

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА

Е.А. Белоусова

от имени Российской группы по изучению воспалительных заболеваний кишечника  
Кафедра терапии ФУВ МОНИКИ, Москва

*Представлены первые две части Рекомендаций по диагностике и лечению болезни Крона, разработанных Российской группой по изучению воспалительных заболеваний кишечника на основе Европейского консенсуса, принятого ЕССО (European Crohn's Colitis Organisation) в 2004 г. Рекомендации предназначены для широкого круга практических врачей: терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов, инфекционистов, хирургов-колопроктологов, педиатров, эндоскопистов, рентгенологов.*

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, методы диагностики, фармакотерапия

### Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии. Хотя по уровню заболеваемости ВЗК значительно уступают другим гастроэнтерологическим заболеваниям, но по тяжести течения, частоте осложнений и летальности они занимают одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) во всем мире. Постоянный интерес к ВЗК обусловлен прежде всего тем, что, несмотря на многолетнюю историю изучения, их этиология остается неизвестной, а патогенез раскрыт недостаточно. При этом заболеваемость ЯК и БК во всем мире возрастает с каждым годом. С учетом серьезности проблемы в сентябре 2002 г. на пленуме правления Ассоциации колопроктологов России в Санкт-Петербурге была учреждена Российская группа по изучению воспалительных заболеваний кишечника – РГ ВЗК (председатель группы – профессор Халиф И.Л., заместитель председателя – профессор Белоусова Е.А.). В 2007 г. Россия (РГ ВЗК) была принята в Европейскую организацию по изучению БК и ЯК (ЕССО – European Crohn's Colitis Organisation), в которую входят национальные общества и ведущие специалисты по ВЗК из 27 европейских стран.

Предпосылками для создания РГ ВЗК были:

- Отсутствие единого взгляда на проблему ВЗК среди практикующих врачей (в разных регионах болезни наблюдаются врачами разных специальностей: терапевтами, гастроэнтерологами, проктологами, инфекционистами).
- Отсутствие подготовленных специалистов на местах (гастроэнтерологов, проктологов, эндоскопистов, морфологов).
- Поздняя диагностика и неадекватное лечение ВЗК, приводящие к высокой частоте осложнений, летальности и инвалидизации лиц трудоспособного возраста.
- Несогласованность действий между гастроэнтерологами и хирургами. Отсутствие полноценного консервативного лечения (в случаях ведения больных хирургами) или поздние сроки операции (в случаях ведения больных гастроэнтерологами).

С учетом вышесказанного одной из основных задач группы было обеспечение согласованности и обоснованности действий всех специалистов, занимающихся проблемой ВЗК на всех этапах оказания больным медицинской помощи. С этой целью РГ ВЗК приступила к разработке единых для России рекомендаций по диагностике и лечению ВЗК. Первый раздел этих рекомендаций посвящен диагностике и лечению БК.

Болезнь Крона – это хроническое воспалительное заболевание ЖКТ, которое может локализоваться в любой его части, начиная от полости рта и

кончая анусом, но преимущественно поражает подвздошную и толстую кишки. Воспаление при БК имеет сегментарный трансмуральный характер. По этой причине развиваются тяжелые осложнения (стриктуры, межкишечные свищи и абсцессы), обусловленные значительной глубиной поражения кишечной стенки и вовлечением в патологический процесс близлежащих кишечных петель и других органов (влагалища и др.) Частота и характер осложнений имеют прямую корреляцию с поздними сроками установления диагноза и, соответственно, с поздним началом лечения.

Российские рекомендации по диагностике и лечению БК были разработаны на основе Европейского консенсуса, принятого ЕССО в 2004 г. Консенсус не заменяет собой соответствующие национальные руководства. Его цели – выработка и обоснование общей точки зрения на ведение больных БК с учетом всех возможных вариантов этого заболевания и продвижение общей позиции в страны Европы. Принятие национальных руководств и рекомендаций – процесс длительный и трудоемкий, поэтому консенсус ЕССО можно считать руководством к действию, которое помогает избежать лишней работы при их создании. При этом Российские рекомендации ни в коем случае не являются полным аналогом Европейского консенсуса, что обусловлено особенностями организации национального здравоохранения, подготовки врачей и течения заболевания.

Рекомендации РГ ВЗК по БК состоят из четырех частей:

- I часть включает структуру рекомендаций, основные определения, классификации, клинические симптомы, осложнения и методы диагностики БК;
- II часть посвящена лечению больных неосложненной формой БК различной тяжести и локализации, включая медикаментозное лечение БК в активной фазе, поддержание медикаментозно индуцированной ремиссии;
- III часть — это ведение больных БК в специфических ситуациях, таких как послеоперационные рецидивы, свищевая, аноректальная формы БК, БК у детей, у беременных и в послеродовом периоде, внекишечные проявления, стероидорезистентность и стероидозависимость;
- IV часть — хирургическое лечение БК: показания к операции, виды операций, ведение больных после операции.

Для работы над I и II частями рекомендаций РГ ВЗК был сформирован экспертный совет из 18 специалистов. Все положения, изложенные в рекомендациях, приняты не менее чем 80 % голосов. В некоторых положениях Российские рекомендации полностью соответствуют Европейским, в некоторых имеются небольшие или существенные отличия.

Рекомендации предназначены для широкого круга практических врачей: терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов, инфекционистов, хирургов-колопроктологов, педиатров, эндоскопистов, рентгенологов.

## Часть I. Структура рекомендаций по диагностике и лечению БК

Основные определения и классификации.

Оценка степени тяжести (активности).  
Оценка эндоскопической картины.  
Оценка гистологической картины.  
Методы диагностики.

Лечение БК разной локализации:

- легкого течения;
- средней тяжести;
- тяжелого течения;
- рефрактерной БК;

- поддержание ремиссии.
- Ведение БК в проблемных группах:
  - у пожилых;
  - у детей;
  - при беременности и в послеродовом периоде;
  - после операции;
  - при свищевой форме;
  - при аноректальной локализации;
- Хирургическое лечение БК.

### Основные определения

#### Болезнь Крона

Хроническое заболевание, характеризующееся неспецифическим гранулематозным трансмуральным воспалением с сегментарным поражением любого отдела ЖКТ.

#### Ремиссия

Отсутствие или очень незначительная выраженность основных клинических (неэндоскопических) симптомов заболевания. Оговорка в отношении эндоскопических критериев принята экспертным советом в связи с тем, что в настоящее время ни один из препаратов (исключая инфликсимаб) не позволяет достичь эндоскопической ремиссии при БК. В соответствии с ECCO-консенсусом ремиссия определяется как индекс активности БК (CDAI – Crohn Disease Activity Index)  $\leq 150$  баллов.

#### Рецидив

Появление типичных симптомов заболевания у больных БК в стадии клинической ремиссии, спонтанной или медикаментозной.

#### Ранний рецидив

Рецидив, возникший менее чем через 3 месяца после медикаментозно достигнутой ремиссии.

#### Стероидорефрактерность (стероидорезистентность)

Сохранение активности заболевания при приеме преднизолона в дозе 1 мг/кг/сут в течение 4 недель.

#### Стероидозависимость

а) невозможность уменьшить дозу кортикостероидов ниже дозы, эквивалентной 10 мг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения, т. к. при этом усиливаются симптомы активности болезни,

или

б) возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения кортикостероидами.

*Примечание.* Хотя эти временные интервалы (3 месяца) достаточно произвольны, тем не менее они могут быть использованы как руководство к действию в клинической практике, поскольку основная цель при лечении кортикостероидами заключается в полном отказе от них при достижении клинического ответа. Оценка стероидорезистентности или стероидозависимости проводят после тщательного исключения специфических осложнений заболевания.

#### Новый случай БК (1-я атака)

Случай, диагностированный во время начальных, впервые возникших симптомов болезни, или случай, фиксированный через короткий промежуток времени после установления диагноза без предшествующей терапии.

### Классификация БК

**По локализации воспалительного процесса: терминальный илеит;**

- илеоколит;
- колит (поражение толстой кишки, исключая аноректальную область);
- аноректальная область;
- поражение тонкой кишки (кроме терминального илеита);
- поражение верхних отделов ЖКТ (пищевода, желудка, ротовой полости, губ, языка — указать);
- смешанное поражение (указать).

#### По форме:

- острая (с фульминантным или постепенным началом);
- рецидивирующая;
- непрерывная.

*Примечание.* По частоте рецидивирования — рецидивы могут быть нечастыми (1 раз в год или реже), частыми (2 и более раз в год), и может быть непрерывное течение заболевания с постоянным персистированием симптомов без периодов ремиссии.

### Диагностические критерии БК

**Возможные симптомы болезни в анамнезе:**

- эпизоды диареи;
- боль в животе;
- эпизоды лихорадки “неясного генеза”;
- анемия “неясного генеза”;
- аппендэктомия;
- кишечная непроходимость;
- парапроктит;

- анальная трещина;
- внекишечные симптомы (поражение кожи, слизистых оболочек, суставов, глаз и др.).

**Возможные клинические симптомы в момент осмотра:**

- диарея;
- боль в животе;
- потеря массы тела;
- лихорадка;
- анемия;
- внекишечные симптомы (поражение кожи, слизистых оболочек, суставов, глаз и др.);
- наружные свищи;
- аноректальные поражения;
- пальпируемый абдоминальный инфильтрат.

**Внекишечные проявления БК**

**Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:**

- артропатии (артралгии, артриты);
- узловатая эритема;
- гангренозная пиодермия;
- афтозный стоматит;
- поражения глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит);
- другое.

**Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:**

- ревматоидный артрит (серонегативный);
- анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит;
- первичный склерозирующий холангит;
- остеопороз, остеомалация;
- псориаз;
- другое.

**Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:**

- желчекаменная болезнь;
- стеатогепатит;
- амилоидоз.

**Осложнения болезни Крона:**

- свищи наружные (кишечно-кожные);
- свищи внутренние (межкишечные, кишечно-пузырные, ректо-вагинальные);
- абдоминальный инфильтрат;
- межкишечные или интраабдоминальные абсцессы;
- стриктуры ЖКТ;
- кишечная непроходимость;
- анальные трещины;

- парапроктит (при аноректальном поражении);
- кишечное кровотечение.

**Эндоскопические критерии:**

- регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки;
- буллезная мостовая;
- линейные язвы (язвы-трещины);
- афты;
- стриктуры (возможно); устья свищей (возможно).

**Рентгенологические критерии** (включая рутинные исследования тонкой и толстой кишки, рентгеновскую компьютерную [РКТ] или магнитно-резонансную томографию [МРТ]):

- регионарное, прерывистое поражение;
- стриктуры;
- буллезная мостовая;
- свищи;
- межкишечные или интраабдоминальные абсцессы.

**Морфологические критерии:**

- саркоидные гранулемы (обнаруживаются обычно в стенке резецированного участка и только в 10–14 % случаев — в биоптатах слизистой оболочки);
- глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой;
- трансмуральная воспалительная инфильтрация;
- регионарное поражение (по макропрепарату резецированного участка).

**Микробиологические критерии:** отрицательные результаты серологических и бактериологических тестов на: шигеллы, сальмонеллы, иерсинии, кампилобактер, клостридию (*Clostridium difficile*), туберкулез, дизентерийную амёбу, гельминты, паразиты).

**Оценка степени тяжести БК**

**Определение тяжести (активности)**

Следует иметь в виду, что понятие “тяжесть заболевания” БК в российской терминологии соответствует понятию “активность” в зарубежной практике, и все системы оценки тяжести атаки называются индексами активности. В большинстве стран и в большинстве клинических исследований для оценки клинической активно-

сти (тяжести) обострения БК используют “индекс активности БК” (СDAI, или индекс Беста). В Европейском консенсусе приняты термины: “легкая, умеренная и выраженная (тяжелая) активность”, что в основном соответствует градации по СDAI. Однако в настоящее время существует тенденция использовать для оценки активности уровень С-реактивного белка — СРБ (более 10 мг/л) в дополнение к СDAI, что нашло отражение в ЕССО-консенсусе, т. е. в соответствии с консенсусом степень клинической активности определяется как уровень СDAI плюс повышение уровня СРБ. Учитывая разночтения и возможность терминологической путаницы в оценке тяжести БК, экспертный совет принял следующие положения:

- термины “клиническая активность” и “тяжесть обострения” эквивалентны друг другу и взаимозаменяемы;
- следует иметь в виду разницу между оценкой тяжести (активности) обострения БК и тяжести заболевания целом;
- требования к системе оценки клинической активности (тяжести) атаки БК:
  - простота в использовании для всех клинических уровней;
  - достаточная информативность. Предлагаются две системы оценки тяжести (активности) БК:
    - по индексу Беста, если это соответствует сложившейся рутинной практике медицинского учреждения (*табл. 1*);
    - по критериям, разработанным экспертным советом РГ ВЗК, если индекс Беста обычно не используется (*табл. 2*).

**Оценка тяжести (активности) БК по индексу Беста**

В мировой клинической практике существует несколько индексов активности БК, но наиболее информативным и широко используемым считается индекс Беста — СDAI (индекс активности болезни Крона — ИАБК), который был разработан в рамках международного исследования \*. При расчете ИАБК учитываются только клинические (но не эндоскопические)

\* Best W., Beckett J., Singleton et al. Development of a Crohn’s disease activity index. National cooperation Crohn’s Disease Study. Gastroenterology 1976; 70:439–44.

Таблица 1. Формула расчета ИАБК (индекса Беста)

Критерии оценки, баллы	Система подсчета	Коэффициент	Сумма баллов
Частота жидкого или кашцеобразного стула	Учитывается сумма дефекаций за последние 7 дней	× 2	=
Боль в животе: • 0 – отсутствует • 1 – слабая • 2 – умеренная • 3 – сильная	Учитывается сумма баллов за 7 дней	× 5	=
Общее самочувствие: • 0 – хорошее • 1 – удовлетворительное • 2 – плохое • 3 – очень плохое • 4 – ужасное	Учитывается сумма баллов за 7 дней	× 7	=
Другие симптомы (внекишечные или кишечные осложнения): - артрит или артралгия - ирит или увеит - узловатая эритема - гангренозная пиодермия - афтозный стоматит - анальные поражения (трещины, свищи, абсцессы) - другие свищи	Каждый из существующих пунктов умножается на коэффициент	× 20	=
Лихорадка ≥ 37,5 °С	Учитывается сумма эпизодов лихорадки за 7 дней	× 20	=
Применение лоперамида (других опиатов) для купирования диареи: • 0 – нет • 1 – да		× 30	=
Напряжение мышц живота (или пальпируемый инфильтрат): • 0 – отсутствует • 2 – сомнительно • 5 – отчетливо	Оценка производится однократно в момент осмотра	× 10	=
Гематокрит: • 47 минус показатель больного (для мужчин) • 42 минус показатель больного (для женщин)	Учитывается разница между нормальным уровнем гематокрита и показателем больного (с учетом знака "+" или "-")	× 6	=
Масса тела в кг	1 – (фактическая масса : идеальная масса)	× 100	=
Итого	Общее число баллов		

Примечание. ИАБК < 150 баллов – неактивная БК (клиническая ремиссия); ИАБК = 150–300 баллов – БК низкой активности (легкая); ИАБК = 301–450 баллов – БК умеренной активности (средней тяжести); ИАБК > 450 – БК высокой активности (тяжелая).

Таблица 2. Критерии оценки тяжести (клинической активности) обострения БК (рекомендации Российской группы по изучению ВЗК)

Критерии оценки	Степень тяжести (активности)		
	легкая (низкая)	средняя (умеренная)	тяжелая (высокая)
Средняя частота стула/сутки за последние 3 дня	Менее 4	4–6	7 и более
Боль в животе	Отсутствует или незначительная	Умеренная	Сильная
Лихорадка, °С	Отсутствует	< 38	> 38
Тахикардия, уд/мин	Отсутствует	< 90	> 90
Снижение массы тела, %	Отсутствует	< 5	5 и более
Гемоглобин, г/л	> 100	90–100	< 90
СОЭ, мм/ч	Норма	< 30	> 30
Лейкоцитоз	Отсутствует	Умеренный	Высокий с изменением формулы
СРБ, г/л	Норма	< 10	> 10
Гипопротеинемия	Отсутствует	Незначительная	Выраженная
Внекишечные проявления (любые)	Нет	Есть	Есть
Кишечные осложнения (любые)	Нет	Есть	Есть

критерии. Индекс определяется по сумме баллов нескольких параметров (табл. 1) и без достаточного опыта труден для применения, требует значительного времени и ряда условий, что далеко не всегда возможно:

- необходимо, чтобы пациент в течение предшествующей подсчету индекса недели вел дневник самоконтроля, где ежедневно фиксировал бы частоту стула, наличие и интенсивность боли в животе и общее самочувствие;
- необходимо иметь возможность определить гематокрит пациента в день подсчета индекса;
- необходимо иметь под рукой таблицы идеального веса.

С учетом указанных недостатков и трудностей подсчета можно с уверенностью сказать, что индекс Беста не может использоваться в ежедневной клинической практике и на всех уровнях оказания помощи пациенту. Обычно ИАБК применяют в специализированных центрах.

### Оценка тяжести (активности) БК по критериям РГ ВЗК

Предложенный экспертным советом РГ ВЗК комплекс критериев включает легкоопределяемые параметры обострения БК, в т. ч. уровень СРБ. Этот комплекс шире того, который обычно используется в индексах активности (в т. ч. в индексе Беста), поэтому более информативен. Система оценки доступна для любого уровня помощи, начиная с районной поликлиники и заканчивая специализированным центром, и очень удобна. Ее недостатком является отсутствие количественной характеристики каждой степени активности.

Тяжесть заболевания в целом определяется:

- тяжестью текущей атаки;
- наличием внекишечных проявлений, осложнений и операций в анамнезе или в настоящее время;
- рефрактерностью к лечению.

Необходимость выделения различий между тяжестью атаки и тяжестью заболевания в целом определяется особенностями российского законодательства, в частности при назначении инвалидности, и другими социальными факторами (определением тру-

доспособности, получением льгот на препараты, направлением на курортное лечение и др.). Нередко возникают ситуации, когда больной находится в стадии ремиссии БК (т. е. активности в данный момент нет), но в анамнезе отмечаются тяжелые атаки, кишечные или внекишечные осложнения или операции, остеопороз или прогрессирующая артропатия как следствие заболевания, что определяет общую тяжесть течения БК.

### Методы диагностики БК

#### Обязательные методы:

- эндоскопия верхних и нижних отделов ЖКТ с биопсией (фиброэзофагогастродуоденоскопия – ФЭГДС, колоноскопия + илеоскопия);
- гистологическое исследование биоптатов;
- ирригоскопия;
- рентгеноконтрастное исследование тонкой кишки с бариевой взвесью;
- исключение кишечных инфекций, глистных инвазий, паразитозов.

#### Диагноз должен быть подтвержден:

- эндоскопическим и морфологическим методом;
- и/или эндоскопическим и рентгенологическим методами.

#### Дополнительные методы (по показаниям):

- МРТ, РКТ (диагностика свищей, абсцессов, инфильтратов);
- фистулография;
- капсульная эндоскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки);
- баллонная энтероскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки);
- ультразвуковое исследование – УЗИ.

#### Дифференциальный диагноз БК проводят с:

- язвенным колитом;
- острыми кишечными инфекциями:
  - дизентерией;
  - сальмонеллезом;
  - кампилобактериозом;
  - иерсиниозом;
  - амебиазом.
- глистными инвазиями;
- паразитозами;
- антибиотико-ассоциированными поражениями кишечника (*C. difficile*); туберкулезом кишечника;

- системным васкулитом;
- неоплазиями толстой и тонкой кишки; дивертикулитом; аппендицитом.

## Часть II. Лечение неосложненной БК

### Цели лечения:

- индукция ремиссии;
- поддержание ремиссии без глюкокортикостероидов (ГКС);
- профилактика осложнений;
- предупреждение операций;
- улучшение качества жизни.

### Выбор терапии БК определяется:

- локализацией воспалительного процесса;
- протяженностью воспалительного процесса; степенью активности (тяжести) процесса;
- частотой рецидивирования;
- эффективностью предыдущей терапии; безопасностью и доказанной эффективностью выбранных средств;
- риском развития осложнений.

### Лечение БК илеоцекальной локализации (терминальный илеит, илеоколит)

#### Легкое течение

#### (с низкой активностью)

#### 1 атака:

- месалазин (Салофальк, Пентаса) не менее 4 г/сут; будесонид в дозе 9 мг/сут (3 мг 3 раза в сутки) до 16 недель с постепенным снижением дозы. Терапия проводится до достижения клинической ремиссии (ИАКБ ≤ 150);
- поддерживающая терапия (месалазин 2 г/сут не менее 12 месяцев)

#### Рецидив БК:

- будесонид в дозе 9 мг/сут (3 мг 3 раза в сутки) до 16 недель с постепенным снижением дозы до достижения клинической ремиссии;
- поддерживающая терапия (месалазин 2 г/сут не менее 12 месяцев).

#### Средняя тяжесть

#### (с умеренной активностью)

#### 1 атака:

- будесонид не менее 9 мг/сут;
- в отсутствие эффекта через 4 недели будесонид отменяют, назначают системные ГКС (преднизолон 1 мг/кг внутрь);

- антибиотики: рифаксимин внутрь 400 мг 2 раза в сутки 7–10 дней (до 4 недель) или метронидазол 1,5 г/сут внутривенно (в/в) + фторхинолоны (преимущественно) парентерально 10–14 дней.

Оценку эффективности лечения проводят через 2–4 недели:

- при позитивном ответе поддерживающая терапия – месалазин (Салюфальк, Пентаса) 2 г/сут не менее 12 месяцев;
- в отсутствие эффекта добавляют азатиоприн в дозе 2,0–2,5 мг/кг (при его непереносимости или неэффективности – метотрексат в дозе 25 мг в неделю внутримышечно [в/м] до 16 недель);
- при достижении ремиссии проводят поддерживающую терапию азатиоприном в дозе 2 мг/кг не менее 2 лет.

#### Рецидив БК:

- будесонид в дозе 9 мг/сут или системные ГКС в дозе 1 мг/кг + азатиоприн в дозе 2 мг/кг;
- антибиотики: рифаксимин внутрь 400 мг 2 раза в сутки 7–10 дней (до 4 недель) или метронидазол в/в + фторхинолоны (преимущественно) парентерально 10–14 дней.

Оценку эффективности лечения проводят через 2–4 недели:

- при достижении ремиссии поддерживающая терапия азатиоприном в дозе 2 мг/кг не менее 2 лет.

#### Тяжелое течение

##### (с высокой активностью)

#### 1 атака или рецидив:

системные ГКС в дозе 1,5 мг/кг (преднизолон или метилированные аналоги в пересчете на преднизолон) + азатиоприн в дозе 2,0–2,5 мг/кг; антибиотики обязательно, метронидазол + фторхинолоны (преимущественно) в/в 10–14 дней, при необходимости менять антибиотик (рифаксимин).

Оценку эффективности лечения проводят через 2 недели:

- при позитивном ответе снижать дозу стероидов, азатиоприн – в прежней дозе;
- при достижении ремиссии – поддерживающая терапия азатиоприном в дозе 2 мг/кг не менее 2 лет;
- в отсутствие эффекта добавить мето-

трексат в дозе 25 мг/нед в/м или инфликсимаб в дозе 5 мг/кг в/в (индукционный курс – 3 инфузии: на 0-й, 2-й и 6-й неделях);

- обсуждается возможность хирургического лечения. Оценка ответа на инфликсимаб к моменту 2-й или 3-й инфузии;
- в отсутствие эффекта – хирургическое лечение; при достижении ремиссии – поддерживающая терапия инфликсимабом каждые 8 недель в течение хотя бы одного года или азатиоприном в дозе 2 мг/кг не менее 2 лет.

#### Лечение БК толстой кишки

##### (кроме аноректальной зоны)

#### Легкое течение

##### (с низкой активностью)

#### 1 атака или рецидив:

- месалазин в дозе 4 г или (эквивалентно 8 г сульфасалазина);
- поддерживающая терапия – сульфасалазин в дозе 2 г или месалазин в дозе 1,0–1,5 г;
- возможно применение пробиотиков (непатогенных грибов-сахаромицетов, препаратов лактобактерий).

#### Средняя тяжесть

##### (с умеренной активностью)

#### 1 атака:

- системные стероиды в дозе 1 мг/кг (преднизолон или метилированные аналоги в пересчете на преднизолон); антибиотики: рифаксимин внутрь или метронидазол в/в + фторхинолоны (преимущественно) парентерально 10–14 дней. Оценку эффективности лечения проводят через 2–4 недели;
- при позитивном ответе поддерживающая терапия – месалазин (Салюфальк, Пентаса) 2 г/сут или сульфасалазин в дозе 2 г не менее 12 месяцев;
- в отсутствие эффекта добавить азатиоприн в дозе 2 мг/кг, при его непереносимости или неэффективности – метотрексат по 25 мг в неделю в/м до 16 недель;
- при достижении ремиссии – поддерживающая терапия азатиоприном в дозе 2 мг/кг не менее 2 лет.

#### Рецидив БК:

- системные ГКС 1 мг/кг (преднизолон или метилированные аналоги в пересчете на преднизолон) + азатиоприн по 2 мг/кг;
- антибиотики: рифаксимин внутрь 7–10 дней или метронидазол в/в + фторхинолоны в/в 10–14 дней.

Оценку эффективности лечения проводят через 2–4 недели:

- при достижении ремиссии поддерживающая терапия азатиоприном по 2 мг/кг не менее 2 лет.

#### Тяжелое течение

##### (с высокой активностью)

#### 1 атака или рецидив:

системные ГКС по 1,5 мг/кг (преднизолон или метилированные аналоги в пересчете на преднизолон) + азатиоприн по 2,0–2,5 мг/кг; антибиотики обязательно: метронидазол + фторхинолоны (преимущественно) парентерально 10–14 дней, при необходимости менять антибиотик (рифаксимин).

Оценку эффективности лечения проводят через 2 недели:

- при позитивном ответе снижать дозу ГКС, азатиоприн применять в прежней дозе;
- при достижении ремиссии – поддерживающая терапия азатиоприном по 2 мг/кг не менее 2 лет;
- в отсутствие эффекта добавить метотрексат в дозе 25 мг в неделю в/м или инфликсимаб по 5 мг/кг в/в (индукционный курс – 3 инфузии на 0-й, 2-й и 6-й неделях);
- обсуждается возможность хирургического лечения. Оценка ответа на инфликсимаб осуществляется к моменту 2-й или 3-й инфузии;
- в отсутствие эффекта – хирургическое лечение; при достижении ремиссии – поддерживающая терапия инфликсимабом каждые 8 недель в течение хотя бы одного года или азатиоприном в дозе 2 мг/кг не менее 2 лет.

#### Лечение БК тонкой кишки

##### (кроме терминального илеита)

#### Легкое течение

##### (с низкой активностью)

#### 1 атака или рецидив:

месалазин (только Пентаса) не менее 4 г/сут;

- поддерживающая терапия — месалазин (Пентаса) по 2 г не менее одного года.

**Средняя тяжесть  
(с умеренной активностью)**

**1 атака:**

системные ГКС по 1 мг/кг; антибиотки: рифаксимин внутрь или метронидазол в/в + фторхинолоны (преимущественно) парентерально 10–14 дней.

Оценку эффективности лечения проводят через 2–4 недели:

- при позитивном ответе поддерживающая терапия месалазином (Пентаса) по 2 г не менее 12 месяцев;
- в отсутствие эффекта добавить азатиоприн в дозе 2 мг/кг (при его непереносимости или неэффективности — метотрексат по 25 мг в неделю в/м до 16 недель);
- при необходимости назначают нутритивную поддержку (энтеральное питание);
- при достижении ремиссии — поддерживающая терапия азатиоприном по 2 мг/кг не менее 2 лет.

**Рецидив БК:**

- системные ГКС по 1 мг/кг + азатиоприн по 2 мг/кг;

- антибиотики: рифаксимин внутрь по 200 мг 3 раза 7–10 дней, метронидазол в/в + фторхинолоны (преимущественно) парентерально 10–14 дней; при необходимости — нутритивная поддержка (энтеральное питание).

Оценку эффективности терапии проводят через 2–4 недели, при достижении ремиссии показана поддерживающая терапия азатиоприном по 2 мг/кг не менее 2 лет.

**Тяжелое течение  
(с высокой активностью)**

**1 атака или рецидив:**

системные ГКС по 1,5 мг/кг (преднизолон или метилированные аналоги в пересчете на преднизолон) + азатиоприн по 2,0–2,5 мг/кг; антибиотики обязательно, метронидазол + фторхинолоны (преимущественно) в/в 10–14 дней, при необходимости менять антибиотик;

- нутритивная поддержка (энтеральное зондовое питание).

Оценку эффективности лечения проводят через 2 недели:

- при позитивном ответе снижать дозу ГКС, азатиоприн оставить в прежней дозе;

- при достижении ремиссии — поддерживающая терапия азатиоприном по 2 мг/кг не менее 2 лет, при длительной ремиссии возможен переход на Пентасу;
- в отсутствие эффекта добавить метотрексат в дозе 25 мг/нед в/м или инфликсимаб по 5 мг/кг (индукционный курс);
- в отсутствие эффекта — хирургическое лечение;
- при достижении ремиссии — поддерживающая терапия инфликсимабом каждые 8 недель в течение хотя бы одного года или азатиоприном по 2 мг/кг не менее 2 лет.

**Высокодозная терапия ГКС**

При любой локализации БК в случае необходимости назначения высоких доз ГКС возможно пероральное или в/в введение препаратов:

- преднизолон или метилированных аналогов в дозе 1,5 мг/кг сроком до 10 дней с последующим переходом на дозу 1 мг/кг;
- альтернативные схемы: метилпреднизолон в дозе 250–500 мг в/в 10 дней или преднизолон по 120–240 мг в/в до 10 дней.

**Состав экспертного совета по разработке и принятию I и II частей рекомендаций**

**Председатели:** Белоусова Е.А, Халиф И.Л. (Москва)

**Члены экспертного совета:**

**Москва:** Головенко О.В., Григорьева Г.А., Михайлова Т.Л., Морозова Н.А., Никитина Н.В., Румянцев В.Г.

**С.-Петербург:** Жигалова Т.Н., Ситкин С.И., Щукина О.Б.

**Иркутск:** Чашкова Е.Ю.

**Казань:** Абдулганиева Д.И.

**Липецк:** Лахин А.В.

**Новосибирск:** Валуйских Е.Ю., Светлова И.О.

**Ставрополь:** Павленко В.В.

**Уфа:** Куляпин А.В.

**Хабаровск:** Алексеенко С.А.

Информация об авторе:

*Белоусова Елена Александровна — доктор медицинских наук, профессор кафедры ФУВ МОНИКИ, Москва  
Тел. 631-74-12, e-mail: eabelous@yandex.ru*