

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
4 апреля 2024 г. № 66

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнью Крона при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с язвенным колитом при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
04.04.2024 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнью Крона при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях при диагностике и лечении пациентов (детское население) с болезнью Крона (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – К50 Болезнь Крона [регионарный энтерит]: К50.0 Болезнь Крона тонкой кишки; К50.1 Болезнь Крона толстой кишки; К50.8 Другие разновидности болезни Крона; К50.9 Болезнь Крона неуточненная), за исключением пациентов с хирургическими заболеваниями вследствие осложнения болезни Крона.

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З «Об обращении лекарственных средств», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка», а также следующий термин и его определение:

болезнь Крона (далее – БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным воспалением стенки тонкой и (или) толстой кишки или всего желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) с развитием местных и (или) системных осложнений.

4. Для лечения БК рекомендованы базовые схемы фармакотерапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения; лекарственных форм и дозировок, режима дозирования с указанием разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

5. ЛП и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП и МИ.

6. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не указанным инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label); дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

7. В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости)

по решению врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА БК

8. Обязательные клинические диагностические мероприятия при обращении пациента за медицинской помощью при подозрении на БК:

сбор жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания, в том числе на наличие наследственной отягощенности по иммунопатологии и онкопатологии органов пищеварения, воспалительным заболеваниям кишечника;

медицинский осмотр, общая термометрия, подсчет частоты сердечных сокращений, аускультация легких, пальпация и перкуссия живота, осмотр и пальпация паховых областей, наружных половых органов, антропометрия, наружный осмотр анальной зоны.

9. Обязательному обследованию с целью исключения БК подлежат пациенты с длительной хронической диареей (более 6 недель) чаще без примеси крови, абдоминальной болью упорного характера с четкой локализацией, потерей массы тела, значительным дефицитом массы тела, отставанием в росте, гематокезией, длительной лихорадкой неясного генеза, длительной анемией (чаще железодефицитной), перианальными осложнениями (хронические анальные трещины, парапроктит, свищи прямой кишки).

10. Обязательные лабораторные и инструментальные диагностические исследования, консультации врачей-специалистов:

10.1. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови (далее – ОАК);

общий анализ мочи (далее – ОАМ);

биохимический анализ крови (далее – БАК) с определением билирубина, аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, общего белка, альбумина, С-реактивного белка (далее – ЦРБ), мочевины, креатинина, глюкозы, холестерина, амилазы, сывороточного железа, ферритина;

серологический скрининг на целиакию (уровень антител к диамирированному глиадину / глиадину IgG, антител к тканевой трансламиназе классов IgA) (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

иммунограмма (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

молекулярно-биологическое исследование крови для обнаружения ДНК цитомегаловируса (далее – ЦМВ) и к вирусу Эпштейна-Барр;

уровень фекального кальпротектина;

копрологическое исследование;

бактериологическое исследование мазка из прямой кишки и (или) бактериологическое исследование кала на патогенную кишечную флору и *Clostridioides difficile* (далее – *Cl. difficile*) не менее чем в 3 отдельных порциях стула с определением чувствительности выделенной культуры к антибиотикам;

анализ кала на токсины *Cl. difficile* (при первичном обращении или при атипичном (тяжелом) течении рецидива);

анализ кала на яйца гельминтов, лямблиоз, амебиаз;

10.2. инструментальные диагностические исследования:

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости (далее – ОБП);

трансабдоминальное УЗИ кишечника;

колоноилеоскопия с множественной биопсией (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела кишечника; биоптаты берутся как из измененных, так и из эндоскопически нормальных участков; фрагменты из каждого отдела маркируются

и помещаются в отдельные флаконы); при высокой активности колита и тяжелом состоянии пациента для первичного установления диагноза допускается проведение ректосигмоскопии с множественной биопсией, колоноилеоскопия откладывается до стабилизации состояния пациента;

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭГДС) с биопсией из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки;

УЗИ сердца;

электрокардиограмма (далее – ЭКГ);

10.3. консультация врача-офтальмолога, врача-фтизиатра, врача-аллерголога-иммунолога.

11. Дополнительные лабораторные и инструментальные диагностические исследования, консультации врачей-специалистов:

11.1. лабораторные диагностические исследования:

определение группы крови по системам АВ0 и резус;

исследование показателей гемостаза: определение активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени с расчетом международного нормализованного отношения, определение концентрации фибриногена;

обнаружение антител к вирусу иммунодефицита человека;

определение в кале антигенов *Campylobacter* и *Escherichia coli* O157:H7 (при первичном обращении или при атипичном (тяжелом) течении рецидива), определение в кале антигенов *Yersinia enterocolitica* и (или) анализ крови на антитела к *Yersinia enterocolitica* (при первичном обращении в случае поражения тонкой кишки);

определение концентраций антител к цитоплазме нейтрофилов (p-ANCA) и антител к сахаромикетам (ASCA) (при трудностях в дифференциальной диагностике с язвенным колитом) (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

определение уровня общего IgE и специфических IgE к пищевым аллергенам (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

проба Манту, или диаскинтест, или квантифероновый тест (при дифференциальной диагностике с туберкулезом, перед началом лечения генно-инженерными биологическими ЛП (далее – ГИБП), а также ежегодно пациентам, получающим лечение ГИБП);

определение уровня общего 25-гидроксивитамина D;

определение уровня альфа-1 гликопротеина;

исследования биоптатов кишки на ЦМВ при остром стероидрезистентном колите с целью подтверждения/исключения колита цитомегаловирусной этиологии;

11.2. инструментальные диагностические исследования:

энтерография – рентгеновская, или компьютерно-томографическая, или магнитно-резонансная энтерография);

капсульная или двухбалонная энтероскопия (для оценки вовлечения тонкой кишки);

ирригоскопия (при стриктурах, деформациях толстой кишки и (или) недостаточной информативности эндоскопического исследования);

магнитно-резонансная томография таза (с целью визуализации свищевых ходов и уточнения степени воспаления и протяженности поражения прямой кишки и анального канала);

магнитно-резонансная холангиопанкреатография (при подозрении на вовлечение в патологический процесс печени и (или) желчных протоков);

обзорная рентгеноскопия ОБП (при высокой активности колита и необходимости исключения осложнений);

капсульная колоноскопия (при тяжелом состоянии пациента, препятствующем проведению стандартной колоноскопии; при высоком риске осложнений стандартной колоноскопии);

рентгенография органов грудной полости (при дифференциальной диагностике с туберкулезом, перед началом лечения ГИБП, а также ежегодно пациентам, получающим лечение ГИБП);

рентгеновская денситометрия – при установлении диагноза и далее с кратностью 1 раз в год (при наличии медицинских показаний – чаще, с минимальным интервалом между денситометрическими исследованиями у пациентов не менее 6 месяцев);

11.3. консультация врача-детского хирурга; врача-дерматовенеролога, врача – детского кардиоревматолога.

12. Медицинские показания для контрольной эндоскопии:

пересмотр схемы лечения;

оптимизация/интенсификация лечения ГИБП;

дифференциальная диагностика при наличии симптомов, не связанных напрямую с признаками воспаления (например, сопутствующий синдром раздраженной кишки);

контроль заживления слизистой при клинической ремиссии;

после резекции кишки эндоскопическая оценка должна быть проведена через 6–12 месяцев с целью выявления послеоперационного рецидива;

при подозрении на поражение тонкой кишки проводится капсульная эндоскопия и (или) магнитно-резонансная энтерография; перед проведением капсульной эндоскопии необходимо исключить стриктуру или сужение кишечника;

при подозрении на кишечный стеноз или при необходимости забора биоптатов из тонкой кишки из-за неопределенных результатов предыдущих исследований в качестве дополнительного метода используется баллонная энтероскопия;

при наличии сопутствующего первичного склерозирующего холангита пациентам старше 12 лет колоноилеоскопия проводится 1–2 раза в год, пациентам до 12 лет периодичность обследования устанавливается в индивидуальном порядке с учетом факторов риска (длительность заболевания, семейный анамнез, тяжесть, другие).

13. Диагноз БК устанавливается на основании данных клинических, лабораторных, эндоскопических, лучевых и гистологических методов исследования:

13.1. данные клинических исследований:

клинические симптомы воспаления и недостаточности питания: повышение температуры, слабость, отсутствие аппетита, потеря массы тела, значительный дефицит массы тела, отставание в росте, анемия, задержка полового развития;

кишечные симптомы: абдоминальная боль (возможна острая, по клиническим проявлениям напоминающая острую хирургическую патологию), хроническая диарея, наличие скрытой или явной крови в каловых массах;

возможно наличие анальных и (или) перианальных поражений (анит, хронические анальные трещины, парапроктит, перианальные свищи);

возможно наличие аутоиммунопатий, связанных с активностью заболевания: поражение кожи и слизистых (афтозный стоматит, узловатая эритема, гангренозная пиодермия); поражение органов зрения (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит); поражение опорно-двигательного аппарата (артралгии, артропатии);

возможно наличие аутоиммунопатий, не связанных с активностью заболевания (первичный склерозирующий холангит; сакроилеит; псориаз, другие);

аутоиммунопатии, связанные с активностью воспалительного процесса, проявляются вместе с основными кишечными симптомами и исчезают вместе с ними на фоне лечения; аутоиммунопатии, не связанные с активностью процесса, имеют тенденцию к прогрессированию независимо от фазы основного заболевания (обострение или ремиссия);

осложнения БК: наружные свищи (кишечно-кожные), внутренние свищи (межкишечные, кишечнопузырные, ректовагинальные), инфильтрат брюшной полости, межкишечные или интраабдоминальные абсцессы, стриктуры ЖКТ (с нарушением кишечной проходимости и без таковой), анальные трещины, парапроктит (при аноректальном поражении), кишечное кровотечение;

13.2. данные эндоскопических исследований:

могут поражаться любые отделы ЖКТ; в большинстве случаев доминирует поражение илеоцекального отдела, реже – изолированное поражение толстой кишки, аноректальной области, поражение верхних отделов ЖКТ;

эндоскопические признаки активности – афты, язвы полигональной формы, щелевидные язвы, картина «булыжной мостовой», деформация просвета, стриктуры, псевдополипы, устья свищевых ходов; прерывистый характер воспаления; очаговый характер воспаления (в пределах одного анатомического сегмента слизистая оболочка поражается не полностью; характерным является наличие язв на фоне неизменной слизистой оболочки).

В фазу эндоскопической ремиссии эндоскопические признаки воспаления отсутствуют, могут обнаруживаться псевдополипы, участки стенозирования просвета и деформаций кишки.

Для эндоскопической оценки степени тяжести БК используется простая эндоскопическая шкала и ее оценка в баллах согласно приложениям 1 и 2; для эндоскопической оценки послеоперационного рецидива БК в нео-терминальной подвздошной кишке – эндоскопическая шкала Рутжерта согласно приложению 3.

Эндоскопический ответ на проводимое лечение определяется по снижению уровня показателей простой эндоскопической шкалы не менее чем на 50 % по сравнению с исходным; эндоскопическое заживление или заживление слизистой – как отсутствие макроскопического воспаления или оценка в балах простой эндоскопической шкалы <3 баллов; эндоскопическая шкала Рутжерта от 2 до 4 характеризует эндоскопические признаки воспаления;

13.3. данные лучевых методов исследования:

прерывистый характер поражения;
стриктуры, сужения и расширения просвета кишки, причудливые деформации кишки;

рельеф «булыжной мостовой»;

дефекты слизистой оболочки и (или) дефекты наполнения (псевдополипы), эксцентричное расположение поражений;

свищи;

утолщение стенки кишки;

инфильтраты, абсцессы в брюшной полости;

13.4. данные гистологических методов исследования: в активную фазу заболевания – инфильтрация эпителия крипт нейтрофилами (криптит, крипт-абсцессы); сохранение бокаловидных клеток; эпителиоидно-клеточные гранулемы без гигантских многоядерных клеток и некроза, расположенные в собственной пластинке слизистой оболочки и не ассоциированные с активным повреждением крипт, отсутствие гранул не исключает БК; очаговый характер воспаления (присутствует не во всех фрагментах, взятых из одного анатомического сегмента кишки, неравномерно распределяется в пределах одного биопсийного фрагмента); прерывистый характер воспаления (пораженные сегменты кишки чередуются с неизменными); убывающий градиент воспалительных изменений от правых отделов к левым; поражение подвздошной кишки (изменение формы и размеров ворсинок и крипт, повреждения эпителия, псевдопилорическая метаплазия, нейтрофильная инфильтрация; признаки поражения подвздошной кишки наблюдаются в отсутствие непрерывного тотального колита);

признаки хронического воспаления – инфильтрация плазматическими клетками базальных отделов собственной пластинки слизистой оболочки, повышение клеточности собственной пластинки, ветвление и (или) изменение формы крипт, разрежение (уменьшение количества на единицу площади) крипт, панетоклеточная метаплазия дистальнее печеночного угла;

13.5. данные лабораторных методов исследования:

изменения имеют неспецифический характер; в ОАК могут быть обнаружены анемия (чаще железодефицитная или анемия хронического заболевания, реже витамин В12 или фолиеводефицитная), лейкоцитоз (на фоне хронического воспаления, свищей, абсцесса или на фоне стероидной терапии), ускорение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ); в БАК – повышение ЦРБ, диспротеинемия; наличие ASCA

свидетельствует больше в пользу диагноза БК, отсутствие ASCA не исключает диагноз БК; повышение уровня фекального кальпротектина.

14. При сложностях в постановке диагноза БК можно ориентироваться на признаки БК по Lennard-Jones, учитывающие данные анамнеза, клинической картины, эндоскопических и гистологических изменений:

основной признак: обнаружение неказеозной гранулемы;

второстепенные признаки: поражение любого отдела ЖКТ от полости рта до анального канала; хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек; пилородуоденальное поражение, поражение тонкой кишки, хроническое перианальное поражение; прерывистый характер поражения ЖКТ; трансмуральный характер поражения в виде афтозных язв, язв-трещин, абсцессов, свищей; наличие фиброза, стриктур; лимфоидное трансмуральное воспаление, лимфоидные скопления; нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки.

Диагноз БК может быть установлен при наличии одного основного и одного второстепенного признака БК по Lennard-Jones или минимум трех второстепенных признаков БК по Lennard-Jones.

15. Дифференциальный диагноз БК проводят с язвенным колитом, острыми кишечными инфекциями (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз, иерсиниоз, амебиаз, паразитозы, *C. difficile*-ассоциированная диарея, цитомегаловирусный колит, туберкулез кишечника), системными васкулитами, неоплазиями толстой и тонкой кишки, болезнью Бехчета, аппендицитом, синдромом раздраженного кишечника, целиакией, эозинофильными поражениями органов пищеварения, первичными иммунодефицитными состояниями.

16. Формулировка диагноза БК включает:

16.1. диагноз в соответствии с Парижской педиатрической классификацией БК (2010 г.) согласно приложению 4;

16.2. фазу течения – обострение или ремиссия:

обострение (рецидив, атака) БК – появление типичных симптомов заболевания у пациентов с БК в стадии ремиссии, спонтанной или медикаментозно поддерживаемой;

ремиссия может быть клинической (определяется по педиатрическому индексу активности БК (далее – ПИАБК) согласно приложению 5, эндоскопической (отсутствие видимых макроскопических признаков воспаления при эндоскопическом исследовании);

при обострении БК указывают степень клинической активности (степень тяжести); степень клинической активности устанавливают по ПИАБК; соответственно уровень ПИАБК <10 баллов – отсутствие активности (клиническая ремиссия); ПИАБК 11–30 баллов – низкая или умеренная степень активности (степень тяжести легкая или среднетяжелая); 30–100 баллов – высокая степень активности (степень тяжести тяжелая);

снижение ПИАБК на ≥ 15 баллов по сравнению с исходным и суммарный индекс ≤ 30 баллов расцениваются как ответ на проводимую терапию, соответственно, увеличение ПИАБК на ≥ 15 баллов и суммарный показатель > 30 баллов – как утрата ответа;

16.3. характер течения:

острое (менее 6 месяцев от начала заболевания);

хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии);

хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии);

16.4. дополнительно в диагнозе может быть указан ответ на терапию системными кортикостероидами (далее – СК), иммунодепрессантами или антимаетаболитами, ГИБП; в зависимости от ответа на терапию СК, иммунодепрессантами или антимаетаболитами, ГИБП выделяют:

стероидорезистентность – сохранение активности заболевания, несмотря на пероральный прием стандартной (рекомендуемой) дозы СК в течение 7–14 дней;

стероидозависимость – увеличение степени клинической активности БК на фоне снижения дозы СК; при достижении клинической ремиссии возобновление симптомов БК в течение 3 месяцев после полной отмены СК; в случаях, если терапию СК не удается прекратить в течение 14–16 недель и более;

рефрактерность к иммунодепрессантам (азатиоприн, меркаптопурин) или антиметаболитам (метотрексат) – сохраняется активность заболевания или развивается обострение, несмотря на прием ЛП в адекватной дозе в течение не менее 3 месяцев;

рефрактерность к ГИБП: нет снижения активности заболевания или достижения клинической ремиссии к 12–14 неделям лекарственной терапии или после достижения ответа на лечение в дальнейшем наблюдается ухудшение состояния пациента (потеря ответа);

16.5. наличие кишечных, внекишечных и перианальных осложнений;

16.6. при хирургическом лечении – дату его проведения и название выполненного хирургического вмешательства.

17. Признаки неблагоприятного прогноза БК, которые свидетельствуют об инвалидизирующем характере течения заболевания:

глубокое язвенное поражение слизистой толстой кишки при эндоскопическом исследовании;

стероидорезистентность, стероидозависимость сохраняющееся тяжелое течение заболевания, несмотря на адекватную индукционную терапию;

распространенное поражение (тотальное поражение тонкой кишки);

замедление темпов линейного роста;

тяжелый остеопороз;

на момент начала стенозирующая и пенетрирующая формы заболевания (В2 и (или) В3);

тяжелое поражение перианальной области;

начало заболевания в раннем возрасте.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ БК

18. Цель терапии БК – достижение клинической и эндоскопической ремиссии в максимально короткие сроки; ее длительное поддержание без приема СК; коррекция и медицинская профилактика сопутствующих нарушений и осложнений; своевременное назначение хирургического лечения; улучшение качества жизни; обеспечение нормальных темпов роста и развития пациента.

19. Медицинскими показаниями для диагностики и лечения пациента с БК в стационарных условиях являются:

впервые установленный диагноз БК;

ранее установленный диагноз БК с умеренной степенью активности;

БК с высокой степенью активности;

невозможность организации обследования и лечения в амбулаторных условиях;

непрерывное течение БК;

пересмотр схемы лечения;

наличие осложнений – кишечная непроходимость, перфорация, кровотечение, токсический мегаколон, малигнизация, свищи, резистентные к лекарственной терапии (при наличии осложнений пациенты госпитализируются в хирургические отделения областных (г. Минск) или республиканских организаций здравоохранения).

20. Лечение включает индукцию ремиссии и поддержание ремиссии. Выбор терапии БК должен проводиться в соответствии с ее локализацией, распространенностью и тяжестью. Недостаточный ответ на лечение в период индукции требует интенсификации лечения. По достижении ремиссии проводится дальнейшая поддерживающая лекарственная терапия.

21. Индукция ремиссии:

21.1. клиническая форма воспалительная (B1); локализация – илеальная, толстокишечная, илеально-толстокишечная (L1; L2, L3); низкая, умеренная степени активности (ПИАБК – 10–30 баллов):

назначается полное энтеральное питание (далее – ПЭП) продуктами для энтерального питания (далее – смеси); ПЭП осуществляется полимерными, полуэлементными или элементными смесями в зависимости от наличия пищевой непереносимости на компоненты смеси; предпочтительный метод введения смеси – через рот (сиппинг), дробно в течение дня; введение через назогастральный зонд или гастростому, в том числе, в режиме ночной алиментации, может применяться при непереносимости вкуса или невозможности достижения адекватного объема смеси при ее введении через рот; средняя продолжительность ПЭП – 6–8 недель; энергетическая ценность ПЭП – не менее 120 % суточной энергетической потребности пациента. Если на фоне ПЭП состояние пациента ухудшается, отсутствует ответ при использовании ПЭП в течение 10–14 дней, отмечается низкая приверженность к данному лечению, решается вопрос о пересмотре схемы лечения. При наличии ответа – далее переход на питание натуральными продуктами осуществляется постепенно в течение 1–3 недель с учетом энергетической ценности рациона с одновременным уменьшением объема смеси каждые 2–3 дня и расширением пищевого рациона за счет натуральных продуктов; к лечению добавляются иммунодепрессанты, которые в дальнейшем будут назначаться в качестве поддерживающей терапии;

21.2. клиническая форма воспалительная (B1), локализация – илеальная, толстокишечная, илеально-толстокишечная (L1; L2, L3), низкая степень активности, невозможность проведения ПЭП:

месалазин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 250 мг; 400 мг; 500 мг; гранулы пролонгированного действия в саше 500 мг, 1 г, 1,5 г, 2 г, 3 г; гранулы кишечнорастворимые с пролонгированным действием 1,5 г, 3 г, 500 мг – пациентам старше 6 лет в дозе 40–80 мг/кг/сутки до 4 г в сутки; при поражении тонкой и толстой кишки – месалазин с рН-независимым механизмом высвобождения, при поражении толстой кишки с рН-зависимым покрытием; пациентам в возрасте до 6 лет месалазин назначается по решению врачебного консилиума.

При наличии ответа на месалазин в дальнейшем его прием может быть продолжен в качестве поддерживающей лекарственной терапии в дозе не менее 50 мг/кг, длительность назначения решается индивидуально;

21.3. клиническая форма – воспалительная (B1), локализация – илеальная, толстокишечная, илеально-толстокишечная (L1; L2, L3), высокой степени активности (ПИАБК – выше 30 баллов); клиническая форма – воспалительная (B1), локализация – верхние отделы ЖКТ (L4), низкая, умеренная, высокая степени активности; клиническая форма – стенозирующая (B2), стенозирующая и пенетрирующая (B2B3) любой локализации, степень активности низкая, умеренная, высокая; отсутствие ответа на предыдущее лечение:

СК:

преднизолон, таблетки 5 мг, перорально 1 мг/кг 1–2 раза в сутки в первой половине дня (максимальная доза 40 мг/сутки), при недостаточном эффекте доза может быть увеличена до 1,5 мг/кг (максимальная доза 60 мг/сутки);

в эквивалентной дозе (5 мг преднизолона соответствует 4 мг метилпреднизолона) может быть назначен метилпреднизолон, таблетки 4 мг, 8 мг, 16 мг и 32 мг.

При отсутствии эффекта от перорального применения СК в течение нескольких дней:

преднизолон, раствор для инъекций 30 (25) мг/мл или метилпреднизолон, стерильный порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инъекций 40 мг, 125 мг, 250 мг, 500 мг, 1000 мг – вводится внутривенно (далее – в/в) в эквивалентных дозах (преднизолон 30 мг в/в соответствует метилпреднизолону 25 мг в/в); длительность приема первоначальной дозы – 2 недели с последующим постепенным снижением

и отменой в течение 12 недель. Примерная схема постепенного снижения дозы преднизолона в соответствии с обновленным руководством European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition, European Crohn's and Colitis Organization (ECCO-ESPGHAN, 2021) приведена в приложении 6. Возможно сокращение каждого этапа с 7 до 5 дней или любое другое изменение режима дозирования и кратности приема, что устанавливается в индивидуальном порядке.

С 3-й недели лечения СК назначаются иммунодепрессанты (азатиоприн или 6-меркаптопурин) или антиметаболиты (метотрексат). Назначение данных ЛП в последующем будет продолжено в качестве поддерживающей терапии.

При рефрактерности к СК по решению врачебного консилиума назначаются ГИБП; при наличии медицинских показаний – хирургическое лечение; поддержание ремиссии с использованием СК не рекомендуется;

21.4. при поражении дистальных отделов толстой кишки по решению врачебного консилиума лечение может быть усилено ректальным введением месалазина для местного применения в виде свечей, клизм:

месалазин, суппозитории ректальные 250 мг, суппозитории ректальные 500 мг, суспензия ректальная 4 г/60 мл во флаконах 60 мл – в дозе 25 мг/кг (до 1 г/сутки).

Ректальная терапия месалазином (свечи, клизмы, пена) назначается по решению врачебного консилиума; суппозитории назначаются при ограниченном проктите, пенные и жидкие клизмы – при более обширном поражении толстой кишки;

21.5. назначение ЛП витамина D и его аналогов и ЛП кальция (кальция глюконат, кальция глицерофосфат или комбинированные ЛП – кальция карбонат + колекальциферол) пациентам в активной фазе болезни и получающим СК решается на основании результатов исследования уровня общего 25-гидроксивитамина D в крови с целью коррекции дефицита витамина D и кальция;

21.6. ГИБП назначаются по решению врачебного консилиума при наличии следующих медицинских показаний:

индукция и поддержание ремиссии при воспалительной форме БК в случае сохраняющейся активности, несмотря на поддерживающую терапию иммунодепрессантами;

индукция и поддержание ремиссии пациентам с активной БК при стероидрезистентности или стероидозависимости;

индукция ремиссии в качестве ЛП первой линии при наличии тяжелых внекишечных проявлений (тяжелый артрит, гангренозная пиодермия) или наличии факторов риска неблагоприятного прогноза течения заболевания.

Для поддержания ремиссии пациентам, ответившим на индукционную терапию ГИБП, следует применять схему лечения с регулярным, а не эпизодическим введением ЛП:

ЛП ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (далее – анти-ФНО) инфликсимабом и адалимумабом у пациентов, ранее не получавших анти-ФНО, имеют равную эффективность; выбор ЛП проводят в соответствии с доступностью, кратностью и способом введения; оценка первоначальной эффективности лечения ЛП анти-ФНО должна проводиться после введения второй или третьей дозы ЛП, при отсутствии значимого эффекта к 12–14 неделе лечения применение ЛП должно быть прекращено (первичная неэффективность лечения), или пересмотрена схема введения (то есть, назначение более высоких доз ЛП и (или) сокращение продолжительности интервалов между введениями); перед началом анти-ФНО терапии обязательно проведение исследования на туберкулез (далее исследование на туберкулез проводится 1 раз в 12 месяцев при продолжении терапии), исследование сыворотки крови на маркеры вирусного гепатита (HBsAg; HBc-core; a/HCV), исследование сыворотки крови на наличие вируса иммунодефицита человека;

для индукции ремиссии – инфликсимаб, лиофилизат для приготовления раствора для инфузий, 100 мг; порошок лиофилизированный для приготовления концентрата для приготовления раствора для внутривенного введения, 100 мг, назначают в дозе 5 мг/кг

в качестве трех последовательных внутривенных введений (на 0, 2 и 6 неделях) с последующим введением по 5 мг/кг каждые 8 недель в качестве поддерживающей терапии; при симптомах нарастания активности БК на фоне длительного приема инфликсимаба по решению врачебного консилиума возможно назначение более высоких доз ЛП до 10 мг/кг и (или) сокращение продолжительности интервалов между введениями до 4 недель;

для индукции ремиссии – адалимумаб, раствор для подкожного введения 40 мг/0,8 мл в предварительно наполненных шприцах в контурной ячейковой упаковке в комплекте со спиртовыми салфетками; раствор для инъекций 100 мг/мл в предварительно наполненных шприцах 0,2 мл, 0,4 мл в комплекте с салфеткой, пропитанной изопропиловым спиртом 70 %, назначают в дозе 2,4 мг/кг (максимальная доза 160 мг) на первую инъекцию, 1,2 мг/кг (максимальная доза 80 мг) через 2 недели, с последующим введением ЛП в дозе 0,6 мг/кг (максимальная доза 40 мг) каждые 2 недели; в качестве альтернативы можно использовать следующую схему лечения: пациентам с массой тела до 40 кг 80–40–20 мг, пациентам с массой тела более 40 кг – 160–80–40 мг. При симптомах нарастания активности БК на фоне длительного приема адалимумаба возможен переход по решению врачебного консилиума на его еженедельное введение подкожно.

Переход с одного анти-ФНО ЛП на другой возможен по решению врачебного консилиума у пациента при непереносимости одного из ЛП анти-ФНО или утрате его эффекта.

При резистентности к инфликсимабу и адалимумабу по решению врачебного консилиума возможно назначение других ГИБП или других методов терапии.

22. Поддерживающая терапия:

22.1. здоровый образ жизни, отказ от курения, полноценное сбалансированное питание, коррекция нутритивного дефицита при его наличии;

22.2. поддерживающая лекарственная терапия:

иммунодепрессанты (азатиоприн, меркаптопурин), антиметаболиты (метотрексат) назначаются для поддержания ремиссии пациентам, получающим СК, а также из группы риска неблагоприятного прогноза заболевания. Азатиоприн пациентам в возрасте до 3 лет, меркаптопурин пациентам в возрасте до 2 лет, метотрексат в таблетках пациентам в возрасте до 3 лет назначаются по решению врачебного консилиума.

Максимальный терапевтический эффект иммунодепрессантов азатиоприн, меркаптопурин, развивается в период от 8 до 14 недель, поэтому терапию начинают на фоне снижения дозы СК; пациентам с воспалительной (В1) формой, илеальной, толстокишечной, илеально-толстокишечной (L1; L2, L3) локализацией, низкой степенью активности назначение иммунодепрессантов (азатиоприн, меркаптопурин) для поддержания ремиссии решается в индивидуальном порядке:

азатиоприн, таблетки 50 мг, капсулы 50 мг, назначается в дозе 2,0–2,5 мг/кг, 6-меркаптопурин, таблетки 50 мг – в дозе 1,0–1,5 мг/кг в сутки; в начале лечения может быть назначена как полная, так и половинная доза с постепенным увеличением до полной под контролем ОАК еженедельно в течение 2 недель; если не отмечается нежелательных реакций, миелосупрессии азатиоприн (или 6-меркаптопурин) назначается длительно; снижение их дозы в 2 раза необходимо при снижении лейкоцитов в крови ниже 3000/мм³; иммунодепрессанты (азатиоприн, меркаптопурин) противопоказаны, когда абсолютное количество лейкоцитов снижается ниже 2000–1500/мм³; замена азатиоприна на 6-меркаптопурин и наоборот осуществляется при отсутствии/утрате ответа или наличии нежелательных реакций (у пациентов с гриппоподобным синдромом, острыми симптомами со стороны ЖКТ, другими);

метотрексат, раствор для инъекций 10 мг/мл в преднаполненных шприцах 7,5 мг/0,75 мл, 10 мг/мл, 20 мг/2 мл, 15 мг/1,5 мл, 25 мг/2,5 мл; раствор для инъекций 10 мг/мл во флаконах 1 мл, 5 мл; таблетки (таблетки, покрытые оболочкой) 2,5 мг, 5 мг, 10 мг; таблетки 2,5 мг, 5 мг – назначается в дозе 15 мг/м² 1 раз в неделю (по решению врачебного консилиума), может использоваться как в качестве ЛП первой линии

для поддержания ремиссии, так и при неэффективности или непереносимости иммунодепрессантов; максимальная доза – 25 мг/сутки; при наличии в течение нескольких месяцев ремиссии возможно снижение дозы до 10 мг/м² 1 раз в неделю (максимальная доза – 15 мг/сутки); метотрексат обычно назначается в виде подкожных инъекций; на фоне терапии метотрексатом назначается фолиевая кислота (5 мг через 25–72 часа после введения метотрексата или 1 мг однократно в сутки 5 дней в неделю); необходим периодический контроль ОАК и активности АлАТ; при плохой переносимости метотрексата (тошнота) за 1 час до его введения возможно введение или прием ондансетрона (таблетки 8 мг, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 2 мг/мл в ампулах 2 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения 2 мг/мл в ампулах 4 мл) при площади поверхности тела от 0,6 до 1,2 м² в дозе 5 мг/м², затем 4 мг внутрь через 12 часов, при площади поверхности более 1,2 м² в дозе 5 мг/м² в/в или 8 мг в/в, затем 8 мг внутрь через 12 часов; ондансетрон в таблетках пациентам в возрасте до 12 лет назначается по решению врачебного консилиума.

Если ремиссия была индуцирована ГИБП, далее они назначаются длительно в качестве поддерживающей лекарственной терапии в соответствующих дозировках (инфликсимаб каждые 8 недель в дозе 5 мг/кг или адалимумаб каждые 2 недели пациентам с массой тела до 40 кг – 20 мг, пациентам с массой тела более 40 кг – 40 мг). Решение о продолжении назначения иммуносупрессоров и антиметаболитов, месалазина (для поддержания ремиссии на фоне ГИБП) принимается в индивидуальном порядке.

Поддерживающая терапия продолжается длительно: для азатиоприна (меркаптопурина) при хорошей переносимости составляет до 4 лет, дальнейшая схема поддерживающей терапии определяется индивидуально; для метотрексата или ГИБП длительность поддерживающей терапии определяется индивидуально.

23. Эффективность индукции ремиссии контролируется путем регулярной оценки ПИАБК, а также контрольным эндоскопическим исследованием.

24. Медицинские показания к хирургическому лечению БК – острые и хронические кишечные осложнения БК при неэффективности лекарственной терапии.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА, МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БК В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

25. Основные профилактические мероприятия при БК направлены на:
ведение здорового образа жизни;

организацию питания пациента в соответствии с возрастом при соблюдении принципов здорового питания, при наличии медицинских показаний – соблюдение элиминационной диеты;

выполнение рекомендаций медицинских работников.

26. При распределении пациентов в группы физической культуры руководствуются Инструкцией о порядке распределения обучающихся в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2014 г. № 38.

27. Медицинская реабилитация: пациентам с БК проводится в период ремиссии в санаторно-курортных организациях гастроэнтерологического профиля.

28. Кратность медицинских осмотров пациентов с БК по месту жительства (месту пребывания) врачами-специалистами амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения при медицинском наблюдении определяется клиническим состоянием пациента, но не менее:

врач-педиатр участковый (врач-педиатр, врач общей практики):

после установления диагноза и при рецидиве – 1 раз в месяц, первые 6 месяцев ремиссии – 1 раз в 3 месяца, далее – 2 раза в год;

врач-гастроэнтеролог:

после установления диагноза и при рецидиве – 1 раз в 3 месяца, первые 6 месяцев ремиссии – 1 раз в 3 месяца, далее – 2 раза в год, по медицинским показаниям – чаще;

врач-реабилитолог:

1 раз в год, по медицинским показаниям – чаще.

По медицинским показаниям – проводится консультация врача-детского хирурга, врача-фтизиатра, других врачей-специалистов – в зависимости от наличия клинических симптомов, органических поражений, сопутствующих заболеваний.

29. Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за течением заболевания:

29.1. на этапе индукции ремиссии после установления диагноза и при рецидиве:

оценка ПИАБК – 1 раз в месяц;

ОАК – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц; при терапии иммунодепрессантами – каждые 1–2 недели в первые 4–6 недель терапии, далее – не менее 1 раза в месяц;

БАК – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в 3 месяца с исследованием показателей билирубина, АсАТ, АлАТ, общего белка, ЦРБ, мочевины, креатинина, глюкозы, амилазы, железа, ферритина (перечень показателей может быть изменен в зависимости от клинического состояния пациента);

ОАМ – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в 3 месяца;

уровень фекального кальпротектина – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в 6 месяцев;

копрологическое исследование – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в 3 месяца;

бактериологическое исследование мазка из прямой кишки и (или) бактериологическое исследование кала на патогенную кишечную флору и *Cl. difficile* – по медицинским показаниям;

анализ кала на токсин *Cl. difficile* – по медицинским показаниям;

анализ кала на яйца гельминтов, лямблиоз, амебиаз – по медицинским показаниям;

УЗИ ОБП – по медицинским показаниям;

трансабдоминальное УЗИ кишечника – по медицинским показаниям;

ЭГДС, колоноилеоскопия – по медицинским показаниям;

29.2. при достижении ремиссии БК:

оценка ПИАБК – 1 раз в 6 месяцев;

ОАК – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в 6 месяцев;

БАК – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в 6 месяцев с исследованием показателей билирубина, АсАТ, АлАТ, общего белка, ЦРБ, мочевины, креатинина, глюкозы, амилазы, железа, ферритина (перечень показателей может быть изменен в зависимости от клинического состояния пациента);

ОАМ – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в 12 месяцев;

уровень фекального кальпротектина – 1 раз в 12 месяцев;

УЗИ ОБП – 1 раз в 12 месяцев;

трансабдоминальное УЗИ кишечника – 1 раз в 12 месяцев;

ЭКГ – 1 раз в 12 месяцев;

ЭГДС, колоноилеоскопия – по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в 2 года;

Рекомендована вакцинация согласно Национальному календарю профилактических прививок. Пациентам на фоне иммуносупрессивной терапии противопоказаны живые аттенуированные вакцины.

30. Критерием эффективности лечения и медицинского наблюдения пациента при БК является отсутствие прогрессирования заболевания и осложнений.

31. Медицинского наблюдение осуществляется до достижения пациентами возраста 18 лет.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с болезнью Крона
при оказании медицинской помощи
в амбулаторных и стационарных условиях»

Простая эндоскопическая шкала БК

№ п/п	Критерии	Число баллов			
		0	1	2	3
1	Размер язв (см)	Нет	Афты (0,1–0,5)	Язвы (0,5–2,0)	>2
2	Протяженность язвенных поражений (в процентах)	Нет	<10	10–30	>30
3	Воспаление (пораженная поверхность) (в процентах)	Невоспаленные сегменты	<50	50–75	>75
4	Стенозирование	Нет	Единичное, проходимо	Множественное, проходимо	Кишечная непроходимость

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с болезнью Крона
при оказании медицинской помощи
в амбулаторных и стационарных условиях»

Оценка простой эндоскопической шкалы БК

№ п/п	Критерии (баллы)	Отделы кишечника					Итого
		Подвздошная	Восходящая ободочная	Поперечная ободочная	Нисходящая ободочная	Прямая	
1	Размер язв	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	
2	Протяженность язвенных поражений	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	
3	Воспаление	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	
4	Стенозирование	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	
5	Сумма переменных (баллы)						

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с болезнью Крона
при оказании медицинской помощи
в амбулаторных и стационарных условиях»

Шкала Рутжера эндоскопической активности послеоперационного рецидива БК

№ п/п	Оценка	Критерии
1	0	Нет признаков воспаления
2	1	<5 афтозных язв
3	2	>5 афтозных язв с нормальной слизистой оболочкой между ними, или протяженные участки здоровой слизистой оболочки между более выраженными изъязвлениями, или поражения, ограниченные подвздошно-толстокишечным анастомозом
4	3	Диффузный афтозный илеит с диффузно воспаленной слизистой оболочкой
5	4	Диффузное воспаление с крупными язвами, «булыжной мостовой» и (или) сужением просвета

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с болезнью Крона
при оказании медицинской помощи
в амбулаторных и стационарных условиях»

Парижская педиатрическая классификация БК (2010 г.)

№ п/п	Критерий	Градация
1	Возраст (А)*	A1 – до 17 лет: A1a – от 0 до 10 лет, A1b – от 10 до 17 лет A2 – старше 17 лет
2	Локализация (L)	L1 – илеальная (дистальная треть подвздошной кишки; синоним – терминальный илеит) L2 – толстокишечная L3 – илеально-толстокишечная L4 – верхние отделы ЖКТ (L4a – поражение до связки Трейца, L4b – поражение ниже связки Трейца, но выше дистальной 1/3 подвздошной кишки)
3	Фенотипический вариант или клиническая форма (В)	B1 – воспалительная (синонимы: нестенозирующая и непенетрирующая, просветная, инфильтративно-воспалительная, неосложненная, люминальная) B2 – стенозирующая (стриктурирующая) B3 – пенетрирующая (свищевая, фистулообразующая) B2B3 – стенозирующая и пенетрирующая
4	Перианальное поражение (р)	Индекс р добавляется к B1-B3 при наличии перианального поражения
5	Нарушение роста	G0 – нет нарушений роста G1 – есть нарушения роста

* При установлении диагноза БК пациентам в возрасте до 6 лет в диагнозе указывается как БК с очень ранним началом, при установлении диагноза БК пациентам в возрасте до 2 лет в диагнозе указывается как младенческая БК.

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с болезнью Крона
при оказании медицинской помощи
в амбулаторных и стационарных условиях»

ПИАБК

№ п/п	Показатель	Интерпретация	Баллы
1	Абдоминальная боль	Нет	0
		Малой интенсивности, не нарушает дневную активность	5
		Сильной интенсивности, в том числе ночная, дневная активность нарушена	10
2	Стул	1–2 раза/сутки, неоформленный, без примеси крови	0
		До 2 оформленных с примесью крови или 2–5 раз/сутки, неоформленный с небольшим количеством крови	5
		Более 6 раз/сутки, неоформленный, кровавый стул, стул в ночное время	10
3	Самочувствие, активность	Нет ограничения активности	0
		Умеренное ограничение активности	5
		Значительное ограничение активности	10

4	Масса тела (последние 4–6 месяцев)	Нет снижения массы тела	0
		Снижение массы тела на 1–9 %	5
		Снижение массы тела >10 %	10
5	Рост в течение 6–12 месяцев	Снижение на один центильный коридор	0
		Снижение на два центильных коридора	5
		Снижение более чем на два центильных коридора	10
или			
6	Скорость роста в течение 6–12 месяцев	Ниже 1 стандартного отклонения	0
		Больше 1, но меньше 2 стандартных отклонений	5
		Ниже 2 стандартных отклонений	10
7	Пальпаторная болезненность	Нет болезненности	0
		Болезненность, уплотнение кишечника	5
		Выраженная болезненность	10
8	Изменения перианальной области и области ануса	Нет	0
		1–2 анальные трещины без отделяемого	5
		Трещины с отделяемым, свищи, абсцесс	10
9	Внекишечные проявления (температура выше 38,5 °С три дня в течение недели; артрит; увеит; гангренозная пиодермия; узловая эритема; афтозный стоматит)	Нет	0
		Одно	5
		Два и больше	10
10	Гематокрит у пациента до 10 лет	>33	0
		28–32	2,5
		<28	5
11	Гематокрит у девочек 11–18 лет	>34	0
		29–34	2,5
		<29	5
12	Гематокрит у мальчиков 11–14 лет	>35	0
		30–34	2,5
		<30	5
13	Гематокрит у мальчиков 15–18 лет	>37	0
		32–36	2,5
		<32	5
14	СОЭ, мм/ч	<20	0
		20–50	2,5
		>50	5
15	Альбумины, г/л	>35	0
		31–34	5
		<30	10
ПИАБК			
<10 баллов		Отсутствие активности (клиническая ремиссия)	
11–30 баллов		Низкая или умеренная степень активности	
30–100 баллов		Высокая степень активности	

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с болезнью Крона
при оказании медицинской помощи
в амбулаторных и стационарных условиях»

**Примерная схема постепенного снижения дозы преднизолона
в соответствии с обновленным руководством
European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition,
European Crohn's and Colitis Organization (ECCO-ESPGHAN, 2021)**

№ п/п	Недели	Вес тела		
		10–20 кг	20–30 кг	>30 кг
Вводимая доза преднизолона				
1	1–3	20 мг	30 мг	40 мг
2	4	15 мг	25 мг	35 мг
3	5	15 мг	20 мг	30 мг
4	6	12,5 мг	15 мг	25 мг
5	7	10 мг	15 мг	20 мг
6	8	7,5 мг	10 мг	15 мг
7	9	5 мг	10 мг	10 мг
8	10	2,5 мг	5 мг	5 мг