



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

# Болезнь Крона в практике врача-терапевта: клиника, диагностика и лечение

---

Шептулина А.Ф., врач-гастроэнтеролог, к.м.н., старший научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения  
Руководитель лаборатории по изучению кишечной микробиоты человека



Конфликт интересов отсутствует



# Определение

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



# Эпидемиология

- Согласно зарубежным данным, заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20,2 на 100 000 человек, распространенность достигает 322 на 100 000 человек
- 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. Заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин



# Код по МКБ-10

Код по международной классификации болезней МКБ-10

Класс	<K00-K99>	<Болезни органов пищеварения>
Блок	<K50-52>	<Неинфекционный энтерит и колит>
Код	<K50>	<Болезнь Крона>
	<K50.0>	<Болезнь Крона тонкой кишки>
	<K50.1>	<Болезнь Крона толстой кишки>
	<K50.8>	<Другие разновидности болезни Крона>
	<K50.9>	<Болезнь Крона неуточненная>



# КЛАССИФИКАЦИЯ

---



# Классификация болезни Крона

- Для классификации БК по локализации поражения применяется Монреальская классификация
- **L1** Терминальный илеит: болезнь ограничена терминальным отделом подвздошной кишки или илеоцекальной областью (с вовлечением или без вовлечения в процесс слепой кишки).
- **L2** Колит: любая локализация воспалительного очага в толстой кишке между слепой кишкой и анальным сфинктером, без вовлечения тонкой кишки или верхнего отдела ЖКТ.
- **L3** Илеоколит: терминальный илеит ( с вовлечением или без вовлечения слепой кишки) в сочетании с одним или несколькими очагами воспаления между слепой кишкой и анальным сфинктером.
- **L4** Верхний отдел ЖКТ: поражение проксимальнее терминального отдела (исключая полость рта).



# Классификация болезни Крона

## По распространенности поражения выделяют:

### 1. Локализованную БК:

- поражение протяженностью менее 30 см. Чаще используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны;
- возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.

### 2. Распространенную БК:

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

## По характеру течения выделяют:

1. острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);
2. хроническое течение (более 6 месяцев от дебюта заболевания).





# Классификация болезни Крона

## В зависимости от фенотипического варианта заболевания:

- **Нестриктурирующая, непенетрирующая** (синонимы – просветная, инфильтративно-воспалительная, неосложненная [luminal]) – воспалительный характер течения заболевания, которое никогда не было осложненным (в любое время в ходе болезни);
- **Стриктурирующая (стенозирующая)** – сужение просвета кишки (по данным лучевых и/или эндоскопических методов или по результатам хирургического вмешательства);
- **Пенетрирующая (синонимы: свищевая, fistulising)** возникновение интраабдоминальных свищей, и/или воспалительного инфильтрата с абсцессом в любое время в течении болезни, исключая послеоперационные интраабдоминальные осложнения;
- **Перианальная** (наличие перианальных поражений: свищи, анальные трещины, перианальные абсцессы) могут быть в сочетании с любой из указанных форм, а также быть самостоятельным проявлением перианальной БК.



# Классификация БК, в зависимости от ответа на гормональную терапию

## 1. Гормональная резистентность:

- в случае тяжелой атаки – отсутствие положительной динамики со стороны клинических и лабораторных показателей, несмотря на применение системных глюкокортикостероидов (ГКС) в дозе, эквивалентной 2 мг/кг массы тела преднизолона в сутки, в течение более чем 7 дней;
- в случае среднетяжелой атаки – сохранение активности заболевания при пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной 1 мг/кг массы тела преднизолона, в течение 2 недель.

## 2. Гормональная зависимость:

- увеличение активности болезни, возникшее при уменьшении дозы ГКС после достижения исходного улучшения в течение 3 месяцев от начала лечения;
- возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС.



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

---



# Клиническая картина болезни Крона

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



# Клиническая картина болезни Крона

**У больных БК с поражением верхних отделов ЖКТ могут наблюдаться и другие гастроэнтерологические жалобы:**

- при поражении пищевода отмечаются жалобы на боли в грудной клетке, изжогу и срыгивание (напоминающие таковые при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни); в более тяжелых случаях – на дисфагию и одиофагию, рвоту и потерю массы тела;
- при БК с поражением желудка и двенадцатиперстной кишки больные могут предъявлять жалобы на боли, тяжесть и переполнение в подложечной области, тошноту, снижение аппетита.



# Внекишечные (системные) проявления болезни Крона

<b>Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:</b>	<b>Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:</b>	<b>Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Артропатии (артралгии, артриты)</li><li>▪ Поражение кожи (узловатая; эритема, гангренозная пиодермия);</li><li>▪ Поражение слизистых (афтозный стоматит);</li><li>▪ Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Анкилозирующий спондилит (сacroилеит);</li><li>▪ Первичный склерозирующий холангит (редко);</li><li>▪ Остеопороз, остеомаляция;</li><li>▪ Псориаз;</li><li>▪ Псориатический артрит.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Холелитиаз;</li><li>▪ Стеатоз печени, стеатогепатит;</li><li>▪ Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии</li><li>▪ Амилоидоз</li></ul>



# Клиническая картина болезни Крона

- **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).



# ДИАГНОСТИКА

---





# Сбор жалоб, анамнеза

1. При сборе анамнеза стоит обратить внимание на наличие аутоиммунных проявлений, связанных и не связанных с активностью воспалительного процесса, и на осложнения БК.
2. При сборе анамнеза следует уточнить информацию:
  - о поездках в южные страны;
  - о принимаемых лекарствах (в частности, антибиотиках и нестероидных противовоспалительных средствах (НПВС));
  - о курении;
  - о наличии воспалительных и злокачественных заболеваний у родственников.



# Лабораторные методы диагностики

Для всех пациентов обязательным минимумом лабораторной диагностики является:

- общий анализ крови (*УУР – С; УДД – 4*);
- биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, общий билирубин, гамма-ГТ, ЛДГ, К, Na, CL, С-реактивный белок, щелочная фосфатаза, фибриноген) для диагностики сопутствующей патологии (*УУР – С; УДД – 4*);
- при необходимости оценки или мониторинга активности воспаления в кишечнике рекомендовано выполнять анализ кала на фекальный кальпротектин (*УУР – А; УДД – 2*);
- при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре рекомендовано выполнять анализ кала для исключения острой кишечной инфекции, исследование клостридиальных токсинов А и В для исключения клостридиальной инфекции (*УУР – С; УДД – 4*);
- при обострении БК (или первой атаке заболевания) проводить дифференциальную диагностику с острой кишечной инфекцией (*УУР – С; УДД – 5*).



# Инструментальные методы обследования

- При первичной диагностике, подозрении на прогрессирование заболевания или при признаках рецидива рекомендовано проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения/подтверждения поражения верхних отделов ЖКТ (*УУР – С; УДД – 4*).
- При необходимости определения локализации, протяженности, степени активности воспалительного процесса, а также для исключения осложнений БК (абдоминальные инфильтраты, межкишечные, межорганные свищи, перфорации, стриктуры) рекомендовано проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) и/или компьютерной томографии (КТ) с контрастированием кишечника (*УУР – А; УДД – 1*).
- Пациентам с перианальными проявлениями БК в виде свищей прямой кишки или при подозрении на них рекомендовано проведение МРТ малого таза с внутривенным контрастированием для подтверждения диагноза, определения локализации, протяженности свищевого хода (*УУР – А; УДД – 1*).



# Инструментальные методы обследования

- Всем пациентам рекомендовано проведение УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза для исключения осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии (УУР – С; УДД – 2).
- Пациентам с подозрением на поражение верхних отделов ЖКТ (при отсутствии участков сужения просвета ЖКТ) и отсутствии признаков воспаления при МРТ, КТ и УЗИ или невозможности их проведения, рекомендовано проведение видеокапсульной эндоскопии для подтверждения диагноза, определения локализации, степени активности воспалительного процесса (УУР – В; УДД – 1).



# Инструментальные методы обследования

- До проведения видеокапсульной эндоскопии до этого исследования рекомендовано выполнять рентгенологические исследования (КТ-энтерографию или МР-энтерографию) для выявления стриктур тонкой кишки (*УУР – С; УДД – 4*).
- Пациентам с БК при подозрении на поражение тонкой кишки и невозможности достоверного подтверждения диагноза по данным илеоколоноскопии, КТ и МРТ, невозможности проведения видеокапсульного исследования, рекомендована двубаллонная энтероскопия, для подтверждения диагноза, определения локализации и степени активности воспалительного процесса (*УУР – В; УДД – 2*).



# Критерии диагноза болезни Крона

- Однозначных диагностических критериев БК не существует, и диагноз выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений.
- Диагноз должен быть подтвержден:
- эндоскопическим и морфологическим методом и/или эндоскопическим и лучевым методом диагностики



# Эндоскопические и лучевые критерии

## **Эндоскопическими критериями диагностики БК являются:**

- регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки,
- симптом «булыжной мостовой» (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отечной гиперемированной слизистой оболочки),
- линейные язвы (язвы-трещины), афты,
- а в некоторых случаях – стриктуры и устья свищей.

## **Рентгенологические проявления БК включают:**

- регионарное, прерывистое поражение,
- стриктуры,
- «булыжную мостовую»,
- свищи и межкишечные или внутрибрюшные абсцессы.



# Морфологические признаки болезни Крона

- Глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой; Эпителиоидные гранулемы (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток), которые обычно обнаруживаются в стенке резецированного участка и только в 15-36% случаев – при биопсии слизистой оболочки);
- Фокальная (дискретная) лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки;
- Трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки;
- Прерывистое поражение – чередование пораженных и здоровых участков кишки (при исследовании резецированного участка кишки).





# Факторы неблагоприятного прогноза на момент установления диагноза

- возраст пациента <40 лет,
- распространенное (>100 см) поражение тонкой кишки,
- ранняя потребность в назначении системных стероидов,
- наличие перианальной болезни Крона,
- пенетрирующая форма (B3),
- вовлечение верхних отделов ЖКТ (L4),
- отсутствие заживления слизистой оболочки при достижении клинической ремиссии,
- статус курильщика,
- наличие эпителиоидных гранулем,
- наличие сопутствующих аутоиммунных заболеваний.



# **ЦЕЛИ ТЕРАПИИ И ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ**

---



# Цели терапии болезни Крона

- индукция ремиссии и ее поддержание без ГКС,
  - профилактика осложнений,
  - предупреждение операции,
  - при прогрессировании процесса и развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения.
- *Поскольку хирургическое лечение не приводит к полному излечению пациентов с БК даже при радикальном удалении всех пораженных сегментов кишечника, необходимо проведение противорецидивной терапии, которую следует начать не позднее 2 недель после перенесенного оперативного вмешательства*
  -



# Группы препаратов

1. Средства для индукции ремиссии:  
системные ГКС (преднизолон и метилпреднизолон) и топические (будесонид), в комбинации с иммуносупрессорами (азатиоприн (АЗА), меркаптопурин (МП), метотрексат (МТ)), биологические генно-инженерные препараты: моноклональные антитела к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаба пэгол), моноклональные антитела к ИЛ-12/23 (устекинумаб) и моноклональные антитела к интегрину альфа4-бэта7, селективно действующие только в ЖКТ (ведолизумаб), а также антибиотики.
2. Средства для поддержания ремиссии (противорецидивные средства): иммуносупрессоры (АЗА, МП), биологические препараты (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб и ведолизумаб).
3. Вспомогательные симптоматические средства: препараты для коррекции анемии, препараты для коррекции белково-электролитных нарушений, средства для профилактики остеопороза (препараты кальция) и др.

Следует особо отметить, что системные ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 12 недель



# Препараты биологической терапии

## Антагонисты ФНО-альфа

- 1) Инфликсимаб - химерные моноклональные антитела к ФНО- $\alpha$
- 2) Адалимумаб, цертолизумаба пэгол – человеческие рекомбинантные моноклональные антитела к ФНО- $\alpha$

## Антагонисты интегрина с селективным воздействием на кишечник

Ведолизумаб - гуманизированные моноклональные антитела IgG<sub>1</sub>, которые специфически связываются с  $\alpha 4\beta 7$ -интегрином и селективно блокируют взаимодействие  $\alpha 4\beta 7$ -интегрин с молекулами клеточной адгезии слизистой оболочки адрессином-1 (MAdCAM-1)

## Моноклональные антитела к ИЛ-12/23

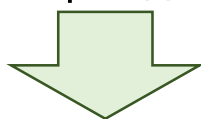
устекинумаб



# Илеоцекальная локализация, легкой степени тяжести

## I. Терапия первой линии (УУР – В; УДД – 1):

- будесонид в капсулах: суточная доза составляет 9 мг/сут однократно или по 3 мг 3 раза в день в течение 10 недель с последующим снижением по 3 мг в неделю до полной отмены;
- будесонид в саше суточная доза составляет 9 мг/в сутки однократно в течение 16 недель с последующим снижением по 9 мг через день в течение двух недель)



Оценка ответа через 2-4 недели

Нет ответа



Лечение как при средне-тяжелой форме

Есть ответ (УУР – А; УДД – 1)



Добавить иммуносупрессоры (рано):  
азатиоприн (АЗА) 2-2,5 мг/кг  
или меркаптопурином (МП) 1,5 мг/кг,  
а при их непереносимости или неэффективности –  
метотрексат (МТ) 25 мг/нед. п/к или в/м

после отмены будесонида рекомендуется проводить противорецидивную терапию тиопуринами (АЗА/МП) не менее 4 лет в терапевтических дозах (УУР – А; УДД – 1)



# Илеоцекальная локализация, средней тяжести

## I. Терапия первой линии:

- будесонид в капсулах: суточная доза составляет 9 мг/сут однократно или по 3 мг 3 раза в день в течение 10 недель с последующим снижением по 3 мг в неделю до полной отмены;
- будесонид в саше: суточная доза составляет 9 мг/в сутки однократно в течение 16 недель с последующим снижением по 9 мг через день в течение двух недель) (УУР – А; УДД – 1)

## II. Терапия второй линии:

- при неэффективности топических стероидов или при наличии инфильтрата, воспалительного сужения и/или признаков системного воспаления рекомендуется применять системные ГКС (доза преднизолона 1 мг/кг массы тела) (УУР – А; УДД – 1)
- Эффективность ГКС оценивается через 2-4 недели с дальнейшим снижением дозы ГКС на 5 мг в 5-7 дней до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель

## III. Дополнительно:

- При признаках активного системного воспаления и/или наличии инфильтрата и/или гнойных осложнений рекомендуется добавить антибиотики: метронидазол 1 г/день + фторхинолоны 1 г/день 10–14 дней перорально или парентерально. Возможен дальнейший переход на длительный (до 3 месяцев) пероральный прием препаратов (УУР – В; УДД – 3)



# Илеоцекальная локализация, дополнительно

- Группе пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью ГКС или при неэффективности или непереносимости иммуносупрессоров рекомендуется биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб или ведолизумаб) (УУР – В; УДД – 3)
- Пациентам с активной БК при назначении инфликсимаба рекомендуется комбинировать его с тиопуринами для повышения эффективности лечения (УУР – А; УДД – 1)
- при первичной неэффективности терапии любым из биологических препаратов рекомендуется смена терапии на препарат другого класса для достижения ремиссии (УУР – А; УДД – 1)
- при потере ответа на терапию любым из биологических препаратов (рецидив БК на фоне ранее достигнутой ремиссии) оптимизация терапии тем же препаратом в виде сокращения интервалов между введениями или увеличения дозы препарата, согласно инструкциям по применению, или смена терапии на другой препарат (УУР – А; УДД – 1)
- Пациентам с активной БК при неэффективности консервативной терапии рекомендовано хирургическое лечение (УУР – А; УДД – 1)





# Болезнь Крона толстой кишки

- Пациентам с легким и среднетяжелым обострением рекомендуется терапия системными ГКС (доза преднизолона 1 мг/кг массы тела) перорально (*УУР – А; УДД – 1*)
- Пациентам с тяжелым обострением рекомендуется терапия системными ГКС (преднизолон или эквивалентные дозы других ГКС) перорально или внутривенно (доза преднизолона 2 мг/кг массы тела) (*УУР – А; УДД – 1*)
- Эффективность ГКС оценивается через 2-4 недели с дальнейшим снижением дозы ГКС на 5 мг в 5-7 дней до полной отмены на фоне продолжения терапии иммуносупрессорами. Суммарная продолжительность терапии ГКС не должна превышать 12 недель
- Рекомендуется раннее добавление иммуносупрессоров: азатиоприн (АЗА) 2-2,5 мг/кг или меркаптопурином (МП) 1,5 мг/кг, а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (МТ) 25 мг/нед. п/к или в/м (*УУР – А; УДД – 1*)
- При признаках активного системного воспаления, угрозе сепсиса и/или наличии инфильтрата и/или гнойных осложнений рекомендуется добавить антибиотики (*УУР – В; УДД – 3*)
- Рекомендуется проводить противорецидивную терапию тиопуринами (АЗА/МП) не менее 4 лет в терапевтических дозах (*УУР – В; УДД – 3*)



# Болезнь Крона толстой кишки

- Группе пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью ГКС или при неэффективности или непереносимости иммуносупрессоров рекомендуется биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб или ведолизумаб) (УУР – В; УДД – 3)
- Пациентам с активной БК при назначении инфликсимаба рекомендуется комбинировать его с тиопуринами для повышения эффективности лечения (УУР – А; УДД – 1)
- При первичной неэффективности терапии любым из биологических препаратов рекомендуется смена терапии на препарат другого класса для достижения ремиссии (УУР – А; УДД – 1)
- При потере ответа на терапию любым из биологических препаратов (рецидив БК на фоне ранее достигнутой ремиссии) оптимизация терапии тем же препаратом в виде сокращения интервалов между введениями или увеличения дозы препарата, согласно инструкциям по применению, или смена терапии на другой препарат (УУР – А; УДД – 1)
- Пациентам с активной БК при неэффективности консервативной терапии рекомендовано хирургическое лечение (УУР – А; УДД – 1)



# Болезнь Крона тонкой кишки (кроме терминального илеита)

- Пациентам с БК легкого течения с ограниченным поражением рекомендуется терапия месалазином с преимущественным высвобождением в тонкой кишке в дозе 4 г перорально (УУР – С; УДД – 5)



Оценка ответа через 2-4 недели

Есть ответ (УУР – С; УДД – 5)



Пациентам, достигшим ремиссии на терапии месалазином с преимущественным высвобождением в тонкой кишке, рекомендовано проведение поддерживающей терапии в дозе 4 г перорально

Нет ответа



рекомендуется применять системные ГКС перорально при среднетяжелом течении (доза преднизолона 1 мг/кг массы тела) и в/в или перорально при тяжелом ГКС (доза преднизолона 2 мг/кг массы тела) (УУР – А; УДД – 1)



Оценка ответа через 2-4 недели



# Болезнь Крона тонкой кишки (кроме терминального илеита)

Есть ответ



Добавить иммуносупрессоры (рано):  
азатиоприн (АЗА) 2-2,5 мг/кг  
или меркаптопурином (МП) 1,5 мг/кг,  
а при их непереносимости или неэффективности –  
метотрексат (МТ) 25 мг/нед. п/к или в/м (УУР – А; УДД  
– 1)

- При признаках активного системного воспаления, угрозе сепсиса и/или наличии инфильтрата и/или гнойных осложнений рекомендуется добавить антибиотики (УУР – В; УДД – 3)
- Группе пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью ГКС или при неэффективности или непереносимости иммуносупрессоров рекомендуется биологическая терапия в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб или ведолизумаб) (УУР – В; УДД – 3)



# Болезнь Крона с поражением пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

- Пациентам с активной формой БК с поражением пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью достижения ремиссии рекомендуется начальная терапия системными ГКС в комбинации с ингибиторами протонного насоса (УУР – С; УДД – 5)
- Контролируемые исследования, посвященные эффективности применения лекарственных препаратов для лечения БК с поражением верхних отделов ЖКТ, в настоящее время отсутствуют. При рефрактерном течении отмечен хороший эффект биологической терапии
- Добавить иммуносупрессоры (рано): азатиоприн (АЗА) 2-2,5 мг/кг или меркаптопурином (МП) 1,5 мг/кг, а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (МТ) 25 мг/нед. п/к или в/м (УУР – А; УДД – 1)
- Рекомендуется проводить противорецидивную терапию тиопуринами (АЗА/МП) не менее 4 лет в терапевтических дозах (УУР – А; УДД – 1)
- Группе пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью ГКС или при неэффективности/непереносимости иммуносупрессоров, рекомендуется биологическая терапия аналогичная ситуациям при других локализациях БК (УУР – С; УДД – 3)



# Тяжелое течение болезни Крона любой локализации

- Рекомендуется терапия системными ГКС (преднизолон или эквивалентные дозы других ГКС) внутривенно или перорально (доза преднизолона при данной локализации и тяжести составляет 1-2 мг/кг массы тела) (УУР – А; УДД – 1)



Оценка ответа через 2-4 недели

Нет ответа



рекомендуется биологическая терапия аналогичная ситуациям при других локализациях БК (УУР – С; УДД – 3)

Есть ответ (УУР – А; УДД – 1)



Добавить иммуносупрессоры (рано): азатиоприн (АЗА) 2-2,5 мг/кг или меркаптопурином (МП) 1,5 мг/кг, а при их непереносимости или неэффективности – метотрексат (МТ) 25 мг/нед. п/к или в/м

- При признаках активного системного воспаления, угрозе сепсиса и/или наличии инфильтрата и/или гнойных осложнений рекомендуется добавить антибиотики (УУР – В; УДД – 3)



# Тяжелое течение болезни Крона любой локализации

- Данной группе пациентов при раннем рецидиве заболевания в течение 6 месяцев лечение рекомендуется сразу начинать с биологических препаратов в сочетании с системными ГКС в комбинации с иммуносупрессорами или без них (УУР – С; УДД – 5). Повторные курсы ГКС допустимо назначать только при невозможности применения биологических препаратов.
- Пациентам, достигшим ремиссии любым из биологических препаратов, рекомендуется перейти к поддерживающей терапии тем же препаратом (с иммуносупрессорами или без них) (УУР – А; УДД – 1)
- Пациентам с активной БК при назначении инфликсимаба рекомендуется комбинировать его с тиопуринами для повышения эффективности лечения (УУР – А; УДД – 1)
- При первичной неэффективности терапии любым из биологических препаратов рекомендуется смена терапии на препарат другого класса для достижения ремиссии (УУР – А; УДД – 1)
- При потере ответа на терапию любым из биологических препаратов (рецидив БК на фоне ранее достигнутой ремиссии) оптимизация терапии тем же препаратом в виде сокращения интервалов между введениями или увеличения дозы препарата, согласно инструкциям по применению, или смена терапии на другой препарат (УУР – А; УДД – 1)
- Пациентам с активной БК при неэффективности консервативной терапии рекомендовано хирургическое лечение (УУР – А; УДД – 1)



# Болезнь Крона с перианальными поражениями

- Перианальные поражения при БК часто требуют хирургического лечения
- У всех пациентов с перианальным поражением БК в случае отсутствия показаний к хирургическому лечению или после него рекомендовано назначение иммуносупрессоров (АЗА, МП, МТ) и/или биологических препаратов (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб или ведолизумаб) в стандартных дозах (*УУР – С; УДД – 5*)
- Рекомендовано назначение метронидазола 1 г/сут. и/или ципрофлоксацина 1 г/сут. Антибиотики назначаются длительно (до 6 мес. или до появления побочных эффектов) (*УУР – В; УДД – 2*)
- У пациентов с перианальными проявлениями БК рекомендовано подключение к терапии метронидазолом в виде свечей и мазей (*УУР – В; УДД – 2*)
- У пациентов с перианальными проявлениями БК, при наличии трещин анального канала хирургическое вмешательство не рекомендуется, а отдается предпочтение вышеописанной местной консервативной терапии (*УУР – В; УДД – 2*)





# Мониторинг эффективности и побочных эффектов лекарственной терапии

- Всем пациентам для мониторинга эффективности лечения любыми препаратами рекомендуется исследование кальпротектина в кале (*УУР – В; УДД – 2*). Периодичность мониторинга 1 раз в 3 месяца позволяет своевременно (до появления симптомов заболевания) выявить реакцию воспаления в кишечнике.
- Всем пациентам для мониторинга эффективности лечения любыми препаратами рекомендуется эндоскопия через 6-9 месяцев после назначения терапии (*УУР – В; УДД – 3*)
- Всем пациентам для мониторинга эффективности лечения любыми препаратами рекомендуются визуализирующие методы (КТ или МРТ кишечника) для мониторинга эффективности терапии рекомендуется проводить 1 раз в год (*УУР – В; УДД – 3*)
- Пациентам рекомендовано ежегодно выполнять местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также при необходимости – УЗИ ректальным датчиком (при доступности экспертного исследования) (*УУР – С; УДД – 5*)



# Мониторинг эффективности и побочных эффектов лекарственной терапии

- Пациентам при динамическом нарастании уровня маркеров воспаления (С-реактивного белка, фекального кальпротектина) рекомендуется выполнять (илео)колоноскопию для оценки активности заболевания (УУР – А; УДД – 1)
- 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 БК, периодичность (илео)колоноскопии определяется клиническими рекомендациями по раннему выявлению злокачественных новообразований толстой кишки.
- Пациентам, получающим иммуносупрессоры, рекомендовано ежемесячно выполнять исследование уровня эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов крови, свободного и связанного билирубина, креатинина, мочевины, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, амилазы в крови для оценки функции печени (УУР – С; УДД – 5)



# Мониторинг эффективности и побочных эффектов лекарственной терапии

- Рекомендуется пациентам перед проведением терапии ГИБП и далее каждые 6 месяцев консультация врача-фтизиатра и скрининг на туберкулез (квантифероновый тест, а при невозможности, проведение внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном – проба Манту, диаскин-тест) для диагностики туберкулеза (*УУР – С; УДД – 5*)
- Пациентам до назначения иммуносупрессивной терапии, включая ГИБП и на фоне лечения рекомендуется проводить скрининг на наличие маркеров вирусных гепатитов В (HBsAg, анти-HBc, ДНК качественным методом), С (анти-HCV) и иммунодефицита человека (анти-ВИЧ), а также сифилиса для диагностики сопутствующих заболеваний в соответствии с профессиональными клиническими рекомендациями (*УУР – С; УДД – 5*)
- Рекомендовано строгое соблюдение доз и графика введения биологических препаратов. Нерегулярное введение биологических препаратов повышает риск аллергических реакций и неэффективности лечения (*УУР – В; УДД – 2*)



# Опportunистические инфекции

- В соответствии Европейским консенсусом по профилактике, диагностике и лечению оппортунистических инфекций при ВЗК, такие пациенты подлежат обязательной вакцинопрофилактике (УУР – В; УДД – 3). 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.
  - ✓ **вакцины против COVID-19** (у пациентов, получающих высокие дозы системных ГКС, инфликсимаб или иммуносупрессоры, имеется риск формирования недостаточного иммунного ответа)
- В период терапии ГКС рекомендован мониторинг уровня гликемии.



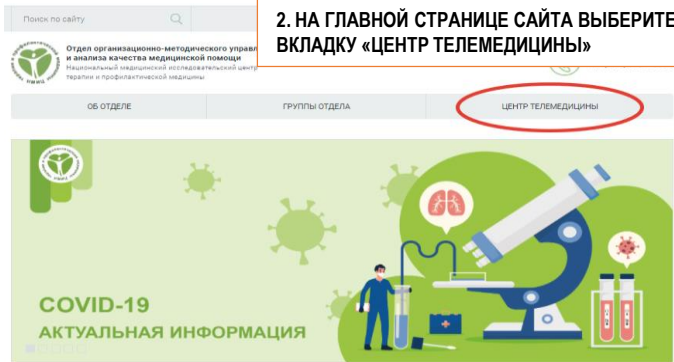
# Показания к хирургическому лечению

- Острые осложнения БК: кишечное кровотечение, перфорация кишки и токсическая дилатацию ободочной кишки
- Хронические осложнения БК: стриктуры, инфильтрат брюшной полости, внутренние или наружные кишечные свищи и наличие неоплазии
- Неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития

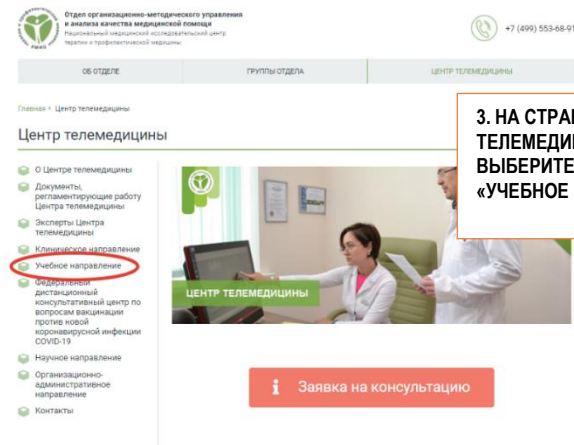
# Заполнение формы обратной связи



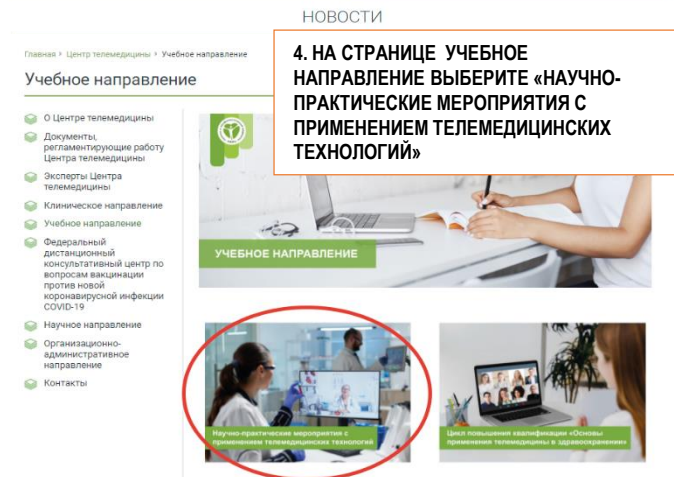
1. <http://org.gnicpm.ru/>



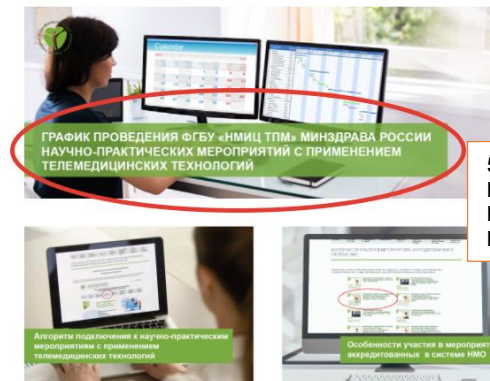
2. НА ГЛАВНОЙ СТРАНИЦЕ САЙТА ВЫБЕРИТЕ ВКЛАДКУ «ЦЕНТР ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ»



3. НА СТРАНИЦЕ ЦЕНТРА ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ВЫБЕРИТЕ ВКЛАДКУ «УЧЕБНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ»



4. НА СТРАНИЦЕ УЧЕБНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ВЫБЕРИТЕ «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»



5. ВЫБЕРИТЕ ГРАФИК ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

6. ВЫБЕРИТЕ ИНТЕРЕСУЮЩЕЕ ВАС МЕРОПРИЯТИЕ



АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ 25.02.2021 10:00-11:00 (МСК)

В соответствии с графиком образовательных мероприятий с применением телемедицинских технологий 25.02.2021 г. состоится лекция «Амбулаторное ведение больных, перенесших острый коронарный синдром»

Явлов И. С., д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики ФГУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

График трансляции:

25.02.2021 г. 10:00-11:00 (мск)

Регистрация и просмотр

Для получения сертификата необходимо заполнить форму обратной связи: [форма обратной связи](#)

7. ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ





ЦЕНТР ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

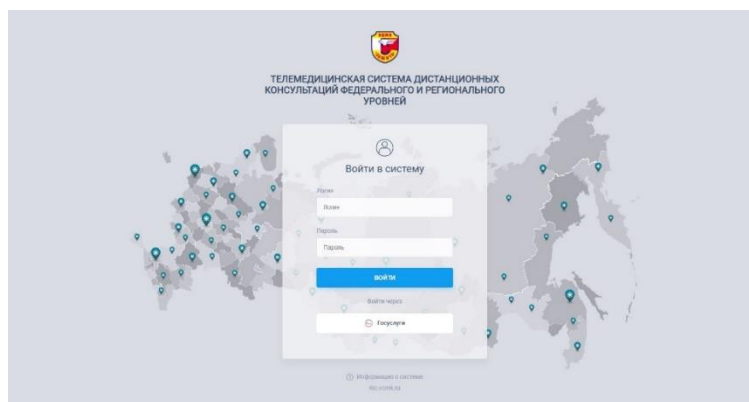


ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ДИСТАНЦИОННЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ЦЕНТР  
ПО ВОПРОСАМ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ  
ИНФЕКЦИИ COVID-19

 Заявка на консультацию

Время работы						
ПН	ВТ	Ср	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
9:00-17:00 (МСК)	9:00-17:00 (МСК)	9:00-17:00 (МСК)	9:00-17:00 (МСК)	9:00-17:00 (МСК)		

Кроме выходных и праздничных дней



Для подачи заявки на телемедицинскую консультацию необходимо быть зарегистрированным в Телемедицинской системе дистанционных консультаций федерального и регионального уровней (<http://tmk.minzdrav.gov.ru/Account/Login>).



+7 (499) 553-69-19



org.gnicpm.ru



telemed@gnicpm.ru

Федеральный дистанционный консультативный центр по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19 создан с целью:

- консультативной помощи с применением телемедицинских технологий по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19;
- проведения еженедельных дистанционных семинаров «Региональный опыт организации проведения вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19»;
- информирования населения по телефонам «горячей линии» по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Телефон горячей линии: +7 (495) 790-71-72



Обращаем ваше внимание, что ФГБУ «НМИЦ Терапии и Профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по профилю Терапия и Терапия (COVID-19 вакцинация) пациентам достигших возраста **18 лет.**



# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

## Наши контакты:



Москва, Петроверигский пер.,  
д. 10, стр. 3



Москва, Китайгородский пр.,  
д. 7



+7 (495) 790-71-72



[vk.com/gnicpmru](https://vk.com/gnicpmru)



[www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)



[t.me/fgbunmictpm](https://t.me/fgbunmictpm)