



А.А. Трондина, В.А. Щербак

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация

Современные представления о методах лечения болезни Крона у детей (научный обзор)

Автор, ответственный за переписку:

Щербак Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии факультета дополнительного профессионального образования Читинской государственной медицинской академии

Адрес: 672000, Чита, ул. Горького, д. 39А, **тел.:** +7 (3022) 35-43-24, **e-mail:** shcherbak2001@mail.ru

В обзоре представлены основные подходы к лечению детей, страдающих болезнью Крона (БК). Особое внимание уделено консервативным методам, которые главным образом поддерживают ремиссию у пациентов с неосложненными формами заболевания. В основе лечения БК лежат изменение образа жизни, диетотерапия и устранение факторов, вызывающих обострение. Наибольшую эффективность доказала медикаментозная терапия, в которую входят уже проверенные временем лекарственные средства, а также современные высокотехнологичные генно-инженерные биологические препараты. Таким образом, сочетание данных технологий, позволяющих снизить частоту обострений и улучшить качество жизни пациентов, широко применяется в лечении среднетяжелых и неосложненных форм БК. Однако при осложненных и тяжелых случаях, когда консервативная терапия не дает положительных результатов, следует обратить внимание на хирургические методы лечения. В настоящее время наиболее целесообразен лапароскопический метод, характеризующийся меньшей травматичностью и коротким восстановительным периодом. Также следует отметить, что рецидив заболевания при применении лапароскопии наступает намного реже, чем при открытых техниках оперативного лечения. Выбор верной терапевтической стратегии остается решающим фактором в ведении пациентов с БК, поскольку ошибочная тактика может привести к рецидивам и осложнениям, которых удалось бы избежать.

Ключевые слова: болезнь Крона, генно-инженерная биологическая терапия, дети, диетотерапия, медикаментозное лечение, хирургическое лечение

Для цитирования: Трондина А.А., Щербак В.А. Современные представления о методах лечения болезни Крона у детей (научный обзор). *Педиатрическая фармакология*. 2026;23(2):89–95. doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v23i2.3030>

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на то, что этиология болезни Крона (БК) до конца не выяснена, в ее развитии важную роль играют ряд факторов: генетическая предрасположенность, экологическое воздействие, нарушение качественного и количественного состава кишечного микробиома,

дефекты барьерной функции кишечника и врожденного иммунитета [1]. В настоящее время заболеваемость БК характеризуется неуклонным ростом, особенно в детском и юношеском возрасте. Длительность и тяжесть связаны преимущественно с наличием внекишечных проявлений и частыми осложнениями. Сопутствующие

Anastasia A. Trondina, Vladimir A. Shcherbak

Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation

Current Approaches to the Treatment of Pediatric Crohn's Disease: A Scientific Review

This review presents the main approaches to the treatment of children suffering from Crohn's disease (CD). Special attention is paid to conservative methods, which primarily maintain remission in patients with uncomplicated forms of the disease. The cornerstone of CD treatment includes lifestyle modifications, dietary therapy, and the elimination of factors that trigger exacerbations. Pharmacological therapy has demonstrated the greatest efficacy, comprising both time-tested drugs and modern high-tech genetically engineered biological agents. Thuswise, the combination of these technologies, which reduces the frequency of relapses and improves patients' quality of life, is widely used in the management of moderate and uncomplicated forms of CD. However, in complicated and severe cases where conservative therapy fails to produce positive results, surgical treatment methods should be considered. Currently, the laparoscopic approach is the most appropriate, characterized by lower invasiveness and a shorter recovery period. It should also be noted that disease recurrence occurs much less frequently compared to open surgical techniques. The choice of the correct therapeutic strategy remains a decisive factor in the management of pediatric patients with CD, as inappropriate tactics can lead to relapses and complications that could otherwise be avoided.

Keywords: Crohn's disease, genetically engineered biological therapy, children, diet therapy, drug treatment, surgical treatment

For citation: Trondina Anastasia A., Shcherbak Vladimir A. Current Approaches to the Treatment of Pediatric Crohn's Disease: A Scientific Review. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2026;23(2):89–95. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v23i2.3030>

коморбидные состояния утяжеляют течение болезни и удлиняют срок достижения ремиссии. Тактика лечения детей с БК зависит не только от степени тяжести и наличия осложнений, но и от стажа заболевания, ответа на проводимую терапию и наличия показаний к проведению консервативных или хирургических методов. Основная цель лечения — поддержание клинической и эндоскопической ремиссии без применения глюкокортикоидов (ГК), которые доказали эффективность, однако наряду с этим увеличили риск нежелательных реакций [1].

При применении быстродействующих ГК ранее использовалась классификация фаз лечения, включающая индукцию и поддержание ремиссии. Однако, по данным А.Н. Богданова и соавт., такое деление не подтверждается, поскольку ГК недостаточно эффективны для достижения ремиссии и не способствуют заживлению слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [2]. Применяется более комплексный подход, включающий нутрициологию, диетотерапию, медикаментозное лечение (в том числе высокотехнологичные генно-инженерные биологические препараты — ГИБП), а при необходимости — хирургическое вмешательство [3].

Цель исследования

Цель научного обзора — анализ и обобщение имеющихся новых данных о лечении детей с БК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен обзор литературы отечественных и зарубежных научных публикаций с 2018 по 2025 г. Поиск проводили с помощью базы данных биомедицинских исследований PubMed и РИНЦ. По ключевым словам найдены 3823 публикации. Для анализа отобраны 112 источников, из которых подробно рассмотрены 43, соответствующие следующим критериям: новизна данных (публикации не ранее 2018 г.) и соответствие современным представлениям о лечении БК у детей.

Диетотерапия

Коррекция нутритивного статуса у пациентов с БК с обеспечением сбалансированного рациона положительно влияет не только на увеличение показателей массы тела, улучшение компонентного состава тела, но и на контроль за активностью заболевания. По данным З.Х. Гулунова и соавт., недостаточное питание, сопровождающее воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), обусловлено снижением кишечной абсорбции, изменением качественного и количественного состава кишечного микробиома (с преобладанием условно-патогенной флоры), а также потерей аппетита, тошнотой, рвотой и нейрогенными болями в животе [4]. Особую категорию составляют подростки. Повышенную потребность в более калорийном питании в данном возрасте объясняют возросшими энергозатратами на рост и развитие организма, гормональные перестройки, а также на поддержание адаптации и борьбу с заболеванием [5].

В рамках современных подходов к лечебному питанию при заболеваниях кишечника выделяют несколько категорий диет: жидкие (энтеральное (ЭП) и парентеральное питание (ПП)), применяемые для предоперационной подготовки и оптимизации нутритивного статуса), специфическую углеводную, полувегетарианскую, а также диету с низким содержанием ферментируемых олиго-, ди-, моносахаридов и полиолов (Fermentable Oligo-, Di-, Mono-saccharides and Polyols — FODMAP) [6].

Для индукции ремиссии и восполнения недостатка нутриентов, в частности белков и жиров, в период рецидива используют ЭП — зондовое, а также в виде порошков, напитков или десертных смесей. Элементарные, полуэлементарные и полимерные диеты различны по качественному составу и биохимической структуре. ЭП показано при легком и среднетяжелом течении БК и может использоваться как единственный способ питания либо как компонент комплексного нутритивного обеспечения. При этом применение ЭП не исключает и не заменяет медикаментозную терапию [7].

Другой формой восполнения питательных веществ, по данным З.Х. Гулунова, может стать ПП. Его применение показано, в частности, при остром течении заболевания, а также на этапах подготовки к плановому оперативному вмешательству. ПП представляет собой доставку питательных веществ в организм через центральный венозный катетер [6]. Необходимость применения обоих методов очевидна, но убедительных доказательств превосходства какого-либо из них в качестве основного способа коррекции нутритивного статуса у пациентов с БК до настоящего времени не получено [8].

В систематическом обзоре, выполненном группой экспертов Европейского общества детской гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition — ESPGHAN) и посвященном прогнозированию исходов хирургического лечения, 6 из 20 пациентов, включенных в анализ, получали ЭП. В этой когорте отмечали более низкую частоту инфекционных послеоперационных осложнений и более короткий период от операции до выписки. Кроме того, была продемонстрирована экономическая выгода: затраты на ведение пациентов, получавших ЭП, оказались ниже, чем у больных, находившихся на ПП [9, 10]. Показано, что у пациентов, получающих ЭП, не только сокращается длительность госпитализации, но и снижается риск обострения заболевания [11]. Ряд других диет, применяемых у больных с БК, менее распространены и актуальны, однако используются в мировой практике в зависимости от индивидуального ответа пациентов на терапию. Выбор диеты во многом может определяться вкусовыми и иными предпочтениями, например приверженностью к вегетарианскому типу питания [12].

Медикаментозная терапия

В настоящее время для лечения пациентов с БК применяется широкий спектр медикаментозных средств, однако представления об эффективности отдельных групп препаратов были пересмотрены [13]. Производные 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) ранее занимали одно из ведущих мест в терапии детей с БК. Противовоспалительное действие данной группы связано с подавлением синтеза провоспалительных цитокинов, а именно ряда интерлейкинов (IL-1, IL-2, IL-6) и фактора некроза опухоли альфа (TNF- α), а также с индукцией липооксигеназного пути метаболизма арахидоновой кислоты [14]. В настоящее время препараты 5-АСК не рассматриваются как компонент базисной схемы терапии БК. По данным Г.Р. Бикбавовой и соавт., анализ плацебо-контролируемой группы показал, что у большинства пациентов в течение 12 мес развивался рецидив заболевания; при этом, несмотря на отсутствие доказанной эффективности, значимых побочных эффектов также не отмечено. Следовательно, препараты 5-АСК остаются относительно безопасными, не могут рассматриваться как средство для индукции и поддержания ремиссии при БК [15].

ГК характеризуются быстрым клиническим эффектом и достаточно высокой частотой индукции ремиссии при БК. В то же время развитие стероидозависимости или стероидорезистентности существенно ограничивает возможность длительного применения этой группы препаратов. Важным ограничивающим фактором остается высокий риск побочных эффектов: ожирение, артериальная гипертензия, глаукома, катаракта, надпочечниковая недостаточность, стероидные язвы, медикаментозный гиперкортицизм и т.д. [15]. Существуют факторы неблагоприятного прогноза, которые необходимо определить в начале лечения. К ним относят детский возраст дебюта, перианальные поражения, вовлечение верхних отделов ЖКТ, протяженность воспалительного процесса более 100 см, наличие сопутствующих аутоиммунных заболеваний, а также стриктурирующий и пенетрирующий фенотипы БК [16].

Несмотря на накопленный негативный опыт длительного применения системных ГК, топические формы, например будесонид, продемонстрировали эффективность в индукции ремиссии у пациентов с БК. Они показаны преимущественно при легком и среднетяжелом обострении и используются в качестве средств для индукции ремиссии, тогда как их назначение в качестве поддерживающей терапии не рекомендуется. Тем не менее, при тяжелых атаках БК или в случае отсутствия возможности использовать альтернативные, более безопасные и патогенетически ориентированные препараты, системные ГК продолжают широко применяться большинством практикующих врачей [17].

Тиопурины представляют собой важную группу иммунодепрессантов; их основными представителями являются азатиоприн и 6-меркаптопурин. Эти препараты не рекомендуются в качестве монотерапии для индукции ремиссии, однако широко используются для поддерживающего лечения БК, в том числе у пациентов со стероидозависимостью, где их эффективность убедительно доказана. Применение тиопуринов требует обязательного лабораторного мониторинга, прежде всего печеночных трансаминаз и гематологических показателей. В первый месяц терапии функцию печени и общий (клинический) анализ крови контролируют 1 раз в 1–2 нед с последующим постепенным увеличением интервалов до 1 раза в 3 мес при стабильных показателях. Перед началом лечения рекомендуется оценка активности тиопуринометилтрансферазы (ТПМТ); нормальными считают значения порядка 230–450 ЕД/мл, что позволяет снизить риск тяжелой миелосупрессии [18]. Эффективность тиопуринов оценивают через 8–14 нед от начала терапии, поскольку эффект развивается постепенно. При невозможности определения ТПМТ стартовую дозу обычно уменьшают (например, до половины стандартной) и проводят более частый контроль общего (клинического) анализа крови. При снижении количества лейкоцитов менее 3000/мм³ дозу тиопуринов рекомендуется уменьшить, а при падении ниже 1500/мм³ препараты подлежат отмене [19].

При непереносимости тиопуринов в качестве терапии первой линии применяют цитостатический препарат метотрексат. После достижения стойкой и длительной ремиссии возможна его постепенная отмена. С целью снижения риска побочных эффектов целесообразно сочетать метотрексат с приемом фолиевой кислоты по 5 мг в неделю (в дни, свободные от введения основного препарата). На фоне терапии необходим регулярный лабораторный контроль, включающий общий (клинический) анализ крови и определение сывороточных концентраций печеночных трансаминаз [20].

По данным зарубежных источников, среднетяжелое и тяжелое течение заболевания, стероидозависимость, стероидорезистентность, а также состояние после оперативного удаления пораженных сегментов кишечника рассматриваются как показания к началу терапии ГИБП. Даже при радикальном хирургическом вмешательстве патогенетическую (в том числе биологическую) терапию рекомендуют начинать в ранние сроки, как правило, в интервале 2–4 нед после операции, при отсутствии послеоперационных осложнений, чтобы снизить риск раннего рецидива и поддержать клиническую ремиссию [21, 22].

В патогенезе БК ключевую роль играет иммунологический компонент, связанный с активацией Th1/Th17-ответа и гиперпродукцией провоспалительных цитокинов, в первую очередь, TNF- α и интерлейкинов. После поступления бактериальных антигенов в кишечник происходят их распознавание клетками иммунной системы, активация Т-лимфоцитов и макрофагов и высвобождение провоспалительных медиаторов, включая IL-1, IL-6, TNF- α . Фекальные кальпротектин и лактоферрин относятся к неинвазивным маркерам, которые при повышении концентрации в кале отражают нейтрофильное воспаление и используются для оценки активности воспалительного процесса в кишечнике при БК. Исследование этих биомаркеров помогает мониторировать активность заболевания и эффективность терапии [23].

В патогенезе БК ключевую роль играет аномальная активация иммунной системы кишечника с вовлечением клеточного и гуморального иммунитета и гиперпродукцией цитокинов. Даже на фоне терапии иммунная активация и высокие уровни цитокинов у части пациентов сохраняются, поэтому требуется длительное противовоспалительное и иммуносупрессивное лечение. Иммуномодулирующие препараты занимают важное место в терапии БК: они способствуют более быстрому достижению и поддержанию ремиссии, особенно при среднетяжелом и тяжелом течении, стероидозависимости и стероидорезистентности. Наиболее эффективно их использование в составе комплексной терапии в сочетании с базисными препаратами при отсутствии противопоказаний и тяжелых нежелательных реакций [24].

При неэффективности стандартной иммуносупрессивной терапии в настоящее время используются ГИБП. Они представляют собой моноклональные антитела или таргетные молекулы, селективно блокирующие ключевые звенья патогенеза БК. В клинической практике при лечении БК у детей применяют прежде всего ингибиторы TNF- α (инфликсимаб, адалимумаб), антитела к интегрину (ведолизумаб), антитела к IL-12 и -13 (устекинумаб), малые молекулы — ингибиторы янус-киназы (упадацитиниб) [23, 25].

Важным основанием для назначения ГИБП является отсутствие положительной динамики после непрерывной терапии иммунодепрессантами в течение примерно 3–4 мес и/или ГК в течение 6–8 нед. В последние годы все более активно обсуждается стратегия *top-down* с ранним назначением биологических препаратов с целью быстрого подавления воспалительного процесса и профилактики осложнений БК. Этот подход противопоставляют традиционной стратегии *step-up*, основанной на поэтапном усилении лечения с отсроченным назначением ГИБП и применением менее активных препаратов на первых этапах терапии [26].

Ингибиторы TNF- α адалимумаб и инфликсимаб демонстрируют высокую эффективность и приемлемый

профиль безопасности лечения детей, особенно при стероидозависимости и стероидорезистентности на фоне терапии иммунодепрессантами. Основными показаниями к их назначению являются среднетяжелое и тяжелое течение БК при недостаточном ответе на стандартную терапию [26].

Другие виды ГИБП постепенно занимают свое место в алгоритмах лечения и могут рассматриваться как альтернатива ингибиторам TNF- α при недостаточной эффективности и непереносимости последних, а также при сопутствующих иммуновоспалительных заболеваниях. В большинстве случаев своевременно начатая биологическая терапия позволяет снизить риск хирургического вмешательства и прогрессирования заболевания, тогда как позднее ее назначение ассоциируется с более высокой частотой осложнений и необходимостью операций [27].

Современные подходы предполагают ограниченное и адресное применение антибиотиков при ВЗК. Антибактериальная терапия показана прежде всего при осложнениях (абсцессы, свищи, перианальные поражения), присоединении вторичной инфекции и в ряде случаев в послеоперационном периоде, а не для рутинного лечения неосложненного течения БК у детей. Антибиотики и метронидазол могут использоваться короткими курсами, в том числе после резекции кишки, для снижения риска раннего рецидива, однако длительное или необоснованное их назначение способно усугублять нарушение состава кишечного микробиома и неблагоприятно влиять на течение заболевания [22].

Хирургическое лечение

Важным аспектом терапии является беседа врача с ребенком, страдающим БК, и членами его семьи, направленная на объяснение, что даже радикальное хирургическое лечение заболевания не приводит к полному излечению, а лишь устраняет осложнения и снижает симптоматику, при этом риск рецидива в последующие годы остается высоким. Минимально инвазивные вмешательства (прежде всего лапароскопические операции) ассоциированы с меньшей послеоперационной болью, более коротким сроком госпитализации, более низким риском спаек и грыж, а также лучшим косметическим результатом, что особенно значимо для детей и подростков с точки зрения психоэмоционального благополучия и принятия собственного тела [28].

По данным зарубежных рекомендаций, нет единого подхода по срокам и роли хирургического лечения при БК. Американская коллегия гастроэнтерологии рассматривает оперативное лечение преимущественно как метод коррекции осложнений (непроходимость, перфорация, абсцесс, массивное кровотечение, медикаментозно рефрактерное заболевание). В то же время в рекомендациях Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании подчеркивается возможность раннего оперативного вмешательства как терапевтической альтернативы медикаментозному лечению у части пациентов с ограниченным поражением (например, изолированная илеоцекальная форма), в том числе у детей и подростков [29, 30].

Основной причиной настороженного отношения к хирургическому лечению БК называют риск послеоперационных осложнений и формирования синдрома короткой кишки, который чаще развивается после повторных и обширных резекций тонкой кишки. В современной практике стараются максимально реализовать

органосберегающие стратегии и минимизировать количество повторных вмешательств. При этом слишком малый объем резекции при выраженном воспалении ассоциирован с более высокой частотой рецидива заболевания в зоне анастомоза. Лапароскопические операции, хотя и сравнительно недавно вошли в педиатрическую практику, показали сопоставимую или лучшую эффективность по сравнению с открытыми вмешательствами и сопровождаются меньшей частотой спаечных и гнойно-септических осложнений, более короткой госпитализацией и лучшим косметическим результатом [31]. По данным отечественных и зарубежных работ, двухэтапные хирургические стратегии при осложненных формах БК у детей (например, с первичным выведением стомы и последующей реконструкцией) обеспечивают выраженное улучшение нутритивного статуса, лабораторных показателей и качества жизни. Таким образом, сочетание своевременного хирургического вмешательства с адекватной медикаментозной терапией позволяет быстрее достигать ремиссии и снижать риск дальнейшего прогрессирования заболевания [32, 33].

Интраоперационные эндоскопические и морфологические исследования играют важную роль, позволяя уточнить протяженность поражения и тем самым оптимизировать объем резекции, что снижает риск как избыточного удаления кишки, так и необходимости повторных вмешательств [34]. Мультидисциплинарный подход с участием врача-гастроэнтеролога (детского), врача детского хирурга, врача-рентгенолога, врача-эндоскописта, врача-диетолога и при необходимости психолога особенно важен у детей, поскольку на течение болезни и выбор тактики лечения существенно влияют особенности роста, развития и нутритивного статуса детского организма, а не только наличие осложнений [35].

Параректальные (перианальные) свищи относятся к одним из наиболее частых и клинически значимых проявлений БК. В этапном лечении таких свищей все шире используется лазерная технология, которая позволяет сократить сроки заживления, уменьшить длительность госпитализации, снизить риск повреждения сфинктерного аппарата и нередко избежать стомирования у части пациентов [36]. Локализация и протяженность поражения кишечника остаются ключевыми факторами при выборе тактики ведения: они влияют на объем хирургического вмешательства, выбор лекарственной терапии и прогноз рецидива заболевания [37].

Осложненные формы БК и сочетание с другими заболеваниями действительно остаются одной из самых дискуссионных и сложных тем. Особого внимания заслуживают пациенты, одновременно страдающие двумя и более заболеваниями (офтальмопатия, гемобластозы, гепатобилиарные поражения и др.), когда бывает трудно установить, какое из них возникло первым и какой фактор — аутоиммунный процесс, прогрессирование исходной патологии или нарушения кишечного барьера — послужил пусковым механизмом развития комбинированного заболевания [38].

Диспансеризация и наблюдение

Наличие осложнений и сочетания БК с другими патологиями требует формирования индивидуальных программ наблюдения и противорецидивной (поддерживающей) терапии у каждого ребенка [39]. Педиатр и детский гастроэнтеролог должны осматривать пациента не реже 1 раза в 3 мес с полным объективным обследованием, включая оценку перианальной области, физического и полового развития, а также контроль маркеров воспа-

ления, клинического анализа крови и кала. При наличии внекишечных проявлений требуется подключение профильных специалистов (офтальмолога, травматолога-ортопеда, ревматолога, детского стоматолога, детского кардиолога, дерматовенеролога и др.). В период ремиссии особое значение приобретает осторожность в отношении инфекций: важно регулярно оценивать общее состояние здоровья ребенка, вовремя диагностировать и санировать очаги хронической инфекции, чтобы не провоцировать обострение основного заболевания [40].

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Важным аспектом лечения является соблюдение режима и модификации образа жизни. Пациентам рекомендуется строго придерживаться индивидуально подобранной диеты, по возможности избегать значимых стрессовых воздействий, своевременно лечить острые респираторные вирусные и бактериальные инфекции и по возможности предотвращать их прогрессирование, а также ограничивать физические и эмоциональные перегрузки, которые могут провоцировать обострение заболевания [41, 42].

Поддержание ремиссии при БК во многом зависит от соблюдения диетических рекомендаций, и ребенку важно это осознавать. Исключение индивидуально значимых «триггерных» продуктов, рациональное сбалансированное питание с учетом калоража, а также дробный режим приемов пищи являются ключевыми условиями успешной консервативной терапии в период ремиссии.

Для семей с ребенком, страдающим БК, полезны образовательные программы (лекции, практические занятия), которые помогают формировать правильные бытовые условия, режим и питание, повышать приверженность лечению. Плановая вакцинация у детей с ВЗК проводится по национальному календарю, но, как правило, в фазе ремиссии и при максимальной компенсации состояния; живые вакцины требуют особой осторожности на фоне иммуносупрессии. Полностью исключать физическую активность не рекомендуется: ребенку обычно подбирают щадящий режим занятий (специальная группа, подгруппа А) с дозированными нагрузками, адаптированными к заболеванию и текущему самочувствию [43].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оптимальная тактика лечения БК сейчас рассматривается как комплекс мер, а не выбор «одного лучшего» метода, и важно учитывать приверженность конкретного пациента терапии. Диетотерапия играет важную роль, но должна использоваться не как единственный метод

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Спасова Т.Е. Опыт применения генно-инженерных биологических препаратов в лечении болезни Крона // *Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация*. — 2024. — № 1. — С. 47–52. — doi: <https://doi.org/10.18101/2306-1995-2024-1-47-52> [Spasova TE. Experience of Treating Crohn's Disease Using Genetically Engineered Biological Agents. *Bulletin of Buryat State University. Medicine and Pharmacy*. 2024;(1):47–52. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.18101/2306-1995-2024-1-47-52>]
2. Богданов А.Н., Горбунова Е.В., Горячев Д.В., Петранева Е.В. Современные подходы к планированию и проведению клинических исследований лекарственных препаратов для лечения болезни Крона // *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения*. — 2020. — Т. 10. — № 2. — С. 111–

лечения, а включаться в комплекс вместе с медикаментозной терапией и при необходимости — хирургическим вмешательством. Медикаментозное лечение предпочтительно у пациентов без тяжелых осложнений; современная цель — не только клиническая, но и эндоскопическая ремиссия с заживлением слизистой оболочки, что ассоциируется с более низким риском осложнений и операций. Биологическая терапия доказала эффективность в достижении мукозального заживления и снижении частоты госпитализаций и хирургических вмешательств, но выбор ее как основного варианта зависит от тяжести, фенотипа и предшествующего ответа на лечение. Хирургическое лечение остается важной частью комплексной терапии при осложненных формах БК; при этом лапароскопические вмешательства, при возможности их выполнения, ассоциируются с меньшей травматичностью, лучшим восстановлением и косметическим результатом. Резекция ограниченного сегмента кишки в правильно выбранный момент может уменьшить воспалительный субстрат и отсрочить рецидив, но не приводит к «излечению», а требует дальнейшей поддерживающей медикаментозной терапии и наблюдения.

ВКЛАД АВТОРОВ

А.А. Трондина — поиск и анализ литературных источников, написание черновика рукописи, редактирование текста рукописи.

В.А. Щербак — концепция статьи, научное руководство, редактирование текста рукописи, утверждение окончательного варианта рукописи.

AUTHORS' CONTRIBUTION

Anastasia A. Trondina — search and analysis of literary sources, writing and editing.

Vladimir A. Shcherbak — the concept of the article, scientific guidance.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not specified.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ORCID

А.А. Трондина

<https://orcid.org/0009-0002-1143-9468>

В.А. Щербак

<https://orcid.org/0000-0002-2032-7612>

120. — doi: <https://doi.org/10.30895/1991-2919-2020-10-2-111-120> [Bogdanov AN, Gorbunova EV, Goryachev DV, Petraneva EV. Current Approaches to Planning and Conducting Clinical Trials of Medicinal Products for the Treatment of Crohn's Disease. *Vedomosti Nauchnogo tsentra ekspertizy sredstv meditsinskogo primeneniya = The Bulletin of the Scientific Centre for Expert Evaluation of Medicinal Products*. 2020;10(2):111–120. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.30895/1991-2919-2020-10-2-111-120>]

3. Grover Z, Alex G. Management of inflammatory bowel disease in children: It is time for an individualised approach. *J Paediatr Child Health*. 2020;56(11):1677–1684. doi: <https://doi.org/10.1111/jpc.14652>

4. Зенкова К.И., Скворцова В.А., Потапов А.С. и др. Диетотерапия в комплексном лечении детей с болез-

- нью Крона // *Российский педиатрический журнал*. — 2025. — Т. 28. — № 1. — С. 33–40. — doi: <https://doi.org/10.46563/10.46563/1560-9561-2025-28-1-33-40> [Zenkova KI, Skvortsova VA, Potapov AS, et al. Diet therapy in the complex treatment of children with Crohn's disease. *Rossiyskiy Pediatricheskiy Zhurnal = Russian Pediatric Journal*. 2025;28(1):33–40. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.46563/10.46563/1560-9561-2025-28-1-33-40>]
5. Deas J, Shah ND, Konijeti GG, et al. Dietary therapies for adult and pediatric inflammatory bowel disease. *Nutr Clin Pract*. 2024;39(3):530–545. doi: <https://doi.org/10.1002/npcr.11146>
6. Гулунов З.Х., Соусова Я.В., Корбесова Н.Г. Лечебное питание при болезни Крона // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. — 2025. — № 2. — С. 194–206. — doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-234-2-194-206> [Gulunov ZKh, Sousova YaV, Korbesova NG. Therapeutic nutrition for Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2025;(2):194–206. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-234-2-194-206>]
7. Spencer EA, Dubinsky MC. Precision Medicine in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Pediatr Clin North Am*. 2021;68(6):1171–1190. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.07.011>
8. Jasser-Nitsche H, Bechtold-Dalla Pozza S, et al. Comorbidity of inflammatory bowel disease in children and adolescents with type 1 diabetes. *Acta Paediatr*. 2021;110(4):1353–1358. doi: <https://doi.org/10.1111/apa.15643>
9. Adamina M, Bonovas S, Raine T, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2020;14(2):155–168. doi: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz187>
10. Sigall Boneh R, Westoby C, Oseran I, et al. The Crohn's Disease Exclusion Diet: A Comprehensive Review of Evidence, Implementation Strategies, Practical Guidance, and Future Directions. *Inflamm Bowel Dis*. 2024;30(10):1888–1902. doi: <https://doi.org/10.1093/ibd/izad255>
11. Yamamoto T, Nakahigashi M, Shimoyama T, Umegae S. Does preoperative enteral nutrition reduce the incidence of surgical complications in patients with Crohn's disease? A case-matched study. *Colorectal Dis*. 2020;22(5):554–561. doi: <https://doi.org/10.1111/codi.14922>
12. Dalzell AM, Ba'Ath ME. Paediatric inflammatory bowel disease: review with a focus on practice in low- to middle-income countries. *Paediatr Int Child Health*. 2019;39(1):48–58. doi: <https://doi.org/10.1080/20469047.2019.1575056>
13. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2019;68(Suppl 3):s1–s106. doi: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>
14. ЩербакOVA О.В., Разумовский А.Ю., Шумилов П.В., Ионов А.Л. Выбор оптимальной стратегии лечения детей с болезнью Крона и кроноподобными иммунодефицитами с перанальными поражениями // *Вопросы детской диетологии*. — 2019. — Т. 17. — № 1. — С. 7–16. — doi: <https://doi.org/10.20953/1727-5784-2019-1-7-16> [Shcherbakova OV, Razumovskiy AYU, Shumilov PV, Ionov AL. The choice of the optimal strategy for treatment of children with Crohn's disease and Crohn-like immunodeficiencies with perianal lesions. *Voprosy detskoj dietologii = Pediatric Nutrition*. 2019;17(1):7–16. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.20953/1727-5784-2019-1-7-16>]
15. Бикбавова Г.Р., Ахмедов В.А., Третьякова Т.В., Пирожкова А.М. Ведение пациентов с болезнью Крона — от истории до современных подходов // *Медицинский алфавит*. — 2024. — № 26. — С. 7–14. — doi: <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-26-7-14> [Bikbavova GR, Akhmedov VA, Tretyakova TV, Pirozhkova AM. Management of patients with Crohn's disease — from history to modern approaches. *Medical alphabet*. 2024;(26):7–14. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-26-7-14>]
16. Turner ST, Focht G, Orlanski-Meyer E, et al. Fatigue in pediatric inflammatory bowel diseases: A systematic review and a single center experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;78(2):241–251. doi: <https://doi.org/10.1002/jpn3.12039>
17. Rubalcava NS, Gadepalli SK. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. 2021;68(12):121–142. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2021.05.005>
18. Torres J, Bonovas S, Doherty G, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2020;14(1):4–22. doi: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz180>
19. Тарашчук А.Н., Жарова М.Е., Иванников И.О. Поддерживающая иммуносупрессивная терапия при болезни Крона: приверженность пациента и ее влияние на эффективность лечения. Клинический случай // *Доказательная гастроэнтерология*. — 2024. — Т. 13. — № 2. — С. 90–96. — doi: <https://doi.org/10.17116/docgastro20241302190> [Tarashchuk AN, Zharova ME, Ivannikov IO. Maintenance immunosuppressive therapy for Crohn's disease: patient adherence and its impact on treatment efficacy. Case report. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2024;13(2):90–96. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.17116/docgastro20241302190>]
20. Аракелян А.Л., Сурков А.Н., Бессонов Е.Е. и др. Язвенный колит и болезнь Крона в детском возрасте: актуальные вопросы и решения // *Вопросы современной педиатрии*. — 2025. — Т. 24. — № 3. — С. 146–156. — doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i3.2918> [Arakelyan AL, Surkov AN, Bessonov EE, et al. Ulcerative Colitis and Crohn's Disease in Childhood: Topical Issues and Solutions. *Voprosy sovremennoy pediatrii — Current Pediatrics*. 2025;24(3):146–156. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i3.2918>]
21. Liu J, Di B, Xu LL. Recent advances in the treatment of IBD: Targets, mechanisms and related therapies. *Cytokine Growth Factor Rev*. 2023;71-72:1–12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cytogr.2023.07.001>
22. Jongsma MME, Aardoom MA, Cozijnsen MA, et al. First-line treatment with infliximab versus conventional treatment in children with newly diagnosed moderate-to-severe Crohn's disease: an open-label multicentre randomised controlled trial. *Gut*. 2022;71(1):34–42. doi: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-322339>
23. Seyedian SS, Nokhostin F, Malami MD. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life*. 2019;12(2):113–122. doi: <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0075>
24. Tanida S, Mizoshita T, Ozeki K, et al. The first case of biological therapy discontinuation after a complete remission induced by maintenance therapy with adalimumab for refractory ulcerative colitis. *J Clin Med Res*. 2015;7(2):118–121. doi: <https://doi.org/10.14740/jocmr1991w>
25. Жилин И.В., Чашкова Е.Ю., Жилина А.А., Горбунов В.В. Значение полиморфизма генов некоторых про- и противовоспалительных цитокинов у пациентов с тяжелым течением язвенного колита // *Забайкальский медицинский вестник*. — 2024. — № 2. — С. 2–10. — doi: https://doi.org/10.52485/19986173_2024_2_1 [Zhilin IV, Chashkova EYu, Zhilina AA, Gorbunov VV. The significance of gene polymorphism of some pro- and antiinflammatory cytokines in patients with severe ulcerative colitis. *Transbaikalian Medical Bulletin*. 2024;(2):2–10. (In Russ). doi: https://doi.org/10.52485/19986173_2024_2_1]
26. Хавкин А.И., Налетов А.В., Марченко Н.А. Воспалительные заболевания кишечника у детей: современные достижения в диагностике и терапии // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. — 2023. — Т. 33. — № 6. — С. 7–15. — doi: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-6-7-15> [Khavkin AI, Nalyotov AV, Marchenko NA. Inflammatory Bowel Diseases in Children: Modern Achievements in Diagnostics and Therapy. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2023;33(6):7–15. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-6-7-15>]
27. Jois A, Alex G. Inflammatory Bowel Disease in Children. *Indian J Pediatr*. 2024;91(5):490–498. doi: <https://doi.org/10.1007/s12098-023-04671-0>
28. Самольго И.С., Аминова А.И., Ерюшова Т.Ю. и др. Необычное начало и течение болезни Крона у детей // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. — 2024. — № 6. — С. 221–224. — doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-226-6-221-224> [Samolygo IS, Aminova AI, Eryushova TYu, et al. Unusual Onset and Course of Crohn's Disease in Children. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024;(6):221–224. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-226-6-221-224>]

29. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481–517. doi: <https://doi.org/10.1038/ajg.2018.27>
30. Martins R, Carmona C, George B, et al. Management of Crohn's disease: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2019;367:l5940. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l5940>
31. Данилов М.А., Демидова А.А., Князев О.В., Каграманова А.В. Место хирургии в комплексном лечении болезни Крона // *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. — 2024. — Т. 12. — № 4. — С. 655–663. — doi: <https://doi.org/10.23888/HMJ2024124655-663> [Danilov MA, Demidova AA, Knyazev OV, Kagramanova AV. Place of Surgery in the Complex Treatment of Crohn's Disease. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2024;12(4):655–663. doi: <https://doi.org/10.23888/HMJ2024124655-663>]
32. Voskuil MD, Bangma A, Weersma RK, Festen EAM. Predicting (side) effects for patients with inflammatory bowel disease: The promise of pharmacogenetics. *World J Gastroenterol*. 2019;25(21):2539–2548. doi: <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i21.2539>
33. Бекин А.С., Дьяконова Е.Ю., Гусев А.А. и др. Результаты этапного хирургического лечения детей с поражением илеоцекальной области и распространенным активным воспалением при болезни Крона // *Детская хирургия*. — 2023. — Т. 27. — № 2. — С. 82–90. — doi: <https://doi.org/10.55308/1560-9510-2023-27-2-82-90> [Bekin AS, D'yakonova EY, Gusev AA, et al. Outcomes after staged surgical treatment of children with ileocecal lesions and active extensive inflammation in Crohn's disease. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2023;27(2):82–90. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.55308/1560-9510-2023-27-2-82-90>]
34. Старостин А.М., Воробей А.В., Шулейко А.С. Болезнь Крона: варианты и результаты хирургического лечения, предикторы послеоперационных осложнений // *Хирургия. Восточная Европа*. — 2023. — Т. 12. — № 1. — С. 37–47. — doi: <https://doi.org/10.34883/PI.2023.12.1.014> [Starostin AM, Vorobei AV, Shuleiko AC. Crohn's Disease: Options and Results of Surgical treatment, Predictors of Postoperative Complications. *Surgery. Eastern Europe*. 2023;12(1):37–47. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.34883/PI.2023.12.1.014>]
35. Пономарева М.Н., Карпова Д.А., Патрикеева И.М. и др. Офтальмопатии при болезни Крона (клиническое наблюдение) // *Медицинская наука и образование Урала*. — 2022. — Т. 23. — № 2. — С. 150–153. — doi: https://doi.org/10.36361/18148999_2022_23_2_150 [Ponomareva MN, Karpova DA, Patrikeeva IM, et al. Ophthalmopathy in Crohn's disease (clinical observation). *Medical science and education of Ural*. 2022;23(2):150–153. (In Russ). doi: https://doi.org/10.36361/18148999_2022_23_2_150]
36. Успенский Ю.П., Сарана А.М., Иванов С.В. и др. Эпидемиология язвенного колита и болезни Крона: аналитические данные первого регионального регистра воспалительных заболеваний кишечника Санкт-Петербурга на базе государственной информационной системы здравоохранения // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. — 2025. — № 2. — С. 15–24. — doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-234-2-15-24> [Uspenskiy YuP, Sarana AM, Ivanov SV, et al. Epidemiology of ulcerative colitis and Crohn's disease: analytical data from the first regional registry of inflammatory bowel diseases of Saint Petersburg based on the state health information system. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2025;(2):15–24. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-234-2-15-24>]
37. Vuijk SA, Camman AE, de Ridder L. Considerations in Paediatric and Adolescent Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2024;18(Suppl_2):ii31–ii45. doi: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae087>
38. Никитина И.А., Леонтьев А.В., Сытьков В.В. и др. Лечение перианальных проявлений болезни Крона // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. — 2025. — № 2. — С. 187–193. — doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-234-2-187-193> [Nikitina IA, Leontyev AV, Sytkov VV, et al. Treatment of perianal manifestations of Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2025;(2):187–193. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-234-2-187-193>]
39. Русова Т.В., Ратманова Г.А. Диспансеризация детей с язвенным колитом и болезнью Крона // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. — 2019. — Т. 171. — № 11. — С. 51–58. — doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-171-11-51-58> [Rusova TV, Ratmanov GA. Regular medical examination of children with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;171(11):51–58. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-171-11-51-58>]
40. Bouhuys M, Lexmond WS, van Rheenen PF. Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Pediatrics*. 2023;151(1):e2022058037. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058037>
41. Tan YH, Siew JX, Thomas B, Ng KC. Patient-reported outcome measures and value-based medicine in paediatrics: a timely review. *Singapore Med J*. 2023;64(5):285–293. doi: <https://doi.org/10.11622/smedj.2021102>
42. Аракелян А.Л., Сурков А.Н., Баранов А.А. и др. Лингвистическая корректность и достоверность содержания русской версии модуля гастроинтестинальных симптомов опросника PedsQL™ для пациентов педиатрического профиля // *Педиатрическая фармакология*. — 2023. — Т. 20. — № 2. — С. 112–119. — doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v20i2.2553> [Arakelyan AL, Surkov AN, Baranov AA, et al. Linguistic accuracy and authenticity of the content of the Russian version of the module of gastrointestinal symptoms of the PedsQL™ questionnaire for pediatric patients. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2023;20(2):112–119. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v20i2.2553>]
43. Felipez LM, Ali S, de Zoeten EF, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition position paper on the therapeutic drug monitoring in pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2025;81(4):1100–1117. doi: <https://doi.org/10.1002/jpn3.70158>

Статья поступила: 25.12.2025, принята к печати: 16.04.2026
The article was submitted 25.12.2025, accepted for publication 16.04.2026

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Щербак Владимир Александрович, д.м.н., профессор [**Vladimir A. Shcherbak**, MD, PhD, Professor];
адрес: 672000, г. Чита, ул. Горького, д. 39А [address: 39A, Gorky Str., Chita, 672000, Russian Federation];
телефон: +7 (302) 235-43-24; e-mail: shcherbak2001@mail.ru; eLibrary SPIN: 7095-5359

Трондина Анастасия Александровна [**Anastasia A. Trondina**, MD]; e-mail: aznakaeva.nastya@mail.ru;
eLibrary SPIN: 7062-7011