

Диспансерное наблюдение пациентов с болезнью Крона врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Болезнь Крона — хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. Заболевание протекает с чередованием периодов ремиссии и обострений, может сопровождаться формированием стриктур, свищей, абсцессов, кишечных кровотечений, внекишечных проявлений, снижением качества жизни и риском инвалидизации пациентов. Методические рекомендации посвящены организации диспансерного наблюдения пациентов с болезнью Крона в первичном звене здравоохранения. В документе представлены основные принципы постановки пациента на диспансерное наблюдение, периодичность диспансерных приемов, алгоритм оценки жалоб, анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования. Особое внимание уделено мониторингу активности заболевания, эффективности и безопасности терапии, оценке достижения целевых показателей здоровья, своевременному выявлению факторов неблагоприятного прогноза, показаний к госпитализации, а также профилактическим мероприятиям. Диспансерное наблюдение рассматривается как ключевой элемент проактивного ведения пациентов, направленный на поддержание бесстероидной ремиссии, предупреждение осложнений, снижение частоты госпитализаций и улучшение долгосрочных клинических исходов.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов, врачей общей практики, участковых терапевтов, фельдшеров, выполняющих отдельные функции лечащего врача, а также могут быть полезны гастроэнтерологам, колопроктологам, организаторам здравоохранения и другим специалистам, участвующим в маршрутизации и наблюдении пациентов с болезнью Крона.

Ключевые слова: болезнь Крона, диспансерное наблюдение, первичная медико-санитарная помощь, воспалительные заболевания кишечника, методические рекомендации, врач-терапевт.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Абдуганиева Д. И. — д.м.н., профессор, профессор РАН, и.о. проректора, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань, Россия)
Куняева Т. А. — к.м.н., доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО "МГУ им. Н.П. Огарева", зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ Республики Мордовия "Мордовская республиканская центральная клиническая больница", главный специалист терапевт, пульмонолог Министерства здравоохранения Республики Мордовия, Главный специалист терапевт Минздрава России по ПФО (Саранск, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 6 от 23 июня 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Бакулин И. Г., Ливзан М. А., Князев О. В., Бордин Д. С., Жарова М. Е., Шепель Р. Н. Диспансерное наблюдение пациентов с болезнью Крона врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2026;3(2S):164-201. doi: 10.15829/3034-4123-2026-158. EDN: FRKBKP

Драпкина О. М.^{1,2},
Бакулин И. Г.³,
Ливзан М. А.⁴,
Князев О. В.^{5,6},
Бордин Д. С.^{5,2,7},
Жарова М. Е.^{1*},
Шепель Р. Н.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, Омск, Российская Федерация

⁵БУЗ "Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова" Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация

⁶ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

⁷ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
zharowa.mariya@yandex.ru

Поступила: 23.06.2026
Принята: 26.06.2026



Follow-up care for patients with Crohn's disease by a primary care physician. Guidelines

Crohn's disease is a chronic, relapsing gastrointestinal disorder of unknown etiology, characterized by transmural, segmental, granulomatous inflammation with the development of local and systemic complications. The disease progresses with alternating periods of remission and exacerbations and may be accompanied by the development of strictures, fistulas, abscesses, intestinal bleeding, extraintestinal manifestations, decreased quality of life, and the risk of disability.

These guidelines address the management of follow-up care for patients with Crohn's disease in primary care. The document presents the basic principles of patient registration for follow-up monitoring, the frequency of follow-up visits, and an algorithm for assessing complaints, medical history, physical and paraclinical examination methods. Particular attention is paid to monitoring disease activity, treatment efficacy and safety, assessing the achievement of health targets, promptly identifying unfavorable prognostic factors and indications for hospitalization, as well as preventive measures. Follow-up care is considered a key element of proactive patient management aimed at maintaining steroid-free remission, preventing complications, reducing the hospitalization rate, and improving long-term clinical outcomes.

These guidelines are intended for internists, primary care physicians, general practitioners, and paramedics performing the doctor's functions. They may also be useful for gastroenterologists, proctologists, healthcare executives, and other specialists involved in the management and monitoring of patients with Crohn's disease.

Keywords: Crohn's disease, follow-up monitoring, primary care, inflammatory bowel disease, guidelines, general practitioner.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Bakulin I. G., Livzan M. A., Knyazev O. V., Bordin D. S., Zharova M. E., Shepel R. N. Follow-up care for patients with Crohn's disease by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2026;3(2S):164-201. doi: 10.15829/3034-4123-2026-158. EDN: FRKBKP

БК — болезнь Крона, ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ГКС — глюкокортикостероиды, ДН — диспансерное наблюдение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, КТ — компьютерная томография, МРТ — магнитно-резонансная томография, СРБ — С-реактивный белок, УЗИ — ультразвуковое исследование.

Drapkina O. M.^{1,2},
Bakulin I. G.³,
Livzan M. A.⁴,
Knyazev O. V.^{5,6},
Bordin D. S.^{5,2,7},
Zharova M. E.^{1*},
Shepel R. N.¹

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

²Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

³I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

⁴Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation

⁵Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russian Federation

⁶Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russian Federation

⁷Tver State Medical University, Tver, Russian Federation

*Corresponding author:
zharova.mariya@yandex.ru

Received: 23.06.2026

Accepted: 26.06.2026



Болезнь Крона (БК) — хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений¹. При БК возможно поражение любого отдела ЖКТ — от полости рта до перианальной области. Заболевание относится к группе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) и протекает с чередованием периодов ремиссии и обострений, формированием осложнений (стриктуры, свищи, абсцессы) и внекишечных проявлений¹.

Естественное течение БК характеризуется прогрессирующим характером воспаления с постепенным формированием структурных изменений кишечной стенки. На ранних стадиях заболевание может проявляться умеренной клинической симптоматикой, однако при отсутствии адекватной терапии повышается риск осложнений, инвалидизации и снижения качества жизни пациентов. Современная стратегия ведения пациентов основана на концепции "лечение до достижения цели" ("treat-to-target"), предполагающей достижение клинической, эндоскопической, и в идеале, гистологической ремиссии с целью предупреждения осложнений и изменения естественного течения заболевания¹.

По данным международных эпидемиологических исследований, распространенность БК в странах Европы и Северной Америки достигает 100-300 случаев на 100 тыс. населения, при этом отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваемости во всем мире, включая страны Восточной Европы и Азиатско-Тихоокеанского региона [1-4].

До 2017 г. в Российской Федерации не проводилось общенациональных эпидемиологических исследований по ВЗК, в частности по БК. Имеющиеся данные основывались исключительно на региональных регистрах, что не позволяло в полной мере оценить истинное бремя данной патологии в масштабах всей страны [1, 5, 6]. Согласно сведениям региональных регистров, оценочные данные по распространенности БК — 3,5 случая на 100 тыс. населения [1]. В более поздних исследованиях отмечается существенно более высокая распространенность ВЗК: так, в Московской области данный показатель достиг 60,7 случая на 100 тыс. населения. В других регионах также фиксируются вы-

сокие значения: в Иркутске — 74,9, в Республике Татарстан — 40,0, а в Новосибирской области — 49,0 случая на 100 тыс. населения [7].

Характерными особенностями течения ВЗК, в том числе и в России, являются поздняя диагностика и старт таргетной терапии, а также превышение сроков терапии глюкокортикостероидами (ГКС) с высокой частотой повторных курсов. Так, по данным исследования INTENT [8] было продемонстрировано, что пациенты в нашей стране получали от 2 до 7 повторных курсов ГКС до назначения таргетной терапии, что не соответствует национальным и международным клиническим рекомендациям [9].

В связи с отсутствием обобщенных федеральных данных о распространенности и заболеваемости ВЗК, косвенным индикатором роста бремени патологии служит неуклонное увеличение числа госпитализаций [1].

Заболевание чаще дебютирует в молодом трудоспособном возрасте (15-35 лет), что определяет его значимое социально-экономическое бремя [1].

Учитывая хронический характер заболевания, необходимость длительной иммуносупрессивной терапии, риск хирургических вмешательств и развитие осложнений, пациенты с БК требуют диспансерного наблюдения (ДН).

ДН пациентов с БК направлено на:

- поддержание бесстероидной ремиссии;
- своевременное выявление осложнений (стриктуры, свищи, абсцессы, кишечные кровотечения);
- мониторинг безопасности и эффективности медикаментозной терапии;
- скрининг злокачественных новообразований;
- профилактику инвалидизации и снижение частоты госпитализаций.

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения ДН пациентов с БК являются Клинические рекомендации "Болезнь Крона"¹ и стандарт медицинской помощи взрослым при БК, утвержденным приказом Минздрава России от 14 февраля 2022 г. № 76н². ДН пациентов с БК врачом-терапевтом³ осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"⁴.

¹ Клинические рекомендации "Болезнь Крона", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/176_2.

² Приказ Минздрава России от 14.02.2022 № 76н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при болезни Крона (диагностика и лечение)" <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202203220004>.

³ Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н.

⁴ Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>.

Постановка пациента на ДН должно быть осуществлена в течение трех дней после:

- установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях⁴.

Диагноз БК устанавливается на основании совокупности клинических, лабораторных, эндоскопических, морфологических и инструментальных данных.

Критерии установления диагноза БК:

Однозначных диагностических критериев БК не существует, диагноз устанавливается на основании сочетания анамнестических сведений, клинической картины, эндоскопических изменений, доказательств трансмурального воспаления, полученных в результате применения лучевых методов диагностики (магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), ультразвуковое исследование (УЗИ)), и морфологических данных.

Общепринятыми являются критерии достоверного диагноза БК по Lennard-Jones, включающие определение семи ключевых признаков заболевания:

1. Локализация в любом месте ЖКТ от полости рта до анального канала; хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение ([Приложение 1](#)).

2. Прерывистый (фрагментарный) характер поражения.

3. Трансмуральный характер поражения: язвы-трещины, абсцессы, свищи.

4. Фиброз: стриктуры.

5. Лимфоцитарная инфильтрация (гистология): афтоидные язвы или трансмуральные очаговые лимфоидные скопления.

6. Муцин (гистология): нормальное содержание муцина (сохранение секреции) в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки.

7. Наличие эпителиоидной гранулемы.

Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

Диагноз должен быть подтвержден:

- эндоскопическим и морфологическим методом и/или эндоскопическим и лучевым методом диагностики.

Эндоскопические признаки БК:

- Регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки;
- Симптом "бульжной мостовой" (сочетание глубоких продольно и поперечно ориентированных язв с выбухающей гиперплазированной слизистой между ними);

- Линейные язвы (язвы-трещины);
- Афты;
- В ряде случаев стриктуры и устья свищей¹.

Рентгенологические проявления БК:

- Регионарное поражение;
- Прерывистое поражение;
- Стриктуры;
- "Бульжная мостовая";
- Межкишечные свищи или внутрибрюшные абсцессы.

Морфологические признаки БК:

- 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;
- Поражение подвздошной кишки со структурными изменениями ворсин, мукоидной или псевдопилорической метаплазией крипт и хроническим активным воспалением;
- Прерывистое поражение — чередование пораженных и здоровых участков кишки (при исследовании резецированного участка кишки).

МР-признаки БК:

- Трансмуральное утолщение стенок;
- Интрамуральный/ муэральный отек;
- Воспалительные изменения;
- Стенозы и/или стриктуры;
- Наличие абсцессов, фистул, инфильтратов;
- Усиление кровотока по брыжеечному краю воспаленной кишки (симптом "расчески"), периваскулярное воспаление;
- Фиброзно-жировая пролиферация (симптом "ползучего жира"), перимезентериальный отек.

УЗИ признаки БК: [Приложение 2](#).

- Утолщение кишечной стенки >3 мм (чувствительность 89% и специфичность 96%, соответственно) или 4 мм (чувствительность 87% и специфичность 98%);
- Нарушение стратификации слоев стенки кишечника за счет подслизистого и мышечного слоя;
- Повышение васкуляризации пораженной стенки кишечника при субъективной оценке с помощью цветного дуплексного картирования отражает воспалительную активность;
- Подслизистое усиление васкуляризации пораженных участков на цветной доплерографии;

- Гипертрофия мезентериальной жировой ткани вокруг пораженного кишечника (симптом "ползучего жира");
- Стенозы: утолщение и жесткость стенки кишки, сужение просвета (диаметром <1 см), проксимальная дилатация (>25-30 мм) и гиперперистальтика престенозной кишки;
- Кишечные свищи: визуализируются в виде гипоехогенных участков или ходов с внутренними газовыми артефактами или без них;
- Абсцессы брюшной полости выявляются как гипо-анэхогенные очаги, содержащие жидкие и газообразные артефакты; заднее усиление; неровные края иногда в пределах гипертрофированной брыжейки.

ВАЖНО!

Наличие одного изолированного признака не является достаточным для установления диагноза БК. Требуется комплексная оценка клинико-лабораторных и инструментальных данных с обязательным исключением инфекционной и другой органической патологии кишечника.

ДН пациентов с БК представляет собой ключевой элемент стратегии проактивного ведения данного заболевания, направленный на изменение его естественного течения, снижение риска осложнений и улучшение долгосрочных клинических исходов.

Таблица 1

Алгоритм проведения ДН

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
K50 Болезнь Крона (регионарный энтерит)	Первое посещение: при взятии под ДН, направление пациента на профилактический медицинский осмотр или диспансеризация определенных групп взрослого населения; В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Сбор жалоб с оценкой их динамики: Сбор жалоб у пациента с БК является ключевым этапом как первичной диагностики, так и ДН. Необходимо детально оценивать характер симптомов и их изменения во времени. <i>Кишечный синдром</i> Частота и характер стула Необходимо уточнить: • количество дефекаций в сутки; • консистенцию стула (жидкий, кашицеобразный, водянистый); • наличие примеси крови, слизи, гноя; • наличие ночных дефекаций; • эпизоды недержания. <i>Болевой синдром</i> Необходимо уточнить: • локализация; • интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале; • связь с приемом пищи/дефекацией, другими провоцирующими факторами; • наличие симптомов кишечной непроходимости (схваткообразные боли, вздутие, задержка стула и газов). <i>Признаки системного воспаления</i> Необходимо уточнить: • повышение температуры тела; • общую слабость; • изменение массы тела; • ночную потливость. <i>Перианальные и осложненные формы</i> Необходимо уточнить: • боли в области ануса; • выделения из перианальной области; • эпизодах парапроктита; • хронических анальных трещинах; • свищах. <i>Внекишечные проявления</i> Необходимо уточнить: • боли и припухлость суставов; • кожные проявления (узловатая эритема, гангренозная пиодермия); • симптомы поражения глаз (боль, покраснение); • признаки аутоиммунного гепатита.

⁵ Международная классификация болезней 10-го пересмотра. <https://mkb-10.com/>.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Сбор анамнеза Сбор анамнеза у пациентов с БК направлен на уточнение характера дебюта заболевания, особенностей течения, наличия осложнений и факторов неблагоприятного прогноза. Анамнестические данные являются важной частью установления диагноза и определения тактики ведения. Анамнез данного заболевания • Начало болезни: возраст начала заболевания; характер дебюта (острое или постепенное начало); первые проявления (диарея, боль в животе, снижение массы тела, лихорадка, перианальные проявления); наличие внекишечных симптомов на момент дебюта. • Ранний возраст начала (<40 лет) ассоциируется с более агрессивным течением заболевания. • Характер течения: длительность заболевания; частоту и тяжесть обострений; длительность ремиссий; наличие стероидной зависимости или резистентности; потребность в госпитализациях. • Локализация и фенотип заболевания. По данным ранее выполненных обследований уточняется: пораженные отделы ЖКТ; наличие стриктур; наличие свищей; перианальное поражение. Анамнестические сведения должны быть сопоставлены с Монреальской классификацией (локализация, фенотип, возраст начала), Приложение 1. • Перенесенные осложнения: эпизоды кишечной непроходимости; абсцессы; свищи различной локализации; кишечные кровотечения; внекишечные осложнения. • Ранее проводимая терапия. Следует подробно отразить: препараты для индукции ремиссии (ГКС, будесонид); иммуносупрессоры; генно-инженерные биологические препараты; таргетные иммуносупрессоры; длительность терапии; дозировки; эффективность; причины отмены (неэффективность, нежелательные явления). Отдельно фиксируется: стероидозависимость; стероидорезистентность; потеря ответа на биологическую терапию. • Факторы риска и сопутствующие обстоятельства: перенесенные кишечные инфекции; прием НПВС и антибиотиков; семейный анамнез ВЗК; сопутствующие аутоиммунные заболевания. • Оценка текущего этапа заболевания: длительность текущего обострения; динамика симптомов; ответ на текущую терапию; наличие признаков прогрессирования. • Оперативные вмешательства: вид операции; дата выполнения; объем вмешательства; наличие послеоперационных осложнений. Анамнез жизни • Образование и профессиональный анамнез: образование, профессия и профессионально-производственные условия, наличие (и каких) неблагоприятных профессиональных факторов. Уточнить контакт с токсичными веществами в рамках профессиональной деятельности. • Жилищные условия (удовлетворительные или неудовлетворительные), режим питания и его характеристика (полноценное, рациональное, злоупотребление поваренной солью, жирами и т. д.), характеристика личного гигиенического режима (физическая активность, прогулки, занятия спортом). • Перенесенные заболевания и травмы, контузии ранения (при наличии сопутствующих заболеваний вне обострения и не влияющих на тяжесть состояния больного, описать их в этом разделе). • Привычные интоксикации: курение, злоупотребление алкоголем, наркотики, как часто и с какого возраста. • Гинекологический анамнез: начало менструаций, число беременностей, родов, абортов. При наличии климакса — с какого возраста, его проявления. • Наследственность: здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер (особое внимание обратить на патологию, имеющую значение для заболевания больного). • Семейная жизнь: время женитьбы (замужества), здоровье детей. • Аллергологический анамнез: переносимость лекарств, наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п. с описанием клиники аллергической реакции (в виде вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке и др.).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• Эпидемиологический анамнез: перенесенные инфекционные заболевания, наличие в анамнезе переливания крови, оперативных вмешательств, стоматологических процедур, парентерального введения лекарственных и прочих веществ, пирсинга, татуировок; выезд за пределы постоянного места жительства в течение последних 6 мес., контакт с инфекционными больными. • Страховой анамнез: работает или не работает, пенсионер, длительность последнего больничного листа, общая продолжительность больничных листов по данному заболеванию за последние 12 мес. Наличие и группа инвалидности с какого года.
		Физикальное обследование Физикальное обследование пациента с БК проводится с целью оценки активности заболевания, выявления осложнений, внекишечных проявлений и признаков нутритивной недостаточности. Объем обследования определяется клинической ситуацией и проводится на каждом диспансерном приеме. Данные объективного исследования больного • Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). • Сознание (ясное, спутанное, сопор, кома). • Положение (активное, пассивное, вынужденное с его особенностями). • Телосложение • Рост • Вес • ИМТ • Окружность талии • Тип конституции (нормостеник, астеник, гиперстеник). • Температура тела • Осмотр кожных покровов и слизистых. Цвет кожи (бледность — возможная анемия). Наличие высыпаний (узловатая эритема, гангренозная пиодермия и пр.). Сухость кожи. Отеки (гипоальбуминемия). Осмотр слизистой полости рта (афтозный стоматит), Приложение 3. • Лимфатические узлы. Пальпация периферических лимфатических узлов. • Осмотр и пальпация щитовидной железы. • Опорно-двигательный аппарат. Степень развития мышц, их тонус и сила. Активная и пассивная подвижность суставов, их деформация, припухлость, болезненность, ограничение функции, хруст при движении. • Система органов кровообращения: частота сердечных сокращений, артериальное давление (на правой и левой руке). Состояние вен — осмотр и ощупывание вен. Осмотр и ощупывание сердечной области. Аускультация во всех пяти точках выслушивания сердца. Шумы: их характер (систолический, пресистолический, диастолический), локализация, сила, тембр, проведение шумов. Тахикардия может быть проявлением системного воспаления, анемии или интоксикации. • Система органов дыхания: Форма грудной клетки. Тип дыхания. Равномерность движения грудной клетки при дыхании. Глубина, ритм, частота дыхания в минуту. Одышка и ее характер. Голосовое дрожание на передней, боковой и задней поверхности (симметричность или усиление с одной из сторон). Топографическая перкуссия легких: Перкуторное определение нижней границы легочного звука слева и справа по опознавательным линиям. Сравнительная перкуссия легких, характер перкуторного тона в различных симметричных отделах легкого по передней, боковой и задней поверхностям. Аускультация легких: характер дыхательных шумов, хрипы, их локализация, количество, характер (сухие и влажные), крепитация, шум трения плевры. Специфические изменения для БК, как правило, отсутствуют, однако важно исключить инфекционные осложнения. • Система органов пищеварения и брюшной полости. Осмотр полости рта и зева (афты). Живот — участие в акте дыхания, форма, симметричность, особенности кожи живота, выбухание брюшной стенки в отдельных областях, вздутие, грыжи, расхождение прямых мышц, состояние пупка. Видимая перистальтика. Поверхностная пальпация живота: в подложечной области, в подреберьях, в боковых, околопупочном и подвздошных отделах, над лоном. Определение болезненности, а также зон повышенной чувствительности. Глубокая пальпация кишечника и желудка (область пальпации, форма, подвижность, уплотнение, плеск, урчание).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		При пальпации новообразований указывается их локализация, размер болезненность. Определение методом перкуссии наличия свободной жидкости в брюшной полости в различных положениях больного, феномен флюктуации. Перкуторное определение размеров печени по Курлову. Пальпация печени и определение степени ее выпячивания из-под реберной дуги, консистенция, болезненность, характер края. Наличие пульсации печени. Пальпация желчного пузыря. Симптомы Мерфи, Ортнера. При исследовании поджелудочной железы проводится глубокая пальпация в холедохо-панкреатико-дуоденальной зоне и в области между пупком и левым подреберьем (по Гротту). Указываются болезненность, увеличение размеров. Пальпация селезенки (выстояние нижнего полюса из-под реберной дуги, плотность, болезненность, характер края). Перкуторное определение ее границ по Курлову. Обязательное трансректальное пальцевое исследование, при наличии свищей и/или перианальных проявлениях БК, наружных кишечных свищей, свищей с полыми органами, межкишечных свищей, стриктуры кишечника), а также при наружных кишечных свищах, свищах с полыми органами, межкишечных свищах, стриктурах кишечника, проявлениях, кровотечениях рекомендован осмотр/консультация врача-колопроктолога или врача-хирурга. • Мочеполовая система. Частота и объем мочеиспускания. Никтурия. • Нервная система. Общая неврологическая оценка (при необходимости). <i>Специфические изменения не характерны, но возможна оценка общего состояния.</i>
		Лабораторные диагностические исследования На каждом диспансерном приеме • Общий (клинический) анализ крови развернутый; • Скорость оседания эритроцитов; • СРБ; • Фекальный кальпротектин; При терапии иммуносупрессорами: • Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, амилаза, креатинин, мочевины, электролиты крови (K⁺, Na⁺, Cl⁻)); Лабораторные исследования по показаниям • Сывороточное железо, ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки (при анемии, подозрении на железодефицитные состояния); • Витамин В₁₂, фолиевая кислота (при макроцитарной анемии, поражении или резекции терминального отдела подвздошной кишки, признаках мальабсорбции); • Исследование кала на токсины <i>Clostridioides difficile</i> (при недавней антибиотикотерапии, госпитализации, внезапном усилении диареи, тяжелом обострении); • Копрологическое исследование и исследование кала на кишечные инфекции (при впервые возникшей или острой диарее, необходимости дифференциальной диагностики); • Исследование кала на паразитов и гельминтов (при первичной диагностике, диарее неясного генеза, поездках в эндемичные регионы); • Билирубин, амилаза, глюкоза, общий кальций крови (перед назначением иммуносупрессивной терапии, при подозрении на нежелательные явления, вызванные медикаментозной терапией, поражение печени или поджелудочной железы); • Общий анализ мочи (перед началом терапии, при мониторинге безопасности лечения, подозрении на сопутствующую патологию или осложнения).
		Инструментальные диагностические исследования На каждом диспансерном приеме • Трансабдоминальное УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза (для оценки толщины кишечной стенки, воспалительных изменений, инфильтратов, осложнений).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Обследования по показаниям: • Колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и биопсией (при подозрении на рецидив заболевания, для оценки активности заболевания, контроля эффективности терапии, подтверждения ремиссии или рецидива) • Эзофагогастродуоденоскопия (для исключения/подтверждения поражения верхних отделов ЖКТ) • Ректороманоскопия (при первичной диагностике, подозрении на поражение дистальных отделов толстой кишки) • Обзорная рентгенография брюшной полости (при симптомах кишечной непроходимости) • МРТ кишечника и/или КТ с контрастированием кишечника (при подозрении на прогрессирование заболевания, осложнения, стриктуры, свищи, абсцессы, инфильтраты) • МРТ малого таза с внутривенным контрастированием (при перианальных свищах или подозрении на них) • Эндоректальное УЗИ (при перианальных проявлениях БК, свищах, подозрении на поражение аноректальной области) • Рентгенография тонкой кишки с бариевым контрастированием (при невозможности выполнения КТ или МРТ после исключения кишечной непроходимости) • Видеокапсульная эндоскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки, недостаточной информативности КТ/МРТ/УЗИ, отсутствии стриктур) • Двухбаллонная интестиноскопия (при подозрении на поражение тонкой кишки и невозможности подтверждения диагноза другими методами) • УЗИ кишечника (для оценки толщины, дифференциации слоев, васкуляризации кишечной стенки, наличия воспалительных изменений, инфильтратов, осложнений). При наличии сужений проведение дифференциации воспалительного отека и фиброза.
		Иные диагностические исследования • Патологоанатомическое исследование биопсийного материала (при первичной диагностике, обострении, необходимости уточнения диагноза). Важным при тяжелой атаке БК является морфологическое исследование биоптатов и/или проведение полимеразной цепной реакции в материале биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (из очагов поражения) на наличие цитомегаловирусной инфекции.
		Оценка достижения целевых показателей здоровья • Достижение клинической ремиссии (отсутствие болевого абдоминального синдрома, нормализация частоты и характера стула, отсутствие крови в стуле, отсутствие лихорадки, увеличение массы тела (при ранее существовавшем дефиците), отсутствие внекишечных проявлений и осложнений) • Достижение эндоскопической ремиссии (SES-CD ≤ 4) • Нормализация уровня СРБ, скорости оседания эритроцитов, фекального кальпротектина, альбумина • Отсутствие прогрессирования изменений по МР-энтерографии/КТ • Отсутствие новых свищей, стриктур и абсцессов • Стабилизация или улучшение состояния кишечной стенки по данным УЗИ/МРТ • Отсутствие потребности в системных глюкокортикостероидах • Уровень гемоглобина в пределах референтных значений • Коррекция дефицита железа, витамина В₁₂, фолиевой кислоты и витамина Д (при их наличии) • Отсутствие признаков лекарственной токсичности при мониторинге терапии • Отсутствие послеоперационного рецидива заболевания (если проводилось оперативное лечение) • ИМТ — 18,5–24,9 кг/м², окружность талии — <94 см (мужчины) и <80 см (женщины).
		Оценка риска неблагоприятных событий У пациентов с БК оценка риска неблагоприятного течения необходима для раннего назначения более агрессивной терапии ("top-down"/ранняя биологическая терапия) и предотвращения осложнений. К факторам высокого риска неблагоприятного течения БК у взрослых относятся: • молодой возраст дебюта заболевания (<40 лет); • курение; • протяженное поражение тонкой кишки; • поражение верхних отделов ЖКТ;

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом–терапевтом ^{1,4}
		• глубокие язвы слизистой оболочки при эндоскопии; • выраженная эндоскопическая активность; • стриктурирующий фенотип (B2); • пенетрирующий фенотип (B3); • перианальная форма заболевания; • наличие свищей и абсцессов; • ранняя потребность в системных глюкокортикостероидах; • стероидорезистентность; • стероидозависимость; • отсутствие ответа на индукционную терапию; • высокий уровень СРБ; • высокий уровень фекального кальпротектина; • гипоальбуминемия; • анемия; • необходимость госпитализации при дебюте; • ранняя необходимость хирургического вмешательства; • наличие внекишечных проявлений; • ASCA (антитела к <i>Saccharomyces cerevisiae</i>); • мутации <i>NOD2/CARD15</i>. <i>Инструменты оценки риска</i> Клинические шкалы (Приложения 4–6) • Индекс активности БК • Индекс Харви–Брэдшоу • Критерии оценки тяжести (клинической активности) обострения БК Всероссийское общество по изучению ВЗК и Ассоциация колопроктологов России Эндоскопические шкалы • Простая эндоскопическая шкала оценки БК (SES-CD) (Приложение 7) Факторы риска послеоперационного рецидива • курение; • пенетрирующий фенотип; • перианальная болезнь; • повторные кишечные резекции; • протяженное поражение тонкой кишки; • отсутствие профилактической биологической терапии после операции. Признаки пациента высокого риска • B2/B3 фенотипа; • тяжелой перианальной болезни; • глубоких язв; • высокого воспалительного ответа; • раннего агрессивного течения заболевания; • необходимости повторных курсов ГКС. Такие пациенты требуют ранней интенсификации терапии, включая применение биологических препаратов и стратегии "лечение до достижения цели". Определение показаний к госпитализации <i>Показанием для госпитализации пациента в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме является:</i> 1. наличия осложнений БК, требующих оказания ему специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; 2. наличия осложнений лечения БК (хирургическое вмешательство, биологическая терапия, гормональная и цитостатическая терапия и т.д.). <i>Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является:</i> 1. необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		2. наличие показаний к специализированному лечению БК (хирургическое вмешательство, гормональная и цитостатическая терапия, биологическая и таргетная терапия), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара. <i>Показанием к выписке пациента из медицинской организации является:</i> 1. завершение курса лечения, или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 2. отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей лечение БК при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или от лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 3. необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи. Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.
		Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния) При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам МКБ-10: • основное заболевание, • конкурирующее заболевание (при наличии), • сочетанное заболевание (при наличии), • фоновое заболевание (при наличии), • осложнения основного заболевания (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии), сопутствующие заболевания (при наличии) Структура развернутого диагноза: а) локализация поражения с перечислением пораженных сегментов ЖКТ; б) фенотипический вариант; в) тяжесть текущего обострения или наличие ремиссии заболевания; г) характер течения заболевания; е) наличие стероидной зависимости или резистентности; ж) наличие внекишечных и/или кишечных и перианальных осложнений. При наличии у пациента свищей и стриктур одновременно или в разные периоды заболевания диагноз БК, согласно Монреальской классификации, формулируется как "пенетрирующая", так как это более тяжелое осложнение, но в диагнозе также обязательно должна фигурировать стриктура как осложнение. Примеры формулировок диагноза: • Болезнь Крона, илеоколит (L3), воспалительная форма (B1), среднетяжелая атака, с перианальным поражением, внекишечные проявления: периферический артрит. CDAI 285. • Болезнь Крона, терминальный илеит (L1), стриктурирующая форма (B2), тяжелое течение, осложненная стриктурой терминального отдела подвздошной кишки. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. • Болезнь Крона толстой кишки (L2), пенетрирующая форма (B3), клинко-эндоскопическая ремиссия на фоне терапии адалимумабом. Состояние после резекции илеоцекального угла от дата оперативного вмешательства. • Болезнь Крона с поражением верхних отделов ЖКТ и илеоколитом (L3+L4), пенетрирующая форма (B3), тяжелая атака, перианальные свищи, внутрибрюшной абсцесс. SES-CD 18.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий Проведение индивидуального КПК Проведение КПК и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи⁴. В рамках КПК пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска. КПК ограничено по времени (не >10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме [10]: • разъяснение результатов обследования и рекомендации, выдача информационных материалов/памяток при необходимости; • информирование о необходимости регулярных визитов в рамках ДН не реже 1 раза в год (по показаниям — чаще), о рекомендуемых для пациента целевых уровнях показателей состояния здоровья, о возможности получения углубленного профилактического консультирования группового/индивидуального (при наличии); • с целью экономии средств и рабочего времени медперсонала и пациента целесообразно первое проведение в текущем году диспансерного осмотра (приема) совмещать с приемом (осмотром) пациента, проводимого в рамках профилактического медицинского осмотра или диспансеризации; • назначение даты следующего диспансерного приема. Направление на вакцинацию ВАЖНО! Вакцинация не противопоказана пациентам с БК и должна быть рекомендована как можно раньше. Информировать пациента о необходимости иммунизации согласно национальному календарю профилактических и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации и, в случае положительного решения — направить в кабинет вакцинопрофилактики (прививочный кабинет)⁶. Всем пациентам с БК рекомендовано оценить вакцинальный статус при диагностике и регулярно (не реже 1 раза в год) мониторировать его. Документированная привитость заменяет серологический скрининг. При отсутствии документов проводится серологическое исследование. Инактивированные вакцины применяются независимо от лечения БК. Живые вакцины вводятся до начала иммуносупрессивной терапии (с интервалом ≥ 3–4 нед. до её старта) либо в период минимальной дозы иммуносупрессанта. В настоящее время нет однозначных данных об оптимальном интервале между возможным применением живых вакцин после завершения иммуносупрессивной терапии. Дозой ГКС, вызывающей иммуносупрессию, является для преднизолона 2 мг/кг/сут., принимаемой в течение 14 дней и более; введение живых вакцин этим пациентам допускается через 1 мес. и более после окончания терапии. При высоком риске инфекции вопрос о введении живых вакцин на фоне терапии решается индивидуально. Родным и близким пациентов с БК показана вакцинация ("кокон-вакцинация")^{1,7} [11]. Рекомендуемые вакцины для пациентов с БК: • против гриппа — ежегодно, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • от пневмококковой инфекции, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • против ветряной оспы, кори, краснухи, эпидемического паротита — перед началом иммуносупрессивной терапии, если нет данных о перенесённом заболевании или вакцинации;

⁶ Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" СПС Консультант Плюс.

⁷ Письмо Минздрава России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 "О направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов"" https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_526326.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• против COVID-19 — с осторожностью, индивидуально, с учётом активности заболевания и терапии, при отсутствии модифицированных вакцин под новые штаммы; • при подготовке к беременности и во время беременности — вакцинация по национальному календарю с учётом периода заболевания и получаемой терапии; • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики, при наличии показаний и согласии пациента направление в прививочный кабинет для проведения иммунизации. Назначение (корректировка) немедикаментозного и медикаментозного лечения Назначение (корректировка) медикаментозного лечения проводится согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит на ДН, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций). Немедикаментозная терапия • Рекомендации по питанию Приложение 8 • Отказ от употребления алкоголя • Отказ от употребления табака • Физическая активность Медикаментозная терапия Основной целью терапии в рамках стратегии "лечение до достижения цели" является достижение и поддержание длительной бесстероидной клинко-эндоскопической ремиссии, профилактика осложнений, снижение частоты госпитализаций и операций, а также улучшение качества жизни пациентов. При развитии осложнений требуется своевременное хирургическое лечение. Эффективность терапии оценивается с помощью регулярного мониторинга клинических симптомов, биомаркеров воспаления (СРБ, фекальный кальпротектин), эндоскопических и лучевых методов исследования. Выбор терапии зависит от тяжести атаки, локализации и протяженности поражения, наличия осложнений, внекишечных проявлений, ответа на предшествующее лечение и факторов неблагоприятного прогноза (см. раздел "Оценка риска неблагоприятных событий"). Консервативное ведение БК включает в себя этапы индукции ремиссии (ГКС, иммуносупрессивные препараты (тиопурины, метотрексат), ГИБП, ТИС) и противорецидивной терапии (иммуносупрессивные препараты, ГИБП и ТИС). При необходимости возможно назначение антибактериальных препаратов, проведение коррекции анемии, электролитных нарушений, профилактика/лечение остеопороза, дефицитных состояний (Приложения 9-12). ВАЖНО! Пероральный прием месалазина не показал эффективности по сравнению с плацебо для индукции ремиссии и не рекомендуется для использования при БК. ГКС используются ТОЛЬКО для индукции ремиссии и не должны назначаться более чем на 12-16 нед. Мониторинг эффективности и безопасности терапии Мониторинг эффективности терапии включает: • Клиническую оценку на каждом визите: частота стула, выраженность боли в животе, температура тела, масса тела, наличие внекишечных проявлений, симптомы кишечной непроходимости, признаки перианальных осложнений. Желательно использовать индекс Харви-Брэдшоу или индекс активности БК. • Оценку ответа на индукционную терапию: при применении будесонида и системных ГКС клинический ответ оценивают через 2-4 нед. При отсутствии ответа необходимо пересмотреть тактику лечения, исключить осложнения и рассмотреть необходимость эскалации терапии (ГИБП/ТИС).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• ОАК и биохимический анализ крови: используются для оценки анемии, системного воспаления, гипопроотеинемии, электролитных нарушений, функции печени и почек. При среднетяжелой и тяжелой форме БК с метаболическими нарушениями общий и биохимический анализы крови рекомендуется выполнять 1 раз в 3–5 дней (в стационаре), далее не реже 1 раза в 2 недели до достижения ремиссии, далее по показаниям. • СРБ: отражает системную воспалительную активность. В рамках ДН у большинства пациентов целесообразен контроль каждые 3–6 мес., а при обострении, изменении терапии или подозрении на осложнения не реже 1 раза в месяц. • Фекальный кальпротектин: используется для оценки и мониторинга активности воспаления в кишечнике. Обычно его контролируют каждые 3–6 мес., а также при ухудшении симптомов, росте СРБ или оценке ответа на терапию. • Эндоскопический контроль: проводится для оценки ответа на лечение, уточнения активности заболевания, при ухудшении состояния, повышении СРБ или фекального кальпротектина. Для оценки эндоскопического ответа на проводимую терапию выполнение эндоскопического исследования необходимо осуществить не позднее 6–12 мес. от старта/смены терапии. Для оценки активности используют шкалу SES-CD. Эндоскопический ответ — снижение SES-CD более чем на 50% от исходного; эндоскопическая ремиссия — SES-CD ≤ 4 баллов. • УЗИ кишечника: для динамического наблюдения пациента, в том числе оценки ответа на терапию и мониторинга активности заболевания, следует выполнять каждые 3–6 мес. • Лучевые методы: МРТ/КТ-энтерография, МРТ малого таза: выполняются по показаниям для оценки протяженности поражения, трансмуральной активности, инфильтратов, абсцессов, свищей, стриктур и других осложнений. Ежегодный контроль может рассматриваться у пациентов с риском осложненного течения. Мониторинг безопасности терапии Безопасность терапии контролируют с учетом класса препарата. ГКС При терапии ГКС (преднизолон, метилпреднизолон и гидрокортизон; будесонид) необходимо соблюдать ограниченные сроки терапии (12 нед. с динамическим снижением дозы до отмены терапии) и проводить мониторинг: • Гликемии в период лечения, особенно у пациентов с факторами риска сахарного диабета или при высоких дозах ГКС. • Артериального давления, массы тела, признаков задержки жидкости. • Инфекционных осложнений, так как ГКС повышают риск инфекций и могут маскировать их клинические проявления. • Психозомоциональных реакций: бессонница, тревожность, раздражительность, депрессивные симптомы. • Риска остеопороза: при необходимости назначают профилактику препаратами кальция и витамина Д. • Язвенно-эрозивных осложнений ЖКТ, особенно у пациентов с факторами риска или сопутствующим приемом НПВС; • Факторы риска тромботических осложнений, особенно у пациентов с дополнительными факторами риска. Тиопурины: К тиопуринам относятся азатиоприн и меркаптопурин. Эти препараты применяются преимущественно для поддержания ремиссии, так как эффект развивается постепенно. Перед назначением тиопуринов необходимо оценить: • ОАК; • Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, креатинин, мочевины, амилаза; • Инфекционный скрининг перед иммуносупрессивной терапией: HBsAg, anti-HCV, ВИЧ-1/2, сифилис, туберкулез. На фоне терапии тиопуринами необходимо контролировать: • ОАК с оценкой уровня лейкоцитов, тромбоцитов и биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, амилаза, липаза) • В начале лечения — 1 раз в 2 нед.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• Далее — 1 раз в месяц в течение первых 6 мес. • Затем — 1 раз в 3-6 мес. Основные нежелательные явления, которые нужно отслеживать: • лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения; • повышение АЛТ/АСТ (лекарственный гепатит); • гиперAMILаземия, повышение уровня липазы (лекарственный панкреатит); • инфекционные осложнения; • клиническая непереносимость препарата. <i>Метотрексат</i> Метотрексат применяют при непереносимости или неэффективности тиопуринов. Перед назначением метотрексата необходимо оценить: • ОАК; • Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, креатинин, мочеви́на, амилаза; • Инфекционный скрининг перед иммуносупрессивной терапией: HBsAg, anti-HCV, ВИЧ-1/2, сифилис, туберкулез. • У женщин репродуктивного возраста — исключить беременность и обсудить контрацепцию. На фоне терапии метотрексатом контролируют: • ОАК с оценкой уровня лейкоцитов, тромбоцитов и биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, амилаза, липаза) • В начале лечения — 1 раз в 2 нед. • Далее — 1 раз в месяц первые 6 мес. • Затем — 1 раз в 3-6 мес. Основные нежелательные явления, которые нужно отслеживать: • лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения; • повышение АЛТ/АСТ (лекарственный гепатит); • гиперAMILаземия, повышение уровня липазы (лекарственный панкреатит); • инфекционные осложнения; • клиническая непереносимость препарата; • редко — лекарственное поражение лёгких. <i>Биологические препараты</i> (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пэгол, ведолизумаб, устекинумаб, гуселькумаб): Перед назначением биологических препаратов необходимо выполнить: • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест. Скрининг на туберкулёз при терапии ГИБП проводится до начала лечения и далее каждые 6 мес. • HBsAg для исключения гепатита В. • Anti-HCV для исключения гепатита С. • Скрининг на ВИЧ-1/2. • Скрининг на сифилис. • Оценку наличия активных инфекций. • Исключение абсцесса или другого гнойно-септического осложнения, особенно при перианальной или пенетрирующей БК. На фоне терапии биологическими препаратами необходимо контролировать: • признаки инфекций; • инфузионные реакции при внутривенном введении препаратов; • местные реакции в месте инъекции при подкожном введении препаратов; • аллергические реакции; • соблюдение графика введения препарата. Несоблюдение интервалов введения препарата и режима дозирования ГИБП повышают риск инфузионных реакций и потери эффективности. <i>Таргетные иммуносупрессоры (упадацитини́б)</i> Перед назначением упадацитини́ба необходимо выполнить: • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест. Скрининг на туберкулёз при терапии ТИС проводится до начала лечения и далее каждые 6 мес., как и при применении биологических препаратов.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• HBsAg для исключения гепатита В. • Anti-HCV для исключения гепатита С. • Скрининг на ВИЧ-1/2. • Скрининг на сифилис. • ОАК; • биохимический анализ крови; • уточнение анамнеза герпетической инфекции (опоясывающего герпеса/<i>Herpes Zoster</i>); • наличия активных инфекций; • У женщин репродуктивного возраста — исключить беременность и обсудить контрацепцию. На фоне терапии необходимо контролировать: • инфекционные осложнения; • ОАК (с динамическим мониторингом уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов); • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТП, амилаза, липаза); • клиническую переносимость препарата; • факторы риска тромботических осложнений, особенно у пациентов с дополнительными факторами риска. Вспомогательная терапия при БК Вспомогательная терапия при БК применяется для коррекции осложнений заболевания, метаболических нарушений, анемии, профилактики осложнений терапии и ведения осложнённых форм БК. <i>Анемии:</i> для своевременного обнаружения анемии рекомендовано проводить мониторинг ОАК (гемоглобин, эритроциты, гематокрита), по показаниям — уровень железа, трансферрина, ферритина. При необходимости дифференциальной диагностики анемии дополнительно оценивают уровень фолиевой кислоты, витамина В₁₂. Тактика в отношении пациента [12]: • при Hb <80 г/л — гемотрансфузия эритроцитов; • при Hb 80–100 г/л — парентеральная терапия препаратами железа: железа (III) гидроксид сахарозный комплекс, железа (III) гидроксид декстран, железа (III) гидроксид олигоизомальтозат, железа карбоксимальтозат; выбор дозы проводится по инструкции к конкретному препарату и расчёту дефицита железа; • при дефиците витамина В₁₂ или фолиевой кислоты — заместительная терапия соответствующим дефициту препаратом. <i>Белково-электролитные и метаболические нарушения:</i> Метаболические расстройства при БК связаны с токсемией, потерей белка с калом, нарушением всасывания воды и электролитов; клинически проявляются снижением массы тела, гипопроотеинемией, гипоальбуминемией, отёками, гипокалиемией и гиповитаминозом. Тактика в отношении пациента: • коррекция водно-электролитных нарушений; • коррекция гипопроотеинемии и гипоальбуминемии; • нутритивная поддержка при дефиците питания; • коррекция дефицитов витаминов и микроэлементов; • лечение основного воспалительного процесса, так как гипоальбуминемия часто отражает активность БК. <i>Профилактика остеопороза:</i> Факторами риска развития остеопении/остеопороза являются: • терапия системными ГКС; • повторные курсы ГКС; • длительное активное воспаление; • низкая масса тела; • гиповитаминоз Д; • признаки остеопении/остеопороза; • мальабсорбция, особенно при поражении тонкой кишки.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Тактика в отношении пациента: • назначение препаратов кальция на период терапии ГКС и при выявлении остеопороза; • назначение препаратов витамина Д в профилактических дозах, за исключением случаев его дефицита; • мониторинг показателей денситометрии пациентам групп риска (возраст старше 50 лет, женский пол, анамнез стероидной терапии, наличие белково-энергетической недостаточности и пр.); • минимизация повторных курсов системных ГКС и переход на стероид-сберегающую терапию. <i>Антибактериальная терапия</i> Антибиотики при БК применяются не как самостоятельная базисная терапия, а при осложнённом течении: системном воспалении, инфильтрате, абсцессе, перианальных гнойно-воспалительных поражениях. Дополнительно при перианальных проявлениях возможно применение метронидазола в виде свечей и мазей. ВАЖНО! При длительной антибактериальной терапии и признаках вновь развившейся диареи необходимо исключить развитие клостридиальной инфекции — назначить анализ кала на токсины клостридий А и Б. <i>Профилактика венозных тромбозмболических осложнений</i> Факторы риска: • госпитализация пациента с БК; • терапия ГКС, в том числе повторные курсы, высокие дозы; • активное воспаление; • хирургическое лечение; • наличие дополнительных факторов риска ВТЭО; • тяжёлое течение заболевания, обезвоживание, иммобилизация; • анамнез ВТЭО. Тактика: • оценить риск ВТЭО; • у нехирургических пациентов — использовать шкалы Padua или IMPROVE VTE; • при показаниях назначить нефракционированного или низкомолекулярного гепарина в профилактических дозах; • при противопоказаниях к антикоагулянтам — механическая профилактика. <i>Нутритивная поддержка и диетотерапия</i> Показания: • снижение массы тела; • белково-энергетическая недостаточность; • гипоальбуминемия; • гиповитаминоз; • поражение тонкой кишки; • послеоперационный период; • подготовка к хирургическому лечению; • синдром короткой кишки или риск его развития после повторных резекций. Тактика: • индивидуальная диетотерапия с учётом переносимости продуктов; • коррекция дефицита белка, витаминов, микроэлементов; • нутритивная поддержка при недостаточности питания; • оценка и коррекция водно-электролитных нарушений; • при стуе — контроль объёма потерь и профилактика дегидратации. <i>Психосоциальная поддержка</i> Показания: • хроническое течение БК; • снижение качества жизни; • тревога, депрессивные симптомы; • трудности адаптации к заболеванию;

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом–терапевтом ^{1,4}
		• наличие стомы; • частые госпитализации; • подготовка к длительной иммуносупрессивной или биологической терапии. Тактика: • информирование пациента о хроническом характере заболевания; • обучение распознаванию симптомов обострения и осложнений; • повышение приверженности терапии; • психологическая поддержка при стоме, перианальной БК, повторных операциях; • маршрутизация к психологу/психотерапевту по показаниям. Хирургическое лечение Хирургическое лечение при БК не является радикальным методом излечения, так как заболевание может рецидивировать после удаления поражённого сегмента кишки. Поэтому современная хирургическая тактика направлена на ограниченные резекции и, по возможности, органосохраняющие вмешательства: стриктуропластику, эндоскопическую баллонную дилатацию стриктур, дренирование абсцессов. После хирургического лечения пациентам требуется обязательная противорецидивная терапия, которую рекомендуется начинать не позднее 2 нед. после операции. Уточнение факта приема лекарственных средств, а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению. Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения [13] (Приложение 13) Направление на консультацию к врачам–специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий⁸: • прием (осмотр, консультация) врача — гастроэнтеролога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — хирурга по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — колопроктолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — онколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — фтизиатра по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — психиатра, психотерапевта по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — эндокринолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — офтальмолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — гинеколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — уролога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — инфекциониста по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — физиотерапевта по медицинским показаниям. Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно–курортное лечение⁹ <i>Диагноз</i> • Брюшинные спайки (K66.0) • Другие уточненные поражения брюшины (K66.8)

⁸ Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС Консультант Плюс.

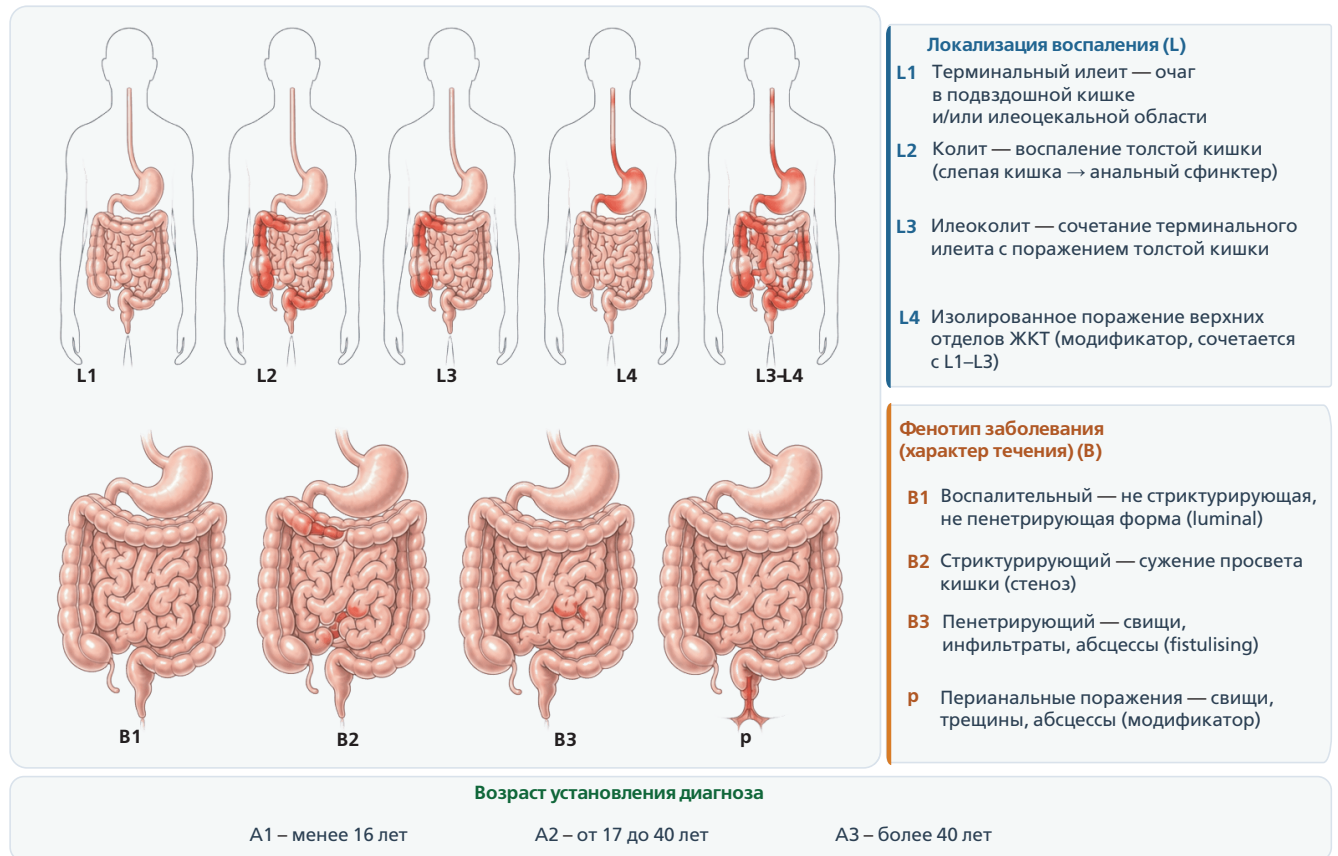
⁹ Приказ Минздрава России от 27 марта 2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно–оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно–курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" СПС Консультант Плюс.

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		<i>Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания</i> • Брюшинные спайки абдоминальные, диафрагмальные, кишечника, тазовые, брыжейки, сальника, желудка, спаечные тяжи, возникшие после операции или воспаления брюшной полости, не вызывающие непроходимости • Болезни оперированного желудка (после операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки) с наличием демпинг-синдрома и гипогликемического синдрома легкой и средней степени тяжести, астенического синдрома, гастрита культи, панкреатита, гепатита, холецистита, энтероколита, колита <i>Природные лечебные ресурсы</i> • Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
		Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации) • выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, письменного плана неотложных действий и самопомощи при развитии жизнеугрожающих состояний; • информирование о необходимости регулярного диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках ДН; • информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации); • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра и, в случае положительного решения — направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья.
		Оформление медицинской документации • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"; • формы № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости); • внесение информации о результатах диспансерного приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, БК — болезнь Крона, ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ВТЭО — венозные тромбозомболические осложнения, ГТПП — гамма-глутамилтранспептидаза, ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ДН — диспансерное наблюдение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ИМТ — индекс массы тела, КТ — компьютерная томография, КПК — краткое профессиональное консультирование, МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, МРТ — магнитно-резонансная томография, НПВС — нестероидные противовоспалительные средства, ОАК — оральные антикоагулянты, СРБ — С-реактивный белок, ТИС — таргетные иммуносупрессоры, УЗИ — ультразвуковое исследование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЩФ — щелочная фосфатаза.

Приложение 1

Монреальская классификация БК¹ [14]



Приложение 2

Простой индекс ультразвуковой оценки активности при БК (Simple Ultrasound Activity Score for Crohn's Disease [SUS-CD]) [15]

Переменная	Оценка			
	0	1	2	3
Толщина стенки кишечника (мм)	<3,0	3,0-4,9 или 4,0-4,9 мм (прямой кишки)	5,0-7,9	≥8,0
Цветная доплеровская оценка	Отсутствует или единственный сосуд	2-5 сосудов на см ²	>5 сосудов на см ²	
Стратификация	Сохранна	Очаговая потеря	Диффузная потеря	
"Наползающий" жир	Отсутствует	Присутствует		

Примечание: в каждой строке таблицы указан параметр, который оценивается от 1 до 3 баллов; в дальнейшем баллы суммируются для каждого пораженного сегмента, что составляет значение индекса SUS-CD, отражающего степень активности БК.

SUS-CD = 0 — ремиссия БК

SUS-CD >7 — умеренная активность БК

Приложение 3

Внекишечные проявления и ассоциированные состояния при БК

Внекишечные проявления БК разделены на три группы: аутоиммунные, связанные с активностью заболевания, аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания, и состояния, обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями. Связанные с активностью проявления обычно появляются вместе с обострением БК и уменьшаются на фоне лечения; не связанные с активностью могут прогрессировать независимо от фазы БК и часто ухудшают прогноз.

Группа	Проявления / заболевания	Связь с активностью БК
Аутоиммунные проявления, связанные с активностью заболевания	Артропатии: артралгии, артриты	Обычно появляются во время обострения БК и регрессируют при ремиссии
	Поражение кожи: узловатая эритема, гангренозная пиодермия	Чаще коррелируют с активностью воспалительного процесса
	Поражение слизистых: афтозный стоматит	Обычно связано с активностью заболевания
	Поражение глаз: увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит	Может сопровождать активное воспаление; требует отдельной оценки офтальмолога
	Поражение печени: аутоиммунный гепатит	Обычно связано с активностью заболевания
Аутоиммунные проявления / ассоциированные заболевания, не связанные с активностью БК	Первичный склерозирующий холангит	Может прогрессировать независимо от активности воспаления
	Анкилозирующий спондилит / сакроилеит	Может прогрессировать независимо от активности воспаления
	Псориаз	Не обязательно коррелирует с активностью БК
	Псориатический артрит	Может иметь самостоятельное течение
Состояния, обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями	Холелитиаз	Связан с длительным течением заболевания, нарушением обмена и/или поражением подвздошной кишки
	Стеатоз печени, стеатогепатит	Может быть связан с метаболическими нарушениями, нутритивным статусом, воспалением
	Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия лёгочной артерии	Риск повышается при активности воспаления, госпитализации, обезвоживании, иммобилизации
	Остеопороз, остеомалация	Связаны с хроническим воспалением, дефицитами, мальабсорбцией, терапией глюкокортикостероидами
	Амилоидоз	Осложнение длительного хронического воспаления

Сокращение: БК — болезнь Крона.

Приложение 4

Индекс Харви–Брэдшоу

Критерий оценки	Оценка в баллах
Общее самочувствие накануне	0 = Хорошее 1 = Незначительно хуже обычного 2 = Плохое 3 = Очень плохое 4 = Ужасное
Боль в животе накануне	0 = Нет 1 = Слабая 2 = Умеренная 3 = Сильная
Частота жидкого/мягкого стула в день (накануне)	1 балл за каждую дефекацию
Пальпируемое образование в брюшной полости	0 = Нет 1 = Сомнительно 2 = Четко определяется 3 = Четко определяется, болезненно
Осложнения (артралгия, увеит, узловатая эритема, афтозный стоматит, гангренозная пиодермия, анальная трещина, свищ, абсцесс — отметить все применимые)	1 балл за каждое осложнение

Интерпретация результата (сумма баллов)

Сумма баллов	Толкование
≤4	Ремиссия
5-7	Легкое обострение
8-16	Обострение средней тяжести
≥16	Тяжелое обострение

Приложение 5

Индекс активности БК

Критерий	Коэффициент
1. Количество дефекаций жидким или мягким калом за неделю (сумма за 7 дней)	× 2
2. Интенсивность болей в животе (от 0 до 3 баллов) за неделю (сумма за 7 дней)	× 5
3. Самочувствие в течение недели (от 0 до 4 баллов, сумма за 7 дней)	× 7
4. Число осложнений из перечисленных (артралгии/артриты, увеит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит, анальная трещина, свищи/абсцессы, межкишечные свищи, лихорадка за последнюю неделю)	× 20
5. Прием опиатов (0 баллов — нет, 1 балл — да)	× 30
6. Инфильтрат брюшной полости (0 — нет, 2 — сомнительный, 5 — определяется)	× 6
7. Гематокрит: <47% для мужчин или <42% для женщин (разность между нормальным и фактическим показателем)	× 6
8. $(1 - (\text{фактическая масса тела} / \text{идеальная масса тела})) \times 100$ (или через индекс массы тела)	× 1
(Снижение массы тела относительно нормы)	

Интерпретация результата (сумма баллов)

Сумма баллов	Толкование
<150	Ремиссия
150-220	Легкая форма
220-450	Среднетяжелая форма
>450	Тяжелая форма

Индекс активности БК, как правило, применяется в клинических испытаниях и не удобен для практического применения из-за сложности расчета, а для клинической практики проще и удобнее применять индекс Харви-Брэдшоу.

Приложение 6

Критерии оценки тяжести (клинической активности) обострения БК Всероссийского общества по изучению ВЗК и Ассоциация колопроктологов России

Критерий	Легкая БК	Средней тяжести	Тяжелая БК
Средняя частота стула/сутки (за последние 3 дня)	<4	4–6	7 и более
Боль в животе	отсутствует или незначительная	умеренная	сильная
Лихорадка	отсутствует	<38 °С	>38 °С
Тахикардия	отсутствует	<90 в 1'	>90 в 1'
Снижение массы тела	отсутствует	до 5%	5% и более
Гемоглобин	>100 г/л	90-100 г/л	<90 г/л
Скорость оседания эритроцитов	норма	<30 мм/ч	>30 мм/ч
С-реактивный белок	норма	до 2-х норм	>2-х норм
Гипопротеинемия (гипоальбуминемия)	отсутствует	незначительная	выраженная
Внекишечные проявления (любые)	нет	есть	есть
Кишечные осложнения (любые)	нет	есть	есть

Приложение 7

Простая эндоскопическая шкала оценки БК (SES-CD)

	SES-CD (оценивается в баллах по каждому из 5 сегментов кишечника)			
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Наличие и размер язв	Нет	Афты (d 0,1-0,5 см)	Крупные язвы (d 0,5-2 см)	Очень крупные язвы (d >2 см)
Изъязвленная поверхность	Нет	<10%	10-30%	>30%
Пораженная поверхность	Неповрежденный сегмент	<50%	50-75%	>75%
Наличие стенозов	Нет	Единичный, проходимый	Множественные, проходимые	Непроходимые

Подсчет баллов

- Общая сумма баллов (все 4 критерия × 5 сегментов) = варьирует от **0 до 56**.
- Сумма баллов за стенозы = варьирует от **0 до 11**, так как оценка "3" (непроходимый стеноз) может наблюдаться только один раз.

Шкала SES-CD позволяет не только оценить активность, но и определить достижение современных целей терапии:

	Определение по SES-CD
Эндоскопический ответ	Снижение эндоскопической активности по шкале SES-CD более чем на 50% от исходного
Заживление слизистой оболочки (mucosal healing)	Отсутствие язв слизистой оболочки в зоне поражения (не обязательно полная эндоскопическая ремиссия)
Эндоскопическая ремиссия	Воспалительная активность ≤4 баллов

Приложение 8

Диетические рекомендации для пациентов с БК [16, 17]

Диетотерапия при БК направлена на поддержание полноценного нутритивного статуса, профилактику дефицитов и уменьшение симптомов, связанных с приёмом пищи. Универсальной диеты, которая подходила бы всем пациентам и предотвращала обострения, не существует. Питание подбирается индивидуально с учётом активности заболевания, наличия нутритивной недостаточности, стриктур, диареи, болевого синдрома, переносимости отдельных продуктов и перенесённых операций.

Оценка нутритивного статуса

Перед назначением диеты необходимо оценить нутритивный статус пациента. Для этого учитывают:

- снижение массы тела;
- индекс массы тела;
- аппетит и фактическое потребление пищи;
- наличие тошноты, боли в животе, диареи, вздутия;
- ограничительные диеты и исключение крупных групп продуктов;
- признаки потери мышечной массы и подкожной жировой клетчатки;
- лабораторные показатели дефицитов [18-20].

Недостаточность питания при БК может приводить к снижению массы тела, потере мышечной массы, дефициту микронутриентов и поражению костной ткани. Потеря тощей массы тела >5-10% ассоциирована с повышением риска осложнений, включая худшее заживление ран и более высокий риск инфекций после операции.

Для лабораторного мониторинга нутритивного статуса у пациентов с БК могут использоваться общий анализ крови, С-реактивный белок (СРБ), скорость оседания эритроцитов, биохимический анализ крови, витамин Д, ферритин, насыщение трансферрина, а по показаниям — витамин В₁₂, кальций, фосфор, магний, витамины А и Е, протромбиновое время/международное нормализованное отношение, цинк, фолаты и денситометрия. В стабильной ремиссии эти показатели обычно оценивают каждые 6-12 мес., при активном заболевании или известном дефиците — чаще.

Пациенты с нутритивной недостаточностью

При активной БК и нутритивной недостаточности рекомендуется использовать энтеральное питание как способ увеличить поступление калорий и белка. Его можно назначать внутрь в виде специализированных питательных смесей или через зонд, если пациент не может покрыть потребности обычным питанием. У взрослых энтеральное питание используется как дополнительная нутритивная поддержка, а не как основной метод индукции или поддержания ремиссии.

Энтеральные смеси могут быть:

- **элементными** — содержат свободные аминокислоты;
- **полуэлементными** — содержат олигопептиды;
- **полимерными** — содержат цельный белок.

Выбор смеси зависит от переносимости, доступности, стоимости и индивидуальных нутритивных потребностей пациента. Количество смеси подбирают по энергетической и белковой потребности.

Парентеральное питание при БК не является рутинным методом лечения. Оно может быть показано при синдроме короткой кишки, кишечной непроходимости, невозможности принимать пищу или переносить энтеральное питание, а также для коррекции выраженных нутритивных нарушений перед операцией.

Пациенты с активной БК без нутритивной недостаточности

При активном заболевании без признаков недостаточности питания не рекомендуется автоматически назначать строгие ограничительные диеты. Нет данных, что какая-либо одна категория продуктов или отдельный продукт универсально провоцируют обострение у всех пациентов с БК.

Если у пациента есть симптомы, похожие на синдром раздражённого кишечника, например вздутие, боль в животе, урчание, метеоризм, возможно кратковременное применение диеты с низким содержанием FODMAP. Такая диета может уменьшать функциональные симптомы, но не доказано, что она снижает воспалительную активность, СРБ или фекальный кальпротектин. Поэтому её следует использовать как симптоматический подход, желательно под контролем диетолога, чтобы избежать чрезмерных ограничений.

При симптомах непереносимости лактозы — вздутии, боли в животе или диарее после употребления молока и молочных продуктов — возможно ограничение лактозы. Желательно подтвердить лактазную недостаточность дыхательным водородным тестом.

Энтеральное питание у взрослых с активной БК без нутритивной недостаточности не рассматривается как стандартная индукционная терапия. По данным, приведённым в тексте, энтеральное питание у взрослых менее эффективно для индукции ремиссии, чем ГКС, и часто плохо переносится пациентами.

Пациенты в ремиссии

Большинству пациентов с БК в ремиссии не следует назначать общие строгие пищевые ограничения. Рацион должен быть полноценным и включать углеводы, белки и жиры. Рекомендуется ограничивать ультрапереработанные продукты, продукты с искусственными подсластителями и трансжирами. В качестве общей модели питания может использоваться средиземноморский тип рациона, прежде всего из-за его общей пользы для здоровья.

В ремиссии не рекомендуется без необходимости исключать клетчатку. У большинства пациентов клетчатка не повышает риск обострения, а может иметь потенциально благоприятное влияние на кишечную микробиоту и образование короткоцепочечных жирных кислот. Рекомендуемое потребление клетчатки для взрослых — около 14 г на 1000 ккал рациона.

Исключение составляют пациенты со стриктурирующей БК или перенесённой кишечной непроходимостью. В этой группе рекомендована низкоклетчаточная диета — ориентировочно до 5 г клетчатки в сутки.

При стриктурах кишечника

При хронической стриктурирующей БК рацион должен снижать риск механического затруднения пассажа кишечного содержимого. Рекомендуется:

- ограничить грубую клетчатку;
- избегать орехов, семечек, попкорна;
- ограничить цельнозерновые продукты, отруби, сухофрукты;
- избегать овощей и фруктов с грубой кожурой, жёсткими волокнами и косточками;
- употреблять овощи и фрукты преимущественно в очищенном, приготовленном, пюрированном

виде;

- тщательно пережёвывать пищу;
- питаться небольшими порциями.

При появлении симптомов кишечной непроходимости — нарастающей боли, вздутия, рвоты, задержки стула и газов — диету нельзя расширять самостоятельно; требуется консультация врача.

Элиминационные диеты [21]

Элиминационная диета может использоваться, если пациент уверенно связывает определённый продукт или группу продуктов с ухудшением симптомов. Возможны два подхода: временное исключение подозреваемого продукта с оценкой динамики симптомов или постепенное введение продуктов по одному для выявления индивидуальных триггеров.

Важно отличать индивидуальную непереносимость от воспалительной активности заболевания. Если исключение продукта уменьшает вздутие или боль, но сохраняются диарея, похудание, повышение СРБ или фекального кальпротектина, это не должно рассматриваться как достаточный контроль болезни.

Диеты и добавки, которые не следует рекомендовать рутинно

Специфическая углеводная диета, низкоуглеводные диеты, пробиотики, пребиотики, антиоксиданты и рыбий жир не имеют достаточной доказательной базы для рутинного применения с целью индукции или поддержания ремиссии у взрослых пациентов с БК. В частности, данные не поддерживают использование пробиотиков при БК для индукции или поддержания ремиссии, а рыбий жир не показал эффективности для поддержания ремиссии.

Low-FODMAP диета может уменьшать функциональные симптомы, но не должна рассматриваться как противовоспалительное лечение. Специфическая углеводная диета является достаточно ограничительной, может быть трудной для соблюдения и потенциально повышает риск нутритивных дефицитов; в исследовании у взрослых с лёгкой и среднетяжёлой БК она не превосходила средиземноморскую диету по достижению симптоматической ремиссии [22].

Практические рекомендации для пациента

- В ремиссии придерживаться полноценного разнообразного питания без необоснованных строгих ограничений.
- Использовать средиземноморский тип питания как базовую модель: регулярное употребление овощей и фруктов по переносимости, круп, рыбы, птицы, растительных масел, достаточного количества белка.
- Ограничивать ультрапереработанные продукты, трансжиры и избыток искусственных подсластителей.

- Не исключать клетчатку полностью, если нет стриктур, кишечной непроходимости или индивидуальной непереносимости.
- При стриктурах или перенесённой непроходимости соблюдать диету с низким содержанием клетчатки — ориентировочно до 5 г клетчатки в сутки.
- При вздутии, боли и диарее после молочных продуктов рассмотреть ограничение лактозы и обследование на лактазную недостаточность.
- При выраженном вздутии и симптомах, похожих на синдром раздраженного кишечника, возможно кратковременное применение low-FODMAP-диеты под контролем специалиста.
- При снижении массы тела, плохом аппетите, гипоальбуминемии, анемии или подготовке к операции рассмотреть энтеральную нутритивную поддержку.
- Не использовать энтеральное или парентеральное питание как самостоятельную замену противовоспалительной терапии у взрослых пациентов без нутритивной недостаточности.
- Вести пищевой дневник, если отмечаете связь симптомов с конкретными продуктами.
- Избегать чрезмерно ограничительных диет без медицинских показаний, так как они могут приводить к дефициту белка, железа, витамина В₁₂, витамина Д, фолатов, цинка и других микронутриентов.

Приложение 9

Медикаментозная терапия при БК¹

Клиническая ситуация	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии	Оценка ответа на терапию
Лёгкая БК илеоцекальной локализации	Будесонид 9 мг/сут: капсулы — 9 мг 1 раз/сут. или 3 мг × 3 раза/сут. 8 нед., затем снижение по 3 мг/нед. до полной отмены; гранулы — 9 мг/сут. однократно 8 нед., с последующим снижением по 9 мг через день в течение 2 нед.	Одновременно с ГКС назначение азатиоприна 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурина 1,5 мг/кг/сут. При непереносимости/неэффективности — метотрексат 25 мг/нед п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет в терапевтических дозах.	Эффект будесонида оценить через 2-4 нед. Если ответа нет — лечить как среднетяжёлую атаку. Будесонид не предназначен для поддержания ремиссии; максимальная длительность терапии до 16 нед.
Средней тяжести БК илеоцекальной локализации	Можно начать с будесонида по схеме выше (см. пункт "Лёгкая БК илеоцекальной локализации"). Если нет эффекта от терапии будесонидом, есть инфильтрат, воспалительное сужение или системное воспаление назначают системные ГКС: преднизолон 1 мг/кг/сут. до клинического ответа, затем снижение по 5 мг каждые 5-7 дней до полной отмены, в течение не более 12 нед. При системном воспалении/инфильтрате — добавить антибиотики (метронидазол 1 г/сут. + фторхинолон 1 г/сут. парентерально 10-14 дней.)	Одновременно с ГКС: азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут.; при непереносимости/неэффективности — метотрексат 25 мг/нед п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет в терапевтических дозах.	Эффект ГКС оценить через 2-4 нед. При стероидорезистентности, стероидозависимости, непереносимости ГКС или неэффективности иммуносупрессоров — переход на ГИБП/ТИС в виде индукционного (инициирующего) курса с последующим длительным поддерживающим лечением. При неэффективности консервативной терапии рекомендовано хирургическое лечение.
БК толстой кишки лёгкой и средней тяжести	Системные ГКС: преднизолон 0,75-1 мг/кг/сут. до достижения клинического ответа, затем снижение по 5 мг каждые 5-7 дней до полной отмены в течение 12 нед. При активном системном воспалении/инфильтрате — добавить антибиотики (метронидазол 1 г/сут. + фторхинолон 1 г/сут. парентерально 10-14 дней).	Одновременно с ГКС: азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут.; альтернатива — метотрексат 25 мг/нед. п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет в терапевтических дозах.	Эффект ГКС оценить через 2-4 нед. При неэффективности — ГИБП/ТИС или хирургическое лечение.
БК тонкой кишки, кроме терминального илеита лёгкой и средней тяжести	Системные ГКС: Преднизолон 1 мг/кг/сут. до достижения клинического ответа, затем снижение по 5 мг каждые 5-7 дней до полной отмены в течение 12 нед. При системном воспалении/инфильтрате: метронидазол 1 г/сут. + фторхинолон 1 г/сут. парентерально 10-14 дней.	Одновременно с ГКС: Азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут.; при непереносимости/неэффективности — метотрексат 25 мг/нед. п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет в терапевтических дозах.	Эффект ГКС оценить через 2-4 нед. При неэффективности — ГИБП/ТИС; при осложнениях/стриктурах — хирургическое лечение.
Тяжёлая активная БК любой локализации (Индекс Харви-Брэдшоу >16 баллов)	Системные ГКС: Преднизолон 1,5-2 мг/кг/сут. внутрь или в/в до достижения клинического ответа, затем снижение по 5 мг каждые 5-7 дней до полной отмены в течение 12 нед. При системном воспалении/инфильтрате: метронидазол 1 г/сут. + фторхинолон 1 г/сут. парентерально 10-14 дней.	Одновременно: азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут.; альтернатива — метотрексат 25 мг/нед. п/к или в/м. Длительность терапии иммуносупрессорами — не менее 2-4 лет, в терапевтических дозах. По показаниям — ГИБП/ТИС.	Ответ на ГКС через 2-4 нед. При раннем рецидиве <3 мес. после ремиссии — сразу ГИБП/ТИС без повторного курса ГКС. Повторные курсы ГКС нежелательны.

Клиническая ситуация	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии	Оценка ответа на терапию
Перианальная БК	Нет показаний для хирургического лечения или после него: иммуносупрессоры и/или ГИБП/ТИС. При гнойно-воспалительном процессе: метронидазол 0,75 г/сут. и/или цiproфлоксацин 1 г/сут. длительно — до 6 мес. или до побочных эффектов. У пациентов с перианальными проявлениями БК рекомендовано подключение к терапии метронидазола в виде свечей и мазей.	Длительная терапия тем же эффективным препаратом: иммуносупрессор, ГИБП или ТИС. Анти-ФНО + антибиотики повышают эффективность при перианальных поражениях.	Важно исключить/ дренировать абсцесс. Сложные свищи часто требуют сетонов + биологической терапии. При трещинах анального канала хирургия обычно не рекомендуется, предпочтительно местное консервативное лечение.
После хирургического лечения, низкий риск рецидива	-	Азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. ГИБП: инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб, ведолизумаб, гуселькумаб; выбор зависит от предшествующей терапии и риска.	Противорецидивную терапию при БК начинают в течение 4 нед. после операции (при отсутствии осложнений). Риск рецидива (низкий/ высокий) определяют по факторам риска. Высокий риск: ≥ 2 факторов — курение, перианальные поражения, пенетрирующий фенотип, резекция >50 см, предыдущее вмешательство, раннее начало заболевания. Через 6-12 мес. — контрольная эндоскопия, при необходимости магнитно-резонансной томографии/ компьютерной томографии с контрастированием. При выраженных воспалительных изменениях: усиление терапии — иммуносупрессоры (если не получали) или ГИБП/ТИС на фоне тиопуринов (АЗА/6-МП). Далее, независимо от течения БК, эндоскопический контроль 1 раз в 1-3 года.
После хирургического лечения, высокий риск рецидива	Пациентам с высоким риском обострения БК еще до проведения контрольного эндоскопического исследования с целью профилактики рецидива рекомендована терапия ГИБП/ТИС.		

Сокращения: БК — болезнь Крона, ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ТИС — таргетные иммуносупрессоры.

Приложение 10

Биологическая терапия при БК¹ [23]

Препарат	Индукция	Поддержание
Инфликсимаб	5 мг/кг в/в на 0, 2, 6-й нед.	5 мг/кг в/в каждые 8 нед. При активной БК инфликсимаб рекомендуют комбинировать с тиопуринами. При непереносимости тиопуринов — с метотрексатом
Адалимумаб	Первое введение — 160 мг п/к, повторное (через 2 нед.) — 80 мг п/к	40 мг п/к каждые 2 нед.
Цертолизумаба пэгол	400 мг п/к на 0, 2, 4-й нед.	400 мг п/к каждые 4 нед.
Ведолизумаб	300 мг в/в на 0, 2, 6-й нед.	300 мг в/в каждые 8 нед.
Устекинумаб	В/в однократно в дозе по массе тела	Через 8 нед. 90 мг п/к, далее 90 мг п/к каждые 8 или 12 нед. (в зависимости от характера течения заболевания)
Гуселькумаб	200 мг в/в или 400 мг п/к на 0, 4, 8-й нед.	100 мг п/к каждые 8 нед.
Упадацитиниб	45 мг внутрь 1 раз/сут. 12 нед.	30 мг или 15 мг внутрь 1 раз/сут. (в зависимости от характера течения заболевания)

Приложение 11

Терапия системными ГКС при БК¹

Эквивалентные дозы системных ГКС

Препарат	Длительность действия	Эквивалентная доза
Гидрокортизон	8-12 ч	20 мг
Преднизолон	12-36 ч	5 мг
Метилпреднизолон	12-36 ч	4 мг

Пересчет дозы системных ГКС при БК

Ситуация	Преднизолон	Метилпреднизолон	Гидрокортизон
Среднетяжелая илеоцекальная БК при неэффективности будесонида/ системном воспалении	1 мг/кг/сут.	0,8 мг/кг/сут.	4 мг/кг/сут.
БК толстой кишки легкой/средней тяжести	0,75-1 мг/кг/сут.	0,6–0,8 мг/кг/сут.	3–4 мг/кг/сут.
БК тонкой кишки, кроме терминального илеита	1 мг/кг/сут.	0,8 мг/кг/сут.	4 мг/кг/сут.
Тяжелая активная БК любой локализации	1,5-2 мг/кг/сут.	1,2–1,6 мг/кг/сут.	6–8 мг/кг/сут.

Сокращение: БК — болезнь Крона.

Пример пересчета системных ГКС для пациента 70 кг

Необходимая суточная дозировка	Преднизолон	Метилпреднизолон	Гидрокортизон
1 мг/кг/сут.	70 мг/сут.	56 мг/сут.	280 мг/сут.
1,5 мг/кг/сут.	105 мг/сут.	84 мг/сут.	420 мг/сут.
2 мг/кг/сут.	140 мг/сут.	112 мг/сут.	560 мг/сут.

Приложение 12

Тактика оптимизации терапии у пациентов с БК¹

Ситуация	Тактика
Нет ответа на будесонид при лёгкой илеоцекальной БК	Перейти к тактике среднетяжёлой атаки.
Нет ответа на системные ГКС	Рассматривать стероидорезистентность, рассмотреть возможность назначения ГИБП/ТИС, исключить осложнения и инфекции.
Первичная неэффективность анти-ФНО	Смена класс ГИБП или назначение ТИС: ведолизумаб, устекинумаб или упадацитиниб.
Потеря ответа на анти-ФНО	Инфликсимаб: увеличение дозы до 10 мг/кг каждые 8 нед. или сокращение интервала введения до 4-6 нед.; Адалимумаб: увеличение дозы до 80 мг каждые 2 нед. или сокращение интервалов введения до еженедельного (40 мг); Смена класса ГИБП (ведолизумаб/ устекинумаб/гуселькумаб) или назначение ТИС (упадацитиниб)
Потеря ответа на ведолизумаб	Сократить интервал до 4-6 нед. или смена класса ГИБП/ТИС
Потеря ответа на устекинумаб	Сократить интервал с 12 до 8 нед. или смена класса ГИБП/ТИС
Потеря ответа на упадацитиниб	Увеличить поддерживающую дозу с 15 до 30 мг/сут. или смена на ГИБП
Потеря ответа на гуселькумаб	Сокращение интервалов введения до 4 нед. или смена класса ГИБП/ТИС
Активная БК при неэффективности консервативной терапии	Хирургическое лечение с последующим выбором противорецидивной терапии

Сокращения: БК — болезнь Крона, ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ТИС — таргетные иммуносупрессоры.

Приложение 13

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии [13]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"				
1	Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?			
А) Да Б) Нет В) Другое _____				
2	Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):			
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:				
	всегда	часто	иногда	редко
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:				
	всегда	часто	иногда	редко
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:				
	всегда	часто	иногда	редко
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:				
	всегда	часто	иногда	редко
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов				
	всегда	часто	иногда	редко
3	Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:			
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов				
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов				
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения				
Г) Высокая цена лекарственных препаратов				
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии				
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно				
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов				
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов				
И) Другое (укажите) _____				
Модуль II. "Препарат-специфическая фактическая приверженность фармакотерапии"				
1	Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов			
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты: _____				
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____				
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
2	Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:			
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения. Укажите препараты: _____				
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____				
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____				
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов				
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов				
И) Другая причина (укажите) _____				
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"				
1	Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?			
1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат
			ВВ! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

- 1 — потенциально не привержен
- 2 — потенциально частично не привержен
- 3 — потенциально частично привержен
- 4 — потенциально привержен

Литература/References

- Khavkin AI, Novikova VP, Naletov AV, et al. Current global trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2025;14(3):104-17. (In Russ.) Хавкин А.И., Новикова В.П., Налетов А.В. и др. Глобальные тенденции эпидемиологии воспалительных заболеваний кишечника на современном этапе. Доказательная гастроэнтерология. 2025;14(3):104-17. doi:10.17116/dokgastro202514031104. EDN: BLHJKC.
- Dolinger M, Torres J, Vermeire S. Crohn's disease. *Lancet*. 2024;403(10432):1177-91. doi:10.1016/S0140-6736(23)02586-2.
- Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2017;390(10114):2769-78. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0. Erratum in: *Lancet*. 2020;396(10256):e56. doi:10.1016/S0140-6736(20)32028-6.
- Caron B, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease across the Ages in the Era of Advanced Therapies. *J Crohns Colitis*. 2024;18(Supplement_2):ii3-ii15. doi:10.1093/ecco-jcc/jjae082.
- Belousova EA, Abdulganieva DI, Alexeeva OP, et al. Social and demographic characteristics, features of disease course and treatment options of inflammatory bowel disease in Russia: results of two multicenter studies. *Almanac of Clinical Medicine*. 2018;46(5):445-63. (In Russ.) Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П. и др. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. Альманах клинической медицины. 2018;46(5):445-63. doi:10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463. EDN: YNLTBZ.
- Bakulin IG, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. North-Western register of patients with inflammatory bowel diseases: achievements and lessons learned. *Koloproktologia*. 2022;21(1):37-49. (In Russ.) Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Северо-Западный регистр пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: достижения и уроки. Колопроктология. 2022;21(1):37-49. doi:10.33878/2073-7556-2022-21-1-37-49. EDN: ITCUJP.
- Maev IV, Bakulin IG, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. Inflammatory bowel diseases: Transformation of representations. A review. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2023;95(12):1064-74. (In Russ.) Маев И.В., Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Воспалительные заболевания кишечника: трансформация представлений. Терапевтический архив. 2023;95(12):1064-74. doi:10.26442/00403660.2023.12.202507. EDN: LIYFTI.
- Knyazev OV, Belousova EA, Abdulganieva DI, et al. Real world practice of medical treatment for moderate and severe inflammatory bowel diseases in Russian Federation, Republic of Belarus and Republic of Kazakhstan: intermediate results of the INTENT study. *Almanac of Clinical Medicine*. 2021;49(7):443-54. (In Russ.) Князев О.В., Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И. и др. Реальная практика лекарственной терапии среднетяжелых и тяжелых форм воспалительных заболеваний кишечника в России, Республике Беларусь и Республике Казахстан. Промежуточные результаты исследования INTENT. Альманах клинической медицины. 2021;49(7):443-54. doi:10.18786/2072-0505-2021-49-061. EDN: RAOOTK.
- Belousova EA, Shelygin YuA, Achkasov SI, et al. Clinical and Demographic Features and Treatment Approaches for Inflammatory Bowel Diseases (Crohn's Disease, Ulcerative Colitis) in the Russia. The Primary Results of the Analysis of the National Register. *Koloproktologia*. 2023;22(1):65-82. (In Russ.) Белоусова Е.А., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. и др. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа национального Регистра. Колопроктология. 2023;22(1):65-82. doi:10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82. EDN: IMBCQN.
- Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population. Methodological recommendations. Edited by 2nd edition. Federal State Budgetary Institution "NMITS TPM" of the Ministry of Health of Russia, 2020. p. 232. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. Под ред. 2-е издание. ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. с. 232. ISBN: 978-5-6043991-1-8. EDN: QWHFZK.
- Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):135-262. (In Russ.) Драпкина О.М., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):135-262. doi:10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ.
- Drapkina OM, Avalueva EB, Bakulin IG, et al. Management of patients with iron deficiency anemia in the context of primary health care. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):55-114. (In Russ.) Драпкина О.М., Авалуева Е.Б., Бакулин И.Г. и др. Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):55-114. doi:10.15829/3034-4123-2025-61. EDN: UKRRDT.
- Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02. EDN: LBFQNW.
- Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet*. 2012;380(9853):1590-605. doi:10.1016/S0140-6736(12)60026-9. Erratum in: *Lancet*. 2013;381(9862):204.
- Sævik F, Eriksen R, Eide GE, et al. Development and Validation of a Simple Ultrasound Activity Score for Crohn's Disease. *J Crohns Colitis*. 2021;15(1):115-24. doi:10.1093/ecco-jcc/jjaa112.
- Levine A, Rhodes JM, Lindsay JO, et al. Dietary Guidance From the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(6):1381-92. doi:10.1016/j.cgh.2020.01.046.
- Hashash JG, Elkins J, Lewis JD, Binion DG. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology*. 2024;166(3):521-32. doi:10.1053/j.gastro.2023.11.303.
- Vagianos K, Bector S, McConnell J, Bernstein CN. Nutrition assessment of patients with inflammatory bowel disease. *JPN J Parenter Enteral Nutr*. 2007;31(4):311-9. doi:10.1177/0148607107031004311.
- Rocha R, Santana GO, Almeida N, Lyra AC. Analysis of fat and muscle mass in patients with inflammatory bowel disease during remission and active phase. *Br J Nutr*. 2009;101(5):676-9. doi:10.1017/S0007114508032224.
- Smith MA, Smith T, Treble TM. Nutritional management of adults with inflammatory bowel disease: practical lessons from the available evidence. *Frontline Gastroenterol*. 2012;3(3):172-9. doi:10.1136/flgastro-2011-100032.
- Yanai H, Levine A, Hirsch A, et al. The Crohn's disease exclusion diet for induction and maintenance of remission in adults with mild-to-moderate Crohn's disease (CDED-AD): an open-label, pilot, randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022;7(1):49-59. doi:10.1016/S2468-1253(21)00299-5.
- Pedersen N, Ankersen DV, Felding M, et al. Low-FODMAP diet reduces irritable bowel symptoms in patients with inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2017;23(18):3356-66. doi:10.3748/wjg.v23.i18.3356.
- Nikonov EL, Aksenov VA, Skvortsova TA, Zharova ME. Immunotherapy of inflammatory bowel diseases. *Doctor.ru*. 2019;10(165):31-7. (In Russ.) Никонов Е.Л., Аксёнов В.А., Скворцова Т.А., Жарова М.Е. Иммунотерапия воспалительных заболеваний кишечника. Доктор.Ру. 2019;10(165):31-7. doi:10.31550/1727-2378-2019-165-10-31-37. EDN: WNPCKN.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, президент РОПНИЗ, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Бакулин Игорь Геннадьевич (Igor G. Bakulin) — д.м.н., профессор, директор Института терапии; зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса, ORCID: 0000-0002-6151-2021;

Ливзан Мария Анатольевна (Maria A. Livzan) — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа, вице-президент РОПНИЗ по направлению "Гастроэнтерология", ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Князев Олег Владимирович (Oleg V. Knyazev) — д.м.н., зав. отделением патологии кишечника; профессор научно-преподавательского отдела; главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Департамента здравоохранения г. Москвы ORCID: 0000-0001-7250-0977;

Бордин Дмитрий Станиславович (Dmitry S. Bordin) — д.м.н., зав. отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта; профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии; профессор кафедры общей врачебной практики и семейной медицины, ORCID: 0000-0003-2815-3992;

Жарова Мария Евгеньевна (Mariia E. Zharova) — к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний, старший научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8325-5927;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, ORCID: 0000-0002-8984-9056.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России, ул. Кирочная, д. 41, Санкт-Петербург, 191015, Россия; ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Ленина, д. 12, Омск, 644099, Россия; ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы", шоссе Энтузиастов, д. 86, Москва, 111123, Россия; ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих" Минздрава России, ул. Саляма Адия, д. 2, Москва, 123423, Россия; ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Советская, д. 4, Тверь, 170100, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Kirochnaya str., 41, Saint Petersburg, 191015, Russia; Omsk State Medical University, Lenina str., 12, Omsk, 644099, Russia; A. S. Loginov Moscow Clinical Research Center, Entuziastov Highway, 86, Moscow, 111123, Russia; Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Salyama Adilya str., 2, Moscow, 123423, Russia; Tver State Medical University, Sovetskaya str., 4, Tver, 170100, Russia.