

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-172-183>



Консенсус по спорным вопросам хирургического лечения болезни Крона с применением Дельфийского метода

Шелыгин Ю.А.^{1,12}, Ачкасов С.И.^{1,12}, Решетов И.В.², Маев И.В.³, Драпкина О.М.⁴, Белоусова Е.А.⁵, Варданян А.В.¹, Нанаева Б.А.¹, Абдулганиева Д.И.⁶, Адамян Л.В.⁷, Намазова-Баранова Л.С.⁸, Разумовский А.Ю.⁹, Ревшвили А.Ш.^{10,12}, Хатьков И.Е.¹¹, Шабунин А.В.¹², Ливзан М.А.¹³, Сажин А.В.⁹, Тимербулатов В.М.¹⁴, Хлынова О.В.¹⁵, Яцык С.П.¹⁶, Абдулхаков Р.А.⁶, Алексеева О.П.¹⁷, Алексеенко С.А.¹⁸, Бакулин И.Г.¹⁹, Барышева О.Ю.²⁰, Благовестнов Д.А.¹², Болихов К.В.⁹, Веселов В.В.^{1,12}, Виноградов Ю.А.²¹, Головенко О.В.¹², Губонина И.В.²², Гуляев А.А.¹², Долгушина А.И.²³, Дьяконова Е.Ю.¹⁶, Жигалова Т.Н.²⁴, Карпухин О.Ю.⁶, Князев О.В.¹¹, Костенко Н.В.²⁵, Лоранская И.Д.^{9,12}, Москалев А.И.¹, Одинцова А.Х.²⁶, Омеляновский В.В.¹², Осипенко М.Ф.²⁹, Павленко В.В.²⁷, Полуэктова Е.А.², Попов Д.Е.²⁸, Родоман Г.В.⁹, Сегаль А.М.²⁴, Ситкин С.И.¹⁹, Скалинская М.И.¹⁹, Сурков А.Н.⁸, Тарасова Л.В.³⁰, Успенская Ю.Б.³¹, Фролов С.А.^{1,12}, Чашкова Е.Ю.³², Шаповальянц С.Г.⁹, Шифрин О.С.², Щербакова О.В.⁹, Щукина О.Б.²⁸, Шкурко Т.В.¹, Назаров И.В.¹, Мингазов А.Ф.¹

¹ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 4, г. Москва, 119991, Россия)

³ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, г. Москва, 127473, Россия)

⁴ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (пер. Петроверигский, д. 10, стр. 3, г. Москва, 101000, Россия)

⁵ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского» (пр-т Мира, д. 61/2, г. Москва, 129090, Россия)

⁶ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (ул. Бутлерова, д. 49, г. Казань, 420012, Россия)

⁷ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России (ул. Академика Опарина, д. 4, г. Москва, 117997, Россия)

⁸НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования РФ (пр. Ломоносовский, д. 2, стр. 1, г. Москва, 119991, Россия)

⁹ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117321, Россия)

¹⁰ФГБОУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (ул. Большая Серпуховская, д. 27, г. Москва, 115093, Россия)

¹¹ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы (Ш. Энтузиастов, д. 86, г. Москва, 111123, Россия)

¹²ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, г. Москва, 123995, Россия)

¹³ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России (ул. Ленина, д. 12, г. Омск, 644099, Россия)

¹⁴ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России (ул. Ленина, д. 3, г. Уфа, 450008, Россия)

¹⁵ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России (Петропавловская ул., д. 26, г. Пермь, 614990, Россия)

- ¹⁶ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (Ломоносовский пр-кт, д. 2, стр. 1, г. Москва, 119991, Россия)
- ¹⁷ГБУЗ НО Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко (ул. Родионова, д. 190, г. Нижний Новгород, 603126, Россия)
- ¹⁸ФГБОУ ВО ДВГМУ (ул. Муравьева-Амурского, д. 35, г. Хабаровск, 680000, Россия)
- ¹⁹ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России (ул. Кирочная, д. 41, г. Санкт-Петербург, 191015, Россия)
- ²⁰ФГБОУ ВО ПетрГУ Минобрнауки России (пр-т Ленина, д. 33, г. Петрозаводск, 185910, Россия)
- ²¹ГБУЗ «ГКБ №24» Департамента здравоохранения г. Москвы (Писцовая ул., д. 10, г. Москва, 127015, Россия)
- ²²Многопрофильная клиника Скандинавия (Литейный пр-т, д. 55А, г. Санкт-Петербург, 191014, Россия)
- ²³ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России (ул. Воровского, д. 64, г. Челябинск, 454048, Россия)
- ²⁴СПб ГБУЗ «ГКБ №31» (пр. Динамо, д. 3, г. Санкт-Петербург, 197110, Россия)
- ²⁵ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России (ул. Бакинская, д. 121, г. Астрахань, 414000, Россия)
- ²⁶ГАУЗ «РКБ» Минздрава Республики Татарстан (ул. Оренбургский тракт, д. 138, г. Казань, 420064, Россия)
- ²⁷ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (ул. Мира, д. 310, г. Ставрополь, 355017, Россия)
- ²⁸ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России (ул. Льва Толстого, д. 6-8, г. Санкт-Петербург, 197022, Россия)
- ²⁹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Красный пр-т, д. 52, г. Новосибирск, 630091, Россия)
- ³⁰ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова» (Московский проспект, д. 15, г. Чебоксары, 428015, Россия)
- ³¹Клинический центр «Клиника Рассвет» (пер. Столярный, д. 3, корп. 2, г. Москва, 123022, Россия)
- ³²ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (ул. Борцов Революции, д. 1, г. Иркутск, 664003, Россия)

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ: сформировать консенсус панели экспертов по спорным вопросам хирургического лечения болезни Крона с использованием Дельфийского метода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: проведено поперечное исследование с применением Дельфийского метода. В анонимном голосовании (31.03.23 г.) приняло участие 62 эксперта. Для коррекции отобрано 5 положений из действующей редакции клинических рекомендаций [2]. На основании практического опыта рабочей группы, а также литературных данных сформулированы 3 новые рекомендации. Рекомендации, не достигшие необходимого уровня согласия (80% и более), будут подвергнуты 2 раунду Дельфийского голосования.

РЕЗУЛЬТАТЫ: эксперты в полном составе приняли участие в голосовании. Панель экспертов представлена 8 различными направлениями практической медицины, медиана стажа профессиональной деятельности респондентов составила 30 (12–49) лет. Из 8 представленных для голосования положений, консенсус (80% и более) был достигнут по 6 из 8 рекомендаций. 2 тезиса пересмотрены и направлены панели экспертов заочно для проведения 2 раунда Дельфийского голосования. Достигнут консенсус (более 80%) по двум новым формулировкам тезисов-рекомендаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: проведенное поперечное исследование по методу Дельфи позволило получить срез мнений панели экспертов по спорным вопросам хирургического лечения болезни Крона. Рекомендации, достигшие консенсуса, будут включены рабочей группой в новую редакцию клинических рекомендаций по диагностике и лечению БК.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезнь Крона, клинические рекомендации, хирургическое лечение, Дельфийский метод

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Решетов И.В., и соавт. Консенсус по спорным вопросам хирургического лечения болезни Крона с применением Дельфийского метода. *Колонпроктология*. 2023; т. 22, № 2, с. 172–183. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-172-183>

Consensus on controversial issues of the surgery for Crohn's disease by Delphi method

Yury A. Shelygin^{1,12}, Sergey I. Achkasov^{1,12}, Igor V. Reshetov², Igor V. Mayev³, Oksana M. Drapkina⁴, Elena A. Belousova⁵, Armen V. Vardanyan¹, Bella A. Nanaeva¹, Diana I. Abdulganieva⁶, Leila V. Adamyan⁷, Leila S. Namazova-Baranova⁸, Aleksandr Yu. Razumovsky⁹, Amiran Sh. Revishvili^{10,12}, Igor E. Khatkov¹¹, Aleksey V. Shabunin¹², Maria A. Livzan¹³, Aleksandr V. Sazhin⁹, Vil M. Timerbulatov¹⁴, Olga V. Khlynova¹⁵, Sergey P. Yatsyk¹⁶, Rustem A. Abdulkhakov⁶, Olga P. Alekseeva¹⁷, Sergey A. Alekseenko¹⁸, Igor G. Bakulin¹⁹, Olga Yu. Barysheva²⁰, Dmitry A. Blagovestnov¹², Kirill V. Bolikhov⁹, Viktor V. Veselov^{1,12}, Yury A. Vinogradov²¹, Oleg V. Golovenko¹², Irina V. Gubonina²², Andrey A. Gulyaev¹², Anastasia I. Dolgushina²³, Elena Yu. Dyakonova¹⁶, Tatiana N. Zhigalova²⁴, Oleg Yu. Karpukhin⁶, Oleg V. Knyazev¹¹, Nikolay V. Kostenko²⁵, Irina D. Loranskaya^{9,12}, Aleksey I. Moskalev¹, Alfia H. Odintsova²⁶, Vitaly V. Omelyanovsky¹², Marina F. Osipenko²⁹, Vladimir V. Pavlenko²⁷, Elena A. Poluektova², Dmitry E. Popov²⁸, Grigory V. Rodoman⁹, Anastasia M. Segal²⁴, Stanislav I. Sitkin¹⁹, Maria I. Skalinskaya¹⁹, Andrey N. Surkov⁸, Larisa V. Tarasova³⁰, Yulia B. Uspenskaya³¹, Sergey A. Frolov^{1,12}, Elena Yu. Chashkova³², Sergey G. Shapovalyants⁹, Oleg S. Shifrin², Olga V. Shcherbakova⁹, Oksana B. Shchukina²⁸, Tatiana V. Shkurko¹, Ilya V. Nazarov¹, Airat F. Mingazov¹

¹Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia)

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Bolshaya Pirogovskaya st., 2, p.4, Moscow, 119991, Russia)

³Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Health of Russia (Delegatskaya st., 20, p. 1, Moscow, 127473, Russia)

⁴National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation (Petroverigsky Lane, 10, p. 3, Moscow, 101000, Russia)

⁵Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky (61/2 Mira Ave., Moscow, 129090, Russia)

⁶Kazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia (49 Butlerova st., Kazan, 420012, Russia)

⁷National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov of the Ministry of Health of the Russian Federation of Russia (4 Akademika Oparina st., Moscow, 117997, Russia)

⁸Research Institute of Pediatrics and Children's Health of the Central Committee of the Russian Academy of Sciences of the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation (Lomonosovsky Ave., 2, p. 1, Moscow, 119991, Russia)

⁹Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Ostrovityanova str., 1, Moscow, 117321, Russia)

¹⁰A.V.Vishnevsky National Medical Research Center of the Ministry of Health of Russia (Bolshaya Serpukhovskaya st., 27, Moscow, 115093, Russia)

¹¹Moscow Clinical Research Center named after A.S. Loginov of the Moscow Department of Health (Highway Enthusiasts, 86, Moscow, 111123, Russia)

- ¹²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Barrikadnaya st., 2/1, Moscow, 125993, Russia)
- ¹³Omsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Lenin st., 12, Omsk, 644099, Russia)
- ¹⁴Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Lenin st., 3, Ufa, 450008, Russia)
- ¹⁵Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner of the Ministry of Health of Russia (Petrovavlovsk st., 26, Perm, 614990, Russia)
- ¹⁶National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of the Russian Federation (Lomonosovsky Ave., 2, p. 1, Moscow, 119991, Russia)
- ¹⁷Nizhny Novgorod Regional Clinical Hospital named after N.A. Semashko (190 Rodionova st., Nizhny Novgorod, 603126, Russia)
- ¹⁸Far Eastern State Medical University (Muravyov-Amursky st., 35, Khabarovsk, 680000, Russia)
- ¹⁹I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Kirochnaya st., 41, St. Petersburg, 191015, Russia)
- ²⁰Petrozavodsk State University (Lenin Ave., 33, Petrozavodsk, 185910, Russia)
- ²¹City Clinical Hospital No. 24 of the Moscow Department of Health (Pistsovaya st., 10, Moscow, 127015, Russia)
- ²²Clinic Scandinavia (Liteyny Ave., 55A, St. Petersburg, 191014, Russia)
- ²³South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Vorovsky st., 64, Chelyabinsk, 454048, Russia)
- ²⁴City Clinical Hospital No. 31 (Dynamo Ave., 3, St. Petersburg, 197110, Russia)
- ²⁵Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Bakinskaya st., 121, Astrakhan, 414000, Russia)
- ²⁶Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan (Orenburg tract, 138, Kazan, 420064, Russia)
- ²⁷Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Mira st., 310, Stavropol, 355017, Russia)
- ²⁸I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University (6-8 Leo Tolstoy st., St. Petersburg, 197022, Russia)
- ²⁹Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Krasny Ave., 52, Novosibirsk, 630091, Russia)
- ³⁰I.N. Ulyanov Chuvash State University (Moskovsky Ave., 15, Cheboksary, 428015, Russia)
- ³¹Clinical Center "Clinic Dawn" (trans. Stolyarny, 3, bld. 2, Moscow, 123022, Russia)
- ³²Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology (1, Bortsov Revolyutsii st., Irkutsk, 664003, Russia)

ABSTRACT

AIM: to establish the consensus on controversial issues of the surgery for Crohn's disease by Delphi method.

METHODS: a cross-sectional study was conducted by the Delphi method. 62 experts voted intramural and anonymous (31.03.23). 5 statements from the current edition of clinical guidelines were selected for correction by working group and further voting [2]. Based on the practical experience of the working group and literature data, 3 new statements were created also. Statements that do not reach the required level of agreement (80% or more) will be subjected to Round 2 of the Delphi method.

RESULTS: all experts took part in the anonymous voting. The panel of experts is represented by 8 different areas of practical medicine and the median of the professional experience of the respondents was 30 (12–49) years. Of the 8 statements submitted for voting, consensus (80% or more) was reached on 6 out of 8. 2 statements have been revised by working group for the distance 2nd round of the Delphi study. Consensus (more than 80%) was reached on both.

CONCLUSION: a cross-sectional study by the Delphi method provided the opinions of a panel of experts on controversial issues in the surgical treatment of Crohn's disease. Statements that reach consensus will be included by the working group in a new edition of clinical guidelines of Crohn's disease.

KEYWORDS: Crohn's disease, clinical guidelines, surgery, Delphi method

CONFLICT OF INTEREST: the authors declare no conflict of interest

FOR CITATION: Shelygin Y.A., Achkasov S.I., Reshetov I.V. et al. Consensus on controversial issues of the surgery for Crohn's disease by Delphi method. *Koloproktologia*. 2023;22(2):172–183. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-172-183>

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Мингазов Айрат Фанилевич, ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ул. Салыма Адилы, д. 2, Москва, 123423, тел.: +7 (927) 695-17-52; e-mail: ajr.mingazof@gmail.com

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Mingazov Airat Fanilevich, Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423; tel.: +7 (927) 695-17-52; e-mail: ajr.mingazof@gmail.com

Дата поступления — 01.04.2023

Received — 01.04.2023

После доработки — 01.04.2023

Revised — 01.04.2023

Принято к публикации — 17.05.2023

Accepted for publication — 17.05.2023

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Крона (БК) — заболевание, находящееся в плоскости соприкосновения большого числа медицинских специальностей. Диагностика и лечение БК сопряжены со значительными трудностями и представляют собой одну из самых актуальных проблем современной медицины.

Особого внимания заслуживает то, что положения большинства опубликованных в мире клинических рекомендаций по отдельным вопросам БК основаны лишь на мнении экспертов, что соответствует самому низкому уровню убедительности доказательств [2,7,21]. В связи с невозможностью проведения крупных клинических исследований, главным образом, по хирургической тематике, авторы многих клинических рекомендаций прибегают к помощи панели экспертов для консолидации экспертных мнений [5,8,23]. Для достижения консенсуса по отдельным вопросам широко используется Дельфийский метод, позволяющий структурировать процесс сбора и консолидации мнения экспертов. Так, метод Дельфи в современной медицине широко используется в процессе написания клинических рекомендаций по разным специальностям [12,26]. В этом вопросе методологически строго спланированный Дельфийский метод способен повысить уровень убедительности доказательств по отдельным спорным положениям при отсутствии актуальной литературы.

С этой целью рабочей группой по разработке новой версии отечественных клинических рекомендаций по диагностике и лечению болезни Крона был проведен данный поперечный срез мнения экспертов

по вопросам хирургического лечения с использованием Дельфийского метода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено поперечное исследование (срез мнения экспертов) с использованием метода Дельфи путем анонимного голосования. Выполненный срез мнений является 1-м раундом Дельфийского исследования. Исследование проведено через представленные ниже последовательные этапы.

Первый этап. Рабочей группой выполнена ревизия текущей версии клинических рекомендаций. Всего в разделе *хирургическое лечение* отражено 33 положения — рекомендации, 19 (57,6%) из которых соответствуют уровню убедительности доказательств — 5 (УДД — 5), то есть базируются на описанных клинических случаях или мнениях экспертов [2]. По 19 положениям рабочей группой произведен литературный поиск, в том числе ревизия положений — рекомендаций в последних версиях мировых клинических рекомендаций [3,7,21].

Второй этап. После проведенной литературной ревизии 19 положений отобрано 4 тезиса — рекомендации без новых убедительных доказательств (УДД — 5). 1 рекомендация выделена экспертной группой дополнительно для достижения консенсуса по новой формулировке и имеет уровень убедительности доказательств — 4 (Табл. 1).

Третий этап. Все отобранные тезисы — рекомендации обсуждены рабочей группой с целью уточнения новых формулировок для проведения голосования.

Таблица 1. Тезисы — рекомендации текущей версии клинических рекомендаций 2020 года, отобранные для голосования
Table 1. Statements of the current version of clinical guidelines 2020 which were selected for voting

3.2.1 Показания к хирургическому лечению БК У пациентов с осложненной формой БК при выявлении угрожающих симптомов (перитонеальные симптомы, свободный газ в брюшной полости по данным обзорной R-графии брюшной полости) рекомендуется экстренное хирургическое вмешательство, которое в подобной ситуации может быть ограничено резекцией пораженного отдела с формированием анастомоза или стомы [9].	УДД — 5
3.2.3 Хирургическое лечение БК толстой кишки У пациентов с тяжелыми перианальными поражениями, по возможности, не рекомендована брюшно-промежностная экстирпация [14].	УДД — 5
3.2.4 Хирургическое лечение БК с поражением верхних отделов ЖКТ У пациентов данной группы прибегать к формированию обходного анастомоза рекомендовано лишь в исключительных случаях, поскольку высок риск развития синдрома избыточного бактериального роста в отключенной части тонкой кишки, а также возможно развитие рака. Вместе с тем, обширные резекции обуславливают развитие синдрома короткого кишечника [10].	УДД — 5
3.2.4 Хирургическое лечение БК с поражением верхних отделов ЖКТ У пациентов данной группы, при наличии единичных или множественных непротяженных стриктур, операцией выбора могут быть различные варианты рассечения рубцовых стриктур тонкой кишки (стриктуропластики) [13].	УДД — 4
3.2.5 Лечение БК с перианальными поражениями (перианальная БК) У пациентов с перианальными проявлениями БК, при наличии стриктуры нижеампулярного отдела прямой кишки или стеноза анального канала рекомендовано выполнение проктосигмоидэктомии (или проктэктомии) или брюшно-анальной резекции прямой кишки [15].	УДД — 5

Таблица 2. Новые тезисы — рекомендации, сформулированные рабочей группой экспертов

Table 2. New statements were created by working group

3.2.2 Хирургическое лечение БК в форме терминального илеита или илеоколита У пациентов с пенетрирующей формой БК с формированием абсцесса брюшной полости рекомендуется его дренирование под контролем УЗИ или КТ с последующей консервативной терапией (антибактериальная, гормональная терапия и ГИБТ) в качестве альтернативы хирургическому лечению резекционным методом [7,11].	УДД — 3
3.2.2 Хирургическое лечение БК в форме терминального илеита или илеоколита Пациенту с клинической картиной острого аппендицита, при ревизии брюшной полости и выявлении макроскопически неизмененного червеобразного отростка и терминального илеита, рекомендовано воздержаться от выполнения аппендэктомии, а также резекции кишки или илеоцекальной резекции кишечника [7].	УДД — 5
3.2.3 Хирургическое лечение БК толстой кишки При хирургическом лечении БК толстой кишки с гнойно-септическим процессом в параректальной области и промежности резекцию прямой кишки рекомендовано выполнять в объеме тотальной мезоректумэктомии [16].	УДД — 3

На данном этапе экспертами также предложено 3 новых тезиса — рекомендации для внесения в соответствующие разделы клинических рекомендаций. Стоит отметить, что 2 новых тезиса сформулированы на основании опыта и мнения экспертов, а 1 рекомендация имеет уровень убедительности доказательств — 3 (Табл. 2). Таким образом, на данном этапе окончательно сформировано 8 тезисов — рекомендаций для проведения голосования.

Четвертый этап. Для проведения очного голосования составлен список экспертов, занимающихся лечением БК в своей клинической практике. Было включено 62 эксперта разных медицинских специальностей для достижения одного из принципов метода Дельфи — гетерогенности голосующих (Табл. 3).

Таблица 3. Характеристика экспертов, участвующих в голосовании

Table 3. Descriptive of voted experts

Специальность:	n
Гастроэнтерология (внутренние болезни)	25 (40,4%)
Колопроктология	16 (25,8%)
Хирургия, онкология	8 (12,9%)
Детская хирургия	4 (6,5%)
Педиатрия	3 (4,8%)
Эндоскопия	2 (3,2%)
Акушерство — гинекология	2 (3,2%)
Организация здравоохранения	2 (3,2%)
Ученая степень:	
— д.м.н.	46 (74,2%)
— к.м.н.	14 (22,6%)
— нет	2 (3,2%)
Ученое звание:	
— Академик РАН	7 (11,3%)
— Член-корреспондент РАН	4 (6,5%)
— Профессор	19 (30,6%)
— Доцент	11 (17,7%)
— Нет	21 (33,9%)
Медиана стажа медицинской деятельности, (мин–макс), лет	30 (12–49)

Пятый этап. Все 62 эксперта участвовали в тайном голосовании (31.03.23 г.) по каждому из 8 тезисов — рекомендаций. Варианты ответов на конечную формулировку тезиса были следующие: «Согласен», «Частично согласен», «Не согласен», «Затрудняюсь ответить». Превалирующее большинство экспертов участвовали в голосовании очно — 47 (75,8%), заочно отвечали на вопросы 15 (24,2%) респондентов. Консенсус по тезису считался достигнутым при согласии не менее 80% экспертов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Голосование завершено по всем 8 отобранным тезисам, панель экспертов принимала участие в полном составе (Рис. 1).

Рекомендация № 1.

3.2.1 Показания к хирургическому лечению БК

У пациентов с осложненной формой БК при выявлении угрожающих симптомов (перитонеальные симптомы, свободный газ в брюшной полости по данным обзорной R-графии) рекомендуется экстренное хирургическое вмешательство, которое в подобной ситуации может быть ограничено резекцией пораженного отдела с формированием кишечной стомы.

Согласны с предложенным тезисом — 37 (59,7%), частично согласны — 6 (9,7%), не согласны — 6 (9,7%), затрудняются ответить — 13 (20,9%). Таким образом, консенсус экспертов по данному вопросу не достигнут.

Рекомендация № 2.

3.2.4 Хирургическое лечение БК с поражением верхних отделов ЖКТ

У пациентов данной группы прибегать к формированию обходного анастомоза рекомендовано лишь в исключительных случаях, поскольку высок риск развития синдрома избыточного бактериального роста в отключенной части тонкой кишки, а также возможно развитие рака. Вместе с тем, обширные резекции обуславливают развитие синдрома короткой кишки.

Согласны с предложенным тезисом — 50 (80,6%), частично согласны — 3 (4,8%), не согласны — 0,

затрудняются ответить — 9 (14,6%). Консенсус экспертов достигнут.

Рекомендация № 3.

3.2.3 Хирургическое лечение БК толстой кишки

Пациентам с тяжелыми перианальными проявлениями не рекомендована брюшно-промежностная экстирпация.

Согласны с предложенным тезисом — 51 (82,2%), частично согласны — 1 (1,6%), не согласны — 1 (1,6%), затрудняются ответить — 9 (14,6%). Консенсус экспертов достигнут.

Рекомендация № 4.

3.2.4 Хирургическое лечение БК с поражением верхних отделов ЖКТ

У пациентов данной группы, при наличии стриктур, рекомендовано выполнять различные варианты рассечения рубцовых стриктур тонкой кишки (стриктуропластики), как альтернатива резекции кишки.

Согласны с предложенным тезисом — 47 (75,8%), частично согласны — 2 (3,2%), не согласны — 0, затрудняются ответить — 13 (21%). Консенсус экспертов не достигнут по причине доли согласившихся менее 80%.

Рекомендация № 5.

3.2.5 Лечение БК с перианальными поражениями (перианальная БК)

Пациентам с перианальными проявлениями БК, сопровождающимися эвакуаторными нарушениями и анальным недержанием, приводящих к значительному снижению качества жизни, рекомендовано выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Согласны с предложенным тезисом — 55 (88,7%), частично согласны — 1 (1,6%), не согласны — 0, затрудняются ответить — 6 (9,7%). Консенсус экспертов достигнут.

Рекомендация № 6.

3.2.2 Хирургическое лечение БК в форме терминального илеита или илеоколита

При пенетрирующей форме БК с формированием абсцесса брюшной полости рекомендуется его дренирование под контролем УЗИ или КТ с последующей консервативной терапией (антибактериальная, гормональная терапия и ГИБТ) в качестве альтернативы хирургическому лечению резекционным методом.

Согласны с предложенным тезисом — 55 (88,7%), частично согласны — 1 (1,6%), не согласны — 0, затрудняются ответить — 6 (9,7%). Консенсус экспертов достигнут.

Рекомендация № 7.

3.2.2 Хирургическое лечение БК в форме терминального илеита или илеоколита

Пациенту с клинической картиной острого аппендицита, при ревизии брюшной полости и выявлении макроскопически неизмененного червеобразного отростка и терминального илеита, рекомендовано воздержаться от выполнения аппендэктомии, а также резекции кишки или илеоцекальной резекции кишечника.

Согласны с предложенным тезисом — 54 (87,2%), частично согласны — 4 (6,4%), не согласны — 0, затрудняются ответить — 4 (6,4%). Консенсус экспертов достигнут.

Рекомендация № 8.

3.2.3 Хирургическое лечение БК толстой кишки

При хирургическом лечении БК толстой кишки с гнойно-септическим процессом в параректальной области и промежности, резекцию прямой кишки рекомендовано выполнять в объеме тотальной мезоректумэктомии.

Согласны с предложенным тезисом — 55 (88,7%), частично согласны — 1 (1,6%), не согласны — 0, затрудняются ответить — 6 (9,7%). Консенсус экспертов достигнут.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное поперечное исследование позволило достичь консенсуса панели экспертов по 6 рекомендациям из 8. Для получения консенсуса было выбрано значение согласия — 80% и более. При этом на сегодняшний день в литературе нет однозначного порогового значения частоты согласия респондентов. Систематический обзор Diamond R., et al., обобщивший 98 исследований, проведенных по методу Дельфи, продемонстрировал медиану частоты согласия экспертов — 75% [12]. Наряду с этим, для полноценной оценки крайне важно объективизировать степень согласия эксперта. Для этого в литературе чаще всего используется шкала Likert [8]. В данном исследовании такой оценки произведено не было, так как основная цель голосования — получить лишь срез мнения экспертов по спорным вопросам для дальнейших полноценных раундов Дельфийского исследования. Важно отметить, что вся методология проведенного исследования основана на совокупности литературных данных, объединенных в систематическом обзоре и опубликованных рекомендациях Spranger J., et al., а также в отечественной работе Заболотских И.Б., Григорьев С.В. и соавт. [1,26].

Важным аспектом в полученных результатах является то, что в случае отсутствия какого-либо ответа от эксперта, он фиксировался как «затрудняюсь ответить». Подобная ситуация зарегистрирована в менее чем 10% от всех ответов. Фиксация пропусков, как ответ «затрудняюсь ответить», позволила исключить смещение результатов в сторону положительных и объективизировать результат голосования, уменьшая долю согласных экспертов.

По двум представленным рекомендациям, панелью экспертов консенсуса достигнуто не было.

Рекомендация № 1. Раздел 3.2.1 Показания к хирургическому лечению БК. У пациентов с осложненной

формой БК при выявлении угрожающих симптомов (перитонеальные симптомы, свободный газ в брюшной полости по данным обзорной R-графии) рекомендуется экстренное хирургическое вмешательство, которое в подобной ситуации может быть ограничено резекцией пораженного отдела с формированием кишечной стомы.

Перфорация кишки фиксируется не более, чем у 3% пациентов с болезнью Крона. Перфорация является одним из редких осложнений при естественном течении БК, вместе с тем может быть первым проявлением заболевания у одной четверти этих пациентов [27]. Известно, что чаще перфорация при БК развивается в тонкой кишке, что приводит к острому перитониту, который чаще всего является генерализованным и требует экстренного оперативного вмешательства [22]. Показано, что отсрочка хирургической санации более чем на 6 часов у пациентов с септическим шоком вследствие гастро-интестинальной перфорации сопровождается нулевой 60-дневной выживаемостью [6]. Вместе с тем, на сегодняшний день отсутствует консенсус по оптимальному объему оперативного вмешательства. Нет убедительных данных о том, что резекция кишки с формированием анастомоза у стабильных пациентов с перфорацией кишки достоверно повышает частоту послеоперационных осложнений и летальности. В некоторых ситуациях, особенно в случае нестабильного состояния больного, невозможно выполнить резекцию или экстериоризацию петли кишки с перфоративным отверстием из-за выраженного инфильтративного процесса. В связи

с этим, рекомендация №1 нуждается в коррекции ее формулировки для проведения последующих раундов Дельфи.

Рекомендация №4. Раздел 3.2.4 Хирургическое лечение БК с поражением верхних отделов ЖКТ. У пациентов данной группы, при наличии стриктур, рекомендовано выполнять различные варианты рассечения рубцовых стриктур тонкой кишки (стриктуропластики), как альтернатива резекции кишки. Как известно, операции по поводу стриктур при болезни Крона включают стриктуропластику или сегментарную резекцию кишки [25]. Существует множество различных типов стриктуропластики, выбор каждого из которых зависит от протяженности стриктуры. Наиболее часто выполняется пластика по методу Хайнеке-Микулича, при которой продольный разрез делается вдоль узкого участка стриктуры и ушивается в поперечном направлении. По данным литературы установлено, что этот вид стриктуропластики возможно выполнять при протяженности стриктуры не более 10 см [2]. При большей протяженности стриктур возможно выполнение пластик по Финею или Михеласи [7]. Следует отметить, что в отечественной литературе имеются лишь единичные публикации на тему стриктуропластики, что, возможно, свидетельствует о недостаточном опыте выполнения подобных операций в нашей стране. Кроме того, представленная рекомендация выглядит достаточно обобщенной, не содержит конкретных критериев отбора пациентов для выполнения стриктуропластики. Все это, вероятно, послужило причиной отсутствия

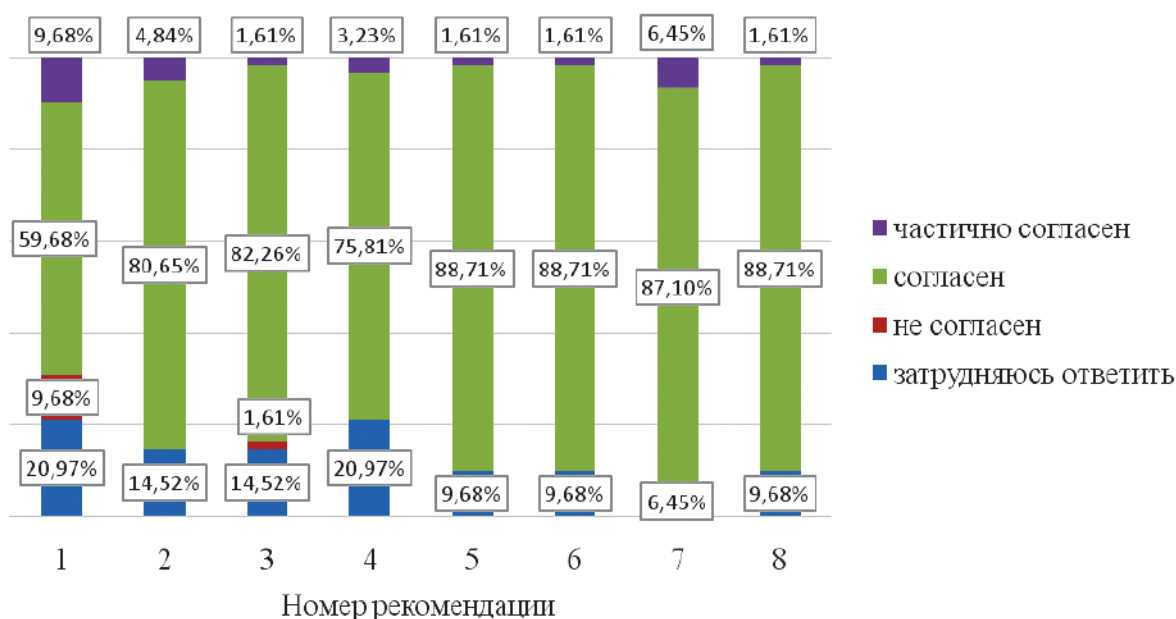


Рисунок 1. Гистограмма результатов первого тура голосования

Figure 1. Histogram of first voting results

необходимого уровня согласия респондентов и рекомендация №4 подвергнется корректировке перед последующим раундом Дельфийского исследования. Отдельного внимания, безусловно, заслуживают новые положения — рекомендации, сформированные рабочей группой на основе опыта лечения больных и данных литературы.

При хирургическом лечении БК толстой кишки с гнойно-септическим процессом в параректальной области и промежности, резекцию прямой кишки рекомендовано выполнять в объеме тотальной мезоректумэктомии.

В последнее время накопились данные о том, что при БК брыжейка кишки играет ключевую роль в патогенезе воспалительного процесса в кишечной стенке. Так, по данным de Groof et al., мезоректальная клетчатка содержит повышенное количество активированных CD14+ макрофагов, продуцирующих анти — ФНО- α , а также сниженную концентрацию маркера заживления ран CD206 по сравнению с аналогичной тканью при язвенном колите. Эти фундаментальные данные также имеют практическое значение, поскольку выполнение тотальной мезоректумэктомии, в сравнении с резекцией прямой кишки вдоль стенки с оставлением клетчатки в полости малого таза, сопровождается меньшей частотой послеоперационных осложнений в области промежности, включая рецидив БК: 17,6% и 59,5%, $p = 0,007$ [16]. Важно заметить, что речь идет о болезни Крона с выраженными перианальными проявлениями, гнойно-септическим процессом в области промежности. Решение о необходимости выполнения мезоректумэктомии в других ситуациях остается на усмотрение оперирующего хирурга.

При пенетрирующей форме БК с формированием абсцесса брюшной полости рекомендуется его дренирование под контролем УЗИ или КТ с последующей консервативной терапией (антибактериальная, гормональная терапия и ГИБТ) в качестве альтернативы хирургическому лечению резекционным методом.

Выделение указанной рекомендации, главным образом, основано на практическом опыте авторов рабочей группы, а также на данных публикаций, посвященных хирургическому лечению БК [21]. Дренирование абсцесса брюшной полости и последующая консервативная терапия служат неким мостом к резекционным методам лечения, позволяющим сократить объем оперативного вмешательства ввиду уменьшения размеров воспалительных изменений. Также важно отметить, что тактика консервативного лечения после проведенного дренирования, снижает вероятность несостоятельности межкишечного анастомоза, образования наружных кишечных свищей

и необходимость формирования кишечной стомы после плановой резекции кишки [18,22]. В том числе, в метаанализе He X., et al. выявлено значимое снижение вероятности послеоперационных осложнений (ОШ = 0,44; 95% CI 0,23–0,83; $p = 0,03$) [17]. В случае выполнения первичной резекции кишки в условиях инфильтрата и абсцесса брюшной полости при БК, возрастает объем оперативного вмешательства, что в последующем может привести к синдрому короткой кишки [19].

Важно подчеркнуть, что по данным систематического обзора Clancy C., et al., дренирование абсцесса в сочетании с консервативной терапией позволило избежать хирургического лечения резекционным методом более чем у 30% пациентов [11].

Пациенту с клинической картиной острого аппендицита, при ревизии брюшной полости и выявлении макроскопически неизмененного червеобразного отростка и терминального илеита, рекомендовано воздержаться от выполнения аппендэктомии, а также резекции кишки или илеоцекальной резекции кишечника.

Иногда дебют болезни Крона в виде терминального илеита может протекать под маской острого аппендицита, что приводит к госпитализации пациента в стационар общехирургического профиля и нередко к аппендэктомии и неоправданной резекции пораженного отдела подвздошной кишки [4,20]. В клинических рекомендациях Российского общества хирургов 2020 года такая ситуация описывается как «вторичный аппендицит». В таком случае настоятельно рекомендуется воздержаться от выполнения аппендэктомии при отсутствии в червеобразном отростке макроскопических признаков вторичного воспаления.

Проспективные исследования на эту тему отсутствуют. В 2021 году опубликован систематический обзор Quaresma A.B., основанный на данных 6 ретроспективных исследований, большинство из которых являются описанием клинических случаев. В результате проведенного обзора, авторы не рекомендуют выполнение аппендэктомии и первичной резекции подвздошной кишки при неосложненной БК [24].

Важно отметить, что данная рекомендация согласуется с положением консенсуса панели экспертов Европейской организации по изучению ЯК и БК (ECCO) и Европейской ассоциации колопроктологов (ESCP) [3,7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное поперечное исследование по методу Дельфи позволило получить срез мнений панели

экспертов по спорным вопросам хирургического лечения болезни Крона. Рекомендации, первично достигшие консенсуса, будут включены рабочей группой в новую редакцию клинических рекомендаций по диагностике и лечению БК. Рекомендации, не достигшие необходимого уровня согласия, подвергнутся коррекции и будет проведен дополнительный раунд Дельфийского исследования.

В заключении стоит отдельно отметить, что примененная методология достижения консенсуса по отдельным спорным вопросам, демонстрирует себя, как одна из полезных методик повышения уровня убедительности доказательств в будущих версиях клинических рекомендаций.

ВТОРОЙ РАУНД ДЕЛЬФИЙСКОГО ГОЛОСОВАНИЯ

Анализ результатов голосования 31.04.23 г. показал, что два тезиса-рекомендации не достигли необходимого уровня согласия экспертов — не менее 80%. В связи с этим, данные тезисы были подвергнуты повторной ревизии и коррекции рабочей группой, для проведения 2 раунда Дельфийского голосования с целью достижения консенсуса.

В период с 05.05.23 г. по 16.05.23 г. проведено заочное голосование с использованием опросника в виде онлайн-формы с участием представителей прежней панели экспертов. В онлайн форме представлены новые формулировки тезисов-рекомендаций. Для объективизации 2 раунда голосования добавлена оценка уровня согласия эксперта по шкале Likert (от 1 — «категорически не согласен», до 9 — «полностью согласен»). Уровень согласия для достижения консенсуса выбран прежний — 80%, а также определено значение по шкале Likert — не менее 8 баллов.

3.2.1 Показания к хирургическому лечению БК

У пациентов с осложненной формой БК, в случае перфорации тонкой/ободочной кишки в свободную брюшную полость, с развитием острого перитонита, рекомендовано экстренное хирургическое вмешательство с резекцией пораженного отдела кишечника и, предпочтительно, с формированием кишечной стомы [30].

Уровень убедительности доказательств — 4.

Комментарий: Формирование кишечной стомы, как альтернатива первичному анастомозу, при осложненной БК и контаминации брюшной полости вследствие перфорации в свободную брюшную полость, позволяет снизить риски септических осложнений и рецидива БК.

Согласны с предложенным тезисом — 91,3%, частично согласны — 2,9%, не согласны — 0, затрудняются ответить — 1,4%. Медиана шкалы Likert — 9 (8, 9). Консенсус экспертов достигнут.

3.2.4 Хирургическое лечение БК с поражением верхних отделов ЖКТ

У пациентов данной группы, при наличии изолированных стриктур тонкой кишки рекомендовано выполнение различных вариантов стриктуропластики, как альтернатива резекции кишки [28,29].

Уровень убедительности доказательств — 2

Комментарий: В случае протяженности стриктуры тонкой кишки менее 10 см, операцией выбора является стриктуропластика по Гейнеке-Микуличу. При большей протяженности стриктур или наличии множественных последовательных сужений, предпочтительно выполнение резекции кишки или стриктуропластики по Финнею, Михеласи при наличии соответствующего опыта.

Согласны с предложенным тезисом — 89,9%, частично согласны — 8,7%, не согласны — 0, затрудняются ответить — 1,4%. Медиана шкалы Likert — 9 (9, 9). Консенсус экспертов достигнут.

Таким образом, в результате проведенного 2 раунда Дельфийского голосования, достигнут консенсус панели экспертов по новым формулировкам тезисов-рекомендаций. Тем самым, представленные тезисы будут включены рабочей группой в новую редакцию клинических рекомендаций по диагностике и лечению болезни Крона.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Концепция и дизайн исследования: Назаров И.В., Мингазов А.Ф., Ачкасов С.И., Шельгин Ю.А.

Сбор и обработка материала: Назаров И.В., Мингазов А.Ф., Варданян А.В., Нанаева Б.А.

Статистическая обработка: Мингазов А.Ф., Назаров И.В.

Написание текста: Мингазов А.Ф.

Редактирование: Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И.

AUTHORS CONTRIBUTION

Concept and design of the study: Ilya V. Nazarov, Airat F. Mingazov, Sergey I. Achkasov, Yuri A. Shelygin,

Collection and processing of materials: Ilya V. Nazarov, Airat F. Mingazov, Armen V. Vardanyan, Bella A. Nanaeva

Statistical processing: Airat F. Mingazov

Text writing: Airat F. Mingazov

Editing: Yuri A. Shelygin, Sergey I. Achkasov

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

1. Шельгин Ю.А. — 0000-0002-8480-9362
2. Ачкасов С.И. — 0000-0001-9294-5447
3. Решетов И.В. — 0000-0002-0909-6278
4. Маев И.В. — 0000-0001-6114-564X
5. Драпкина О.М. — 0000-0001-6249-3443
6. Белоусова Е.А. — 0000-0003-4523-3337
7. Варданян А.В. — 0000-0001-6781-2458
8. Нанаева Б.А. — 0000-0003-1697-4670
9. Абдулганиева Д.И. — 0000-0001-7069-2725
10. Адамян Л.В. — 0000-0002-3253-4512

11. Намазова-Баранова Л.С. — 0000-0002-2209-7531
12. Разумовский А.Ю. — 0000-0002-9497-4070
13. Ревишвили А.Ш. — 0000-0003-1791-9163
14. Хатьков И.Е. — 0000-0002-4088-8118
15. Шабунин А.В. — 0000-0002-0522-0681
16. Ливзан М.А. — 0000-0001-6581-7017
17. Сажин А.В. — 0000-0001-6188-6093
18. Тимербулатов В.М. — 0000-0003-1696-3146
19. Хлынова О.В. — 0000-0003-4860-0112
20. Яцык С.П. — 0000-0002-8876-6232
21. Абдулхаков Р.А. — 0000-0002-1509-6776
22. Алексеева О.П. — 0000-0002-1475-6584
23. Алексеенко С.А. — 0000-0003-1724-9980
24. Бакулин И.Г. — 0000-0002-6151-2021
25. Барышева О.Ю. — 0000-0001-6317-1243
26. Благоевостнов Д.А. — 0000-0001-5724-6034
27. Болихов К.В. — 0000-0002-9623-3962
28. Веселов В.В. — 0000-0001-9992-119X
29. Виноградов Ю.А. — 0000-0003-1088-6303
30. Головенко О.В. — 0000-0002-7439-0983
31. Губонина И.В. — 0000-0002-6302-7767
32. Гуляев А.А. — 0000-0002-6913-0933
33. Долгушина А.И. — 0000-0003-2569-1699
34. Дьяконова Е.Ю. — 0000-0002-8563-6002
35. Жигалова Т.Н. — 0009-0001-7600-541X
36. Карпукhin О.Ю. — 0000-0002-7479-4945
37. Князев О.В. — 0000-0001-7250-0977
38. Костенко Н.В. — 0000-0002-5326-2624
39. Лоранская И.Д. — 0000-0002-4496-3680
40. Москалев А.И. — 0000-0002-3248-1633
41. Одинцова А.Х. — 0000-0002-7148-8862
42. Омеляновский В.В. — 0000-0003-1581-0703
43. Осипенко М.Ф. — 0000-0002-5156-2842
44. Павленко В.В. — 0000-0003-0210-3268
45. Полуэктова Е.А. — 0000-0003-1312-120X
46. Попов Д.Е. — 0000-0001-9112-0232
47. Родоман Г.В. — 0000-0001-6692-1425
48. Сегаль А.М. — 0009-0005-4326-8730
49. Ситкин С.И. — 0000-0003-0331-0963
50. Скалинская М.И. — 0000-0003-0769-8176
51. Сурков А.Н. — 0000-0002-3697-4283
52. Тарасова Л.В. — 0000-0003-1469-0689
53. Успенская Ю.Б. — 0000-0002-5714-3462
54. Фролов С.А. — 0000-0003-4751-8088
55. Чашкова Е.Ю. — 0000-0002-7953-6523
56. Шаповальянц С.Г. — 0000-0003-2396-223X
57. Шифрин О.С. — 0000-0001-8148-2862
58. Щербакова О.В. — 0000-0002-8514-3080
59. Щукина О.Б. — 0000-0002-9022-6155
60. Шкурко Т.В. — 0000-0002-7502-2437
61. Назаров И.В. — 0000-0002-6876-4272
62. Мингазов А.Ф. — 0000-0002-4558-560X

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

1. Shelygin Yu.A. — 0000-0002-8480-9362
2. Achkasov S.I. — 0000-0001-9294-5447
3. Reshetov I.V. — 0000-0002-0909-6278
4. Mayev I.V. — 0000-0001-6114-564X
5. Drapkina O.M. — 0000-0001-6249-3443
6. Belousova E.A. — 0000-0003-4523-3337
7. Vardanyan A.V. — 0000-0001-6781-2458
8. Nanaeva B.A. — 0000-0003-1697-4670
9. Abdulganieva D.I. — 0000-0001-7069-2725
10. Adamyan L.V. — 0000-0002-3253-4512
11. Namazova-Baranova L.S. — 0000-0002-2209-7531
12. Razumovsky A.Yu. — 0000-0002-9497-4070
13. Revishvili A.Sh. — 0000-0003-1791-9163
14. Khatkov I.E. — 0000-0002-4088-8118
15. Shabunin A.V. — 0000-0002-0522-0681
16. Livzan M.A. — 0000-0001-6581-7017
17. Sazhin A.V. — 0000-0001-6188-6093
18. Timerbulatov V.M. — 0000-0003-1696-3146
19. Khlynova O.V. — 0000-0003-4860-0112
20. Yatsyk S.P. — 0000-0002-8876-6232
21. Abdulkhakov R.A. — 0000-0002-1509-6776
22. Alekseeva O.P. — 0000-0002-1475-6584
23. Alekseenko S.A. — 0000-0003-1724-9980
24. Bakulin I.G. — 0000-0002-6151-2021
25. Barysheva O.Yu. — 0000-0001-6317-1243
26. Blagovestnov D.A. — 0000-0001-5724-6034
27. Bolikhov K.V. — 0000-0002-9623-3962
28. Veselov V.V. — 0000-0001-9992-119X
29. Vinogradov Yu.A. — 0000-0003-1088-6303
30. Golovenko O.V. — 0000-0002-7439-0983
31. Gubonina I.V. — 0000-0002-6302-7767
32. Gulyaev A.A. — 0000-0002-6913-0933
33. Dolgushina A.I. — 0000-0003-2569-1699
34. Dyakonova E.Yu. — 0000-0002-8563-6002
35. Zhigalova T.N. — 0009-0001-7600-541X
36. Karpukhin O.Yu. — 0000-0002-7479-4945
37. Knyazev O.V. — 0000-0001-7250-0977
38. Kostenko N.V. — 0000-0002-5326-2624
39. Loranskaya I.D. — 0000-0002-4496-3680
40. Moskaev A.I. — 0000-0002-3248-1633
41. Odintsova A.H. — 0000-0002-7148-8862
42. Omelyanovsky V.V. — 0000-0003-1581-0703
43. Osipenko M.F. — 0000-0002-5156-2842
44. Pavlenko V.V. — 0000-0003-0210-3268
45. Poluektova E.A. — 0000-0003-1312-120X
46. Popov D.E. — 0000-0001-9112-0232
47. Rodoman G.V. — 0000-0001-6692-1425
48. Segal A.M. — 0009-0005-4326-8730
49. Sitkin S.I. — 0000-0003-0331-0963
50. Skalinskaya M.I. — 0000-0003-0769-8176
51. Surkov A.N. — 0000-0002-3697-4283
52. Tarasova L.V. — 0000-0003-1469-0689
53. Uspenskaya Yu.B. — 0000-0002-5714-3462

54. Frolov S.A. — 0000-0003-4751-8088
55. Chashkova E.Yu. — 0000-0002-7953-6523
56. Shapovalyants S.G. — 0000-0003-2396-223X
57. Shifrin O.S. — 0000-0001-8148-2862
58. Shcherbakova O.V. — 0000-0002-8514-3080
59. Shchukina O.B. — 0000-0002-9022-6155
60. Shkurko T.V. — 0000-0002-7502-2437
61. Nazarov I.V. — 0000-0002-6876-4272
62. Mingazov A.F. — 0000-0002-4558-560X

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Заболотских И.Б. и соавт. Технологии консенсуса при анализе рекомендаций: международный опыт применения метода Дельфи в анестезиологии и интенсивной терапии. Систематический обзор. *Вестник Интенсивной Терапии Имени А.И. Салтанова*. 2021;1:90–106. doi: [10.21320/1818-474X-2021-1-90-106](https://doi.org/10.21320/1818-474X-2021-1-90-106) / Zabolotskikh I.B., et al. Consensus technologies in the analysis of recommendations: international experience in the use of the Delphi method in anesthesiology and intensive care. Systematic review. *Bulletin Of Intensive Therapy Named After A.I. Saltanov*. 2021;1:90–106. (in Russ.). doi: [10.21320/1818-474X-2021-1-90-106](https://doi.org/10.21320/1818-474X-2021-1-90-106)
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона у взрослых (проект). *Колoproктologia*. 2020;2(19):8–38. doi: [10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38) / Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of Crohn's disease in adults (project). *Koloproktologia*. 2020;2(19):8–38. (in Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38)
3. Adamina M., и соавт. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2020;2(14):155–168.
4. Agha FP, et al. Appendicitis as the initial manifestation of Crohn's disease: radiologic features and prognosis. *AJR. American journal of gastroenterology*. 1987. № 3 (149). С. 515–518.
5. Annese V, et al. Optimizing biologic therapy in inflammatory bowel disease: a Delphi consensus in the United Arab Emirates. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2021 Dec 22;14:17562848211065329. doi: [10.1177/17562848211065329](https://doi.org/10.1177/17562848211065329) eCollection 2021
6. Azuhata T, et al. Time from admission to initiation of surgery for source control is a critical determinant of survival in patients with gastrointestinal perforation with associated septic shock. *Critical Care (London, England)*. 2014;3(18):R87.
7. Bemelman WA, et al. ECCO-ESCP Consensus on Surgery for Crohn's Disease. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2018;1(12):1–16.
8. Boulkedid R, et al. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6(6):e20476.
9. Bundred NJ, et al. Free perforation in Crohn's colitis. A ten-year review. *Diseases of the Colon and Rectum*. 1985;1(28):35–37.
10. Caprilli R, Viscido A, Latella G. Current management of severe ulcerative colitis. *Nature Clinical Practice. Gastroenterology & Hepatology*. 2007;2(4):92–101.
11. Clancy C, et al. A Meta-analysis of Percutaneous Drainage Versus Surgery as the Initial Treatment of Crohn's Disease-related Intra-abdominal Abscess. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2016;2(10):202–208.
12. Diamond IR, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014;4(67):401–409.
13. Dietz DW, et al. Safety and longterm efficacy of strictureplasty in 314 patients with obstructing small bowel Crohn's disease. *Journal of the American College of Surgeons*. 2001;3(192):330–337; discussion 337–338.
14. Dignass A, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2010;1(4):28–62.
15. Gecse KB, et al. A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease. *Gut*. 2014;9(63):1381–1392.
16. de Groof EJ, et al. Persistent Mesorectal Inflammatory Activity is Associated With Complications After Proctectomy in Crohn's Disease. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2019;3(13):285–293.
17. He X, et al. Preoperative Percutaneous Drainage of Spontaneous Intra-Abdominal Abscess in Patients With Crohn's Disease: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2015;9(49):e82–90.
18. Ibáñez-Samaniego L, et al. Safety and Efficacy of Anti-TNFα Treatment in Crohn's Disease Patients with Abdominal Abscesses. *Hepato-Gastroenterology*. 2015;139(62):647–652.
19. Jawhari A, et al. Intra-abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease: results of noninvasive and surgical management. *The British Journal of Surgery*. 1998;3(85):367–371.
20. Kaplan GG, et al. The risk of developing Crohn's disease after an appendectomy: a meta-analysis. *The American Journal of Gastroenterology*. 2008; 11(103):2925–2931.
21. Lightner AL, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2020;8(63):1028–1052.
22. Mascolino A, et al. Large retroperitoneal abscess extended to the inferior right limb secondary to a perforated ileal Crohn's disease: the importance of the multidisciplinary approach. *Il Giornale Di Chirurgia*. 2016;1(37):37–41.
23. Mercier É, et al. A Canadian consensus-based list of urgent and specialized in-hospital trauma care interventions to assess the accuracy of prehospital trauma triage protocols: a modified Delphi study. *Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien De Chirurgie*. 2023;2(66):E181–E188.
24. Quaresma AB, Miranda EF, Kotze PG. Management of ileocecal crohn's disease during surgical treatment for acute appendicitis: a systematic review. *Arquivos De Gastroenterologia*. 2021;4(58):560–565.
25. Rieder F, et al. European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on Prediction, Diagnosis and Management of Fibrostenosing Crohn's Disease. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2016;8(10):873–885.
26. Spranger J, et al. Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: A methodological review. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*. 2022;172:1–11.
27. Werbin N, et al. Free perforation in Crohn's disease. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*. 2003;3(5):175–177.
28. Butt WT, et al. Strictureplasty versus bowel resection for the surgical management of fibrostenotic Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Colorectal Disease*. 2020;4(35):705–717.
29. Campbell L, et al. Comparison of conventional and nonconventional strictureplasties in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2012;6(55):714–726.
30. Liu RQ, et al. Comparison of primary anastomosis and staged surgery in emergency treatment of complicated Crohn's disease. *Journal of Digestive Diseases*. 2020;12(21):724–734.