Болезнь Крона

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K50 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Болезнь Крона — хроническое рецидивирующее трансмуральное воспаление, которое может поражать любой отдел ЖКТ и приводить к стриктурам, свищам, абсцессам и внекишечным проявлениям. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке тяжести и локализации, лечению до бесстероидной клинико-эндоскопической ремиссии, профилактике осложнений и пожизненному мониторингу.

Главное

- Диагноз подтверждают сочетанием анамнеза, клинической картины, эндоскопии и морфологии и/или лучевых методов; однозначного диагностического критерия нет. Достоверный диагноз возможен при наличии 3 любых признаков Lennard–Jones либо гранулемы в сочетании ещё с одним признаком.
- Тяжесть обострения оценивают индексом Харви—Брэдшоу или другими принятыми в учреждении критериями. По простым клиническим критериям тяжелое обострение соответствует стулу 7 и более раз в сутки, температуре выше 38 °C, тахикардии свыше 90 в минуту, снижению массы тела на 5% и более, гемоглобину ниже 90 г/л, СОЭ выше 30 мм/ч или СРБ более двух норм.
- Цель стратегии Treat-to-target — длительная бесстероидная клинико-эндоскопическая ремиссия. Эффективность контролируют по СРБ и фекальному кальпротектину, а также эндоскопическими и лучевыми исследованиями.
- Факторы неблагоприятного прогноза: возраст младше 40 лет при диагнозе, распространённое поражение более 100 см, потребность в системных глюкокортикостероидах в дебюте, перианальные поражения, глубокие язвы, стриктурирующий или пенетрирующий фенотип, поражение верхних отделов ЖКТ, курение, внекишечные проявления и гранулемы.
- Болезнь Крона требует постоянного наблюдения: обычно гастроэнтеролог осматривает пациента каждые 6 месяцев, колопроктолог — ежегодно с пальцевым исследованием прямой кишки; СРБ и фекальный кальпротектин контролируют каждые 3 месяца. При росте маркеров воспаления выполняют илеоколоноскопию.
- При госпитализации и во время обострения на амбулаторном этапе у пациентов с дополнительными факторами риска проводят профилактику венозных тромбоэмболических осложнений нефракционированным или низкомолекулярным гепарином в профилактических дозах; при противопоказаниях используют механические методы.
- Курение относится к прогностически неблагоприятным факторам при БК; с пациентом-курильщиком в обязательном порядке должна быть проведена беседа о необходимости прекращения табакокурения.

Диагностика

1. Направить пациента к гастроэнтерологу и/или колопроктологу; трансректальное пальцевое исследование обязательно при наличии свищей и/или перианальных проявлений болезни Крона, наружных кишечных свищей, свищей с полыми органами, межкишечных свищей, стриктуры кишечника. Уточнить длительность и характер диареи, кровь в стуле, боль, лихорадку, анемию, признаки непроходимости, перианальные и внекишечные проявления, прием антибиотиков и НПВС, курение и семейный анамнез (УУР С, УДД 5).
2. Выполнить общий анализ крови с гемоглобином, гематокритом, эритроцитами, лейкоцитами и тромбоцитами, определить железо, трансферрин, ферритин и СОЭ; дополнить обследование СРБ, общим белком, альбумином, электролитами, печеночными показателями, фибриногеном и глюкозой (УУР С, УДД 5).
3. Для оценки воспаления кишечника определить фекальный кальпротектин (УУР А, УДД 2). После антибиотиков или госпитализации исключить кишечную инфекцию и Clostridioides difficile; при подозрении на БК при первичной диагностике исследовать кал на гельминты методами обогащения (УУР С, УДД 4–5).
4. Провести ректороманоскопию при подозрении на БК, а для установления локализации, протяженности и активности — колоноскопию с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и биопсией поражённой

зоны (УУР С, УДД 5). При первом обращении или острой атаке биоптат направить на патолого-анатомическое исследование.

5. Для оценки эндоскопической активности использовать SES-CD; эндоскопическая ремиссия соответствует активности не более 4 баллов, а эндоскопический ответ — снижению SES-CD более чем на 50% от исходного. Для оценки активности послеоперационного рецидива БК применима шкала Rutgeerts.
6. Для поиска инфильтратов, абсцессов, свищей, перфораций и стриктур выполнить МРТ и/или КТ с контрастированием кишечника (УУР А, УДД 1). При перианальных свищах предпочтительна МРТ малого таза с внутривенным контрастированием (УУР А, УДД 1); трансабдоминальное УЗИ выполняют всем пациентам для поиска осложнений (УУР В, УДД 2).

Лечение

- При легкой илеоцекальной БК первая линия — будесонид 9 мг/сут в течение 8 недель; капсулы затем снижают на 3 мг в неделю, гранулы — по 9 мг через день в течение 2 недель. Ответ оценивают через 2–4 недели; препарат не предназначен для поддерживающей терапии, максимальная длительность приема — 16 недель (УУР В, УДД 1).
- Для профилактики рецидива при легкой илеоцекальной БК одновременно с будесонидом назначают азатиоприн 2–2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут; при непереносимости или неэффективности — метотрексат 25 мг/нед подкожно или внутримышечно. Тиопурины применяют не менее 2–4 лет (УУР А, УДД 1).
- При среднетяжелой илеоцекальной БК при отсутствии эффекта будесонида, инфильтрате, воспалительном сужении или системном воспалении используют преднизолон 1 мг/кг/сут до клинического ответа с последующим снижением на 5 мг каждые 5–7 дней, но не дольше 12 недель. Ответ оценивают через 2–4 недели (УУР А, УДД 1).
- При тяжелой активной БК системный преднизолон начинают внутривенно или перорально в дозе 1,5–2 мг/кг/сут с последующим снижением на 5 мг каждые 5–7 дней, не дольше 12 недель (УУР А, УДД 1). При системном воспалении или инфильтрате добавляют метронидазол 1 г/сут и фторхинолон 1 г/сут парентерально на 10–14 дней (УУР А).
- При стероидорезистентности, стероидозависимости, непереносимости глюкокортикостероидов или неэффективности иммуносупрессоров назначают ГИБП либо упадацитиниб с последующей поддерживающей терапией (УУР А, УДД 1). Примеры схем: инфликсимаб 5 мг/кг внутривенно на 0-й, 2-й и 6-й неделях, затем каждые 8 недель; адалимумаб 160 мг подкожно, через 2 недели 80 мг, затем 40 мг каждые 2 недели; ведолизумаб 300 мг внутривенно на 0-й, 2-й и 6-й неделях, затем каждые 8 недель.
- При перианальной БК для лечения гнойно-воспалительного процесса применяют метронидазол 0,75 г/сут и/или ципрофлоксацин 1 г/сут, обычно длительно — до 6 месяцев или до появления побочных эффектов (УУР В, УДД 2). Проведение комбинированной терапии анти-ФНО с антибактериальными препаратами повышает их эффективность.
- Хирургическое лечение показано при острых и хронических осложнениях БК, задержке физического развития или неэффективности консервативной терапии. Экстренная операция требуется при неконтролируемом кровотечении, перфорации с перитонитом и токсической дилатации.
- После операции противорецидивную терапию начинают в течение 4 недель при отсутствии послеоперационных осложнений (УУР С, УДД 5). При низком риске используют азатиоприн 2–2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут (УУР В, УДД 1); при высоком риске — ГИБП или упадацитиниб (УУР С, УДД 3). Контрольное эндоскопическое исследование проводят через 6–12 месяцев (УУР С, УДД 3).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении БК направить пациента к гастроэнтерологу и/или колопроктологу: консультация должна состояться не позднее 14 рабочих дней, а при тяжелой форме — не позднее 3 рабочих дней.
- Госпитализация в экстренном или неотложном порядке нужна при осложнениях БК или осложнениях лечения, требующих специализированной помощи, включая хирургическое вмешательство, биологическую, гормональную или цитостатическую терапию.
- Направить в стационар при необходимости сложных интервенционных диагностических вмешательств или специализированного лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.

- При тяжелой степени нарушения функции или полной утрате функции требуется госпитализация в круглосуточный стационар; легкие и умеренные нарушения функции лечат амбулаторно.

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз болезни Крона?

Диагноз устанавливают по совокупности анамнеза, клинических данных, эндоскопии и морфологии и/или лучевой диагностики. Достоверный диагноз по Lennard-Jones возможен при наличии 3 любых признаков либо гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

Какие анализы нужны при первичном обследовании?

Нужны общий анализ крови, показатели обмена железа, СОЭ, СРБ, общий белок, альбумин, электролиты, печеночные показатели, глюкоза и фибриноген. Для оценки активности кишечного воспаления определяют фекальный кальпротектин; после антибиотиков или госпитализации исключают Clostridioides difficile.

Чем лечить легкую илеоцекальную болезнь Крона?

Первой линией служит будесонид 9 мг/сут в течение 8 недель с последующим снижением дозы. Одновременно для профилактики рецидива назначают азатиоприн или меркаптопурин; при их непереносимости или неэффективности — метотрексат.

Когда переходить к биологической или таргетной терапии?

ГИБП или упадацитиниб применяют при стероидорезистентности, стероидозависимости, непереносимости глюкокортикостероидов либо неэффективности или непереносимости иммуносупрессоров. При первичной неэффективности анти-ФНО рекомендован переход на ведолизумаб, устекинумаб или упадацитиниб.

Когда пациента с болезнью Крона нужно оперировать?

Показания включают острые осложнения, такие как неконтролируемое кровотечение, перфорация и токсическая дилатация, а также хронические осложнения: стриктуры, инфильтрат брюшной полости, внутренние или наружные кишечные свищи и наличие неоплазии. Операция также показана при неэффективности консервативной терапии и задержке физического развития.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/176-bolezn-krona. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/176_2