Болезнь Крона

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K50, K52.3, K52.9 · Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов"

Болезнь Крона — хроническое рецидивирующее трансмуральное сегментарное воспаление желудочно-кишечного тракта, способное поражать любой его отдел и приводить к свищам, стриктурам, абсцессам и внекишечным проявлениям. Рекомендация посвящена диагностике и лечению детей: подтверждению диагноза эндоскопией с биопсией, индукции и поддержанию ремиссии, профилактике осложнений и своевременному хирургическому лечению.

Главное

- Диагноз БК устанавливают не по одному тесту, а по совокупности анамнеза, клинических проявлений, эндоскопической картины и гистологии. Достоверность повышается при наличии трех признаков по критериям Lennard-Jones либо одного признака в сочетании с неказеозной гранулемой.
- Для оценки активности, ответа на лечение и ремиссии используют PCDAI: менее 10 баллов — ремиссия, 11–30 — легкая или среднетяжелая форма, 30–100 — тяжелая форма; клинический ответ означает снижение индекса минимум на 15 баллов при итоговом значении не более 30.
- При подозрении на БК определяют фекальный кальпротектин. Повышение более чем в 5 раз, ориентировочно до 250 мг/г и выше с учетом возраста, — основание направить ребенка в гастроэнтерологическое отделение; у детей раннего возраста кальпротектин может быть повышен и в норме достигать 2000 мкг/г.
- У детей с неблагоприятными факторами — глубокими язвами толстой кишки, тяжелым или распространенным поражением, задержкой роста, тяжелым остеопорозом, фенотипом B2/B3 или тяжелым перианальным поражением — терапию следует оптимизировать, включая тиопурины, метотрексат или анти-ФНО-препараты.
- Лечение направлено на глубокую ремиссию с эндоскопическим заживлением слизистой, длительное поддержание ремиссии без глюкокортикоидов, предупреждение осложнений и операций, а также сохранение нормального роста и развития.
- Наблюдение пожизненное: обычно осмотр гастроэнтеролога или педиатра, оценку роста и полового развития, общий анализ крови, СРБ и фекальный кальпротектин проводят примерно каждые 3 месяца.
- Курение относится к неблагоприятным прогностическим факторам. С ребенком и законными представителями следует провести профилактическую беседу о вреде табакокурения; с пациентом-курильщиком — беседу о необходимости прекращения курения, включая электронные сигареты.

Диагностика

1. Собрать анамнез: длительность диареи, боли, потерю массы, лихорадку, анемию, задержку роста, перианальные симптомы, поездки, прием антибиотиков и НПВП, курение и семейный анамнез ВЗК. Хроническая диарея более 6 недель, особенно без крови, является типичным симптомом у детей.
2. Провести полный осмотр с оценкой физического и полового развития, массы тела, слизистой рта, живота, перианальной области и внекишечных проявлений.
3. Назначить фекальный кальпротектин, общий анализ крови с формулой и СОЭ, СРБ, биохимический анализ крови с оценкой белка, альбумина, печеночных ферментов, билирубина, электролитов, железа и функции почек. При необходимости исключить кишечные инфекции, C. difficile, паразитозы и целиакию.
4. Выполнить колоноскопию с илеоскопией и ступенчатой биопсией всех осмотренных отделов; эзофагогастродуоденоскопию проводят при наличии показаний. Биопсии берут как из измененных, так и из визуально нормальных участков.
5. Для гистологической верификации желательно получить не менее двух биоптатов из подвздошной кишки и минимум из пяти отделов толстой кишки, включая прямую кишку. Ищут сегментарное, очаговое и трансмуральное воспаление, криптиты, крипт-абсцессы, язвы, пилорическую метаплазию и неказеозные гранулемы; отсутствие гранулем БК не исключает.

6. При подозрении на поражение тонкой кишки используют МР-энтерографию и/или КТ-энтерографию. Видеокапсульную эндоскопию проводят после исключения стриктур; при перианальных свищах выполняют МРТ малого таза или альтернативное исследование для определения свищевых ходов и осложнений.
7. Дифференциальный ряд включает язвенный колит, инфекции, C. difficile-ассоциированную диарею, цитомегаловирусный колит, туберкулез кишечника, целиакию, васкулиты и первичные иммунодефициты.

Лечение

- Первая линия индукции ремиссии у детей с новым диагнозом или воспалительным обострением — полное энтеральное питание в течение 6–8 недель; рекомендуется срок не менее 8 недель. Исключения составляют тяжелый панколит, оральная и изолированная перианальная БК. Если клинического ответа нет в первые 2 недели, выбирают альтернативное лечение.
- Частичное энтеральное питание применяют только вместе с медикаментозной терапией, а не как монотерапию. При БК назначают специализированную диету с исключением продуктов, способных нарушать микробиоту, повышать проницаемость кишечного барьера и вызывать хроническое воспаление.
- Системные глюкокортикоиды используют для индукции при среднетяжелом и тяжелом воспалительном обострении, при повторной атаке или невозможности ПЭП. Преднизолон назначают обычно по 1 мг/кг утром, максимум 40 мг/сут; при недостаточном эффекте — до 1,5 мг/кг, максимум 60 мг/сут, с начальной дозой в течение 2 недель и постепенной отменой не позднее 12 недель.
- При легком или среднетяжелом поражении илеоцекальной области альтернативой системным глюкокортикоидам служит будесонид: 9 мг ежедневно 7 недель, затем 6 мг ежедневно 3 недели. Глюкокортикоиды не используют для поддержания ремиссии.
- Для поддержания ремиссии у детей, которым требовались глюкокортикоиды или будесонид, а также при высоком риске неблагоприятного исхода, применяют азатиоприн 2,0–2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин в среднем 1,5 мг/кг/сут. Метотрексат используют как вариант первой линии при высоком риске либо при неэффективности или непереносимости тиопуринов: 15 мг/м² 1 раз в неделю, максимум 25 мг; обычно препарат вводят подкожно.
- Перед тиопуринами по возможности определяют активность ТПМТ; нормой указаны 230–450 Ед/мл. В первый месяц контролируют общий анализ крови и печеночные ферменты первоначально каждые 1–2 недели, затем во время лечения — каждые 3 месяца; при лейкоцитах менее 3000/мм³ дозу снижают вдвое, при менее 1500/мм³ тиопурины противопоказаны.
- При перианальных поражениях анти-ФНО-препараты используют как первую линию индукции и поддержания в сочетании с антибактериальной терапией или хирургической коррекцией. Возможны метронидазол 10–20 мг/кг/сут внутрь в 3 приема и ципрофлоксацин 20 мг/кг/сут внутрь в 2 приема; при сложных свищах необходимы визуализация и дренирование, после адекватного дренирования может применяться инфликсимаб или адалимумаб.
- После операции эндоскопию с оценкой анастомоза по Rutgeerts выполняют через 6–12 месяцев. Противорецидивную терапию начинают рано, в течение 4 недель; при высоком эндоскопическом риске i2–i4 показана анти-ФНО-терапия.

Когда направить и как наблюдать

- При повышении фекального кальпротектина более чем в 5 раз, ориентировочно до 250 мг/г и выше с учетом возраста, ребенка направляют в гастроэнтерологическое отделение для углубленного обследования.
- В большинстве случаев для диагностики БК ребенка направляют в стационар; плановая госпитализация нужна для сложных инвазивных исследований и специализированной гормональной, иммуносупрессивной, биологической или таргетной терапии.
- Экстренная госпитализация требуется при осложнениях БК, нуждающихся в неотложной специализированной помощи.
- При кишечном кровотечении ориентируются на учащение стула более 6 раз в сутки с кровью, кровопотерю более 10–15% объема циркулирующей крови, тахикардию или снижение гемоглобина менее 80 г/л; при ухудшении или отсутствии эффекта за 24–48 часов на фоне интенсивного лечения показана экстренная операция.

- При токсической дилатации толстой кишки хирургическое лечение показано, если интенсивная консервативная терапия неэффективна в течение 24–48 часов; ориентир по диаметру поперечной ободочной кишки — более 55 мм у детей старше 11 лет и более 40 мм у детей младше 11 лет.

Частые вопросы

Как подтвердить болезнь Крона у ребенка?

Диагноз основан на сочетании анамнеза, клинических данных и типичных эндоскопических и гистологических изменений; активность оценивают по PCDAI.

Какой кальпротектин считать основанием для направления к гастроэнтерологу?

При повышении более чем в 5 раз, ориентировочно до 250 мг/г и выше с учетом возраста, ребенка направляют в гастроэнтерологическое отделение. У детей раннего возраста показатель может быть физиологически повышен до 2000 мкг/г.

Что является первой линией индукции ремиссии у детей?

При новом диагнозе или воспалительном обострении обычно выбирают полное энтеральное питание в течение 6–8 недель; рекомендуется срок не менее 8 недель. При тяжелом панколите, оральной или изолированной перианальной БК этот подход не относится к стандартной первой линии.

Как назначать преднизолон при обострении БК?

Обычно назначают 1 мг/кг утром, максимум 40 мг/сут; при недостаточном ответе дозу увеличивают до 1,5 мг/кг, но не более 60 мг/сут. Начальную дозу сохраняют 2 недели, затем постепенно снижают и отменяют не позднее 12 недель.

Когда проводить послеоперационную эндоскопию и начинать профилактику рецидива?

Контрольную эндоскопию с оценкой анастомоза по Rutgeerts выполняют через 6–12 месяцев после операции. Противорецидивную терапию начинают в течение 4 недель, а при эндоскопическом риске i2–i4 назначают анти-ФНО-терапию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/682-bolezn-krona. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/682_2