

Серии научно-практических рецензируемых журналов



Медицинский АЛФАВИТ № 13 / 2025



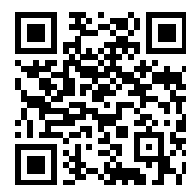
Gastroenterology
and Dietetics

MEDICAL ALPHABET
Russian Professional Medical Journal

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ и ДИЕТОЛОГИЯ (2)



- Опыт российских кафедр
- Клинические исследования
- Опыт применения
- Лекции для врачей
- Обзоры
- Новинки фармпрепаратов
- Новые технологии
- Конференции и выставки



www.medalfavit.ru
www.med-alphabet.com

Болезнь Крона и питание: современные взгляды на диетотерапию и нутритивную поддержку

О. Б. Щукина¹, В. А. Самолетова², А. В. Исакова¹

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр № 1», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Болезнь Крона (БК) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кишечника неустраненной этиологии, характеризующееся прогрессирующим течением и развитием осложнений, требующих хирургического вмешательства у большинства пациентов. В патогенезе болезни важную роль играет нарушение кишечной микробиоты, обусловленной влиянием факторов окружающей среды, среди которых ведущее значение имеет питание. Современные данные подтверждают негативное влияние ультрапереработанных продуктов на состав микробиоты и увеличение риска развития БК. В настоящей статье рассматриваются современные подходы к диетотерапии и нутритивной поддержке пациентов с БК, включая оценку нутритивного статуса, потребностей в макро- и микронутриентах, а также коррекцию выявленных дефицитов. Особое внимание уделяется эффективности полного энтерального питания (ПЭП) и альтернативных диетических стратегий, таких как исключаящая диета при болезни Крона (ИДБК) в сочетании с специализированным лечебным питанием, которые способствуют достижению ремиссии, заживлению слизистой оболочки и снижению воспалительной активности. В статье обсуждаются особенности диетотерапии в период ремиссии заболевания, а также нутритивная поддержка в пред- и послеоперационном периодах. Подчеркивается ключевая роль диетолога в мультидисциплинарной команде по ведению пациентов с БК и необходимость индивидуального подхода к диетотерапии с учетом культурных особенностей и пищевых предпочтений. На основании анализа современных данных делается вывод о важности включения нутритивной поддержки и диетотерапии в комплексное лечение БК, а также необходимости дальнейших исследований для оптимизации персонализированных диетических стратегий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезнь Крона, специализированное лечебное питание, диета, полное энтеральное питание, исключаящая диета при болезни Крона, предоперационная нутритивная поддержка, диетолог, микробиота.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Crohn's disease and nutrition: current perspectives on dietary therapy and nutritional support

O. B. Shchukina¹, V. A. Samoletova², A. V. Isakova¹

¹ Pavlov First State Medical University of St. Petersburg (Pavlov University), Saint Petersburg, Russia

² City Consultative and Diagnostic Center No. 1, St. Petersburg, Russia

SUMMARY

Crohn's disease (CD) is a chronic inflammatory bowel disease of unknown etiology, characterized by a progressive course and the development of complications that require surgical intervention in a significant proportion of patients. The pathogenesis of the disease involves a disruption of gut microbiota, influenced by environmental factors, with diet playing a key role. Current evidence confirms the negative impact of ultra-processed foods on microbiota composition and the increased risk of developing CD. This article reviews modern approaches to dietary therapy and nutritional support for patients with CD, including assessment of nutritional status, macro- and micronutrient requirements, and correction of identified deficiencies. It evaluates the effectiveness of exclusive enteral nutrition (EEN) and alternative dietary approaches, such as the Crohn's Disease Exclusion Diet (CDED), in combination with specialized enteral nutrition in achieving remission, promoting mucosal healing, and reducing inflammation. Additionally, it explores dietary strategies for maintaining remission and optimizing perioperative nutritional support. It emphasizes the key role of dietitians in the multidisciplinary team managing CD patients and the need for an individualized approach to dietary therapy, considering cultural preferences and food habits. Based on a review of current evidence, the article concludes that nutritional support and dietary therapy should be integral components of comprehensive CD treatment, while further research is needed to optimize personalized dietary strategies.

KEYWORDS: Crohn's disease, enteral nutrition, diet, exclusive enteral nutrition, Crohn's Disease Exclusion Diet, perioperative nutritional support, dietitian, gut microbiota.

CONFLICT OF INTEREST: The authors declare no conflicts of interest.

Введение

Актуальность проблемы

Болезнь Крона (БК) – это хроническое воспалительное заболевание кишечника неустраненной этиологии, характеризующееся прогрессирующим течением, особенностью которого является развитие осложнений – стриктур, свищей и абсцессов, что в 50 % случаев потребует хирургического вмешательства в течение десяти лет после установления диагноза [1].

Важным звеном патогенеза заболевания представляется изменение состава кишечной микробиоты под влиянием факторов окружающей среды, среди которых ведущую роль играет питание [2]. Известно, что ультрапереработанные пищевые продукты, преобладающие в рационах западных стран, отличаются высокой калорийностью, избытком насыщенных жиров, простых углеводов, пищевых добавок, недостатком пищевых волокон и негативно влияют

на микрофлору всех отделов ЖКТ [3]. Доказано, что подобный рацион способствует развитию дисбиоза – уменьшению количества бактерий, продуцирующих короткоцепочечные жирные кислоты (представители типа Firmicutes), которые поддерживают функцию колоноцитов и обладают противовоспалительным действием, и увеличению численности провоспалительных микроорганизмов, включая адгезивно-инвазивную *Escherichia coli* и *Ruminococcus gnavus* [4, 5]. Согласно современным данным, регулярное потребление ультраобработанных продуктов (т.н. «вестернизация» диеты) сопряжено с увеличением риска развития БК на 40% [6].

Эти сведения подтверждают важную роль диетотерапии в комплексном лечении заболевания. Наиболее предпочтительным считается рацион, основанный на натуральных продуктах с достаточным содержанием клетчатки. Клинические исследования продемонстрировали эффективность диетических подходов не только в достижении ремиссии и уменьшении воспалительной активности, но и заживлении слизистой оболочки кишечника.

В педиатрической практике золотым стандартом нутритивной поддержки и диетотерапии признано полное энтеральное питание (ПЭП), эффективность которого сопоставима с терапией системными глюкокортикостероидами, при этом наиболее детально изучена схема ПЭП с применением лечебного питания Модулен (Modulen IBD) [7, 42]. Однако, в связи с низкой приверженностью пациентов к ПЭП в настоящее время разработаны и исследуются альтернативные диетические стратегии, в частности «Исключающая диета при болезни Крона» (ИДБК), а также в некоторых случаях ее одновременное применение с лечебным энтеральным питанием. Индивидуализация диетотерапии с учетом личных особенностей и предпочтений пациента – необходимое условие успешного лечения [3].

Цель и задачи

Цель настоящей статьи – обзор современных данных, касающихся вопросов питания пациентов с болезнью Крона, который включает анализ существующих методик оценки нутритивного статуса; изучение потребностей пациентов в основных нутриентах и рекомендаций по коррекции выявленных дефицитов макро- и микронутриентов; оценка роли полного энтерального питания и других диетических подходов в терапии; особенности диетотерапии в период ремиссии заболевания; нутритивная поддержка больных БК в различных клинических ситуациях; роль диетологов в ведении пациентов и их место в мультидисциплинарной команде специалистов.

Материалы и методы

Анализ публикаций в базе данных PubMed, которые были опубликованы до мая 2025 года. Ключевые слова: питание при болезни Крона, диеты при болезни Крона, CDED, предоперационная нутритивная поддержка при болезни Крона, питание после операций при болезни Крона, роль диетолога в ведении болезни Крона. В случаях, когда по отдельным аспектам исследования отсутствовали актуальные данные, использовались более ранние публикации. Для обеспечения полноты обзора

дополнительно проводился ручной анализ библиографических ссылок в отобранных статьях с целью включения всех релевантных исследований.

Оценка трофологического (нутритивного) статуса и его коррекция у пациентов с болезнью Крона

Оценка трофологического статуса пациента с болезнью Крона специалистом по ВЗК

При комплексной оценке нутритивного статуса диетолог использует различные инструменты. Первичная оценка предполагает оценку характера течения заболевания и антропометрию с расчетом индекса массы тела (ИМТ) с анализом его динамики, включая факт непреднамеренной потери веса. Однако при изолированном использовании ИМТ не выявляет изменения состава тела (включая саркопению), снижение мышечной силы и дефицит микронутриентов. Для уточняющей оценки рекомендуется проведение дополнительных измерений: окружности талии и средней трети плеча, толщины кожной складки над трицепсом, оценку мышечной силы методом кистевой динамометрии, а также комплексное определение микронутриентного статуса, включающее анализ пищевого рациона и лабораторных показателей [8]. Следует учитывать, что воспалительные процессы вызывают физиологическое снижение выработки транспортных белков (альбумина, трансферрина), что затрудняет интерпретацию лабораторных показателей. Поскольку эти белки участвуют в транспорте витаминов и микроэлементов, их уровень не может служить достоверным маркером нутритивного статуса [9]. Применение стандартизированных шкал MUST и MIRT позволяет объективизировать оценку нутритивного статуса. Шкала MUST основана на трех критериях: показателе ИМТ, наличии непреднамеренной потери веса в течение последних 3–6 месяцев и выявлении острых симптомов заболевания. В отличие от MUST, в шкале MIRT клиническая оценка заменена определением уровня С-реактивного белка (СРБ) [10]. Помимо лабораторных исследований и шкал, существуют также инструментальные методы оценки состава тела, в том числе для выявления саркопении.

К таким методам относятся:

1. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА), которая обеспечивает точное измерение мышечной и жировой массы, а также минеральной плотности костей.
2. Биоэлектрический импедансный анализ (БИА), который представляет собой неинвазивный метод, основанный на измерении сопротивления тканей электрическому току – мышечная ткань, содержащая воду и электролиты, обладает высокой проводимостью, а жировая ткань и кости – низкой. Полученные данные анализируются с помощью специальных формул с учетом антропометрических показателей (рост, вес), возраста и пола пациента [11].

Потребности пациентов в основных нутриентах и макро- и микроэлементах

Нутритивные потребности пациентов с БК существенно варьируют в зависимости от ремиссии или обострения заболевания. Согласно современным рекомендациям,

суточная калорийность рациона составляет 30–35 ккал/кг массы тела, что соответствует энергетическим потребностям здорового человека [12].

При обострении заболевания потребность в белке у взрослых пациентов увеличивается до 1,2–1,5 г/кг массы тела, в период клинической ремиссии количество белка соответствует потребностям в общей популяции – около 1 г/кг массы тела в сутки [12]. Коррекция белкового статуса влияет на гомеостаз кишечной экосистемы, способствуя восстановлению продукции кишечного муцина, укрепляя кишечный барьер и предотвращая бактериальную транслокацию, что сопровождается синтезом белков плотных контактов и положительными изменениями в микробиоме. Дополнительный терапевтический эффект реализуется через воздействие на ключевые сигнальные пути, что приводит к подавлению воспалительного ответа путем активации антиоксидантных систем [13].

Коррекция нутритивных нарушений. Пищевые добавки и их роль в терапии БК

Проблема нутритивной недостаточности и дефицита микроэлементов остается распространенным, но часто недооцениваемым осложнением ВЗК, особенно у пациентов с БК и лиц, перенесших неоднократные хирургические вмешательства [14]. Наиболее клинически значимыми микронутриентами выступают витамин D, железо и витамин B12. Дефицит этих веществ развивается вследствие совокупности факторов, включающих ограничение определенных продуктов в рационе, синдром мальабсорбции, повышенные потери при диарее, уменьшение всасывающей поверхности кишечника после обширных резекций, а также влияние лекарственной терапии [12].

Дополнительной причиной дефицита витамина D выступает ограниченная инсоляция вследствие сниженной физической активности на открытом воздухе [15]. Клиническое исследование MacMaster и соавт. продемонстрировало высокую распространенность различных дефицитных состояний у больных ВЗК [16]. Среди 93 обследованных пациентов гиповитаминоз D выявлен у 29 %, дефицит цинка – у 16 %, витамина B6 – у 14 %, витамина C – у 13 % и витамина B12 – у 11 % пациентов. Реже встречались недостаточность фолатов (8 %), снижение ферритина (9 %), дефицит меди и магния (по 4 %), а также селена (3 %) [16]. В исследовании Kyoung Ho Ko и соавт. дефицит витамина D выявлялся у 73,6 % пациентов с ВЗК, при этом отмечалось, что у пациентов с БК уровень витамина D ниже по сравнению с язвенным колитом [17]. В исследовании выявлена обратная зависимость между уровнем витамина D и активностью болезни Крона (БК): у пациентов с дефицитом витамина D наблюдалась достоверно более высокая активность заболевания по индексу Харви – Бредшоу.

Частота железодефицитной анемии (ЖДА) при воспалительных заболеваниях кишечника варьирует от 6 % до 74 % случаев [18]. Клинические исследования демонстрируют значимые различия в характере течения заболевания у пациентов с ЖДА в сравнении с ее отсутствием: увеличение частоты хирургических вмешательств (3,0 % против 1,7 %; $p < 0,001$), госпитализаций (12,0 % против 5,9 %; $p < 0,001$) и прогрессирования болезни (12,8 % против 6,5 %;

$p < 0,001$) [19]. Статистический регрессионный анализ показал, что наличие анемии увеличивает риск прогрессирования заболевания в 1,59 раза (ОШ 1,59, 95 % ДИ 1,329–1,928; $p < 0,001$) по сравнению с пациентами без анемии [19].

У пациентов с БК и сопутствующей анемией чаще развивались свищи (5,5 % против 3,3 %; $p < 0,001$) и абсцессы (6,2 % против 3,1 %; $p < 0,001$). Кроме того, эта группа пациентов значительно чаще требовала переливания крови во время госпитализации (13,6 % против 3,4 %; $p < 0,001$) [18].

В клинической практике важно обращать внимание на другие потенциально дефицитные микронутриенты: цинк, медь, жирорастворимые витамины (A, E, K) и фолиевую кислоту. Особую группу составляют пациенты, получающие терапию метотрексатом и сульфасалазином, у которых необходимо тщательно контролировать уровень фолиевой кислоты [14].

Особый клинический интерес представляют выявленные закономерности: у пациентов со стриктурирующей формой БК дефицит витамина B6 встречался значительно чаще, чем при воспалительном фенотипе. Факторами риска дефицита цинка оказались молодой возраст, гипоальбуминемия и сниженный ИМТ, тогда как повышенный уровень СРБ ассоциировался с повышенным уровнем меди [16].

Важно отметить, что дефицит цинка при БК достоверно коррелировал с сокращением периода до развития очередного рецидива ($p = 0,001$) [16], что подчеркивает клиническую значимость своевременной диагностики и коррекции дефицита микронутриентов в ведении данной категории пациентов.

Полное энтеральное питание для индукции ремиссии болезни Крона

Полное энтеральное питание (ПЭП). Эффективность ПЭП в индукции ремиссии у детей и взрослых. Доказательная база

Полное энтеральное питание рассматривается в двух ключевых аспектах: как метод нутритивной поддержки и как терапевтический подход, способствующий снижению воспаления в кишечнике и индукции ремиссии заболевания [20]. Этот метод предполагает использование специализированной лечебной смеси в качестве единственного источника питания в течение 6–8 недель. Его эффективность во многом зависит от наличия мультидисциплинарного подхода с участием диетолога и психолога, а также от мер по улучшению органолептических свойств смесей.

Согласно рекомендациям Европейской организации по изучению болезни Крона и язвенного колита [1] и Европейского общества клинического питания и метаболизма [12] ПЭП рекомендовано в качестве терапии первой линии для индукции ремиссии у детей с легкой и среднетяжелой формой БК. Эффективность ПЭП подтверждена для БК различной локализации, включая изолированное поражение толстой кишки, и не зависит от длительности болезни [20].

По данным исследований, частота достижения ремиссии у детей, получающих ПЭП с использованием модульной лечебной смеси Модулен через 6–8 недель ПЭП достигает 60–80 %, что сопоставимо с системными стероидами [21]. Снижение маркеров воспаления отмечается уже на 1–2-й

неделе от начала лечения. В отличие от глюкокортикостероидов, ПЭП имеет минимальное количество побочных эффектов, а также лечебное питание положительно влияет на рост детей, плотность костной ткани и мышечную массу. Также было установлено, что ПЭП более эффективно в заживлении слизистой оболочки кишечника.

Применение данного метода у взрослых сопряжено с определенными трудностями, включая необходимость высокой приверженности пациентов и обязательное сопровождение диетолога. Исследование Sanchit Sharma и соавт. выявило, что около 20 % пациентов (возраст 34 ± 16 лет) плохо переносили этот вид нутритивной поддержки, но при этом к 8-й неделе ПЭП клинический ответ (снижение CDAI >70) наблюдался у 70,9 % пациентов (22 из 31), а клиническая ремиссия (CDAI <150) была достигнута у 16,1 % (5 из 31) [22].

Исследование Catherine L. Wall et al. [23] продемонстрировало эффективность 2-недельного курса ПЭП у 32 пациентов с активной БК в виде снижения индекса Харви–Бредшоу (ХБИ) (с 5 до 3; $p=0,003$), СРБ (с 10 до 5 мг/л; $p=0,005$) и фекального калпротектина (с 927 до 674 мкг/г; $p=0,028$) при стабильном уровне альбумина ($39,5$ г/л). При продлении терапии до 8 недель у 14 пациентов отмечалось дальнейшее улучшение показателей в виде снижения медианы ХБИ ($p=0,031$) и доли пациентов с уровнем фекального калпротектина <500 мкг/г (с 29 до 36 %).

В исследовании Qingfan Yang et al. [24] эффективно-сти 12-недельного курса ПЭП у 41 пациента (18–60 лет) с осложненной БК, включавшем 33 случая с кишечными свищами/абсцессами и 10 с воспалительными стриктурами, терапия привела к значимому уменьшению индекса активности заболевания (с $223,4 \pm 65,5$ до $106,8 \pm 42,7$; $p<0,001$), при этом 80,5 % пациентов достигли полной клинической ремиссии. В подгруппах отмечено закрытие кишечных свищей (75 %), разрешение внутрибрюшных абсцессов (76 %). Среди больных со стриктурами лишь 20 % не ответили на терапию ПЭП и потребовали хирургического вмешательства. Из 17 пациентов, прошедших контрольную колоноскопию до и после лечения, у 47 % наблюдалось заживление слизистой оболочки.

Роль диеты в индукции ремиссии болезни Крона

Роль микробиоты кишечника. Диета CDED, ее принципы, ее доказательная база у детей и у взрослых. Диета CDED в рекомендациях

Мировая тенденция роста заболеваемости ВЗК коррелирует с распространением западного образа жизни. Пищевые привычки существенно влияют на состав и функциональную активность кишечной микробиоты. Чрезмерное потребление животных белков (особенно красного мяса) стимулирует образование бактериями потенциально токсичных метаболитов – аммиака, индолов, фенолов и сульфидов, способных повреждать кишечную стенку. Жиры также изменяют микробный профиль, вмешиваясь в обмен желчных кислот напрямую. В противовес этому при ферментации микробиотой пищевых волокон, резистентных крахмалов и полифенолов происходит образование короткоцепочечных жирных кислот (ацетат, пропионат, бутират), которые служат основным энергетическим субстратом

для колоноцитов и проявляют противовоспалительные, иммуномодулирующие и антиоксидантные свойства [25].

Характерные микробные сдвиги при ВЗК включают уменьшение представительства *Firmicutes* и *Bacteroidetes* при параллельном увеличении *Proteobacteria* с выраженным доминированием семейства *Enterobacteriaceae* (включая патогенные адгезивно-инвазивные штаммы *E. coli*) [25]. Кроме того, при ВЗК наблюдается значительное снижение численности бутират-продуцирующих бактерий, включая *F. prausnitzii* и *Roseburia intestinalis* [5]. Подобные изменения смещают баланс в сторону преобладания повреждающих факторов. Экспериментальные данные, полученные на животных моделях, свидетельствуют, что дефицит пищевых волокон в рационе приводит к развитию таксонов, способных утилизировать альтернативные источники углерода из слизистой слоя толстой кишки. Этот процесс вызывает истощение слизистой барьера, нарушение кишечной проницаемости, активацию иммунного ответа и развитие воспалительного процесса [2].

Исключающая диета при болезни Крона» (ИДБК), а также ИДБК в сочетании с частичным замещением суточного рациона лечебным энтеральным питанием ЧЭП (ИДБК+ЧЭП) рассматривается в настоящее время как наиболее изученный диетологический подход [1, 12]. Вариант ИДБК + ЧЭП помогает восстановить микробный баланс и снизить воспаление за счет натуральных продуктов, поддерживающих рост бактерий, продуцирующих КЦЖК, а также обеспечить функциональный покой. Данная диетическая стратегия включает в себя три последовательные фазы длительностью 6 недель каждая. I фаза предполагает получение 50% энергии суточного рациона за счет набора рекомендуемых продуктов, включающих источники высококачественного белка, углеводов, резистентного крахмала и яблочного пектина, при полном исключении потенциально провоспалительных компонентов рациона и 50% от суточной калорийности за счет лечебного энтерального питания [26]. II фаза предусматривает постепенное расширение рациона за счет дополнительных продуктов, суточная калорийность за счет ИДБК составляет 75% и 25 % сохраняется за энтеральным питанием. Завершающая III фаза представляет собой поддерживающий этап с максимально разнообразным рационом при сохранении основных принципов диеты, при этом по-прежнему 25% суточной потребности пациент продолжает получать за счет лечебного питания [26]. Поэтапный подход облегчает адаптацию пациентов к новому режиму питания, способствует приверженности лечебному рациону, что повышает клиническую эффективность диеты ИДБК по сравнению с ПЭП.

Первоначальный опыт применения ИДБК был накоплен в педиатрической практике как альтернатива ПЭП для детей с его непереносимостью. В пилотном исследовании Sigall Boneh и соавт. с участием 47 детей и молодых взрослых с БК легкой и средней степени тяжести 70 % пациентов достигли клинической ремиссии через 6 недель соблюдения ИДБК, что подтверждалось снижением индекса активности болезни (PCDAI), индекса Харви–Бредшоу и нормализацией уровня С-реактивного белка [27].

В многоцентровом рандомизированном исследовании сравнивалась эффективность диеты ИДБК в сочетании с частичным энтеральным питанием (ЧЭП) и ПЭП у детей с легкой и средней степенью тяжести БК. В качестве ЧЭП и ПЭП в данном исследовании использовалась полимерная модульная смесь Модулен. Результаты продемонстрировали хорошую переносимость и эффективность обоих методов, около 85 % пациентов в обеих группах достигли ремиссии к 6-й неделе. При этом важным преимуществом комбинированного подхода (ИДБК и ЧЭП) оказалась более высокая частота сохранения ремиссии к 12-й неделе по сравнению с группой ПЭП, где после 6 недель терапии пациенты возвращались к обычному питанию. Эти данные подтвердили долгосрочную эффективность ИДБК как перспективного диетического подхода в лечении БК [28].

В проспективном пилотном исследовании, оценивающем эффективность ИДБК как в комбинации с ЧЭП, так и в виде монотерапии, были получены обнадеживающие результаты у взрослых пациентов с БК легкой и средней степени тяжести. Через 6 недель терапии клиническая ремиссия была достигнута у 63 % пациентов (25 из 40), при этом 50 % (20 из 40) сохранили ремиссию к 24-й неделе. Важно отметить, что наблюдалось значительное улучшение лабораторных показателей воспаления: к 12-й неделе зафиксировано достоверное снижение уровней С-реактивного белка и фибриногена. Эндоскопическая ремиссия ($\text{SES-CD} \leq 3$) к 24-й неделе была достигнута у 35 % участников (14 из 40). Интересно, что добавление ЧЭП к ИДБК в первые 12 недель не показало статистически значимых преимуществ, однако к 24-й неделе в группе комбинированной терапии отмечались более высокая частота устойчивой ремиссии (60 % против 48 %) и лучшие показатели прибавки веса [29].

Отдельного внимания заслуживают результаты применения ИДБК + ЧЭП у взрослых пациентов с рефрактерным течением БК. У 21 пациента с неэффективностью биологической терапии использование ИДБК позволило достичь клинической ремиссии у 13 из 21 (62 %) через 6 недель лечения [30]. Польские исследователи в своем проспективном исследовании с участием 32 взрослых пациентов с активной БК также подтвердили высокую эффективность ИДБК + ЧЭП: клиническая ремиссия была достигнута у 76,7 % пациентов через 6 недель и у 82,1 % через 12 недель терапии, сопровождаясь значительным снижением уровня фекального кальпротектина к 12-й неделе ($p=0,02$) [31].

Эффективность ИДБК во многом зависит от ее адаптации к индивидуальным пищевым предпочтениям и переносимости для каждого пациента. Ключевую роль в повышении долгосрочной приверженности к лечению играет диетолог, который должен обучать пациентов правильному выбору продуктов в зависимости от фазы диеты. Первоначальный вариант диеты разрабатывался с использованием обязательных продуктов, которые были подобраны для сбалансированности рациона. Однако, как подчеркивается в обзоре [26], в соответствии с современным подходом, предполагающим замену понятия «обязательные» на «рекомендуемые» продукты, ИДБК становится более доступной и надежной стратегией в долгосрочной перспективе [26]. Наибольшие трудности у пациентов обычно возникают на третьем, поддерживающем этапе диеты, где становится критически важно понимание принципов сбалансированного питания.

У пациентов с достигнутой ремиссией БК, но сохраняющимися симптомами синдрома раздраженного кишечника, может возникнуть необходимость в дополнительном ограничении отдельных компонентов стандартной диеты, поскольку они способны усиливать кишечную симптоматику. В этом случае особое внимание следует уделять пище с высоким содержанием ферментируемых сахаров (которые перечислены в диете LOW-FODMAP), таким как яблоки, чеснок и лук [26].

Важным аспектом применения ИДБК остается ее адаптация к различным культурным, религиозным и кулинарным традициям в разных регионах мира. В недавнем исследовании Rotem Sigall Boneh и соавт. были проанализированы особенности соблюдения этой диеты в различных странах. Например, в Южной Корее, где в традиционной кухне используются соевый соус и кунжутное масло, но практически не применяется рекомендованное в диете орегано, пациентам приходилось заменять привычные приправы солью и перцем, что существенно снижало вкусовые качества блюд и создавало серьезные препятствия для длительного соблюдения диетических рекомендаций. Особое внимание следует уделять замене запрещенных ингредиентов на разрешенные аналоги, сохраняющие привычные вкусовые характеристики национальных блюд в разных странах мира [32].

В настоящее время ИДБК вошла в перечень ведущих клинических рекомендаций. Согласно обновленным рекомендациям ЕССО [1], диета может рассматриваться как стратегия поддержания ремиссии (в монотерапии или в комбинации с медикаментами) у отдельных пациентов, готовых и способных соблюдать эту схему питания при условии регулярного контроля.

Американская ассоциация гастроэнтерологов (AGA) рассматривает ИДБК как вид ЧЭП, отмечая ее эффективность для достижения клинической и эндоскопической ремиссии при легкой и средней степени тяжести БК, особенно на ранних стадиях заболевания [14]. ESPEN рекомендует ИДБК (в комбинации с ЧЭП) в качестве альтернативы полному энтеральному питанию у детей, а у взрослых пациентов – как возможный вариант терапии при легкой и средней степени тяжести БК [12].

Питание пациентов в период ремиссии болезни Крона

Расширение рациона. Постепенное введение продуктов, богатых клетчаткой, при отсутствии противопоказаний

В период ремиссии пациентам рекомендовано придерживаться сбалансированного питания с акцентом на постепенное увеличение потребления пищевых волокон. Клиническое исследование Carol S. Brotherton с участием 1130 пациентов продемонстрировало, что высокое потребление клетчатки ассоциировалось с 40 % снижением риска обострения через 6 месяцев [33]. При этом важно учитывать индивидуальную переносимость продуктов и корректировать рацион при сохранении симптомов [12].

Пациентам следует избегать употребления непастеризованных молочных продуктов из-за потенциального риска инфекционных осложнений [34]. Вопрос о включении в рацион других молочных продуктов остается дискуссионным.

Как отмечают Arie Levine и соавт., молочная продукция существенно варьирует по содержанию лактозы, жиров, пищевых добавок (эмульгаторов, каррагинанов, загустителей) и степени технологической обработки, что не позволяет дать однозначных рекомендаций для всех категорий молочных продуктов [34].

Нутритивная поддержка в особых клинических ситуациях

Предоперационная подготовка. Улучшение нутритивного статуса для снижения риска послеоперационных осложнений

До 47% пациентов с БК в течение жизни переносят одно или несколько хирургических вмешательств. Особую проблему представляет то, что многие пациенты поступают на операцию в состоянии выраженного истощения, поскольку развитие кишечных свищей и стриктур и хроническое воспаление значительно нарушают процессы усвоения питательных веществ. Известно, что при нутритивной недостаточности существенно возрастает риск послеоперационных осложнений, включая несостоятельность анастомозов, сепсис и плохое заживление ран. В связи с этим предоперационная диетотерапия приобретает особое значение в комплексном лечении пациентов с БК, которым показано хирургическое вмешательство [9].

Многочисленные исследования подтверждают значительное снижение послеоперационных осложнений при использовании предоперационного энтерального или парентерального питания. Метаанализ демонстрирует снижение риска осложнений на 74% по сравнению со стандартной подготовкой [35]. Особенно показательными оказались результаты лапароскопических операций в исследовании Xiaolong Ge с участием 120 пациентов. Группа, получавшая ПЭП, имела вдвое меньшую частоту осложнений (17,8% vs 36,0%, $p=0,033$), включая значительное снижение инфекций в области хирургического вмешательства (8,9% vs 24,0%, $p=0,038$). Важно подчеркнуть, что положительный эффект ПЭП сохранялся в отдаленном периоде: через 6 месяцев после операции частота эндоскопических рецидивов была в 2,4 раза ниже (11,9% vs 28,4%, $p=0,044$), а через 12 месяцев сохранялась тенденция к снижению (26,2% vs 37,3%) [36].

Ретроспективный анализ Heerasing N. дополнительно подтвердил многофакторную пользу 6-недельного курса ЭП: снижение уровня СРБ, уменьшение продолжительности операции и частоты послеоперационных абсцессов/несостоятельности анастомозов. Примечательно, что в 25% случаев предоперационная нутритивная поддержка позволила полностью избежать хирургического вмешательства [37].

Постоперационный период. Особенности питания после хирургических вмешательств на кишечнике

При выявлении нутритивной недостаточности или потреблении менее 60% суточной нормы нутриентов рекомендуется возобновлять энтеральное питание в первые 24 часа после хирургического вмешательства. Такой подход доказанно снижает риски послеоперационных осложнений и смертности. Особое внимание уделяется повышенному потреблению белка в восстановительном периоде, хотя

оптимальная продолжительность нутритивной поддержки остается предметом дискуссий. Согласно данным Isadora Sayuri Macedo da Silva и соавторов, от 3 до 10 дней нутритивной терапии достаточно для восстановления нутритивного статуса. Комбинированное применение иммунонугриентов (глутамин, аргинин, омега-3 жирные кислоты) в периоперационном периоде демонстрирует значительное снижение частоты инфекционных осложнений, продолжительности госпитализации и общей смертности у пациентов с ВЗК. Следует подчеркнуть, что применение данных компонентов по отдельности не обеспечивает аналогичного результата. Рекомендуемый минимальный курс их применения составляет 7 дней для пациентов с нормальным нутритивным статусом. Для пациентов с исходным недоеданием продолжительность терапии определяется динамикой уровня сывороточного альбумина (целевой уровень >3 г/дл) с еженедельным мониторингом показателей [38].

Питание при стриктурирующей и пенетрирующей формах болезни Крона

Пациентам с осложненной формой БК показано ограничение нерастворимой клетчатки в рационе [34]. При бессимптомных стенозах обычно используют диету со сниженным количеством нерастворимых пищевых волокон, тогда как при наличии симптомов обструкции может быть необходим переход на диету с мягкой текстурой пищи или преимущественно жидкое питание [12].

AGA для безопасного включения клетчатки в рацион рекомендует тщательное пережевывание пищи и термическую обработку растительных продуктов до мягкой консистенции [39].

Клинические данные свидетельствуют об эффективности ПЭП при воспалительных стриктурах. В исследовании Dong Hu участвовали 65 пациентов, у которых оценивались симптоматическая ремиссия (уменьшение проявлений тошноты, рвоты, абдоминальной боли, вздутия и запора), рентгенологическая ремиссия (увеличение просвета кишечника по данным КТ) и клиническая ремиссия (снижение индекса CDAI >70 баллов). Среди 65 пациентов симптоматическая ремиссия была достигнута у 48 (73,8%), рентгенологическая – у 35 (53,8%), а клиническая – у 42 (64,6%) [40]. Согласно исследованию Heerasing N. и соавт., у четверти больных с осложненной БК ПЭП позволило избежать оперативного лечения, благодаря снижению воспалительной активности [37].

Наблюдение пациентов гастроэнтерологом-диетологом

Роль мультидисциплинарной команды, гастроэнтеролога-диетолога. Мониторинг и коррекция нутритивного статуса и своевременная коррекция рациона

Современный подход к ведению пациентов с ВЗК требует обязательного участия диетологов в работе мультидисциплинарной команды. Прежде всего он проводит тщательную оценку пищевого анамнеза пациента с учетом его индивидуальных пищевых привычек, образа жизни и потенциальных нутритивных дефицитов и осуществляет динамический контроль нутритивного статуса пациента. В ходе диетотерапии диетолог осуществляет постоянную коррекцию рациона питания, а также контролирует соблюдение диетических

рекомендаций, помогая пациенту осознать временный характер ограничений, подчеркивая возможность возврата к любимым продуктам после достижения ремиссии [26]. Помимо этого целесообразно информировать пациента о необходимости и преимуществах применения специализированного лечебного питания для поддержания и усиления эффекта от диетотерапии. Также диетолог оказывает всестороннюю практическую поддержку, предлагая советы по приготовлению блюд, адаптированные для диеты рецепты, рекомендации для особых ситуаций (каких-то мероприятий, питания вне дома, отпуска). Диетолог должен быть обучен выявлению нарушений пищевого поведения, включая избегающее (ограничительное) расстройство приема пищи (ARFID). В отдельных случаях для коррекции пищевого поведения диетолог в сотрудничестве с психологом может рекомендовать смягчение диетических ограничений.

Обучение пациентов различным диетическим подходам расширяет возможность контроля заболевания, при этом критически важным становится переход от строгих ограничений к более свободному питанию. Хотя большинству пациентов в случае сохраняющейся активности заболевания потребуются медикаментозная терапия, высокомотивированные пациенты под пристальным контролем диетолога могут длительно использовать диетотерапию в качестве монотерапии [26]. Таким образом, роль диетолога представляется основополагающей.

Для врачей, которые не специализируются на питании, существуют базовые диетические рекомендации, к которым относятся: ежедневное употребление 400 г овощей и фруктов, исключение непастеризованных молочных продуктов, сокращение насыщенных жиров и трансжиров при увеличении потребления омега-3 жирных кислот из натуральных источников (морская рыба, растительные масла). Также следует минимизировать потребление продуктов с мальтодекстрином, искусственными подсластителями и пищевыми добавками. Важным навыком является обучение пациентов чтению этикеток – предпочтение следует отдавать продуктам с минимальным и понятным составом [34].

Заключение

Современные исследования подтверждают ключевую роль микробиоты в патогенезе ВЗК, что делает диетические стратегии важным компонентом комплексного лечения болезни Крона. Накопленные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения и совершенствования нутритивных подходов в терапии этого заболевания. Появление доказательств эффективности «Исключающей диеты при болезни Крона» в достижении ремиссии легкой-средней степени тяжести заболевания, включение ее в ряд рекомендаций по лечению БК и попыток успешной адаптации для когорты с неевропейскими культурными и географическими особенностями (Корея, Аргентина, Индия), делает актуальным применение этой диеты у российских пациентов с учетом национальных пищевых привычек и традиций, а также доступности продуктов на российском рынке.

Индивидуальный подход, предполагающий присутствие в команде специалиста диетолога, который разбирается

в вопросах ВЗК, в отличие от простого перечня диетических рекомендаций, может изменить эффективность диеты и в целом повлиять на успех терапии.

Список литературы / References

- Gordon H., Minozzi S., Kopylov U. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2024; 18 (10): 1531–1555. DOI: 10.1093/ecco-jcc/ijjae091
- Levine A., Wine E., Assa A. et al. Crohn's Disease Exclusion Diet Plus Partial Enteral Nutrition Induces Sustained Remission in a Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology*. 2019; 157 (2): 440–450. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.04.021
- Halmos E.P., Goady L., Vanderstappen J. et al. Role of diet in prevention versus treatment of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Frontline Gastroenterol*. 2024; 15 (3): 247–257. DOI: 10.1136/flgastro-2023-102417
- Sartor R.B., Wu G.D. Roles for Intestinal Bacteria, Viruses, and Fungi in Pathogenesis of Inflammatory Bowel Diseases and Therapeutic Approaches. *Gastroenterology*. 2017; 152 (2): 327–339. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.10.012
- Lavelle A., Sokol H. Gut microbiota-derived metabolites as key actors in inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020; 17(4): 223–237. DOI: 10.1038/s41575-019-0258-z
- Narula N., Chang N.H., Mohammad D. Food Processing and Risk of Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023; 21 (10): 2483–2495. DOI: 10.1016/j.cgh.2023.01.012
- Solarz J.M., Wawrzynow J.T., Cykier W. et al. Nutritional Therapy in Crohn's Disease – A Review of Current Trends and Evidence. *Qual Sport*. 2025; 40: 59804. DOI: 10.12775/QS.2025.40.59804
- Lamb C.A., Kennedy N.A., 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: 10.1136/gutjnl-2019-318484
- Adamina M., Gerasimidis K., Sigall-Boneh R. et al. Perioperative Dietary Therapy in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2020; 14 (4): 431–444. DOI: 10.1093/ecco-jcc/ijjz160
- Li S., Ney M., Elslamparat T. et al. Systematic review of nutrition screening and assessment in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2019; 25 (28): 3823–3837. DOI: 10.3748/wjg.v25.i28.3823
- Balestrieri P., Ribolsi M., Guarino M.P. L. et al. *Nutrients*. 2020; 12 (2): 372. DOI: 10.3390/nu12020372
- Bischoff S.C., Bager P., Escher J. et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2023; 42 (3): 352–379. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.12.004
- Li Q., Wang J. The Effect of Protein Nutritional Support on Inflammatory Bowel Disease and Its Potential Mechanisms. *Nutrients*. 2024; 16 (14): 2302. DOI: 10.3390/nu16142302
- Hashash J.G., Elkins J., Lewis J.D. et al. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology*. 2024; 166: 521–532. DOI: 10.1053/j.gastro.2023.11.303
- Kemp K., Dibley L., Chauhan U. et al. Second N-ECCO Consensus Statements on the European Nursing Roles in Caring for Patients with Crohn's Disease or Ulcerative Colitis. *J Crohns Colitis*. 2018; 12 (7): 760–776. DOI: 10.1093/ecco-jcc/ijjy020
- MacMaster M. J., Damianopoulou S., Thomson C. et al. A prospective analysis of micronutrient status in quiescent inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2021; 40 (1): 327–331. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.05.010
- Ko K.H., Kim Y.S., Lee B.K. et al. Vitamin D deficiency is associated with disease activity in patients with Crohn's disease. *Intest Res*. 2019 Jan; 17 (1): 70–77. DOI: 10.5217/ir.2018.00022
- Abomhry A., Tai W., Ayaz S. et al. Iron Deficiency Anemia: An Overlooked Complication of Crohn's Disease. *J Hematol*. 2022; 11 (2): 55–61. DOI: 10.14740/jh989
- Florino G., Colombel J.F., Katsanos K. et al. Iron deficiency anemia impacts disease progression and healthcare resource consumption in patients with inflammatory bowel disease: a real-world evidence study. *Therap Adv Gastroenterol*. 2023; 16: 17562848231177153. DOI: 10.1177/17562848231177153
- Bargas A., Palmela C., Gloria L. Enteral Nutrition in Crohn's Disease: A Comprehensive Review of Its Role in Induction and Maintenance of Remission and Perioperative Management in Adult Patients. *Nutrients*. 2025; 17 (9): 1481. DOI: 10.3390/nu17091481
- Ashton J.J., Gavin J., Beattie R.M. Exclusive enteral nutrition in Crohn's disease: Evidence and practicalities. *Clin Nutr*. 2019; 38 (1): 80–89. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.01.020
- Sharma S., Gupta A., Kedia S. et al. Efficacy and tolerability of exclusive enteral nutrition in adult patients with complicated Crohn's disease. *Intest Res*. 2021; 19 (3): 291–300. DOI: 10.5217/ir.2019.09172
- Wall C.L., Geary R.B., Day A.S. Treatment of Active Crohn's Disease with Exclusive and Partial Enteral Nutrition: A Pilot Study in Adults. *Inflamm Intest Dis*. 2018; 2 (4): 219–227. DOI: 10.1159/000489630
- Yang Q., Gao X., Chen H. et al. Efficacy of exclusive enteral nutrition in complicated Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol*. 2017; 52(9): 995–1001. DOI: 10.1080/00365521.2017.1335770
- Sigall-Boneh R., Levine A., Lomer M. et al. Research Gaps in Diet and Nutrition in Inflammatory Bowel Disease. A Topical Review by D-ECCO Working Group (Dietitians of ECCO). *J Crohns Colitis*. 2017; 11 (12): 1407–1419. DOI: 10.1093/ecco-jcc/ijjx109
- 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: 10.1093/ibd/izad255
- Sigall-Boneh R., Pfeffer-Gik T., Segal I. et al. Partial enteral nutrition with a Crohn's disease exclusion diet is effective for induction of remission in children and young adults with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2014; 20 (8): 1353–1360. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000110
- Levine A., Wine E., Assa A. et al. Crohn's Disease Exclusion Diet Plus Partial Enteral Nutrition Induces Sustained Remission in a Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology*. 2019; 157 (2): 440–450. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.04.021
- Yanai H., Levine A., Hirsch A. et al. The Crohn's disease exclusion diet for induction and maintenance of remission in adults with mild-to-moderate Crohn's disease (CDED-AD): an open-label, pilot, randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022; 7 (1): 49–59. DOI: 10.1016/S2468-1253(21)00299-5
- Sigall-Boneh R., Sarbaglii Shabat C., Yanai H. et al. Dietary Therapy With the Crohn's Disease Exclusion Diet is a Successful Strategy for Induction of Remission in Children and Adults Failing Biological Therapy. *J Crohns Colitis*. 2017; 11 (10): 1205–1212. DOI: 10.1093/ecco-jcc/ijjx071

31. Szczubetek M., Pomorska K., Korwicz-Kowalczyk M. Effectiveness of Crohn's Disease Exclusion Diet for Induction of Remission in Crohn's Disease Adult Patients. *Nutrients*. 2021; 13 (11): 4112. DOI: 10.3390/nu13114112
32. Sigall Boneh R., Park S., Soledad Arcucci M. et al. Cultural Perspectives on the Efficacy and Adoption of the Crohn's Disease Exclusion Diet across Diverse Ethnicities: A Case-Based Overview. *Nutrients*. 2024; 16 (18): 3184. DOI: 10.3390/nu16183184
33. Brotherton C.S., Martin C.A., Long M.D. et al. Avoidance of Fiber Is Associated With Greater Risk of Crohn's Disease Flare in a 6-Month Period. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016; 14 (8): 1130–1136. DOI: 10.1016/j.cgh.2015.12.029
34. Levine A., Rhodes J.M., Lindsay J.O. et al. Dietary Guidance From the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020; 18 (6): 1381–1392. DOI: 10.1016/j.cgh.2020.01.046
35. Brennan G.T., Ha I., Hogan C. et al. Does preoperative enteral or parenteral nutrition reduce postoperative complications in Crohn's disease patients: a meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018; 30 (9): 997–1002. DOI: 10.1097/MEG.0000000000001162
36. Ge X., Tang S., Yang X. et al. The role of exclusive enteral nutrition in the preoperative optimization of laparoscopic surgery for patients with Crohn's disease: A cohort study. *Int J Surg*. 2019; 65: 39–44. DOI: 10.1016/j.ijsu.2019.03.012
37. Heersasing N., Thompson B., Hendy P. et al. Exclusive enteral nutrition provides an effective bridge to safer interval elective surgery for adults with Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017; 45 (5): 660–669. DOI: 10.1111/apt.13934
38. Da Silva I., Cambi M., Magro D. Perioperative Nutritional Optimization in Inflammatory Bowel Diseases: When and How? *J Coloproctol* 2021; 41 (3): 295–300. DOI: 10.1055/s-0041-1730369
39. Hashash J.G., Elkins J., Lewis J.D. et al. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology*. 2024; 166 (3): 521–532. DOI: 10.1053/j.gastro.2023.11.303
40. Hu D., Ren J., Wang G. Exclusive enteral nutritional therapy can relieve inflammatory bowel stricture in Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol*. 2014; 48 (9): 790–795. DOI: 10.1097/MCG.0000000000000041
41. Sigall Boneh R., Navas-Lopez V. M., Hussey S. et al. Modified Crohn's Disease Exclusion Diet Maintains Remission in Pediatric Crohn's Disease: Randomized Controlled Trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024; S1542–3565 (24) 01131–5. DOI: 10.1016/j.cgh.2024.12.006
42. Pigneur B., Lepage P., Mondot S., Schmitz J., Goulet O., Doré J., Ruemmele FM. Mucosal Healing and Bacterial Composition in Response to Enteral Nutrition Vs Steroid-based Induction Therapy-A Randomised Prospective Clinical Trial in Children With Crohn's Disease. *J Crohns Colitis*. 2019 Jul 25;13 (7): 846–855. DOI: 10.1093/ecco-jcc/ijy207. PMID: 30541015

Статья поступила / Received 01.07.2025
Получена после рецензирования / Revised 11.07.2025
Принята в печать / Accepted 11.07.2025

Сведения об авторах

Щукина Оксана Борисовна, врач-гастроэнтеролог, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики (семейной медицины)¹. SPIN-код: 2733-9630. ORCID: 0000-0001-8402-0743

Самолетова Вероника Алексеевна, врач-гастроэнтеролог². E-mail: dr.samoletova@gmail.com. ORCID: 0009-0009-3695-5646

Исакова Антонина Владимировна, студентка VI курса лечебного факультета¹. E-mail: tonis2001@mail.ru. eLibrary SPIN-код: 9522-2892. ORCID: 0009-0003-2457-2863

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр № 1», Санкт-Петербург, Россия

Автор для переписки: Самолетова Вероника Алексеевна. E-mail: dr.samoletova@gmail.com.

About authors

Shchukina Oksana B., gastroenterologist, DM Sci (habil.), professor at Dept of General Medical Practice (Family Medicine)¹. SPIN-code: 2733-9630. ORCID: 0000-0001-8402-0743

Samoletova Veronika A., gastroenterologist². E-mail: dr.samoletova@gmail.com. ORCID: 0009-0009-3695-5646

Isakova Antonina V., 6th year student at General Medicine Faculty¹. E-mail: tonis2001@mail.ru. eLibrary SPIN-code: 9522-2892. ORCID: 0009-0003-2457-2863

¹ Pavlov First State Medical University of St. Petersburg (Pavlov University), Saint Petersburg, Russia

² City Consultative and Diagnostic Center No. 1, St. Petersburg, Russia

Corresponding author: Samoletova Veronika A. E-mail: dr.samoletova@gmail.com

Для цитирования: Щукина О.Б., Самолетова В.А., Исакова А.В. Болезнь Крона и питание: современные взгляды на диетотерапию и нутритивную поддержку. Медицинский алфавит. 2025; (13): 16–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-16-23>

For citation: Shchukina O.B., Samoletova V.A., Isakova A.V. Crohn's disease and nutrition: current perspectives on dietary therapy and nutritional support. *Medical alphabet*. 2025; (13): 16–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-16-23>

МОДУЛЕН АйБиДи (Modulen® IBD) – продукт детского диетического питания, продукт энтерального питания, сухая быстрорастворимая полноценная сбалансированная смесь на основе цельного молочного белка казеина для пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)^[1]. Разработан для питания детей от 5 лет и взрослых. Эффективно заживляет слизистую поврежденного кишечника и восстанавливает микрофлору^[2].

МОДУЛЕН АйБиДи (Modulen® IBD) – основа оптимальной схемы диетотерапии как для индукции и поддержания ремиссии у детей и взрослых с болезнью Крона «Модулайф» (Modulife)^[3]. Сочетание исключаяющей диеты и частичного энтерального питания на основе специализированной лечебной смеси МОДУЛЕН АйБиДи (Modulen® IBD) значительно лучше переносится пациентами, позволяет достигнуть ремиссии без применения ГКС к 6-й неделе у 75% детей и включает 3 фазы:

I фаза – индукция ремиссии (6 нед.): 50% суточной энергопотребности за счет ЭП смесь Modulen IBD + 50% за счет определенного набора строго разрешенных продуктов;

II фаза – поддержание и закрепление ремиссии: 25% энергопотребности за счет ЭП Modulen IBD + 75% – расширенный набор продуктов;

III фаза – [желательно] постоянная приверженность диетическому режиму: 25% энергопотребности за счет Modulen IBD + 75% энергопотребности за счет расширенного набора продуктов + 1–2 дня в неделю «свободные» – без диеты^[4,5].

Состав лечебной смеси МОДУЛЕН АйБиДи (Modulen® IBD) разработан специально с учетом потребностей пациентов с ВЗК:

- Белковый компонент – цельный казеин – обогащен трансформирующим фактором роста (TGF-бета 2)
- Первая линия терапии у детей и подростков (>5 лет)^[6]
- Гибкая схема разведения от 1 до 1.5 ккал/мл
- Приятный вкус обеспечивает длительное комфортное применение

Может применяться длительно в качестве единственного источника питания. Применять под контролем врача. Товар зарегистрирован. Не является лекарственным средством. Производитель "Nestlé Nederland b.v.", Stroombaan 14 1181 VX, Amstelveen, фабрика в Nunspeet, Laan 110 8071, JC, Nunspeet, Нидерланды. ©Владелец товарных знаков: Société des Produits Nestlé S.A. (Швейцария)

Пишите нам на contact@nestle.ru или звоните по телефону 8 800 600 60 15 (звонки по России бесплатные). ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Модулен АйБиДи (Modulen® IBD) свидетельство о государственной регистрации: № RU.77.99.19.004.E.004637.03.15 от 12.03.2015
2. Lionetti P et al. Enteral nutrition and microflora in pediatric Crohn's disease. *J Parenter Enteral Nutr*. 2005;29:S173-5.
3. Хавкин А.И., Налетов А.В., Шумилов П.В., Ситкин С.И., Марченко Н.А. Диетические аспекты лечения воспалительных заболеваний кишечника. *Вопросы детской диетологии*. 2024; 22(1): 51–62. DOI: 10.20953/1727-5784-2024-1-51-62
4. Levine A., Wine E., Assa A., Sigall Boneh R., Shaoul R., Kori M. Crohn's Disease Exclusion Diet Plus Partial Enteral Nutrition Induces Sustained Remission in a Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology*. 2019;157:440–450. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.04.021 50.
5. Sigall-Boneh R., Pfeffer-Glik T., Segal I., Zangen T., Boaz M., Levine A. Partial enteral nutrition with a Crohn's disease exclusion diet is effective for induction of remission in children and young adults with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2014 Aug;20(8):1353–60. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000110
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации "Болезнь Крона. Дети", 2024, Available: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/682_2