Язвенный колит

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K51 · Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов"

Язвенный колит — хроническое рецидивирующее воспаление толстой кишки, обычно начинающееся в прямой кишке и распространяющееся непрерывно проксимально. Рекомендация посвящена диагностике и лечению прежде всего детей: от исключения инфекции и оценки активности по PUCAI до поддерживающей терапии, мониторинга и хирургической тактики.

Главное

- ЯК поражает только толстую кишку, обычно начинается в прямой кишке и распространяется непрерывно в проксимальном направлении; воспаление преимущественно ограничено слизистой оболочкой.
- Подозревать ЯК следует при хронической диарее с кровью продолжительностью не менее 4 недель или при двух и более эпизодах за 6 месяцев, особенно если есть тенезмы, боли в животе, анемия, повышение маркеров воспаления, потеря массы тела или задержка роста.
- Активность у детей оценивают по PUCAI: ремиссия — менее 10 баллов, легкая атака — 10–34, среднетяжелая — 35–64, тяжелая — более 65 баллов; клинически значимый ответ — снижение индекса минимум на 20 баллов.
- Цель лечения — клиническая и эндоскопическая, по возможности гистологическая ремиссия. После ее достижения неоперированному пациенту нужна постоянная поддерживающая терапия.
- К тяжелым осложнениям относятся кишечное кровотечение, токсическая дилатация, перфорация толстой кишки и колоректальный рак; токсический мегаколон предполагают при расширении поперечной ободочной кишки на фоне интоксикации.
- Детям с ЯК обычно проводят осмотр гастроэнтеролога, общий анализ крови, С-реактивный белок и фекальный кальпротектин примерно каждые 3 месяца; рутинная ежегодная эндоскопия без клинических показаний не нужна.

Диагностика

1. Собрать анамнез: частота и характер стула, кровь, тенезмы, боли в животе, ночные дефекации, потеря массы тела, задержка роста и полового развития, семейный анамнез ВЗК и внекишечные проявления.
2. Провести осмотр с оценкой температуры, питания, роста, полового развития, отеков, признаков интоксикации, перфорации и токсической дилатации; осмотреть перианальную область и выполнить пальцевое исследование прямой кишки.
3. Выполнить общий анализ крови с гематокритом и СОЭ, С-реактивный белок, биохимический анализ крови с общим белком, альбумином, печеночными пробами и электролитами; при анемии исследовать ферритин и трансферрин.
4. При дебюте или обострении исключить кишечную инфекцию: исследовать кал на бактериальные возбудители, паразитов и C. difficile; при тяжелом течении, недавней антибиотикотерапии или пребывании в стационаре предпочтительно исследование на C. difficile методом ПЦР.
5. Исследовать фекальный кальпротектин как неинвазивный маркер воспаления; при повышении более чем в 5 раз — 212 мг/г или выше с учетом возраста — ребенка направляют в гастроэнтерологическое отделение для углубленного обследования.
6. Для подтверждения диагноза выполнить колоноскопию с интестиноскопией и множественной биопсией; при первичной диагностике взять материал из прямой кишки, не менее чем из четырех других отделов толстой кишки и из подвздошной кишки. Для дифференциации с болезнью Крона проводят также эзофагогастродуоденоскопию.
7. Определить распространенность поражения и тяжесть атаки: локализацию классифицируют как E1–E4, активность оценивают по PUCAI.
8. Эндоскопическую активность описывают с помощью UCEIS или Mayo ES.

Лечение

- Регулярно оценивать массу тела и рост. Предпочтительны обычное питание и при необходимости энтеральные смеси; парентеральное питание используют только при полной невозможности энтерального питания. Специальные диеты и биологически активные добавки для индукции или поддержания ремиссии не рекомендованы.
- При легкой и среднетяжелой активности 5-АСК — первая линия для индукции и поддержания ремиссии (УУР С, УДД 5). Для месалазина начальная пероральная доза обычно составляет 30–50 мг/кг/сут, максимум 75 мг/кг/сут; в отдельных случаях возможно 60–75 мг/кг/сут, не более 4 г/сут, а при необходимости — до 80 мг/кг/сут, не более 4,8 г/сут.
- При дистальном поражении добавляют ректальный месалазин 25 мг/кг 1 раз в сутки, максимум 1 г/сут. Комбинация пероральной и ректальной 5-АСК эффективнее монотерапии; при легком проктите суппозитории применяют по 0,5 г/сут в течение 3–6 недель.
- Системные кортикостероиды используют для индукции, но не для поддержания ремиссии (УУР С, УДД 5). Пероральный преднизолон назначают в дозе 1 мг/кг/сут, не превышая эту дозу; для тяжелой атаки возможна доза до 60 мг/сут. После ответа дозу постепенно снижают до полной отмены.
- Азатиоприн или меркаптопурин применяют для поддержания ремиссии при непереносимости 5-АСК, частых рецидивах — 2–3 обострения в год — или гормонозависимом течении. Ориентировочные дозы: азатиоприн до 2,5 мг/кг/сут, меркаптопурин 1–1,5 мг/кг/сут; эффект ожидают через 10–14 недель.
- Инфликсимаб применяют при хроническом непрерывном или гормонозависимом течении, не контролируемом 5-АСК и тиопуринами, а также при тяжелой атаке как препарат второй линии. Схема — 5 мг/кг внутривенно на 0-й, 2-й и 6-й неделях, затем 5 мг/кг каждые 8 недель; при потере ответа дозу можно увеличить до 10 мг/кг или сократить интервал до 4–6 недель.
- При токсическом мегаколоне начинают интенсивную инфузионную, антибактериальную и противовоспалительную терапию системными кортикостероидами, проводят декомпрессию кишечника назогастральной и ректальной интубацией. Если эффекта нет за 24–72 часа, нужна экстренная операция.
- При тяжелом кровотечении без массивной кровопотери проводят интенсивную гемостатическую терапию и переливание эритроцитарной массы в течение 24–48 часов; при отсутствии эффекта или массивной кровопотере показано экстренное хирургическое вмешательство.

Когда направить и как наблюдать

- Ребенка с тяжелой или сверхтяжелой атакой госпитализируют в многопрофильный стационар — гастроэнтерологическое, педиатрическое или хирургическое отделение (УУР С, УДД 5).
- При фекальном кальпротектине более 212 мг/г или более чем в 5 раз выше порогового значения с учетом возраста требуется направление в гастроэнтерологическое отделение для углубленного обследования.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях ЯК либо осложнениях лечения, требующих специализированной помощи; плановая — при необходимости хирургической, гормональной, цитостатической, биологической или таргетной терапии в условиях стационара.
- При кровотечении, перфорации, токсической дилатации или тяжелом/сверхтяжелом колите с неэффективностью консервативной терапии показана экстренная тотальная или субтотальная колэктомия с терминальной илеостомой.
- Плановое хирургическое лечение рассматривают при гормонорезистентности или гормонозависимости, неэффективности биологической терапии, непереносимости или противопоказаниях к консервативному лечению, а также при дисплазии высокой степени.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее типичны для язвенного колита у ребенка?

Характерны хроническая или рецидивирующая диарея с кровью, тенезмы, спастические боли в животе и ночной стул. При тяжелом течении возможны лихорадка, слабость, потеря массы тела, анемия и задержка роста.

Как интерпретировать PUCAI?

Ремиссия соответствует менее 10 баллам, легкая атака — 10–34, среднетяжелая — 35–64, тяжелая — более 65. Снижение PUCAI минимум на 20 баллов считают клинически значимым ответом.

Нужна ли колоноскопия при каждом обострении?

Нет. При нетяжелом рецидиве ее обычно не проводят; исследование выполняют при высоком кальпротектине, существенном изменении лечения, сомнении в оценке симптомов или подозрении на осложнение. При высоком кальпротектине ориентиром служит значение более 250 мг/г.

Какая доза месалазина используется у детей?

Для индукции обычно назначают 30–50 мг/кг/сут, максимум 75 мг/кг/сут. В отдельных случаях допустимы 60–75 мг/кг/сут, не более 4 г/сут, а при необходимости — до 80 мг/кг/сут, не более 4,8 г/сут; при дистальном поражении добавляют ректальную форму 25 мг/кг/сут.

Когда при язвенном колите нужна госпитализация?

Госпитализация нужна при осложнениях ЯК либо осложнениях лечения, требующих специализированной помощи; плановая — при необходимости специализированной гормональной, цитостатической, биологической или хирургической терапии в условиях стационара.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/391-yazvennyj-kolit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/391_3