested with the dissolving patency capsule. *J Clin Gastroenterol.* 2007; 42:576-82.

21. Тертычный АС, Андреев АИ, Гебоэс К. Современные подходы к морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника на материале эндоскопических биопсий. Архив патологии. 2011; Т.73; №1: 40-47
22. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines for the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999;116(6):1461-3
23. Корнеева О.И., Ивашкин В.Т. Антибиотико-ассоциированный колит: патоморфология, клиника, лечение. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2007. Т. 17. № 3. С. 65-71.
24. Gert Van Assche, Axel Dignass, Julian Panes et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *Journal of Crohn's and Colitis* (2010) 4, 28-58
25. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. IBD Section, British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004;53(Suppl 5):V1-V16.
26. Simms L, Steinhardt AH. Budesonide for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2001:CD002913.
27. Tay GS, Binion DG, Eastwood D, Otterson MF. Multivariate analysis suggests improved perioperative outcome in Crohn's disease patients receiving immunomodulator therapy after segmental resection and/or strictureplasty. *Surgery* 2003;34:565-72 discussion 572-3.97
28. Steinhardt AH, Ewe K, Griffiths AM, Modigliani R, Thomsen OO. Corticosteroids for maintaining remission of Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(4):CD000301.
29. Benchimol EI, Seow CH, Steinhardt AH, Griffiths AM. Traditional corticosteroids for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2:CD006792
30. Ho GT, Chiam P, Drummond H, Loane J, Arnott ID, Satsangi J. The efficacy of corticosteroid therapy in inflammatory bowel disease: analysis of a 5-year UK inception cohort. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:319-30

31. Lémann M, Mary JY, Duclos B, et al. Infliximab plus azathioprine for steroid-dependent Crohn's disease patients: a randomized placebo-controlled trial. *Gastroenterology* 2006;130:1054–61
32. Sandborn W, Sutherland L, Pearson D, et al. Azathioprine or 6-mercaptopurine for inducing remission of Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000545
33. Frey BM, Frey FJ. Clinical pharmacokinetics of prednisone and prednisolone. *Clin Pharmacokinet.* 1990 Aug;19(2):126-46.
34. Sandborn WJ, Feagan B, Radford-Smith G, et al. CDP571, a humanised monoclonal antibody to tumour necrosis factor alpha, for moderate to severe Crohn's disease: a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Gut* 2004;53:1485–93.
35. Feagan B, Sandborn WJ, Baker JP, et al. A randomized, doubleblind, placebo-controlled trial of CDP571, a humanized monoclonal antibody to tumour necrosis factor-alpha, in patients with corticosteroid-dependent Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:373–84.
36. Pearson DC, May GR, Fick GR, Sutherland LR. Azathioprine for maintaining remission of Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000067.
37. Prefontaine E, Sutherland LR, MacDonald JK, et al. Azathioprine or 6-mercaptopurine formaintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD000067
38. Bresci G, Petrucci A, Banti S. 5-aminosalicylic acid in the prevention of relapses of Crohn's disease in remission: a longterm study. *Int J Clin Pharmacol Res* 1991;11:200–2
39. Lémann M, Mary JY, Duclos B, et al. Infliximab plus azathioprine for steroid-dependent Crohn's disease patients: a randomized placebo-controlled trial. *Gastroenterology* 2006;130:1054–61
40. Malchow H, Ewe K, Brandes JW, et al. European co-operative Crohn's disease study (ECCDS): results of drug treatment. *Gastroenterology* 1984;86:249–66
41. Colombel JF, Rutgeerts P, Reinisch W, et al. SONIC: a randomized, double blind, controlled trial comparing infliximab and infliximab plus azathioprine to azathioprine in patients with Crohn's disease

naïve to immunomodulators and biologic therapy. *Gut* 2008;57 Suppl II:A1

42. Behm BW, Bickston SJ. Tumor necrosis factor-alpha antibody for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD006893.
43. Alfadhli AA, McDonald JW, Feagan BG. Methotrexate for induction of remission in refractory Crohn's disease (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003(1):CD003459
44. Candy S, Wright J, Gerber M, et al. A controlled double blind study of azathioprine in the management of Crohn's disease. *Gut* 1995;37:674-9
45. D'Haens G, Baert F, van Assche G, et al. Belgian Inflammatory Bowel Disease Research Group; North-Holland Gut Club. Early combined immunosuppression or conventional management in patients with newly diagnosed Crohn's disease: an open randomised trial. *Lancet* 2008;371:660-7
46. Khan KJ, Ullman TA, Ford AC, Abreu MT, Abadir A, Abadir A, et al. Antibiotic therapy in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011;106:661-73.
47. Ohkusa T, Kato K, Terao S, Chiba T, Mabe K, Murakami K, et al. Newly developed antibiotic combination therapy for ulcerative colitis: a double-blind placebo-controlled multicenter trial. *Am J Gastroenterol* 2010;105:1820-9.
48. Khan KJ, Ullman TA, Ford AC et al. Antibiotic therapy in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011; 106:661-73
49. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 1998;225:92-9. Azathioprine: state of the art in inflammatory bowel disease. Sandborn WJ.
50. Rutgeerts P, Feagan BG, Lichtenstein GR, et al. Comparison of scheduled and episodic treatment strategies of infliximab in Crohn's disease. *Gastroenterology* 2004;126:402-13.
51. Colombel JF, Rutgeerts P, Reinisch W, et al. SONIC: a randomized, double blind, controlled trial comparing infliximab and infliximab plus azathioprine to azathioprine in patients with Crohn's disease naïve to immunomodulators and biologic therapy. *Gut* 2008;57 Suppl II:A1.

52. Strong SA, Koltun WA, Hyman NH, Buie WD, Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the surgical management of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:1735–46.
53. Справочник по колопроктологии под редакцией проф. Ю.А. Шелыгина, проф Л.А. Благодарного. «Литтерра», 2012. С.460-522.
54. Хачатурова Э.А., Ерошкина Т.Д., Блинова О.В., и др. Коррекция нарушений метаболизма в раннем послеоперационном периоде при тяжелых формах неспецифического язвенного колита и болезни Крона. // «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии», 2003, т. 8, № 4, с.63-68.
55. Korzenik JR. Massive lower gastrointestinal hemorrhage in Crohn's disease. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2000;3:211–6.
56. Bundred NJ, Dixon JM, Lumsden AB, Gilmour HM, Davies GC. Free perforation in Crohn's colitis. A ten-year review. *Dis Colon Rectum*. 1985;28:35–7.
57. Werbin N, Haddad R, Greenberg R, Karin E, Skornick Y. Free perforation in Crohn's disease. *Isr Med Assoc J*. 2003;5:175–7.
58. Papi C, Festa V, Fagnani C, Stazi A, Antonelli G, Moretti A, et al. Evolution of clinical behaviour in Crohn's disease: predictive factors of penetrating complications. *Dig Liver Dis*. 2005;37:247–53.
59. Poggioli G, Stocchi L, Laureti S, Selleri S, Marra C, Magalotti C, et al. Conservative surgical management of terminal ileitis: side-to-side enterocolic anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 1997;40:234–7.
60. Melton GB, Fazio VW, Kiran RP, He J, Lavery IC, Shen B, et al. Long-term outcomes with ileal pouch-anal anastomosis and Crohn's disease: pouch retention and implications of delayed diagnosis. *Ann Surg*. 2008;248:608–16.
61. Варданян А.В., Кашников В.Н., Болихов К.В., Халиф И.Л. Лапароскопическая илеостомия при болезни Крона. Журнал «Колопроктология», 2011, №3 (37), с. 20-23.

62. Воробьев Г.И., Болихов К.В., Варданян А.В. Место лапароскопической илеостомии в лечении болезни Крона толстой кишки (обзор литературы). Колопроктология, 2009, №3 (29), с. 52-58.
63. Sagar PM, Dozois RR, Wolff BG. Long-term results of ileal pouch-anal anastomosis in patients with Crohn's disease. Dis Colon Rectum. 1996;39:893-8.
64. Simillis C, Purkayastha S, Yamamoto T, Strong SA, Darzi AW, Tekkis PP. A meta-analysis comparing conventional end-to-end anastomosis vs. other anastomotic configurations after resection in Crohn's disease. Dis Colon Rectum 2007;50(10):1674-87
65. Stocchi L, Milsom JW, Fazio VW. Long-term outcomes of laparoscopic versus open ileocolic resection for Crohn's disease: follow-up of a prospective randomized trial. Surgery. 2008;144:622-7.
66. Tekkis PP, Purkayastha S, Lanitis S, Athanasiou T, Heriot AG, Orchard TR, et al. A comparison of segmental vs. subtotal/total colectomy for colonic Crohn's disease: a meta-analysis. Colorectal Dis. 2006;8:82-90.
67. Vorobiev G.I., Bolikhov K.V., Romanov R.I., Vardanyan A.V., Laparoscopic ileostomy as the stage of surgical treatment complicated Crohn's disease of the colon. Proktologia, 2008, 9, p. 145.
68. Byrne CM, Solomon MJ, Young JM, Selby W, Harrison JD. Patient preferences between surgical and medical treatment in Crohn's disease. Dis Colon Rectum. 2007;50:586-97.
69. Воробьев Г.И., Михайлова Т.Л., Болихов К.В., Варданян А.В. Эффективность илеостомии в лечении пациентов с тяжелой формой болезни Крона толстой кишки. Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы гастроэнтерологии» (Василенковские чтения). М., 2010, с. 34.
70. Tichansky D, Cagir B, Yoo E, Marcus SM, Fry RD. Strictureplasty for Crohn's disease: meta-analysis. Dis Colon Rectum. 2000;43:911-9.
71. Reese GE, Purkayastha S, Tilney HS, von Roon A, Yamamoto T, Tekkis PP. Strictureplasty vs. resection in small bowel Crohn's disease: an evaluation of short-term outcomes and recurrence.

72. Yamamoto T, Fazio VW, Tekkis PP. Safety and efficacy of stricturoplasty for Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:1968–86.
73. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut*. 2006;55 Suppl 1:i36–58.
74. Dietz DW, Laureti S, Strong SA, Hull TL, Church J, Remzi FH, et al. Safety and longterm efficacy of stricturoplasty in 314 patients with obstructing small bowel Crohn's disease. *J Am Coll Surg*. 2001;192:330–7.
75. Щукина О.Б. Перианальная болезнь Крона: диагностика и медикаментозная терапия. *Фарматека*. 2008. № 13. С. 22-30
76. Keighley MR, Allan RN. Current status and influence of operation on perianal Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1986;1:104–7
77. Tang LY, Rawsthorne P, Bernstein CN. Are perineal and luminal fistulas associated in Crohn's disease? A population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:1130–4
78. Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Кашников В.Н., Болихов К.В., Варданын А.В. Илеостомия в лечении болезни Крона толстой кишки с перианальными поражениями. «Колопроктология», 2011, №3 (37), с. 133.
79. Vardanyan A.V., Khalif I.L., Kashnicov V.N., Mikhailova T.L., Bolikhov K.V. Ileostomy effectiveness in the treatment of the patients with the severe form of perianal Crohn's disease. *Falk Symposium* 179, September 30 – October 1, 2011. Brussel, Belgium, p.56.
80. Prantera C, Zannoni F, Scribano ML, et al. An antibiotic regimen for the treatment of active Crohn's disease: a randomized, controlled clinical trial of metronidazole plus ciprofloxacin. *Am J Gastroenterol* 1996;91:328–32
81. van Dongen LM, Lubbers EJC. Perianal fistulas in patients with Crohn's disease. *Arch Surg*. 1986;121:1187–90.
82. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. Effect of fecal diversion alone on perianal Crohn's disease. *World J Surg*. 2000;24:1258–62.

83. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Beyls J, Kerremans R, Hiele M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1990;99:956–63
84. Loftus Jr EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004;126(6):1504–17
85. Головенко А.О., Халиф И.Л., Головенко О.В. Профилактика послеоперационных рецидивов болезни Крона. *Колопроктология*. 2012. № 4. С. 40-48.
86. Peyrin-Biroulet, L., et al., Azathioprine and 6-mercaptopurine for the prevention of postoperative recurrence in Crohn's disease: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 2009. 104(8): p. 2089-96.
87. Regueiro M, Schraut W, Baidoo L, Kip KE, Sepulveda AR, Pesci M, et al. Infliximab prevents Crohn's disease recurrence after ileal resection. *Gastroenterology*. 2009;136:441–50.
88. Terdiman, J.P., Prevention of postoperative recurrence in Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2008. 6(6): p. 616-20
89. Papamichael, K., et al., Adalimumab for the prevention and/or treatment of post-operative recurrence of Crohn's disease: a prospective, two-year, single center, pilot study. *J Crohns Colitis*, 2012. 6(9): p. 924-31
90. Regueiro, M., et al., Infliximab prevents Crohn's disease recurrence after ileal resection. *Gastroenterology*, 2009. 136(2): p. 441-50 e1; quiz 716
91. Loly C, Belaiche J, Louis E. Predictors of severe Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 2008;43:948–54.
92. Rahier, J.F., et al., European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*, 2009. 3(2): p. 47-91
93. Froslic KF, Jahnsen J, Moum BA, VatnMH. Group I. Mucosal healing in inflammatory bowel disease: results from a Norwegian population-based cohort. *Gastroenterology* 2007;133:412–22
94. Gert Van Assche, Axel Dignass, Julian Panes et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Journal*

95. OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/ocebmllevels-of-evidence>
(<http://www.cebm.net/ocebmllevels-of-evidence>)

Приложение А1. Состав рабочей группы

№	Ф.И.О.	Ученая степень	Ученое звание	Профессиональная ассоциация
	Ачкасов Сергей Иванович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
	Белоусова Елена Александровна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Варданыян Армен Восканович	К.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
	Веселов Алексей Викторович	К.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
	Веселов Виктор Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
	Головенко Алексей Олегович	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Головенко Олег Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Григорьев Евгений Георгиевич	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАМН	Ассоциация колопроктологов России
	Жигалова Татьяна Николаевна	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Ивашкин Владимир Трофимович	Д.м.н.	Профессор, академик РАН	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Кашников Владимир Николаевич	К.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
	Князев Олег Владимирович	Д.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Костенко Николай Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
	Морозова Наталья Александровна	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Муравьев Александр Васильевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
	Низов Алексей Александрович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Никитина Наталья Васильевна	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация

	Николаева Нонна Николаевна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Никулина Инна Вениаминовна	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Одинцова Альфия Харисовна	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Осипенко Марина Федоровна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Павленко Владимир Васильевич	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Парфенов Асфольд Иванович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Полуэктова Елена Александровна	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Румянцев Виталий Григорьевич	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Ситкин Станислав Игоревич	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Тимербулатов Виль Мамилович	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАМН	Ассоциация колопроктологов России
	Ткачев Александр Васильевич	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАМН	Ассоциация колопроктологов России
	Фролов Сергей Алексеевич	Д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
	Халиф Игорь Львович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
	Хубезов Дмитрий Анатольевич	Д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
	Чашкова Елена Юрьевна	Д.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Шапина Марина Владимировна	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Шельгин Юрий Анатольевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
	Шифрин Олег Самуилович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Шукина Оксана Борисовна	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Яковлев Алексей Александрович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация

Конфликты интересов у всех перечисленных авторов отсутствуют.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи терапевты
2. Врачи общей практики (семейные врачи)
3. Гастроэнтерологи
4. Колопроктологи
5. Хирурги
6. Эндоскописты
7. Медицинские работники со средним медицинским образованием
8. Организаторы здравоохранения
9. Врачи-эксперты медицинских страховых организаций (в том числе при проведении медико-экономической экспертизы).

Данные рекомендации составлены на основании данных литературы, Европейского доказательного консенсуса по диагностике и лечению БК, представленного Европейским обществом по изучению язвенного колита и болезни Крона [94].

Клинические рекомендации отражают мнение экспертов по ключевым вопросам. В клинической практике могут возникать ситуации, выходящие за рамки представленных рекомендаций, поэтому окончательное решение о тактике ведения каждого пациента должен принимать лечащий врач, на котором лежит ответственность за его лечение.

Таблица П1. Уровни достоверности доказательств (Оксфордский центр доказательной медицины) [95].

Уровень	Диагностическое исследование	Терапевтическое исследование
1a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1 уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
1b	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное РКИ (с узким ДИ)
1c	Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результата позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Все или ничего»

2a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня	Систематический обзор (гомогенных) исследований
2b	Разведочное когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)
2c	нет	Исследование «исходов»; экологические исследования
3a	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3b и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай-контроль»
3b	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого стандарта у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай-контроль»
4	Исследование случай-контроль или исследование с некачественным или не независимым «золотым» стандартом	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества)
5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»

Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций (Оксфордский центр доказательной медицины) [95].

- A** Согласующиеся между собой исследования 1 уровня
B Согласующиеся между собой исследования 2 или 3 уровня или экстраполяция на основе исследований 1 уровня
C Исследования 4 уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3
D Доказательства 4 уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня

Порядок обновления клинических рекомендаций

Рекомендации подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области не реже, чем каждые 3 года. Состав Рабочей группы, участвующей в обновлении рекомендаций, определяется руководителями ООО «Российская гастроэнтерологическая ассоциация» и ООО «Ассоциация колопроктологов России».

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания. Получены комментарии со стороны врачей амбулаторного звена. Полученные комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы.

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на Всероссийском съезде колопроктологов 26 августа 2016г. в г. Астрахань. Проект

рекомендаций был повторно рецензирован независимыми экспертами и врачами амбулаторного звена. Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Приложение А3. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Статья 76 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в части разработки и утверждении медицинскими профессиональными некоммерческими организациями клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;
2. Приказ от 2 апреля 2010 г. N 206н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
3. Федеральный Закон Российской Федерации от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
4. Приказ Минздрава России от 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи";
5. Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. N° 1024н «О классификации и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»;
6. Федеральный Закон от 17.07.1990 178-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 08.12.2010 N° 345-ФЗ, от 345-ФЗ, от 01.07.2011 N° 169ФЗ, от 28.07.2012 N° 133-ФЗ, от 25.12.2012 N° 258-ФЗ, от 07.05.2013 N°99-ФЗ, от 07.05.2013 N°104-ФЗ, от 02.07.2013 N°185-ФЗ, от 25.11.2013 N° 317-ФЗ) «О государственной социальной помощи».

7. Стандарт медицинской помощи больным язвенным колитом (утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 124 от 28 февраля 2006 г.
8. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»(утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №906н от 12 ноября 2012 г)

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Приложение В. Информация для пациентов

Болезнь Крона – хроническое воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта, которое может затрагивать любой отдел желудочно-кишечного тракта, от рта до заднего прохода. На настоящий момент способа полностью исцелиться от этого воспаления не существует, поэтому при болезни Крона в большинстве случаев проводится постоянная терапия различными лекарствами, чтобы подавить и ограничить распространение воспаления, а также, чтобы предотвратить развитие осложнений. При болезни Крона чередуются периоды усиления заболевания (рецидивы) и периоды улучшения самочувствия (наступает ремиссия). У очень небольшой части больных ремиссия может сохраняться и без лечения, однако, в подавляющем большинстве случаев без постоянной терапии развиваются частые обострения и, главное, прогрессирует необратимое повреждение кишечной стенки. Со временем это приводит к осложнениям, которые включают сужение кишки (стриктуру), свищи (гнойные ходы из кишечника на кожу, во влагалище, в мочевого пузырь или в другую петлю кишки), общее истощение организма (кахексию) и даже рак. Эти осложнения могут угрожать жизни и часто требуют операции с удалением части кишечника, нередко – с формированием кишечной стомы.

Поскольку болезнь Крона – достаточно редкое заболевание, человек с этой болезнью должен по возможности наблюдаться у врача, специализирующегося на лечении именно данной патологии, и строго следовать его рекомендациям по длительной, нередко, пожизненной, лекарственной терапии. Вы также можете облегчить течение заболевания, отказавшись от курения, если вы курите. Ни уровень физической нагрузки, ни прием конкретных продуктов питания, не влияют на риск обострения болезни Крона так, как влияет на него нерегулярный прием лекарств и несвоевременное обращение к специалисту.

Приложение Г.

Критерий	Степень тяжести атаки		
Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая	
Средняя частота стула/сутки за последние 3 дня	менее 4	4-6	7 и более
Боль в животе	отсутствует или незначительная	умеренная	сильная
Лихорадка, ОС	отсутствует	< 380	> 380
Тахикардия	отсутствует	< 90 уд. в 1 мин.	> 90 уд. в 1 мин.
Снижение массы тела	отсутствует	< 5%	5% и более
Гемоглобин	> 100 г/л	90-100 г/л	< 90 г/л
СОЭ	норма	< 30 мм/час	> 30 мм/час
Лейкоцитоз	отсутствует	умеренный	высокий с изменением формулы
СРБ	норма	< 10 г/л	> 10 г/л
Гипопротеинемия	отсутствует	незначительная	выраженная
Внекишечные проявления (любые)	нет	есть	есть
Кишечные осложнения (любые)	нет	есть	есть

Приложение Г1. Тяжесть атаки по критериям Общества по изучению ВЗК при Ассоциации колопроктологов России

Критерий	Система подсчета	Коэффициент	Сумма баллов
Частота жидкого или кашицеобразного стула	Учитывается сумма дефекаций за последние 7 дней	x2	=
Боль в животе 0 - отсутствие 1 - слабая 2 - умеренная 3 - сильная	Учитывается сумма баллов за 7 дней	x5	=
Общее самочувствие 0 - хорошее 1 - удовлетворительное 2 - плохое 3 - очень плохое 4 - ужасное	Учитывается сумма баллов за 7 дней	x7	=
Другие симптомы (внекишечные или кишечные осложнения) - артрит или артралгия - ирит или увеит - узловая эритема - гангренозная пиодермия - афтозный стоматит - анальные поражения (трещины, свищи, абсцессы) - другие свищи	Наличие каждого из перечисленных осложнений добавляет 1 балл	x20	=

Лихорадка $\geq 37,5$	Учитывается сумма эпизодов лихорадки за 7 дней	x20	=
Применение лоперамида (других опиатов) для купирования диареи 0 - нет 1 - да		x30	=
Напряжение мышц живота (или пальпируемый инфильтрат) 0 - отсутствует 2 - сомнительно 5 - отчетливо	Оценка производится однократно в момент осмотра	x10	=
Гематокрит 47 минус показатель больного (М) 42 минус показатель больного (Ж)	Учитывается разница между нормальным уровнем и показателем больного (с учетом знака «+» или «-»)	x6	=
Масса тела в кг	1 - (фактическая масса: идеальная масса)	x100	=
Итого			Общее число баллов
<p>< 150 баллов - неактивная БК (клиническая ремиссия), 150-300 баллов - легкая атака, 301-450 баллов - среднетяжелая атака, > 450 -тяжелая атака.</p>			

Приложение Г2. Тяжесть атаки БК по индексу активности БК (CDAI; индекс Беста)

Симптом	Тяжесть	Оценка
Общее самочувствие	Хорошее Немного ниже среднего Плохое Очень плохое Ужасное	0 1 2 3 4
Боль в животе	Нет Слабая Умеренная Сильная	0 1 2 3
Диарея		1 балл для каждой дефекации жидким стулом за сутки
Инфильтрат брюшной полости	Нет Наличие сомнительно Наличие Наличие при напряжении мышц брюшной стенки	0 1 2 3
Осложнения	Артралгия, увеит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит, анальная трещина, новый свищ или абсцесс	По 1 балла за каждое осложнение
<p>Сумма ≤ 4 - ремиссия, 5-6 - легкая атака, 7-8 - среднетяжелая атака, ≥ 9 - тяжелая атака</p>		

Приложение Г3. Индекс Харви-Брэдшоу.