

Приложение 3  
к Клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов с заболеваниями  
органов пищеварения»

Диагностика и лечение заболеваний кишечника

1. Язвенный колит:

1.1. согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее - МКБ-10) язвенный колит классифицируется как:

K51 язвенный колит;

1.2. используются следующие определения язвенного колита:

язвенный колит (далее – ЯК) – хроническое воспалительное заболевание, обуславливающее непрерывное воспаление слизистой оболочки толстого кишечника без гранулем в биопсийном материале, с поражением прямой кишки и различным по протяженности поражением толстой кишки, характеризующееся рецидивирующим и ремиттирующим течением;

термин «неклассифицированный колит» используется в тех случаях, когда, несмотря на тщательно проведенный анализ анамнеза, результатов эндоскопического исследования и гистологической оценки множественных биоптатов слизистой оболочки кишечника, а также адекватного радиологического исследования, невозможно однозначно высказаться в пользу ЯК, болезни Крона или другого варианта колита;

термин «неопределенный колит» используется после проведения гистологического исследования материала, полученного при колэктомии, в случае наличия перекрещивающихся черт ЯК и болезни Крона;

1.3. клиническими критериями ЯК являются:

диарея с кровью, тенезмы;

общие признаки воспаления;

внекишечные проявления: спондилоартропатии, узловая эритема, поражения глаз (ирит, иридоциклит, увеит), афтозный стоматит, гангренозная пиодермия;

1.4. диагностика при ЯК проводится согласно таблице 1;

Таблица 1

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
Оценка статуса питания проводится	БИК: альбумин (при тяжелой диарее).

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
<p>согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. Общий анализ крови (далее – ОАК). Общий анализ мочи (далее – ОАМ). Биохимическое исследование крови (далее – БИК): билирубин, определение активности аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), активности аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), щелочной фосфатазы (далее – ЩФ), определение активности гамма-глутамилтранспептидазы (далее – ГГТП), общего белка, определение концентрации С-реактивного белка (далее – СРБ), мочевины, креатинина, глюкозы, определение концентрации холестерина (далее – ХС).</p> <p>Мазок из прямой кишки (анализ кала на патогенную микрофлору).</p> <p>Анализ кала на яйца гельминтов, амебиаз – при первичном обращении или при атипичном (тяжелом) течении рецидива ЯК.</p> <p>Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости (далее – ОБП).</p> <p>Колоноилеоскопия с множественной биопсией (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела кишечника; фрагменты из каждого отдела помещаются в отдельные флаконы).</p> <p>При высокой активности колита и тяжелом состоянии пациента для первичного установления диагноза допускается проведение ректосигмоскопии с множественной биопсией. Колоноилеоскопия откладывается до стабилизации состояния пациента.</p>	<p>БИК: железо, ферритин (при анемии или подозрении на латентный дефицит железа). Определение в кале антигенов <i>Campylobacter</i> и <i>E.coli</i> O157:H7 (при первичном обращении или при атипичном (тяжелом) течении рецидива).</p> <p>Анализ кала на токсин <i>Cl. difficile</i> (при первичном обращении или при атипичном (тяжелом) течении рецидива).</p> <p>Эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭГДС) с биопсией из желудка и двенадцатиперстной кишки (далее – ДПК) (при симптомах со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ), при сомнительном диагнозе для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кишечной трубки).</p> <p>Ирригоскопия (при стриктурах, деформациях толстой кишки и (или) недостаточной информативности эндоскопического исследования).</p> <p>Обзорная рентгеноскопия брюшной полости (при высокой активности колита и необходимости исключения осложнений).</p> <p>Трансабдоминальное УЗИ кишечника (для ориентировочной оценки протяженности поражения при невозможности проведения тотальной колоноскопии).</p> <p>Капсульная колоноскопия (при тяжелом состоянии пациента, препятствующем проведению стандартной колоноскопии; при высоком риске осложнений стандартной колоноскопии).</p> <p>Определение в сыворотке крови антинейтрофильных цитоплазматических антител (далее – ANCA) (при трудностях в дифференциальной диагностике с болезнью Крона).</p> <p>Консультация врача-хирурга (при язвенном колите, осложненном токсической дилатацией толстой кишки; при тяжелой атаке, не отвечающей на консервативную терапию, при кровотечении, не поддающемся консервативной терапии, при непрерывном течении заболевания).</p> <p>Проба Манту или диаскин-тест или</p>

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
	<p>квантифероновый тест, рентгенография органов грудной полости (при решении вопроса о назначении биологической терапии).</p> <p>Врачебная консультация врача-онколога (при выявлении дисплазии слизистой оболочки кишечника).</p> <p>Анализ кала на кальпротектин (в процессе наблюдения для ориентировочной оценки активности заболевания).</p>

1.5. диагноз ЯК устанавливается на основании комбинации клинических, эндоскопических и морфологических критериев;

1.5.1. клиническими критериями ЯК являются: диарея с кровью в сочетании с лабораторными признаками воспаления (при невыраженной активности заболевания признаки воспаления могут отсутствовать);

1.5.2. эндоскопическими критериями ЯК являются:

признаки воспаления слизистой оболочки толстой кишки (отек, гиперемия, ослабление или исчезновение сосудистого рисунка, гранулярность, контактная или спонтанная кровоточивость, эрозии, язвы, налеты фибрина, псевдополипы);

непрерывный характер воспаления (начинается с прямой кишки и, при распространении в проксимальном направлении, последовательно вовлекает все анатомические сегменты кишечника);

диффузный характер воспаления (в пределах одного анатомического сегмента поражается вся слизистая оболочка);

в фазу ремиссии эндоскопические признаки воспаления отсутствуют; могут обнаруживаться псевдополипы толстой кишки;

1.5.3. гистологическими критериями ЯК являются:

признаки хронического колита: инфильтрация плазматическими клетками базальных отделов собственной пластинки слизистой оболочки, повышение клеточности собственной пластинки, ветвление и (или) изменение формы крипт, разрежение (уменьшение количества на единицу площади) крипт, панетоклеточная метаплазия дистальнее селезеночного угла, уменьшение количества бокаловидных клеток, неровность (виллиформность) поверхности слизистой оболочки, базальные лимфоидные агрегаты; в активную фазу заболевания - инфильтрация эпителия крипт нейтрофилами (криптит, крипт-абсцессы);

диффузный характер воспаления (присутствует в равной степени во всех фрагментах, взятых из одного анатомического сегмента кишки);

непрерывный характер воспаления (присутствует во фрагментах, взятых из прямой кишки и последовательно распространяется на проксимальные отделы);

1.6. для оценки степени тяжести ЯК используются следующие критерии:

1.6.1. Монреальская классификация тяжести обострения (клиническая):

клиническая ремиссия: симптомы отсутствуют;

легкое обострение: стул не более 4 раз/сут, с кровью или без, нет системных проявлений, маркеры воспаления (скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ)) не повышены;

умеренное обострение: стул более 4 раз/сут, минимальные системные признаки воспаления;

тяжелое обострение: стул с кровью не менее 6 раз/сут, ЧСС $\geq$ 90,  $t\geq 37,5$ ,  $Hb < 105$  г/л,  $COЭ \geq 30$  мм/ч;

1.6.2. эндоскопические критерии тяжести обострения ЯК:

легкое обострение: отек, гиперемия, уменьшение сосудистого рисунка;

умеренное обострение: контактная кровотоочивость (для определения контактной кровотоочивости на слизистую оболочку оказывают давление закрытыми биопсийными щипцами в течение 3 сек.; если из точки давления появляется кровотечение, делают заключение о наличии контактной кровотоочивости), эрозии;

тяжелое обострение: спонтанная кровотоочивость, изъязвления;

1.6.3. клиничко-эндоскопическая оценка тяжести обострения ЯК (осуществляется по шкале Мейо согласно таблице 16 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу);

1.7. ЯК классифицируется следующим образом:

1.7.1. по протяженности поражения кишечника:

проктит (поражена прямая кишка);

левосторонний колит (поражение не далее селезеночного угла);

распространенный колит (поражение распространяется проксимальнее селезеночного угла), включает субтотальный колит (поражение до печеночного угла) и тотальный колит или панколит (поражена вся толстая кишка);

1.7.2. по активности воспалительного процесса в кишечнике:

ремиссия – частота стула 3 раза в день и менее, нет крови в стуле, нет эндоскопических признаков воспаления;

обострение – появление симптомов (кровь в стуле) у пациента с установленным диагнозом ЯК, который ранее достиг клинической ремиссии либо спонтанно, либо в результате лечения;

1.7.3. по течению воспалительного процесса в кишечнике:

первая атака ЯК (признаки активного ЯК появились впервые, длительность их существования составляет не более 6 месяцев);

рецидивирующее течение (чередование обострений и ремиссий) с редкими обострениями (обострения 1 и менее раз в год);

рецидивирующее течение с частыми обострениями (обострения 2 и более раз в год);

непрерывное течение (персистирование симптомов в течение 6-8 месяцев, несмотря на адекватную медикаментозную терапию);

1.7.4. по ответу на лечение ЯК:

отвечающий на лекарственные средства на основе 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК);

отвечающий на кортикостероиды;

стероидозависимый: в течение 3 месяцев от начала лечения стероидами попытки снизить их дозу ниже 10 мг/сут преднизолона приводят к обострению заболевания либо возникает обострение в течение 3 месяцев после прекращения приема стероидов;

стероидорефрактерный: сохраняется активность ЯК, несмотря на прием преднизолона в дозе 0,75 мг/кг/сутки в течение 4 недель и более;

рефрактерный к иммуномодуляторам: сохраняется активность заболевания или развивается обострение, несмотря на прием тиопуринов в адекватной дозе в течение не менее 3 месяцев (азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 0,75-1 мг/кг/сут в отсутствие лейкопении);

зависимый от биологической терапии;

1.8. осложнениями ЯК у пациента являются:

кишечное кровотечение;

токсическая дилатация толстой кишки;

перфорация кишечника;

колоректальный рак;

1.9. при постановке диагноза ЯК пациенту учитывают\*:

нозологию;

протяженность поражения кишечника;

вариант течения заболевания;

активность процесса и тяжесть обострения;

ответ на лечение ЯК;

внекишечные проявления ЯК;

---

\* Примеры:

1. Язвенный колит, распространенный (субтотальный), непрерывное течение, активность средней степени, стероидорефрактерный, с внекишечными проявлениями в виде узловой эритемы.

2. Осложнения: Железодефицитная анемия тяжелой степени. Недостаточность питания тяжелой степени.

осложнения ЯК;

1.10. целью лечения ЯК у пациента является:

индукция безстероидной ремиссии;

поддержание безстероидной ремиссии;

профилактика колоректального рака (далее - КРР);

коррекция сопутствующих нарушений и осложнений;

1.11. показанием для госпитализации пациента с ЯК является:

впервые установленный диагноз ЯК с легким или умеренным обострением или ранее установленный диагноз ЯК с умеренным обострением (госпитализация пациента в гастроэнтерологические отделения городской организации здравоохранения (далее – ГОЗ), областной организации здравоохранения (далее – ООЗ));

ЯК с тяжелым обострением или непрерывное течение ЯК (госпитализация пациента в гастроэнтерологические отделения ООЗ);

1.12. лечение пациента с ЯК включает:

1.12.1. для индукции ремиссии:

1.12.1.1. нутритивная поддержка: суточное содержание белка в рационе – 1-1,5 г/кг массы тела, ограничение употребления клетчатки, при высоком нутритивном риске – смеси для энтерального питания 500-1000 ккал в сутки;

1.12.1.2. медикаментозная терапия:

при проктите легкой или средней активности: терапия первого выбора – лекарственные средства (далее – ЛС) на основе 5-АСК для местного применения – месалазин в свечах или микроклизмах 1-2 г/сут; при необходимости усиления терапии (в течение 2 недель от начала терапии сохраняется кровь в стуле): дополнительно ЛС на основе 5-АСК для перорального приема – месалазин 2-3 г/сут внутрь или сульфасалазин 4-6 г/сут внутрь или микроклизмы с преднизолоном 30 мг/сут;

при левостороннем колите легкой или средней активности: терапия первого выбора – месалазин в свечах или микроклизмах 1-2 г/сут в сочетании с месалазином внутрь 2-4 г/сут или сульфасалазином внутрь 4-8 г/сут; допускается монотерапия пероральными препаратами месалазина в дозе 2-4,8 г/сут или сульфасалазина 4-8 г/сут при наличии явного клинического ответа на лечение; при необходимости усиления терапии (в течение 2 недель от начала терапии сохраняется кровь в стуле): преднизолон внутрь 40 мг/сут в течение 1 недели, затем 30 мг/сут 1 неделя, далее – 20 мг/сутки 1 месяц и затем - снижение дозы на 5 мг в неделю до полной отмены (длительность приема кортикостероидов должна составлять не менее 2 месяцев, но не более 4 месяцев); может быть использован метилпреднизолон в соответствующей дозе (32 мг/сутки – 24 мг/сут – 16 мг/сут – снижение на 4 мг в неделю);

при распространенном колите легкой или средней активности: терапия первого выбора – месалазин в свечах или микроклизмах не менее 1 г/сут в сочетании с месалазином внутрь 2-4 г/сут или сульфасалазином внутрь 4-8 г/сут; допускается монотерапия пероральными препаратами месалазина в дозе 2-4,8 г/сут или сульфасалазина 4-8 г/сут при наличии явного клинического ответа на лечение; при необходимости усиления терапии или если обострение наступило на фоне поддерживающей терапии препаратами месалазина в дозе более 2 г/сут: преднизолон внутрь 40 мг/сут в течение 1 недели, затем 30 мг/сут 1 неделя, далее – 20 мг/сутки 1 месяц и затем – снижение дозы на 5 мг в неделю до полной отмены (длительность приема кортикостероидов должна составлять не менее 2 месяцев, но не более 4 месяцев); может быть использован метилпреднизолон в соответствующей дозе (32 мг/сут – 24 мг/сут – 16 мг/сут – снижение на 4 мг в неделю);

при колите любой протяженности высокой активности или отсутствии ответа на предыдущие варианты терапии: преднизолон 60-90 мг/сут внутривенно до развития клинического ответа, но не менее 5 дней; затем преднизолон внутрь 40 мг/сут в течение 1 недели, затем 30 мг/сут 1 неделя, далее – 20 мг/сутки 1 месяц и затем – снижение дозы на 5 мг в неделю до полной отмены; общая длительность приема кортикостероидов должна составлять не менее 2 месяцев, но не более 4 месяцев;

при отсутствии клинического ответа на внутривенное введение кортикостероидов в течение 7-14 дней: инфликсимаб в/в 5 мг/кг однократно, затем в той же дозе через 2 недели и 6 недель после первой инфузии или адалимумаб п/к 160 мг однократно, затем 80 мг через 2 недели и далее 40 мг каждые 2 недели или циклоспорин внутривенно 2 мг/кг/сут в течение 1 недели с последующим переходом на пероральный прием 4-8 мг/кг/сут в 2 приема; либо хирургическое лечение (проктоколэктомия);

при непрерывном течении заболевания, рефрактерном к кортикостероидам: азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 1-1,5 мг/кг/сут; либо хирургическое лечение (проктоколэктомия);

1.12.2. для поддержания ремиссии:

1.12.2.1. нутритивная поддержка: полноценное сбалансированное питание; высоком нутритивном риске – суточное содержание белка 1-1,5 г/кг массы тела, смеси для энтерального питания 500-1000 ккал в сутки;

1.12.2.2. медикаментозная поддерживающая терапия:

терапия первого выбора – назначение ЛС на основе 5-АСК, доза и способ введения которых устанавливается врачом-гастроэнтерологом индивидуально, исходя из предшествующего ответа на лечение: месалазин в свечах или микроклизмах в дозе не менее 3 г в неделю (при проктите данный вариант поддерживающего лечения может быть

использован в виде монотерапии); месалазин внутрь в дозе не менее 1 г/сут (монотерапия или в сочетании с местным лечением месалазином); сульфасалазин внутрь в дозе не менее 2 г/сут (монотерапия или в сочетании с местным лечением месалазином);

при непереносимости ЛС на основе 5-АСК, их неэффективности (частые и ранние рецидивы), стероидозависимости (стероидорефрактерности), а также в случаях, когда для индукционной терапии применялось введение циклоспорина или инфликсимаба, пациенту назначается азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 1-1,5 мг/кг/сут;

1.13. контроль эффективности и переносимости лечения осуществляется следующим образом:

1.13.1. эффективность индукционной терапии контролируется путем еженедельной переоценки клинических показателей активности заболевания, а также контрольным эндоскопическим исследованием, которое проводится при достижении клинической ремиссии, но не ранее 2-3 месяцев от начала лечения. Индукционная терапия инфликсимабом или адалимумабом признается неэффективной в назначенной дозе при отсутствии клинико-лабораторного ответа после введения 3 разовых доз;

1.13.2. эффективность поддерживающей терапии контролируется по клиническим показателям активности заболевания;

1.13.3. критериями клинической ремиссии являются: оформленный стул, отсутствие крови в стуле, отсутствие клинических и лабораторных признаков воспаления; для ориентировочной оценки наступления ремиссии может использоваться определение кальпротектина в кале в динамике – изменение его положительных (повышенных) значений на отрицательные (нормальные) свидетельствует в пользу наступления ремиссии, которую далее следует подтвердить эндоскопически;

1.13.4. при проведении поддерживающей терапии иммуномодуляторами ОАК в первый месяц выполняется пациенту еженедельно, следующие 3 месяца – ежемесячно, в последующие полгода – каждые 2 месяца, далее – не реже 1 раза в 3 месяца; БИК выполняется пациенту 1 раз в 3 месяца;

1.13.5. критериями эндоскопической ремиссии являются: полное заживление слизистой оболочки, отсутствие признаков воспаления слизистой оболочки толстой кишки;

1.14. устанавливается следующая длительность лечения:

1.14.1. длительность индукционной терапии: до достижения клинико-эндоскопической ремиссии, но не менее 2-3 месяцев;

1.14.2. длительность поддерживающей терапии зависит от назначенных ЛС:



ЛС на основе 5-АСК принимаются пациентом пожизненно (при дистальном колите и отсутствии рецидивов заболевания в течение 2 лет может быть предпринята попытка прекращения поддерживающей терапии);

азатиоприн (меркаптопурин) при хорошей переносимости назначаются пациенту на период не менее 3 лет; дальнейшая тактика определяется индивидуально, поддерживающая терапия может быть пролонгирована на неопределенно длительный срок;

1.15. пациентам с установленным диагнозом ЯК проводится наблюдение с целью профилактики КРР в соответствии со следующими правилами:

1.15.1. выполняются регулярные колоноскопии:

через 8-10 лет от начала заболевания – выполняется тотальная колоноскопия с целью переоценки протяженности поражения;

при распространенном колите с частыми тяжелыми обострениями или непрерывном течении с высокой активностью, наличии в анамнезе в последние 5 лет дисплазии или стриктур, наличии первичного склерозирующего холангита (далее –ПСХ), развитии КРР в возрасте моложе 50 лет у родственников первой степени родства в последующем проводится скрининговая (скрининг предраковых изменений и раннего рака) колоноскопия 1 раз в год;

при распространенном колите с активностью легкой или умеренной степени, наличии псевдополипов, отягощенном по КРР наследственном анамнезе (КРР в возрасте старше 50 лет у родственников первой степени родства) скрининговая колоноскопия проводится каждые 2-3 года;

в остальных случаях скрининговая колоноскопия проводится каждые 5 лет;

1.15.2. к скрининговым колоноскопиям предъявляются требования:

проводятся в фазу ремиссии;

носят тотальный характер;

сопровождаются ступенчатой биопсией (4 фрагмента каждые 10 см дополнительные биоптаты из измененных участков) или хромоэндоскопией (метиленовый синий, индиго кармин, виртуальная хромокопия) с биопсией из подозрительных участков;

1.15.3. при гистологическом исследовании дисплазия эпителия определяется по следующим критериям:

увеличенные гиперхромные ядра, снижение (исчезновение) бокаловидных клеток и муцина, амфотрофность (базотрофность) цитоплазмы;

вовлечение поверхностного эпителия (при невозможности определить данный признак следует серийно «дорезать» гистологический блок с последующей окраской гематоксилином и эозином с целью

визуализации поверхностного эпителия либо использовать иммуногистохимическую окраску с антителами к p53 – практически все клетки в состоянии истинной дисплазии экспрессируют данный маркер);

отсутствие признаков реактивного (регенерирующего) эпителия являются (созревание эпителия по направлению к поверхности – в клетках увеличивается количество цитоплазмы, появляется муцин, ядра уменьшаются и локализуются базальнее; ассоциация с прилежащим активным воспалением; митотическая активность ограничена базальным отделом крипт);

1.15.4. истинная дисплазия имеет двухступенчатую градацию на дисплазию низкой и высокой степени:

дисплазия высокой степени (тяжелая дисплазия, cancer in situ) диагностируется при наличии следующих критериев: выраженный клеточный полиморфизм (округлые, наползающие друг на друга клетки, с высоким ядерно-цитоплазматическим отношением, в ядрах «просветленный» хроматин, выраженные ядрышки); выраженная ядерная стратификация и потеря полярности (потеря базальной ориентации, ядра смещаются в апикальную половину клетки); повышенная митотическая активность, атипичные митозы; архитектурные аномалии (иррегулярные железы, железы «спинка-к-спинке», крибриформность, солидные гнезда);

дисплазия низкой степени диагностируется, если присутствуют общие критерии дисплазии, но отсутствуют критерии дисплазии высокой степени;

1.15.5. при выявлении у пациента дисплазии используется следующая тактика:

при наличии видимых участков дисплазии проводится их эндоскопическая резекция; при отсутствии дисплазии в окружающих тканях далее осуществляется эндоскопическое наблюдение с частотой колоноскопий не реже 1 раза в 12 месяцев;

при невозможности выполнения эндоскопической резекции или при наличии дисплазии в окружающих тканях проводится проктоколэктомия;

1.16. пациенты с ЯК относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат наблюдению врачом-гастроэнтерологом, врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики) постоянно;

1.17. пациенты с ЯК (кроме пациентов с изолированным проктитом) относятся к группе риска по колоректальному раку;

1.18. объем и сроки обследования при диспансерном наблюдении составляют:

1 раз в год: медицинский осмотр с оценкой статуса питания, ОАК, биохимическое исследование крови (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, белок, СРБ, мочевины, креатинин, глюкоза), УЗИ ОБП;

скрининговая колоноскопия (скрининг колоректального рака): при длительности болезни более 10 лет – 1 раз в 1-5 лет в зависимости от наличия других факторов риска (определяются согласно пункту 1.15.1. приложения 3 к настоящему Клиническому протоколу);

по показаниям: диагностическая колоноскопия.

1.19. критериями эффективности лечения и диспансерного наблюдения при ЯК являются: поддержание безстероидной ремиссии, отсутствие осложнений, выявление предраковых изменений или раннего рака толстой кишки, поддержание нормального статуса питания, снижение нетрудоспособности.

## 2. Болезнь Крона:

2.1. согласно МКБ-10 болезнь Крона классифицируется как:

K50 болезнь Крона;

2.2. используется следующее определение болезни Крона: болезнь Крона (далее - БК) - хронический воспалительный процесс, который потенциально может поражать любую часть кишечной трубки ото рта до ануса и характеризуется локальностью поражения, вовлечением всех слоев кишечной стенки (трансмуральное поражение) и образованием эпителиоидноклеточных гранулем;

2.3. клиническими критериями БК являются:

хроническая диарея с кровью или без крови;

абдоминальная боль (возможна острая манифестация заболевания, по клиническим проявлениям напоминающая аппендицит);

снижение массы тела, другие проявления недостаточности питания;

общие признаки воспаления;

внекишечные проявления: артропатии, узловая эритема, поражения глаз (ирит, иридоциклит), афтозный стоматит, гангренозная пиодермия;

перианальные свищи;

2.4. диагностика при БК проводится согласно таблице 2;

Таблица 2

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
Оценка статуса питания проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, СРБ, мочевины, креатинин, глюкоза,	БИК: альбумин (при тяжелой диарее). БИК: железо, ферритин (при анемии или подозрении на латентный дефицит железа). Определение в кале антигенов <i>Campylobacter</i> и <i>E.coli</i> O157:H7 (при первичном обращении или при атипичном (тяжелом) течении рецидива)). Определение в кале антигенов <i>Y. Enterocolitica</i> и (или) анализ крови на антитела к <i>Y. Enterocolitica</i> (при первичном обращении в случае поражения

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
<p>ХС.</p> <p>Мазок из прямой кишки (анализ кала) на патогенную микрофлору</p> <p>Анализ кала на яйца гельминтов, амебиаз – при первичном обращении или при атипичном (тяжелом) течении рецидива</p> <p>УЗИ ОБП.</p> <p>Колоноилеоскопия с множественной биопсией (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела кишечника; фрагменты из каждого отдела помещаются в отдельные флаконы).</p>	<p>тонкой кишки).</p> <p>Анализ кала на токсин <i>Cl. difficile</i> (при первичном обращении или при атипичном (тяжелом) течении рецидива)).</p> <p>ЭГДС с биопсией из желудка и ДПК (при симптомах со стороны верхних отделов ЖКТ; при сомнительном диагнозе для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кишечной трубки).</p> <p>Трансабдоминальное УЗИ кишечника (для ориентировочной оценки протяженности поражения при невозможности проведения тотальной колоноскопии, для предварительной оценки вовлечения тонкой кишки и определения локализации поражения).</p> <p>Энтерография – рентгеновская или компьютерно-томографическая (далее – КТ-энтерография), или магнитно-резонансная (далее – МР-энтерография), либо капсульная или двухбалонная энтероскопия (для оценки вовлечения тонкой кишки).</p> <p>Ирригоскопия (при стриктурах, деформациях толстой кишки и (или) недостаточной информативности эндоскопического исследования).</p> <p>Магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) таза (при подозрении на перианальные свищи).</p> <p>Обзорная рентгеноскопия брюшной полости (при высокой активности колита и необходимости исключения осложнений).</p> <p>Анализ крови на ASCA (при трудностях в дифференциальной диагностике с язвенным колитом).</p> <p>Врачебная консультация врача-хирурга (при БК, осложненной кишечной непроходимостью, гастроинтестинальным кровотечением, токсической дилатацией толстой кишки; при высокой активности заболевания и отсутствии ответа на консервативную терапию, при непрерывном течении заболевания).</p> <p>Проба Манту, или диаскин-тест, или квантифероновый тест, рентгенография органов грудной полости (при решении вопроса о назначении биологической терапии).</p> <p>Врачебная консультация врача-онколога (при выявлении дисплазии слизистой оболочки</p>

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
	кишечника). Определение кальпротектина в кале (для ориентировочной оценки активности заболевания, особенно при толстокишечной форме).

2.5. диагноз «Болезнь Крона» устанавливается на основании комбинации клинических, эндоскопических, радиологических и морфологических критериев;

2.5.1. клинические критерии:

хроническая диарея в сочетании с абдоминальной болью, признаками недостаточности питания, лабораторными признаками воспаления (при невыраженной активности заболевания признаки воспаления могут отсутствовать) и, нередко, внекишечными проявлениями;

перианальные поражения;

2.5.2. эндоскопические критерии:

признаки воспаления слизистой оболочки кишечной трубки (афты, язвы полигональной формы, щелевидные язвы, картина «булыжной мостовой», деформация просвета, стриктуры, псевдополипы, устья свищевых ходов);

прерывистый характер воспаления;

очаговый характер воспаления (в пределах одного анатомического сегмента слизистая оболочка поражается не полностью; характерным является наличие язв на фоне неизменной слизистой оболочки);

поражена подвздошная кишка и не поражена прямая кишка;

в фазу ремиссии эндоскопические признаки воспаления отсутствуют, могут обнаруживаться псевдополипы, участки стенозирования просвета и деформаций кишки;

2.5.3. радиологические критерии:

прерывистый характер поражения;

стриктуры, сужения и расширения просвета кишки, причудливые деформации кишки;

рельеф «булыжной мостовой»;

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

свищи;

утолщение стенки кишки;

инфильтраты, абсцессы в брюшной полости;

2.5.4. гистологические критерии:

признаки хронического колита: инфильтрация плазматическими клетками базальных отделов собственной пластинки слизистой оболочки, повышение клеточности собственной пластинки, ветвление и (или) изменение формы крипт, разрежение (уменьшение количества на единицу площади) крипт, панетоклеточная метаплазия дистальнее печеночного угла; в активную фазу заболевания - также инфильтрация эпителия крипт нейтрофилами (крипитит, крипт-абсцессы);

сохранение бокаловидных клеток;

эпителиоидно-клеточные гранулемы без гигантских многоядерных клеток и некроза, расположенные в собственной пластинке слизистой оболочки и не ассоциированные с активным повреждением крипт;

очаговый характер воспаления (присутствует не во всех фрагментах, взятых из одного анатомического сегмента кишки, неравномерно распределяется в пределах одного биопсийного фрагмента);

прерывистый характер воспаления (пораженные сегменты кишки чередуются с неизмененными);

убывающий градиент воспалительных изменений от правых отделов к левым;

поражение подвздошной кишки (изменение формы и размеров ворсинок и крипт, повреждения эпителия, псевдопилорическая метаплазия, нейтрофильная инфильтрация; признаки поражения подвздошной кишки наблюдаются в отсутствие непрерывного тотального колита);

отсутствует поражение прямой кишки;

2.6. клиническая оценка активности (тяжести обострения) проводится по индексу активности БК (далее - ИАБК) согласно таблице 18 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу:

ремиссия: ИАБК менее 150, СРБ в пределах нормы;

легкая активность: ИАБК 150-220 (не требуется госпитализация, пациент самостоятельно принимает пищу и жидкость, потеря массы тела <10%, нет признаков обструкции, лихорадки, дегидратации, абдоминальной массы или болезненности; СРБ превышает верхнюю границу нормы);

умеренная активность: ИАБК 220-450 (интермиттирующая рвота или потеря веса >10%; неэффективность терапии легкого обострения либо болезненная абдоминальная масса; отсутствие явных признаков обструкции; СРБ превышает верхнюю границу нормы);

высокая активность: ИАБК >450; (недостаточность питания – ИМТ <18 кг/м<sup>2</sup> или признаки обструкции (не всегда обусловлены активным заболеванием и требуют дообследования) или абсцесса; симптомы персистируют, несмотря на интенсивное лечение; СРБ повышен);

2.7. эндоскопическими критериями тяжелой БК (при поражении толстой кишки) являются:

глубокие язвы, проникающие в мышечный слой или дефекты слизистой оболочки, ограниченные подслизистым слоем, но захватывающие более одной трети пораженного анатомического сегмента толстой кишки;

2.8. выделяют следующие признаки неблагоприятного прогноза БК (свидетельствуют об инвалидизирующем характере течения заболевания в ближайшие 5 лет), при наличии которых целесообразно рассмотрение вопроса о раннем начале терапии иммуномодуляторами или биологической терапии:

перианальные свищи;  
пенетрирующая форма БК;  
распространенное поражение тонкой кишки;

2.9. для классификации БК используются:

2.9.1. Монреальская классификация БК по следующим характеристикам:

2.9.1.1. по возрасту на момент диагноза (A – Age):

A1 – до 16 лет;

A2 – 17-40 лет;

A3 – после 40 лет;

2.9.1.2. по локализации поражения (L – Location):

L1 – илеальная;

L2 – толстокишечная;

L3 – илеально-толстокишечная;

L4 – поражение верхних отделов (обозначение L4 также добавляется к L1-L3, если поражение верхних отделов сочетается с другой локализацией);

2.9.1.3. По клинической форме (B – Behaviour):

B1 – воспалительная;

B2 – стенозирующая;

B3 – пенетрирующая (наличие интраабдоминальных свищей воспалительных масс или абсцессов в любой момент течения заболевания);

p – перианальное поражение (наличие перианальных свищей или абсцессов) (индекс p добавляется к B1-B3, если перианальное поражение сочетается с вышеуказанными формами);

2.9.2. классификация БК по протяженности поражения:

локализованное поражение – поражено менее 30 см;

распространенное поражение – поражено более 100 см;

2.9.3. классификация БК по течению:

с редкими обострениями (обострения 1 и менее раз в год);

с частыми обострениями (обострения 2 и более раз в год);  
 непрерывное (персистирование симптомов в течение 6-8 месяцев, несмотря на адекватную медикаментозную терапию);

2.9.4. классификация БК по ответу на лечение:

отвечающая на кортикостероиды;

стероидозависимая: в течение 3 месяцев от начала лечения стероидами попытки снизить их дозу ниже 10 мг/сут преднизолона (или ниже 3 мг/сут будесонида) приводят к обострению заболевания либо возникает обострение в течение 3 месяцев после прекращения приема стероидов;

стероидорефрактерная: сохраняется активность БК, несмотря на прием преднизолона в дозе 0,75 мг/кг/сутки в течение 4 недель и более;

рефрактерная к иммуномодуляторам: сохраняется активность заболевания или развивается обострение, несмотря на прием тиопуринов в адекватной дозе в течение не менее 3 месяцев (азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 0,75-1 мг/кг/сут в отсутствие лейкопении);

зависимая от биологической терапии;

2.10. БК сопровождается следующими осложнениями:

кишечная непроходимость;

кишечное кровотечение;

токсическая дилатация толстой кишки;

перфорация кишечника;

абсцесс брюшной полости;

колоректальный рак;

2.11. формулировка диагноза БК включает\*:

нозологию;

локализацию и, при необходимости, протяженность поражения;

вариант течения;

активность;

ответ на лечение;

внекишечные проявления;

осложнения.

2.12. Целью лечения БК является:

индукция безстероидной ремиссии;

поддержание безстероидной ремиссии;

---

\* Пример:

Болезнь Крона (A2,L3,B1p), распространенное илеоцекальное поражение с перианальными проявлениями (2 функционирующих параректальных свища), воспалительная форма, часто рецидивирующее течение, активность высокой степени, стероидорефрактерность, с ответом на биологическую терапию. Осложнения: Недостаточность питания тяжелой степени.



профилактика КРР;

коррекция сопутствующих нарушений и осложнений.

2.13. Показаниями для госпитализации пациента с БК являются:

впервые установленный диагноз БК с активностью легкой или средней степени или ранее установленный диагноз БК с активностью средней степени (госпитализация пациента в гастроэнтерологические отделения ГОЗ, ООЗ);

БК с активностью высокой степени или непрерывное течение БК (госпитализация пациента в гастроэнтерологические отделения ООЗ);

осложнения: кишечная непроходимость, перфорация, кровотечение, токсический мегаколон, малигнизация, свищи, резистентные к медикаментозной терапии (госпитализация пациента в хирургическое отделения ООЗ);

2.14. лечение пациента с БК включает:

2.14.1. для индукции ремиссии:

2.14.1.1. мероприятия по образу жизни и питанию: отказ от курения; ограничение употребления клетчатки, суточное потребление белка – 1-1,5 г/кг массы тела; при высоком нутритивном риске или высокой активности заболевания – смеси для энтерального питания 500-1000 ккал в сутки; при высокой активности заболевания может быть целесообразен переход на полное питание энтеральными смесями;

2.14.1.2. медикаментозная терапия:

илеоцекальное или толстокишечное поражение с легкой активностью: месалазин перорально 4-4,5 г/сут (более низкие дозы месалазина не рекомендуются);

илеоцекальное или толстокишечное поражение с умеренной активностью: преднизолон перорально 40 мг/сут в течение 1 недели, затем 30 мг/сут 1 неделя, далее – 20 мг/сутки 1 месяц и затем – снижение дозы на 5 мг в неделю до полной отмены (длительность приема кортикостероидов должна составлять не менее 2 месяцев, но не более 4 месяцев); может быть использован метилпреднизолон в соответствующей дозе (32 мг/сутки – 24 мг/сутки – 16 мг/сутки – снижение дозы на 4 мг/сутки);

илеоцекальное или толстокишечное поражение с высокой активностью или отсутствие ответа на предыдущие варианты терапии: преднизолон перорально 60 мг/сут или внутривенно 60-90 мг/сут в течение 1 недели с последующим постепенным снижением дозы в сочетании с иммуномодуляторами: азатиоприном 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурином 1-1,5 мг/кг/сут или метотрексатом в/м 25 мг/нед либо хирургическое лечение либо биологическая терапия: инфликсимаб в/в 5 мг/кг однократно, затем в той же дозе через 2 недели и 6 недель после первой инфузии и далее каждые 8 недель в сочетании с

иммуномодуляторами: азатиоприном 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурином 1-1,5 мг/кг/сут или метотрексатом в/м 25 мг/нед либо без иммуномодуляторов при их непереносимости; или адалимумаб п/к 80 мг однократно и далее – 40 мг каждые 2 недели в сочетании с иммуномодуляторами или без них при их непереносимости;

распространенное тонкокишечное поражение: преднизолон перорально 40-60 мг/сут или внутривенно 60-90 мг/сут в течение 1 недели с последующим постепенным снижением дозы (смотри выше) в сочетании с азатиоприном 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурином 1-1,5 мг/кг/сут или метотрексатом в/м 25 мг/нед либо хирургическое лечение, либо биологическая терапия: инфликсимаб в/в 5 мг/кг однократно, затем в той же дозе через 2 недели и 6 недель после первой инфузии и далее каждые 8 недель в сочетании с азатиоприном 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурином 1-1,5 мг/кг/сут или метотрексатом в/м 25 мг/нед либо без иммуномодуляторов при их непереносимости или адалимумаб п/к 80 мг однократно и далее – 40 мг каждые 2 недели в сочетании с иммуномодуляторами или без них при их непереносимости; нутритивная поддержка (смеси для энтерального питания; при необходимости – парентеральное питание);

эзофагеальное или гастродуоденальное поражение: ИПП в стандартных дозах 2 раза/сут; преднизолон перорально 40-60 мг/сут или внутривенно 60-90 мг/сут в течение 1 недели с последующим постепенным снижением дозы в сочетании с азатиоприном 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурином 1-1,5 мг/кг/сут или метотрексатом в/м 25 мг/нед; при отсутствии эффекта – биологическая терапия; при стенозировании – хирургическое лечение;

рефрактерность к стероидам: биологическая терапия (инфликсимаб или адалимумаб), или хирургическое лечение;

свищевая форма: простые перианальные свищи – метронидазол 500 мг 2-3 раза/сут или цiproфлоксацин 500 мг 2 раза/сут – 6-8 недель (терапия первого выбора); азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 1-1,5 мг/кг/сут – не менее 3 месяцев (терапия второго выбора); инфликсимаб в/в 5 мг/кг - на 0-й, 2-й и 6-й неделях (терапия третьего выбора); при симптоматических свищах – комбинированное медикаментозное и хирургическое лечение; сложные перианальные свищи – комбинированное хирургическое и медикаментозное лечение: метронидазол 500 мг 2-3 раза/сут или цiproфлоксацин 500 мг 2 раза/сут и азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 1-1,5 мг/кг/сут (медикаментозная терапия первого выбора); инфликсимаб в/в 5 мг/кг - на 0-й, 2-й и 6-й неделях или адалимумаб п/к 80-160 мг однократно, затем 40-80 мг через 2 недели и далее 40 мг каждые 2 недели (медикаментозная терапия второго выбора);

2.14.2. для поддержания ремиссии:

2.14.2.1. отказ от курения, полноценное сбалансированное питание, коррекция нутритивного дефицита при его наличии;

2.14.2.2. медикаментозная поддерживающая терапия:

иммунодепрессанты: азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут или меркаптопурин 1-1,5 мг/кг/сут, или метотрексат 15-25 мг/нед, или

инфликсимаб в/в 5 мг/кг каждые 8 недель или адалимумаб п/к 40 мг каждые 2 недели (если ремиссия была индуцирована соответствующими биологическими агентами либо при неэффективности поддерживающей терапии иммуномодуляторами; при потере клинического ответа на применяемый биологический агент может быть сделана попытка увеличения кратности его введения до 1 раза/4 нед для инфликсимаба и 1 раз/нед для адалимумаба либо замена на другой биологический агент, который ранее не использовался), или

хирургическое лечение;

2.15. контроль эффективности и переносимости терапии проводится следующим образом:

2.15.1. эффективность индукционной терапии контролируется путем регулярной переоценки клинических показателей активности заболевания (ИАБК), а также контрольным эндоскопическим исследованием, которое проводится при достижении клинической ремиссии, но не ранее 3-4 месяцев от начала лечения;

2.15.2. индукционная терапия биологическими агентами признается неэффективной в назначенной дозе, если ответ отсутствует после трех введений инфликсимаба или после семи введений адалимумаба;

2.15.3. эффективность поддерживающей терапии контролируется по клиническим показателям активности заболевания (далее - ИАБК);

2.15.4. ремиссия определяется как полное исчезновение клинικο-лабораторных признаков активности заболевания (ИАБК<150) и эндоскопическое заживление слизистой оболочки;

2.15.5. для контроля переносимости при поддерживающей терапии иммуномодуляторами ОАК в первый месяц выполняется еженедельно, следующие 3 месяца – ежемесячно, в последующие полгода – каждые 2 месяца, далее – не реже 1 раза в 3 месяца; БИК - 1 раз в 3 месяца;

2.16. устанавливается следующая длительность терапии:

2.16.1. длительность индукционной терапии соответствует сроку до достижения клинικο-эндоскопической ремиссии, но не менее 3 месяцев;

2.16.2. длительность поддерживающей терапии составляет:

для азатиоприна (меркаптопурина) при хорошей переносимости – 4 года; дальнейшая тактика определяется индивидуально, у молодых пациентов поддерживающая терапия может быть пролонгирована на неопределенно длительный срок;

для метотрексата или инфликсимаба – определяется индивидуально;

2.17. профилактика колоректального рака при поражении толстой кишки проводится согласно пункту 1.15. приложения 3 к настоящему Клиническому протоколу;

2.18 пациенты с БК относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат наблюдению врачом гастроэнтерологом, врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики) постоянно;

2.19. объем и сроки обследования при диспансерном наблюдении составляют:

1 раз в год: медицинский осмотр с оценкой статуса питания, ОАК, биохимическое исследование крови (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, белок, СРБ, мочевины, креатинин), УЗИ ОБП;

скрининговая колоноскопия – при поражении более одного сегмента толстой кишки – 1 раз в 1-5 лет в зависимости от наличия других факторов риска (определяются согласно пункту 1.15.1. приложения 3 к настоящему Клиническому протоколу);

по показаниям: диагностическая колоноскопия или энтероскопия;

2.20. пациенты с поражением толстой кишки, захватывающим более одного анатомического сегмента, относятся к группе риска по колоректальному раку;

2.21. критериями эффективности лечения и диспансерного наблюдения пациента при БК являются: поддержание безстероидной ремиссии, отсутствие осложнений, выявление предраковых изменений или раннего рака толстой кишки, поддержание нормального статуса питания, снижение нетрудоспособности.

### 3. Микроскопические колиты:

3.1. согласно МКБ-10 микроскопические колиты классифицируются как: K52.8 другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты;

3.2. используется следующее определение микроскопических колитов: микроскопические колиты - два отдельных, но взаимосвязанных состояния, обуславливающих водянистую диарею и характеризующихся отсутствием макроскопических (рентгенологических и эндоскопических) изменений и особыми микроскопическими признаками воспаления, не обнаруживающимися при других колитах. Микроскопические колиты включают: лимфоцитарный колит; коллагенозный колит;

3.3. клиническими критериями микроскопических колитов являются:

хроническая водянистая диарея без крови;

дефекации в ночное время;

боли в животе;

возможно снижение массы тела;

возраст обычно старше 45-50 лет;  
наличие аутоиммунных заболеваний и (или) внекишечных проявлений (артралгия, артрит, увеит);

3.4. диагностика при микроскопических колитах проводится согласно таблице 3;

Таблица 3

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
<p>Оценка статуса питания проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу.</p> <p>ОАК.</p> <p>БИК: билирубин, АсАТ, АЛАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, СРБ, мочевины, креатинин, глюкоза, ХС.</p> <p>ОАМ.</p> <p>Иммунохимический тест на скрытую кровь в кале (далее – ТСК)</p> <p>Мазок из прямой кишки (посев) стула на патогенную микрофлору.</p> <p>Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие.</p> <p>УЗИ ОБП.</p> <p>Колоноилеоскопия с множественной биопсией (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела кишечника; фрагменты из каждого отдела помещаются в отдельные флаконы).</p>	<p>БИК: альбумин, натрий, калий, хлор (при тяжелой диарее).</p> <p>ЭГДС с биопсией из желудка и ДПК (при сомнительном диагнозе для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кишечной трубки).</p> <p>Определение в кале антигенов <i>Campylobacter</i> и <i>E.coli</i> O157:H7 (при резистентности к лечению).</p> <p>Анализ кала на токсин <i>Cl. difficile</i> (при наличии факторов риска инфекции <i>Cl. difficile</i>).</p> <p>Серологические маркеры целиакии - tTGA-IgA и AGA-IgG (при наличии гистологических признаков микроскопического колита).</p>

3.5. диагностическими критериями микроскопических колитов являются:

3.5.1. клинические признаки: хроническая водянистая диарея без крови;

3.5.2. эндоскопические критерии: нормальная эндоскопическая картина слизистой оболочки толстой и подвздошной кишки либо слабовыраженные неспецифические изменения (легкий отек, гиперемия, изменения сосудистого рисунка);

3.5.3. гистологические критерии:

лимфоцитарный колит: повышение количества межэпителиальных лимфоцитов (далее – МЭЛ) в поверхностном эпителии (>20 МЭЛ на 100 эпителиоцитов) с повреждением поверхностного эпителия; нормальная

архитектоника крипт с увеличением количества МЭЛ в эпителии крипт; повышенная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки, в том числе лимфоцитами и эозинофилами;

коллагенозный колит: отложение под эпителием коллагена в виде утолщенного слоя с неровным нижним краем ( $>10$  мкм) в сочетании с признаками лимфоцитарного колита;

3.6. для клинической оценки степени тяжести микроскопических колитов используется частота стула у пациента. Выделяют:

легкую степень тяжести: частота стула 4 раза/сут и менее;

среднюю степень тяжести: частота стула 5-6 раз/сут;

тяжелую степень тяжести: частота стула более 6 раз/сут;

3.7. развитие осложнений при микроскопическом колите наблюдается очень редко;

3.8. формулировка диагноза микроскопических колитов включает\*:

нозологию;

степень тяжести клинических проявлений;

внекишечные проявления;

3.9. цель лечения пациента с микроскопическим колитом – индукция ремиссии;

3.10. показанием для госпитализации пациента с микроскопическим колитом являются клинические проявления средней или тяжелой степени (госпитализация пациента в гастроэнтерологические отделения ГОЗ, ООЗ);

3.11. лечение пациента с микроскопическим колитом включает:

3.11.1. общие мероприятия: отмена нестероидных противовоспалительных средств (далее – НПВС) и других ЛС, побочные эффекты которых включают диарею или колит; ограничение алкоголя и кофе, исключение молочных продуктов;

3.11.2. медикаментозную терапию:

при легких симптомах: лоперамид 2-12 мг/сут;

при симптомах средней тяжести и (или) неэффективности лоперамида: висмута трикалия дицитрат 240 мг 4 раза/сут или месалазин 2-4 г /сут в течение 6-8 недель;

при тяжелых симптомах: преднизолон 30-50 мг/сут в течение 1-2 недель с последующим постепенным снижением дозы в течение 2-3 месяцев;

---

\* Пример:

Лимфоцитарный колит, с диареей тяжелой степени и внекишечными проявлениями в виде периферических артралгий.

3.12. эффективность лечения контролируется врачом-гастроэнтерологом клинически по уменьшению частоты стула, нормализации его консистенции у пациента;

3.13. пациенты с микроскопическим колитом относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат наблюдению врачом-гастроэнтерологом, врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики);

3.14. объем и сроки обследования при диспансерном наблюдении включают: оценку статуса питания, анализ крови общий, биохимическое исследование крови (билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, белок, СРБ, мочевины, креатинин, глюкоза, холестерин) – 2 раза в год; колоноскопию – по клиническим показаниям; УЗИ ОБП – 1 раз в год;

3.15. диспансерное наблюдение в группе Д(III) проводится в течение всего периода проведения медикаментозной терапии, а также 1 год после ее прекращения в случае отсутствия рецидивов, далее пациент переводится в группу Д(II);

3.16. критерии эффективности лечения и диспансерного наблюдения следующие: достижение ремиссии, отсутствие рецидивов, восстановление трудоспособности пациента.

#### 4. Синдром раздраженного кишечника:

4.1. согласно МКБ-10 синдром раздраженного кишечника классифицируется как:

K58.0 синдром раздраженного кишечника с диареей;

K58.9 синдром раздраженного кишечника без диареи;

4.2. Используются следующие определения:

синдром раздраженного кишечника (далее - СРК) – функциональное расстройство кишечника, при котором абдоминальная боль сочетается с нарушениями дефекации и кишечного транзита;

нормальный стул – у здоровых взрослых людей, придерживающихся смешанного рациона питания, частота стула составляет от 3 раз в день до 3 раз в неделю, масса кала – 100 - 250 г/сут, стул имеет оформленную консистенцию;

4.3. клиническими критериями СРК являются:

боль и (или) неприятные ощущения в области живота; уменьшение болей и неприятных ощущений после дефекации; отсутствие ночных болей;

диарея без крови, преимущественно в утренние часы после завтрака, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи; императивные позывы на дефекацию; отсутствие диареи в ночное время;

запор (стул реже 3 раз в неделю, плотный), необходимость интенсивного натуживания при дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника; фрагментированный стул с выделением слизи; чередование диареи и запора;

вздутие;

отсутствие «симптомов тревоги»: диареи в ночное время, крови в стуле, снижении массы тела, лихорадки, анемии, лабораторных признаков воспаления;

4.4. диагностика при СРК проводится согласно таблице 4;

Таблица 4

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
<p>Оценка статуса питания и его динамики за период болезни проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу.</p> <p>Оценка наличия «симптомов тревоги» проводится согласно таблице 10 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу.</p> <p>ОАК.</p> <p>ОАМ.</p> <p>БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза, ХС, амилаза, СРБ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Иммунохимический ТСК.</p> <p>Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие.</p> <p>УЗИ ОБП.</p> <p>Колоноскопия: в возрасте старше 50 лет или при отягощенном семейном анамнезе по новообразованиям кишечника (рак, полипы).</p>	<p>Анализ кала на кальпротектин (при СРК с диареей).</p> <p>Колоноскопия независимо от возраста – при наличии «симптомов тревоги», которые определяются согласно таблице 10 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу, положительном ТСК или положительном анализе кала на кальпротектин; при диарее колоноскопия дополняется множественной биопсией (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела, включая подвздошную и прямую кишку).</p> <p>AGA-IgG и tTGA-IgA – при СРК с диареей, резистентности к стандартной терапии, наличии «симптомов тревоги».</p> <p>ЭГДС – при сопутствующих симптомах диспепсии.</p> <p>Биопсия постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки – при СРК с диареей, резистентной к стандартной терапии.</p> <p>Врачебная консультация врача-акушера-гинеколога, УЗИ малого таза (при болевом синдроме в нижних отделах живота).</p> <p>Ирригоскопия с двойным контрастированием – при невозможности проведения колоноскопии.</p> <p>Водородные дыхательные тесты на мальабсорбцию лактозы, фруктозы, синдром избыточного бактериального роста – при диарее или метеоризме, резистентным к стандартной терапии.</p>



Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
	Врачебная консультация врача-психотерапевта – при недостаточной эффективности стандартной терапии.

4.5. диагноз СРК устанавливается при соответствии симптомов у пациента всем ниже перечисленным критериям:

4.5.1. рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 месяца в сочетании с 2 или более признаками из следующих:

уменьшается после дефекации;

ассоциирована с изменением частоты стула;

ассоциирована с изменением формы (внешнего вида) стула;

4.5.2. отсутствие «симптомов тревоги» (определяется согласно таблице 10 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу);

4.5.3. отсутствие органических заболеваний или метаболических (биохимических) расстройств, объясняющих имеющиеся симптомы;

4.5.4. соответствие критериям наблюдается в течение не менее 3-х последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой;

4.6. для классификации СРК используют следующие критерии:

СРК с запором (СРК-З) – твердый или шероховатый стул  $>25\%$  и неоформленный мягкий или водянистый стул  $<25\%$  из числа опорожнений кишечника;

СРК с диареей (СРК-Д) – неоформленный мягкий или водянистый стул  $>25\%$  и твердый или шероховатый стул  $<25\%$  из числа опорожнений кишечника;

смешанный СРК (СРК-М) – твердый или шероховатый стул  $>25\%$  и неоформленный мягкий или водянистый стул  $>25\%$  из числа опорожнений кишечника;

неклассифицированный СРК (СРК-Н) – недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для субтипов СРК-З, СРК-Д и СРК-М;

альтернирующий (СРК-А) – периодическое изменение картины поведения кишечника;

4.7. Определение степени тяжести СРК проводится по оценке выраженности доминирующего проявления у пациента (диареи, запора, абдоминальной боли);

- 4.8. формулировка диагноза СРК включает\*:  
вариант СРК;  
степень тяжести проявлений;
- 4.9. целью лечения СРК у пациента является:  
купирование (уменьшение) болевого синдрома и других неприятных субъективных проявлений;  
купирование (уменьшение) диареи или запора;
- 4.10. показания для госпитализации пациента с СРК отсутствуют; в отдельных случаях допускается госпитализация для проведения обследования пациента, которое невозможно в амбулаторных условиях;
- 4.12. лечение СРК включает:
- 4.12.1. психотерапию (любой вариант, кроме релаксационной психотерапии);
- 4.12.2. мероприятия по коррекции питания и образа жизни: отказ от курения, нормализация режима питания, обучение гигиене кишечника и установлению режима дефекации (при запорах), использование диеты с ограничением ферментируемых ди- и олигосахаридов при стойком метеоризме, осторожное отношение к применению НПВС и других ЛС, имеющих в качестве побочных эффектов кишечные симптомы или колит;
- 4.12.3. медикаментозную терапию кишечных проявлений, которая определяется доминирующим симптомом:
- 4.12.3.1. при болевом синдроме– ЛС, применяемые при нарушениях функции кишечника, в течение 4-8 недель, при необходимости возможен более длительный прием: отилония бромид 40 мг 3 раза/сут; мебеверина гидрохлорид 200 мг х 2 раза/сут; тримебутин 100 мг 3 раза/сут; гиосцина бутилбромид 10 мг 3 раза/сут;
- 4.12.3.2. при запоре – слабительные ЛС, дозы, режим и длительность приема которых подбираются индивидуально с учетом тяжести проявлений и ответа на лечение: бисакодил 1-2 таблетки (5-10 мг) на ночь или 1-2 суппозитории ректально; лактулоза 15-45 мл/сут с последующим переходом на поддерживающую дозу 10-25 мл/сут; макрогол 4000 1-2 пакета (10-20 г) в сут;
- 4.12.3.3. при диарее – лоперамид 2 мг в виде разовых приемов «по требованию»;
- 4.12.3.4. при метеоризме – ЛС на основе симетикона 40-80 мг 2-3 раза в сутки в режиме «по требованию»;
- 4.12.3.5. при недостаточном эффекте от вышеназванной терапии для уменьшения кишечных проявлений используются трициклические

---

\* Примеры диагноза СРК:

Синдром раздраженного кишечника с запором, средней степени тяжести.  
Синдром раздраженного кишечника с диареей, легкой степени.

антидепрессанты в малых дозах: амитриптилин 10-50 мг/сут 8-12 недель; при отсутствии эффекта от вышеназванной терапии – пробиотики в средних терапевтических дозах 4 недели;

4.13. контроль эффективности лечения пациента проводится клинически по купированию жалоб;

4.14. пациенты с СРК относятся к группе диспансерного наблюдения Д(II).

## 5. Дивертикулярная болезнь кишечника:

5.1. согласно МКБ-10 классифицируется как: K57 дивертикулярная болезнь кишечника;

5.2. используются следующие определения дивертикулярной болезни:

дивертикул: мешочкообразное выпячивание слизистой оболочки кишки через ее мышечный слой;

дивертикулез: наличие дивертикулов в кишке;

дивертикулит: воспаление дивертикула;

дивертикулярная болезнь (далее - ДБ): наличие дивертикулеза, дивертикулита или дивертикулярного кровотечения;

5.3. клиническими критериями ДБ являются:

абдоминальная боль, чаще в нижнем левом квадранте живота;

лихорадка, положительные симптомы раздражения брюшины, пальпаторное определение абдоминальной массы (при осложнениях);

5.4. диагностика при ДБ проводится согласно таблице 5;

Таблица 5

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
<p>Длина тела, масса тела, ИМТ.</p> <p>Оценка наличия «симптомов тревоги» проводится согласно таблице 10 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу.</p> <p>ОАК.</p> <p>ОАМ.</p> <p>БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза, ХС, амилаза, СРБ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>УЗИ ОБП.</p> <p>Иммунохимический ТСК.</p> <p>Обзорная рентгенография ОБП, врачебная консультация врача-хирурга – при подозрении на осложненную ДБ.</p> <p>Колоноскопия или ирригоскопия – при подозрении на неосложненную ДБ.</p>	<p>УЗИ кишечника.</p> <p>УЗИ малого таза, осмотр гинеколога (при болях в нижних отделах живота).</p> <p>КТ ОБП (при подозрении на осложненную ДБ).</p> <p>КТ (МРТ) малого таза (при наличии абдоминальной массы).</p> <p>Колоноскопия (при гематохезии).</p>

5.5. диагностическим критерием ДБ является наличие дивертикулов кишечника по данным эндоскопии или рентгенологического исследования кишечника;

5.6. классификация ДБ включает следующие формы:

дивертикулез;

простой дивертикулит (без осложнений);

осложненный дивертикулит;

5.7. при ДБ у пациента возможны осложнения:

перфорация (в свободную брюшную полость, прикрытая, в брыжейку);

абсцесс;

фистула (наружная, межкишечная, коловагинальная, коловезикальная);

кишечная обструкция;

перитонит;

кровотечение;

5.8. формулировка диагноза ДБ включает\*:

нозологию с указанием локализации;

форму ДБ;

осложнения;

5.9. Целью лечения ДБ является:

профилактика осложнений;

купирование воспалительного процесса при дивертикулите;

лечение осложнений.

5.10. Показаниями для госпитализации пациента с ДБ являются:

дивертикулит с системными признаками воспаления и (или) отсутствие эффекта лечения дивертикулита в течение 48-72 часов (госпитализация пациента в хирургические отделения РОЗ, ГОЗ, ООЗ);

осложненный дивертикулит (госпитализация пациента в хирургические отделения РОЗ, ГОЗ, ООЗ).

5.11. Лечение ДБ включает:

5.11.1. при дивертикулах без дивертикулита и осложнений:

диету с высоким содержанием пищевых волокон (30-35 г/сут);

медикаментозную терапию:

---

\* Примеры:

1. Дивертикулярная болезнь кишечника: дивертикулез сигмовидной кишки.  
2. Дивертикулярная болезнь кишечника: множественные дивертикулы и простой дивертикулит сигмовидной кишки.

3. Дивертикулярная болезнь кишечника: дивертикулит сигмовидной кишки, осложненный перфорацией.

при болевом синдроме: ЛС, применяемые при нарушениях функции кишечника, в течение 4-8 недель, при необходимости возможен более длительный прием (отилония бромид 40 мг 3 раза/сут;

Мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 раза/сут; тримебутин 100 мг 3 раза/сут; гиосцина бутилбромид 10 мг 3 раза/сут; пинаверия бромид 50 мг 3 раза/сут);

при запоре - слабительные лекарственные средства: лактулоза 15-45 мл/сут с последующим переходом на поддерживающую дозу 10-25 мл/сут или макрогол 4000 – 1-2 пакета (10-20 г) в сут;

5.11.2. при простом дивертикулите:

диета, включающая только прием прозрачных жидкостей – 2-3 дня;

антибиотикотерапия в течение 7-14 дней: амоксициллин/клавулановая кислота 500 мг/125 мг 3 раза/сут внутрь или ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут внутрь в сочетании с метронидазолом 250 мг 3 раза/сут внутрь;

5.11.3. при осложненном дивертикулите: лечение пациента у врача-хирурга;

5.12. контроль эффективности лечения осуществляется следующим образом:

при симптоматической ДБ без дивертикулита и осложнений проводится клинически по купированию жалоб;

при простом дивертикулите эффективность лечения контролируется в сроки 48-72 часа по клиническим симптомам, лабораторным признакам воспаления;

5.13. пациенты с ДБ относятся к группе диспансерного наблюдения Д(II).

## 6. Целиакия:

6.1. Согласно МКБ-10 целиакия классифицируется как: K90.0 целиакия;

6.2. Используется определение целиакии: целиакия - иммуноопосредованное системное заболевание, вызываемое глютенom и родственными ему проламинами у генетически восприимчивых индивидуумов и характеризующееся наличием варибельной комбинации глютен-зависимых клинических проявлений, специфичных аутоантител, гаплотипов HLA DQ2/DQ8 и энтеропатии различной выраженности, варьирующей от лимфоцитарной инфильтрации эпителия до тотальной атрофии ворсинок;

6.3. клиническими критериями целиакии являются:

типичные: хроническая диарея, снижение массы тела (синдром мальабсорбции);

атипичные:

общие: низкая длина тела, слабость, утомляемость, хроническая усталость;

гастроинтестинальные: метеоризм, рецидивирующая абдоминальная боль, запор, гастроэзофагеальный рефлюкс, гипертрансаминаземия, рвота, диспепсия;

гематологические: железодефицитная анемия, фолиево-дефицитная анемия, тромбоцитоз (гипоспленизм), кровоточивость (дефицит витамина К);

со стороны костно-суставной системы: боли в костях, остеопения, остеопороз, артралгия, артропатия;

гинекологические: рецидивирующие выкидыши, аменорея, бесплодие;

кардиологические: рецидивирующий перикардит;

дерматологические: атопический дерматит; алопеция; псориаз, фолликулярный кератоз;

психо-неврологические: атаксия, полинейропатия, эпилепсия, тревожность, депрессия;

стоматологические: гипоплазия зубной эмали, рецидивирующий афтозный стоматит;

6.4. диагностика при целиакии проводится согласно таблице 6;

Таблица 6

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
Оценка статуса питания проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, глюкоза, ХС, железо. Определение серологических маркеров целиакии: AGA-IgG, tTGA-IgA. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости, включая оценку тонкой кишки. ЭГДС с биопсией из луковицы ДПК (2 фрагмента) и постбульбарного отдела (3 фрагмента).	БИК: альбумин, ферритин, кальций, фосфор, витамин В12, фолиевая кислота (при наличии серологических или морфологических критериев целиакии). БИК: натрий, калий, хлор (при тяжелой диарее, рвоте). Мазок из прямой кишки или посев стула на патогенную микрофлору (включая определение <i>Campylobacter</i> и <i>E.coli</i> O157:H7) – при первичном обращении по поводу диареи. Анализ кала на токсин <i>Cl. difficile</i> – при первичном обращении по поводу диареи. Анализ кала на яйца гельминтов, амебиаз – при первичном обращении по поводу диареи. Остеоденситометрия (при наличии серологических или морфологических критериев целиакии). ЭГДС с увеличением, капсульная или двухбалонная энтероскопия (при противоречивых результатах или недостаточной информативности предыдущих исследований).

Обязательная	Дополнительная <sup>1</sup>
	HLA-типирование (для исключения целиакии при сомнительных результатах других исследований).

6.5. диагностическими критериями целиакии являются:

6.5.1. для установления диагноза требуется наличие серологических маркеров целиакии (в первую очередь – tTGA-IgA) в сочетании с морфологическими признаками атрофии слизистой оболочки тонкой кишки. Повышенный уровень серологических маркеров в отсутствие атрофии не является достаточным основанием для установления диагноза целиакии;

6.5.2. серологические критерии:

положительные результаты тестов на антитела к тканевой трансглутаминазе (или) глиадину;

6.5.3. эндоскопические критерии:

при рутинной эндоскопии без увеличения: мозаичный рисунок слизистой оболочки тонкой кишки, глубокие бороздки на поверхности, фестончатость дуоденальных складок, нодулярность, уменьшение количества или исчезновение дуоденальных складок, визуализация подслизистых сосудов;

при эндоскопии с увеличением: укорочение и (или) притупление ворсинок, диффузное или очаговое отсутствие ворсинок;

6.5.4. гистологические критерии (определяются на правильно ориентированных срезах):

интраэпителиальный лимфоцитоз, гиперплазия крипт, атрофия ворсинок (частичная, тотальная или субтотальная), воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки с преобладанием плазматических клеток, иногда - примесью эозинофилов и (или) нейтрофилов;

6.5.5. иммуногенетические критерии:

отсутствие молекул HLA DQ2 и DQ8 с высокой вероятностью исключает целиакию;

наличие молекул HLA DQ2 или DQ8 не подтверждает диагноз целиакии, однако свидетельствует о ее возможном наличии;

6.5.6. ответ на аглютеновую диету:

клинический, серологический и гистологический ответы на аглютеновую диету подтверждают диагноз целиакии;

6.6. оценка степени тяжести целиакии:

при классической форме определяется степень тяжести недостаточности питания и нутритивный риск согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу;

степень тяжести эндоскопических и гистологических изменений оценивается по соответствующим классификациям согласно пунктам 6.7.2.–6.7.3. настоящего приложения;

6.7. классификация целиакии:

6.7.1. клинические формы целиакии:

классическая: клиническая картина синдрома мальабсорбции в сочетании с положительными серологическими тестами и атрофией с гиперплазией крипт (Marsh III);

неклассическая: клиническая картина мальабсорбции отсутствует, преобладают другие проявления, имеются положительные серологические тесты и атрофия с гиперплазией крипт (Marsh III);

асимптоматическая: клинические проявления отсутствуют, имеются положительные серологические тесты и атрофия с гиперплазией крипт (Marsh III);

потенциальная: положительны специфичные серологические тесты (антитела к тканевой трансглутаминазе или эндомиозию) и (или) увеличено число межэпителиальных лимфоцитов (МЭЛ) (Marsh I) и имеются положительные генетические маркеры (HLA DQ2/DQ8), гистоархитектоника слизистой оболочки тонкой кишки не нарушена;

рефрактерная (обычно связана с развитием осложнений целиакии – коллагенозной спру, язвенного еюноилеита, интестинальной лимфомы): имеются убедительные клинические, серологические и гистологические признаки целиакии, но нет ответа на аглютеновую диету в течение 12 месяцев;

6.7.2. гистологическая классификация целиакии:

Marsh 0: нормальная слизистая оболочка;

Marsh I: повышенная инфильтрация эпителия ворсинок МЭЛ;

Marsh II: повышенная инфильтрация эпителия ворсинок МЭЛ, гиперплазия крипт, повышение плазмоцитарной инфильтрации собственной пластинки;

Marsh IIIA: частичная атрофия ворсинок, гиперплазия крипт;

Marsh IIIB: субтотальная атрофия ворсинок, гиперплазия крипт;

Marsh IIIC: тотальная атрофия ворсинок, гиперплазия крипт;

6.7.3. классификация атрофии слизистой оболочки тонкой кишки по данным эндоскопии с увеличением:

Z1: нормальные ворсинки;

Z2: укороченные, «притупленные» ворсинки;

Z3: существенно укороченные ворсинки (картина «гребешков и ямок»),

Z4: плоская слизистая оболочка;

6.8. при целиакии возможны осложнения:

рефрактерная целиакия;



язвенный еюнит (еюно-илеит);  
 ассоциированная с энтеропатией Т-клеточная лимфома;  
 аденокарцинома тонкой кишки;  
 коллагенозная спру;  
 целиакиевый криз;  
 аутоиммунные заболевания;

6.9. при формулировке диагноза целиакии указывают\*:

нозологию  
 гистологическую стадию;  
 серопозитивность;  
 клиническую форму;  
 внекишечные проявления;  
 осложнения;

6.10. целью лечения целиакии являются:

индукция клинической ремиссии (отсутствие глютен-зависимых симптомов), серологической ремиссии (нормализация уровня изначально повышенных серологических маркеров целиакии) и гистологической ремиссии (восстановление слизистой оболочки до стадий Marsh 0 – Marsh 1);

поддержание ремиссии;  
 профилактика осложнений;  
 коррекция сопутствующих нарушений и осложнений;

6.11. показания для госпитализации пациента с целиакией:

недостаточность питания средней или тяжелой степени (госпитализация пациента в гастроэнтерологические отделения ГОЗ, ООЗ);

осложнения или подозрение на них (госпитализация пациента в гастроэнтерологические или хирургические отделения ГОЗ, ООЗ, отделения онкологического стационара (лимфома, аденокарцинома), отделения интенсивной терапии ГОЗ, ООЗ);

6.12. лечение пациента с целиакией включает:

6.12.1. аглютеновую диету (полностью исключаются пшеница, рожь, ячмень, овес и продукты, содержащие указанные злаки в любом количестве); при недостаточности питания средней или тяжелой степени – дополнительная энтеральное питание смесями, не содержащими глютен и лактозу 500-1000 ккал/сут;

---

\* Пример:

Целиакия (Marsh IIIb, tTGA-IgA+), классическая форма: синдром мальабсорбции тяжелой степени (дефицит массы тела тяжелой степени, гипоальбуминемия, гипоферремия, железодефицитная анемия, гипокальциемия, отечно-асцитический синдром).

6.12.2. восполнение дефицита железа, кальция, витаминов, микроэлементов, восстановление кислотно-щелочного равновесия, коррекция электролитных нарушений;

6.12.3. в тяжелых случаях и (или) отсутствии эффекта от аглютеновой диеты – кортикостероиды (преднизолон 20 мг/сут - до улучшения состояния с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены);

6.13. эффективность лечения целиакии контролируется:

по клиническому ответу (уменьшение (исчезновение) клинических проявлений – в сроки 2 недели и более после начала соблюдения АГД);

по серологическому ответу (снижение, а затем нормализация уровня серологических маркеров целиакии) – в сроки 3 месяца и 6 месяцев после начала соблюдения АГД и далее не реже 1 раза в год;

по морфологическому ответу (уменьшение выраженности атрофии, нормализация гистологической картины слизистой оболочки) – в сроки 6-12 месяцев и далее раз в год;

6.14. пациенты с целиакией относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат диспансерному наблюдению врача-гастроэнтеролога, врача-терапевта участкового (врача общей практики) постоянно;

6.15. объем и кратность диагностики целиакии при диспансерном наблюдении следующие:

1 раз в год: ОАК, биохимическое исследование крови (билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, белок, мочевины, креатинин, железо, глюкоза, ХС), серологические маркеры целиакии, ЭГДС, УЗИ ОБП;

осмотр гастроэнтеролога с оценкой статуса питания, соблюдения аглютеновой диеты – 2 раза в год до восстановления нормальной гистоархитектоники слизистой оболочки, затем – 1 раз в год;

6.16. в первые 5 лет после установления диагноза целиакии или постоянно при отсутствии гистологической ремиссии пациенты с целиакией относятся к группе риска по онкологическим (неходжкинские лимфомы, опухоли тонкой и толстой кишки, пищевода, глотки, гепатобилиарной системы и поджелудочной железы) и аутоиммунным заболеваниям;

6.17. критериями эффективности лечения и диспансерного наблюдения пациента с целиакией являются: поддержание клинической, серологической и гистологической ремиссии, отсутствие осложнений, поддержание нормального статуса питания, снижение нетрудоспособности.

---

Примечание: <sup>1</sup>Исследования, указанные в столбце «Дополнительная диагностика» выполняются в тех случаях, когда после выполнения обязательных исследований

нозологический диагноз остается неясным. Объем и последовательность проведения дополнительных исследований для каждого пациента определяется лечащим врачом с учетом клинической значимости симптомов, тяжести состояния пациента, медицинских показаний и противопоказаний, диагностической значимости исследований и их доступности.