



ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

СЕГОДНЯ

Май
2026 № 1 (09)

Сайт издателя – www.abvpress.ru

Аутоиммунный гастрит:
рекомендации врачу 4

Важные клинические
руководства 2025 года 6

Практический совет
юриста 8



Слово редактора



М. В. Лопатина,
врач-гастроэнтеролог,
главный редактор
газеты
«Гастроэнтерология
сегодня»

Уважаемые коллеги!

Перед вами новый выпуск газеты «Гастроэнтерология сегодня», в котором мы собрали материалы, отражающие ключевые вопросы современной клинической практики.

Гастроэнтерология остается одной из наиболее динамично развивающихся областей медицины: регулярно обновляются клинические рекомендации, появляются новые данные исследований, пересматриваются подходы к диагностике и терапии привычных заболеваний. В таких условиях практикующему врачу все сложнее ориентироваться в потоке информации и выделять действительно значимые изменения.

В этом выпуске мы постарались объединить как фундаментальные клинические вопросы, так и проблемы, с которыми врач сталкивается в ежедневной практике.

Публикации номера основаны на ключевых обновлениях международных рекомендаций, а также на актуальных российских подходах к диагностике и терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Отдельное внимание уделено вопросам диетотерапии. Эта область традиционно занимает важное место в гастроэнтерологии, но сегодня требует пересмотра многих привычных подходов: от универсальных ограничений диет к более индивидуализированным рекомендациям с учетом диагноза, симптомов и качества жизни пациента.

В выпуск также включена статья по юридическим аспектам врачебной деятельности – теме, которая все чаще требует внимания в ежедневной практике гастроэнтерологов.

Надеемся, что представленные материалы будут полезны в вашей работе и помогут принимать более обоснованные клинические решения.



Оформить
подписку



АБВ-пресс
в Telegram

Актуально

Московский инфофорум гастроэнтерологии — 2026

Профессор, доктор медицинских наук Олег Владимирович Князев, один из организаторов научно-практической конференции «Московский инфофорум гастроэнтерологии», приглашает читателей нашего издания принять участие в мероприятии, которое пройдет 14 мая 2026 года в Москве.

Основными направлениями работы станут:

- дифференциальная диагностика заболеваний кишечника;
- биологическая терапия: ожидания и реальность;
- системные проявления воспалительных заболеваний кишечника;
- актуальные вопросы питания в энтерологии.

Рад приветствовать вас на страницах номера газеты «Гастроэнтерология сегодня», приуроченного к научно-практической конференции «Московский инфофорум гастроэнтерологии», которая состоится 14 мая 2026 года.

За последние годы наша специальность ощутимо изменилась: воспалительные заболевания кишечника и иммуновоспалительный континуум в гастроэнтерологии перестали быть нишевой узкопрофильной темой и вышли в зону повседневной клинической работы. В поле зрения практикующего врача все чаще оказываются вопросы дифферен-

циальной диагностики на стыке гастроэнтерологии, иммунологии, ревматологии, дерматологии и даже психиатрии.

Программа форума и материалы этого выпуска газеты построены так, чтобы дать практикующему специалисту целостный срез: от ранней диагностики и таргетной терапии воспалительных заболеваний кишечника с наличием внекишечных проявлений — до нутритивной поддержки пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, ведения сложного гепатологического пациента с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени



О. В. Князев,
главный внештатный специалист-гастроэнтеролог ДЗМ, заведующий отделением патологии кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ», руководитель Московского городского гастроэнтерологического центра, д.м.н.

(неалкогольной жировой болезнью печени), первичным склерозирующим холангитом, а также редкими формами заболеваний поджелудочной железы.

Благодарю издательский дом «АБВ-пресс» за многолетнее партнерство и подготовку этого выпуска. Уверен, номер станет полезным рабочим инструментом и для тех, кто будет с нами 14 мая в зале, и для тех, кто прочтет его уже после форума.

Новости

Римские критерии V: от науки — в практику

В 2026 году вышли в свет обновленные критерии функциональных гастроэнтерологических заболеваний, связанных с нарушением взаимодействия желудочно-кишечного тракта и головного мозга, — Римские критерии V, которые стали клиническими, то есть приближенными к реальной практике гастроэнтерологов.

Современная гастроэнтерология постепенно уходит от термина «функциональные расстройства ЖКТ» и использует более точное понятие — «расстройства взаимодействия кишечника и мозга». Эти состояния больше не рассматриваются как диагноз исключения. Сегодня их понимают как реальные нарушения регуляции работы ЖКТ, в которых участвуют моторика, висцеральная чувствительность, иммунная функция слизистой, микробиота и центральная обработка сигналов по оси «кишечник — мозг». В новом документе представлен обзор диагностических критериев с опорой на практический опыт последних 10 лет:

- Вместо термина «функциональные расстройства ЖКТ» закрепляется термин «расстройства взаимодействия кишечника и мозга». Он лучше отражает современное понимание этих состояний и снижает стигматизацию пациентов.
- В диагностические критерии синдрома раздраженного кишечника возвращен термин «абдоминальный дискомфорт», поскольку не все пациенты описывают свои ощущения именно как боль.
- Подчеркнуто значение диеты, пищевых триггеров, микробиоты кишечника, а также их связь с осью «кишечник — мозг».

- Добавлены несколько новых патологий, включая крикофарингеальную дисфункцию и абдоминальную мигрень у взрослых, а также боли в животе билиарного типа. В сумме у взрослых теперь 34 патологии, у детей — 22.
- Обновлены диагностические алгоритмы, которые помогают врачу не просто исключать органические заболевания, а пошагово приходиться к позитивному диагнозу функционального расстройства на основании характера симптомов и адекватного объема обследований.
- Сокращено время с момента появления симптомов до возможности постановки диагноза с 6 месяцев до 8 недель в том случае, если жалобы типичны, значимо нарушают качество жизни, а органическая патология обоснованно исключена.

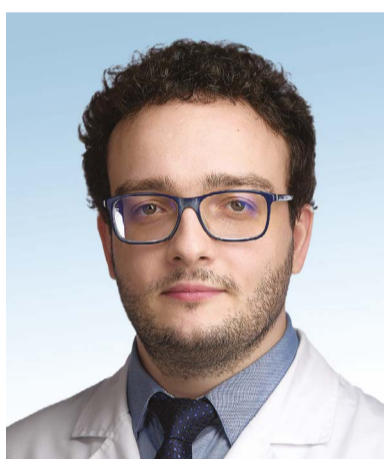
Официальная публикация критериев запланирована на июнь 2026 года.

Гепатология

НАЖБП становится МАЖБП: диагностические ловушки и современные подходы к терапии

Переход от термина НАЖБП (неалкогольная жировая болезнь печени) к МАЖБП (метаболически ассоциированная жировая болезнь печени, MASLD – Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease) произошел в мировом профессиональном сообществе в 2023 году.

Это не просто лингвистическая замена, а окончательное признание кардиометаболической природы патологии печени, устранившее устаревший подход диагноза исключения.



В. Д. Луньков,
сооснователь сообщества врачей
“Gilbert Club”, врач-гастроэнтеролог,
гепатолог, к.м.н.

Критерии диагностики

НАЖБП/МАЖБП сегодня является строгим позитивным диагнозом. Чтобы его поставить, необходимо выполнить инструментальную (с помощью УЗИ, эластомерии с функцией CAP, MPT-PDF) или гистологическую верификацию печеночного стеатоза. Поводом для проведения диагностики является обязательное наличие одного из шести кардиометаболических факторов риска:

- избыточная масса тела или ожирение (ИМТ ≥ 25 кг/м² для европеоидной популяции);
- окружность талии более 94 см для мужчин и более 80 см для женщин;
- уровень глюкозы натощак выше либо равен 5,6 ммоль/л, гликированный гемоглобин – от 5,7 %, тест толерантности к глюкозе – от 7,8 ммоль/л, или сахарный диабет 2-го типа (СД2), или сахароснижающая терапия;
- повышение артериального давления (от 130/85 мм рт. ст. или прием гипотензивной терапии);
- повышение триглицеридов крови (от 1,7 ммоль/л) или прием липидоснижающих препаратов;
- уровень ЛПВП ниже 1,0 ммоль/л для мужчин и 1,3 ммоль/л для женщин.

Повышение АЛТ, АСТ и ГГТ в качестве критериев диагноза не рассматриваются. Это показывает, что сочетания лабораторных отклонений в тестах с УЗИ-картиной стеатоза печени недостаточно для постановки диагноза МАЖБП. И важно проводить комплексное обследование пациентов, включающее в себя как оценку гепатологических, так и кардиометаболических рисков МАЖБП, а также

исключение других возможных причин стеатоза.

Рекомендации Минздрава РФ 2024 года сохраняют прежний термин НАЖБП для официальной медицинской документации, но поддерживают переход к новым критериям диагностики. Использовать новые термины: МАЖБП, МетаБП и прочие – можно в научных целях.

Введение новой подкатегории – метаболически ассоциированная жировая болезнь печени в сочетании с избыточным употреблением алкоголя (МетаБП) – позволяет выделить особую когорту пациентов с сочетанным поражением печени, у которых выше риски значимого фиброза. Чтобы поставить диагноз, необходимо соблюдение двух условий: наличие МАЖБП и употребление алкоголя (от 140 до 350 г чистого этанола в неделю для женщин и от 210 до 420 г в неделю – для мужчин). Это требует обязательной оценки алкогольного анамнеза и использования валидированных опросников AUDIT-C и AUDIT [1].

Обязательный дифференциальный поиск должен включать в себя серологический скрининг на маркеры вирусных гепатитов В и С, исключение аутоиммунных патологий печени и болезней накопления (гемохроматоза и болезни

Вильсона). Особой, часто скрытой, угрозой являются лекарственно-индуцированные поражения печени. Длительный прием кортикостероидов, амиодарона, метотрексата, тамоксифена, вальпроевой кислоты и некоторых антиретровирусных препаратов способен индуцировать вторичный макро- и микровезикулярный стеатоз, который клинически, биохимически и сонографически абсолютно неотличим от первичной МАЖБП.

Шкала RUCAM (Roussel Uclaf Causality Assessment Method) помогает оценить, насколько печень поражена вследствие применения лекарственных препаратов.

Индекс FIB-4 – в помощь

При амбулаторном приеме пациентов с подозрением на МАЖБП для определения группы риска в первую очередь необходимо рассчитать валидированный неинвазивный сывороточный индекс FIB-4. Этот показатель включает в себя возраст пациента, уровень АСТ, АЛТ и количество тромбоцитов в клиническом анализе крови. Основная клиническая ценность индекса FIB-4 заключается в его способности надежно исключать клинически значимый фиброз печени при низких значениях показателя. Поэтому FIB-4 удобно использовать как простой и недорогой первичный инструмент стратификации риска.

Например, при значениях FIB-4 менее 1,3 пациент с высокой долей вероятности имеет низкий риск значимого фиброза печени. Он не нуждается в биопсии или сложных визуализационных методиках, но должен оставаться под динамическим наблюдением врача первичного звена, участкового терапевта, эндокринолога или кардиолога. Фокус внимания направляется на коррекцию кардиометаболических факторов риска и повторный расчет индекса через 1–2 года.

Важно учитывать возрастные поправки: для пациентов старше 65 лет верхняя граница нормы для исключения фиброза сдвигается до менее 2,0, что позволяет избежать ложноположительных результатов, связанных с физиологическим возрастным снижением эластичности тканей и изменениями гемодинамики.

Попадание пациента в диагностическую серую зону, где значения FIB-4 – от 1,3 до 2,67 или в зону однозначно

высокого риска, где FIB-4 более 2,67, является абсолютным и безусловным показанием к немедленному направлению к профильному специалисту-гепатологу. В таком случае пациенту назначают один из вариантов обследования:

- проведение инструментального обследования – транзитной эластомерии (VCTE, аппарат FibroScan®);
- валидированные патентованные сывороточные панели (такие как ELF-тест или FibroTest/FibroMeter).

Эластомерия позволяет точно маршрутизировать пациента и определить показания к лечению. Так, жесткость печени менее 8 кПа в большинстве клинических сценариев исключает продвинутой фиброз (позволяя вернуть пациента в первичное звено для метаболического контроля), значения от 8 до 12 кПа с высокой специфичностью указывают на клинически значимый фиброз, требующий немедленного изменения образа жизни и обязательной медикаментозной терапии, а показатели жесткости более 12 кПа верифицируют наличие продвинутого фиброза или цирроза печени.

Пациенты с показателями эластомерии более 20 кПа входят в группу экстремально высокого риска. Они нуждаются в немедленном скрининге на наличие клинически значимой портальной гипертензии (КЗПГ) и варикозного расширения вен пищевода (ВРВП). Для такой диагностики используют неинвазивные критерии Baveno VII, где сочетание жесткости печени менее 15 кПа и уровня тромбоцитов более 150×10^9 /л позволяет безопасно избежать рутинной скрининговой ЭГДС. Кроме того, таким пациентам показан пожизненный обязательный ультразвуковой скрининг на гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК) строго каждые шесть месяцев (опционально – с определением альфа-фетопротеина) независимо от достижения ремиссии по трансаминазам.

Вместе с тем основная причина смертности пациентов с МАЖБП – реализованные сердечно-сосудистые риски, в связи с чем эксперты сейчас рассматривают МАЖБП как независимый модифицирующий фактор сердечно-сосудистых заболеваний. Цели терапии МАЖБП, определенные в клинических рекомендациях Минздрава РФ, включают:

- 1) уменьшение содержания липидов в гепатоцитах, снижение активности воспаления, профилактику развития или замедление прогрессирования фиброза;
- 2) снижение кардиометаболических рисков, связанных с избытком липидов в гепатоцитах и (или) воспалением и (или) фиброзом.

Соответственно, оптимальный лекарственный препарат должен способствовать одновременному достижению этих целей, обеспечивать оптимизацию экономических затрат и обладать высоким профилем безопасности.

При проведении патогенетической терапии МАЖБП на всех стадиях важны регулярная физическая активность пациента и снижение массы тела. Согласно исследованиям, результаты которых опубликованы в журнале Hepatology

Стадия фиброза – главный предиктор исхода болезни

Глобальная стратегия клинического ведения пациента с МАЖБП сегодня базируется не на выраженности стеатоза и даже не на абсолютных значениях синдрома цитолиза (уровнях АЛТ и АСТ, которые могут колебаться или оставаться в пределах референсных значений даже при выраженном воспалении), а исключительно на объективной стадии фиброза печени. Именно стадия фиброза (от F0 до F4 по шкале METAVIR) выступает главным и независимым предиктором печеночной и общей летальности, риска прогрессирования, декомпенсации заболевания и частоты развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

Гепатология

в 2023 году [2], потеря 5 % и более от исходной массы уменьшает выраженность печеночного стеатоза, потеря 7 % и более обеспечивает гистологически подтвержденное разрешение метаболического ассоциированного стеатогепатита без ухудшения фиброза, а снижение на 10 % и более связывают с прямым гистологическим регрессом фиброза печени.

Чем лечить?

Клиническая практика показывает, что оставаться в одном весе долгое время могут не более 10 % пациентов, что делает медикаментозную поддержку необходимой. Согласно рекомендациям, фармакотерапия МАЖБП показана пациентам с гистологически или неинвазивно доказанным стеатогепатитом и фиброзом стадии F2 и выше, а также пациентам с ранним фиброзом (F1), но с высоким риском прогрессирования (наличие СД2, возраст старше 50 лет, стойкое повышение АЛТ).

Из международной практики [2, 3] известно, что пиоглитазон доказал гистологический регресс MASH (более агрессивной формы МАЖБП) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и без него, но этот препарат ограничен побочными эффектами в виде прибавки веса и риска остеопороза. В лечении сахарного диабета 2-го типа применяются агонисты рецепторов глюка-

гоноподобного пептида-1 (аГПП-1). В проведенных исследованиях STEP [4] семаглутид показал кардиометаболические преимущества у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и высоким сердечно-сосудистым риском, а также положительное влияние на стеатогепатит: отмечалось снижение воспалительных изменений в печени [5]. При этом убедительного прямого влияния на регресс фиброза показано не было.

Прорывом 2024 года стало одобрение Федеральным агентством Минздрава здравоохранения и социальных служб США (FDA) первого специфического препарата для лечения MASH с фиброзом F2-F3 – агониста THR-β ресметирома (исследование MAESTRO-NASH), однако его доступность пока ограничена.

В контексте российской клинической практики пристального внимания заслуживает роль урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). Западные консенсусы традиционно консервативны не рекомендуют УДХК в качестве монотерапии для специфического лечения стеатогепатита из-за отсутствия убедительных данных по регрессу гистологического фиброза по результатам старых рандомизированных клинических исследований. Тем не менее актуальные клинические рекомендации Минздрава РФ [3] опираются на обновленную доказатель-

ную базу, включающую современные зонтичные обзоры и систематические метаанализы. Эти документы убедительно демонстрируют, что назначение УДХК (Урсосан Форте) в адекватной дозировке – 13–15 мг/кг/сут способствует регрессу МАЖБП и её кардиометаболических рисков.

Отечественные эксперты подчеркивают мощные плейотропные эффекты УДХК: она выступает как регулятор аутофагии и апоптоза, агонист инсулиновых и TGR-5 рецепторов, стимулятор выработки собственного глюкагоноподобного пептида-1. УДХК уменьшает стресс эндоплазматического ретикулума и выраженность липотоксичности за счет вытеснения гидрофобных желчных кислот из энтерогепатической циркуляции, обладает собственным гипохолестеринемическим эффектом. Согласно российским стандартам [3], УДХК является препаратом первой линии для пациентов с МАЖБП на любой стадии, назначается для уменьшения содержания липидов в гепатоцитах, снижения воспаления и профилактики фиброза, а также показан пациентам с МАЖБП и нарушениями липидного и углеводного обмена с целью повышения эффективности комплексной терапии таких пациентов.

В феврале 2026 года был опубликован экспертный консенсус [6] по применению УДХК во время терапии аГПП-1

среди групп риска по желчнокаменной болезни на фоне снижения массы тела. Препараты УДХК (Урсосан Форте) рассматриваются как ключевой элемент профилактики и коррекции ЖКБ.

Специфическое медикаментозное лечение заболевания печени следует начинать в двух случаях:

- с подтвержденным стеатогепатитом и фиброзом более F2 (группа высокого риска);
- при наличии выраженного, персистирующего цитолитического синдрома.

Тактика ведения МАЖБП для амбулаторного врача заключается в категорическом отказе от пассивной выжидательной тактики в пользу активной междисциплинарной коррекции кардиометаболических рисков. Назначение статинов пациентам с МАЖБП не должно вызывать дополнительных опасений и показано всем при наличии показаний на всех стадиях (включая компенсированный цирроз) для лечения дислипидемии. ✖



Список источников

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МАЖБП И АССОЦИИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Подобно диете* способствует избавлению печени от лишнего жира¹⁻³

- ✓ Активирует аутофагию^{1,4}
- ✓ Способствует уменьшению воспаления, профилактике фиброза и рака печени^{1,2}
- ✓ Способствует нормализации липидного и углеводного обмена, снижению кардиометаболических рисков МАЖБП-3

УРСОСАН® ФОРТЕ
урсодезоксихолевая кислота **500 мг**

100 таблеток, покрытых пленочной оболочкой

PRO.MED.CS Praha a.s.

ЛП-№ 003655 от 10.11.2023 г.

вес пациента 80-100 кг**

2 таблетки Урсосан® Форте**

в 2-3 приема, запивать водой

курс приема 10-15 мг/кг веса

Уполномоченный представитель держателя РУ в РФ: АО «ПРО.МЕД.ЦС», 115193, г. Москва, ул. 7-я Кожуховская, д. 15, стр. 1, эт. 4, пом. 4. Тел.: +7 (495) 664-44-11, +7 (929) 546-90-29; info@promedcs.ru

www.ursosan.ru

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

реклама

Тактика врача

Аутоиммунный гастрит: новые клинические рекомендации

В конце 2025 года Российская гастроэнтерологическая ассоциация приняла новые клинические рекомендации по ведению пациентов с аутоиммунным гастритом. Основные моменты, различия с *H. pylori*-ассоциированным гастритом, а также сравнение с зарубежными рекомендациями – в нашем обзоре.

Справка

Кодирование по МКБ-10: K29.4 – хронический атрофический гастрит, атрофия слизистой оболочки.

Цифры и факты вокруг АИГ

Хронический аутоиммунный гастрит (АИГ) часто встречается у женщин (в 2–3 раза чаще, чем у мужчин) и у лиц старше 60 лет. Его распространенность варьируется от 2,23 % в азиатских странах до 4,94 % в Европе. По данным Клинического центра Сеченовского университета за 2024 год, АИГ занял четвертое место по частоте среди 3162 человек (8,6 %), что может быть связано как с ростом заболеваемости, так и с высокой плотностью пациентов именно с этим диагнозом в специализированной клинике.

Пусковые механизмы развития АИГ мало изучены. Но высокая частота диагноза среди пациентов, у близких родственников которых диагностировались аутоиммунные заболевания, свидетельствует о генетической предрасположенности. Связь *H. pylori* и АИГ нельзя считать установленной, однако есть данные, что *H. pylori* может индуцировать или ухудшить течение АИГ по крайней мере у части пациентов.

Гистологическая картина характеризуется потерей париетальных клеток, кислотопродуцирующих желез с их замещением фиброзной тканью и двумя типами метапластической трансформации: псевдопилорической и кишечной метаплазией.

АИГ рассматривается как предраковое заболевание по отношению к аденокарциноме. При первичном поражении АИГ антральный отдел желудка не затрагивается. Выявление атрофических очагов антрума свидетельствует о влиянии *H. pylori*, а высокая стадия OLGA у таких больных повышает риск развития неоплазии желудка до 25 %.

На фоне гиперплазии энтерохромафиноподобных клеток, возникающих в ответ на гипергастринемия в отсутствие тормозного влияния ионов H^+ при ахлоргидрии, может возникнуть дисплазия и развиться нейроэндокринная опухоль желудка 1-го типа (НЭО 1-го типа). По данным когортного исследования (Massironi S.

с соавт., 2023), годовая кумулятивная заболеваемость составляет около 5,7 %, опухоль практически не дает метастазов, а 5-летняя выживаемость почти достигает ста процентов.

Гипохлоргидрия патогенетически связана с развитием железодефицитной анемии, наблюдающейся у 30–50 % пациентов. Она приводит к снижению всасывания витамина B_{12} , на фоне чего возможно возникновение макроцитарной (пернициозной) анемии и соответствующих неврологических нарушений.

Диагностика при подозрении на АИГ

Гастроэнтерологические симптомы при АИГ наблюдаются у 60 % пациентов и не являются специфичными – могут присутствовать эпигастральная боль, изжога, тошнота, вздутие, абдоминальная боль и диарея. Железодефицитная и/или B_{12} -дефицитная анемия проявляют себя слабостью, головной болью, снижением физической и когнитивной работоспособности. Характерным примером поражения периферической нервной системы при B_{12} -дефицитной анемии является фуникулярный миелоз – комплекс неврологических нарушений, включающий в себя парестезии, гипорефлексию, положительный рефлекс Бабинского (разгибание большого пальца стопы и веерообразное расхождение остальных пальцев в ответ на штрихообразное раздражение наружного края подошвы), а также ощущения мурашек, покалывания, жжения, более выраженные в пальцах ног, слабость в конечностях, неуверенность при ходьбе.

При сборе анамнеза необходимо уточнить: имеются ли другие аутоиммунные заболевания, железодефицитная и/или B_{12} -дефицитная анемия; проводилась ли пациенту эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией, эрадикационная терапия инфекции *H. Pylori* (если да, то с помощью какой схемы лечения); выполнялся ли контроль эффективности антихеликобактерной терапии.

Лабораторные диагностические исследования, рекомендованные для пациентов с АИГ, включают:

1. Общий (клинический) анализ крови, позволяющий выявить признаки железодефицитной или B_{12} -дефицитной анемии.
2. Анализ крови на антитела к париетальным клеткам (выявляются у 85–90 % пациентов на начальных стадиях заболевания с последующим снижением титров по мере прогрессирования атрофии) и антитела к внутреннему фактору



“Основным методом диагностики при подозрении на АИГ является эзофагогастродуоденоскопия с щипцовой биопсией

Касла (чаще выявляются на более поздних стадиях болезни).

3. Определение уровня витамина B_{12} и фолиевой кислоты.

4. Исследование сывороточных показателей обмена железа (ферритин, трансферрин, железосвязывающая способность сыворотки крови, сывороточное железо, насыщение трансферрина железом).

5. Анализ крови на пепсиноген I, пепсиноген II и гастрин-17 (низкие показатели соотношения пепсиногена I и пепсиногена II в сочетании с высоким уровнем гастрин-17 достоверно указывают на диагноз АИГ).

6. НЕ рекомендуется выполнение анализа крови на хромогранин А, потому что у пациентов с АИГ данный показатель повышен вне зависимости от наличия или отсутствия НЭО 1-го типа.

Основным методом диагностики при подозрении на АИГ, а также выявления НЭО 1-го типа и аденокарциномы, определения и ранжирования предраковых состояний и изменений слизистой

оболочки желудка является проведение гастроскопии с выполнением щипцовой биопсии (рутинно – по два биоптата из тела и антрального отдела по малой и большой кривизне; дополнительно – из каждого видимого подозрительного или патологического участка слизистой оболочки). При подготовке к ЭГДС рекомендуется применение пеногасителей или муколитических препаратов.

При наличии гастроэзофагеального рефлюкса и подозрении на раннюю стадию АИГ рекомендовано проведение суточной рН-метрии.

Всем пациентам с АИГ рекомендована первичная диагностика *H. pylori* путем проведения неинвазивных методов: С-дыхательного уреазного теста и моноклонального определения антигена *H. pylori* в кале – для верификации диагноза и исключения сочетанного поражения, а также уточнения прогноза в отношении аденокарциномы.

При выявлении B_{12} -дефицитной анемии рекомендована консультация врача-невролога. При подозрении

Тактика врача

на аутоиммунный тиреодит, сахарный диабет 1-го типа, аутоиммунный полигландулярный синдром рекомендована консультация врача-эндокринолога. Согласно Европейским КР по ранней неоплазии желудка (2025), у пациентов с аутоиммунными заболеваниями, в особенности дерматомиозитом, пернициозной анемией и болезнью Аддисона, рекомендовано проведение ЭГДС с биопсией, а также неинвазивных методов выявления *H. pylori* для исключения сочетанной патологии.

Наибольшие трудности вызывает дифференциальная диагностика АИГ с *H. pylori*-ассоциированным гастритом. Основные различия представлены в таблице.

оболочки пациентам с АИГ в течение длительного времени показана терапия ребамипидом. В американских и европейских рекомендациях отсутствуют указания на лечение АИГ.

Учитывая, помимо риска развития аденокарциномы, риск появления нейроэндокринной опухоли желудка, пациентам с АИГ рекомендовано проведение ЭГДС один раз в три года с прицельной биопсией патологических образований, подозрительных на неоплазию, без повторной верификации гастрита, что совпадает с американскими и европейскими рекомендациями. Согласно Американским КР по раку желудка (2025), врач-эндоскопист может удалить НЭО 1-го типа размером

Таблица. Основные различия АИГ и *H. pylori*-ассоциированного гастрита

Признак	АИГ	<i>H. pylori</i> -ассоциированный гастрит
Гипо- и ахлоргидрия	+	На поздних стадиях процесса. В начале – гиперхлоргидрия
Железодефицитная анемия	+	+/-
B_{12} -дефицитная анемия	+	+/-
Аутоиммунные заболевания	+	-
Антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору (Касла)	+	-
Снижение ПГ-I, низкое соотношение ПГ-I/ПГ-II с высоким уровнем гастрин-17	+	-

Эндоскопическая картина

Основная локализация процесса с атрофией слизистой оболочки	В теле желудка	В антральном отделе желудка
Циркулярная складчатость в антральном отделе	+	+
Четкая «линия атрофии»	-	+
Вязкий, трудно отмываемый секрет, фиксированный на поверхности тела желудка	+	-
Феномен «сброшенной кожи» (исчезновение визуализации ямок фундальных желез)	+	+/-
Белые сферические структуры и гломусы	+	-
Воспаление	Слабо выраженное	Выраженное

Лечение и профилактика

Всем пациентам с АИГ рекомендовано придерживаться принципов здорового питания, поскольку специальных диет при атрофическом гастрите, доказавших свою эффективность, не существует. Однако, учитывая возможность возникновения аденокарциномы желудка и ее взаимосвязь с употреблением большого количества соли, красного и переработанного мяса, согласно Американским КР по раку желудка (2025) следует употреблять продукты, богатые клетчаткой, свежие фрукты и овощи, нежирное белое мясо.

При выявлении *H. pylori* рекомендовано проведение эрадикационной терапии.

С целью потенцирования защитных свойств гастродуоденальной слизистой

менее 1 см. Удаление опухолей 1–2 см в диаметре следует проводить врачу с опытом резекции опухолей желудка. При удалении опухоли диаметром более 2 см, а также при выявлении с помощью иммуногистохимического анализа НЭО 2-го типа (оба случая сопровождаются высоким риском метастазирования) следует провести ультразвуковое эндоскопическое исследование, чтобы оценить глубину инвазии и выявить локальные метастазы, после чего организовать консилиум эндоскописта, онколога и патологоанатома.

Пациентам с АИГ, которым была проведена эндоскопическая резекция НЭО 1-го типа, рекомендовано более частое проведение ЭГДС – один раз в два года. ❌

Александра Галкина, врач, к.м.н.

АБВ ПРЕСС НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ abvpress.ru medvedomosti.media netoncology.ru

ЖУРНАЛЫ

- ОНКОУРОЛОГИЯ
- Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ
- САРКОМЫ Костей, мягких тканей и опухоли кожи
- РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ
- ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ
- УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ
- Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ
- ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
- Российский Биотерапевтический Журнал
- ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ
- Хирургия и ОНКОЛОГИЯ
- РОССИЙСКИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
- ОНКО ПАТОЛОГИЯ
- MD-ONCO
- НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЦИСТ

ГАЗЕТЫ

- Онкология Сегодня
- Урология сегодня
- СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ
- ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ
- Акушерство и гинекология
- ТРАВМАТОЛОГИЯ и ортопедия
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
- Московская Эндокринология СЕГОДНЯ
- НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Реклама Android iOS

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

- Газеты «Онкология сегодня», «Урология сегодня», «Современная Кардиология», «Неврология сегодня», «Педиатрия сегодня», «Акушерство и гинекология сегодня», «Московская эндокринология сегодня», «Гастроэнтерология сегодня»;
- клинические рекомендации от медицинских обществ — партнеров издательства;
- справочники для специалистов.

Удобный функционал: возможность чтения offline.

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.

App Store Google play

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Международные рекомендации

Пять клинических руководств: обновления 2025 года

В 2025 году мировая гастроэнтерология пересмотрела принципы ведения некоторых нозологий. Американская коллегия гастроэнтерологов (ACG) выпустила первое руководство по предраковым состояниям желудка, а также обновила рекомендации по эозинофильному эзофагиту и профилактике при ВЗК. Американская гастроэнтерологическая ассоциация (AGA) пересмотрела алгоритм ведения гастропареза. Появилось глобальное консенсусное заявление о ведении беременных с ВЗК.



ЭоЭ: что нового?

Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) встречается с частотой 40 случаев на 100 000 человек, и с каждым годом распространенность его растет. Это требует активного диагностического поиска при эндоскопии с обязательным взятием биопсии [1].

В 2025 году Американская коллегия гастроэнтерологов (ACG, American College of Gastroenterology) опубликовала обновленное руководство по диагностике и лечению ЭоЭ [2]. Оно пришло на смену предыдущей версии 2013 года [3]. Новые рекомендации уточняют диагностический алгоритм и расширяют терапевтические возможности [2].

В таблице 1 представлено сравнение ключевых положений рекомендаций ACG 2013 года, 2025 года и «Российских клинических рекомендаций по эозинофильному эзофагиту» 2025 года. Как мы видим, российские рекомендации полностью согласуются с позицией ACG 2025.

Рак желудка: разделяй и наблюдай

Рак желудка занимает место в мире среди всех злокачественных новообразований и третье среди причин онкологической смертности. Заболевание развивается через последовательные предраковые изменения (см. инфографику).

Предраковые состояния желудка (ПСЖ) в рамках этого каскада: атрофический гастрит, кишечная метаплазия и дисплазия. Повышенный онкологический риск также имеют аутоиммунный гастрит и эпителиальные полипы желудка. Эффективное ведение пациентов с ПСЖ — это окно возможностей для профилактики онкологии. ACG впервые выпустила рекомендации по тактике ведения пациентов при предраковых заболеваниях желудка [4].

Среди рекомендаций особое место занимает качественное выполнение эзофагогастродуоденоскопии, включающее 5 пунктов [4]:

- Хорошее расправление складок путем инфуляции (предпочтительно CO₂).
- Улучшение визуализации при помощи очищения слизистой муколитиками и пеногасителями (симетикон, N-ацетилцистеин).
- Применение HD-эндоскопии с улучшением изображения.

Таблица 1. Сравнение рекомендаций по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита

Параметр	ACG (2013)	ACG (2025)	Российские клинические рекомендации (2025)
Диагностика			
Ключевые диагностические критерии	1. Симптомы дисфункции пищевода 2. ≥ 15 эозинофилов в поле зрения в биоптате 3. Изолированная эозинофилия слизистой пищевода сохраняется после курса ингибиторов протонной помпы (ИПП) 4. Исключены вторичные причины	1. Симптомы дисфункции пищевода 2. ≥ 15 эозинофилов хотя бы в одном поле зрения в биоптате 3. Исключены альтернативные причины эозинофилии пищевода	1. Симптомы дисфункции пищевода 2. ≥ 15 эозинофилов в поле зрения (или ≥ 60 эозинофилов на 1 мм ²) в биоптате 3. Исключены альтернативные причины эозинофилии пищевода
Проба с ингибитором протонной помпы в диагностике	Обязательна: пациент должен пройти 2-месячный курс ИПП перед постановкой диагноза ЭоЭ	Исключена из критериев	Не требуется для постановки диагноза
Количество биоптатов при биопсии пищевода	Минимум 2–4 биоптата из проксимального и дистального отделов пищевода	Минимум 6 биоптатов из не менее чем 2 уровней пищевода (проксимальный и дистальный). Лучше нацеливаться на измененные участки	Минимум 6 биоптатов из не менее чем 3 участков пищевода. Лучше нацеливаться на измененные участки
Эндоскопическая шкала EREFS как оценка пяти главных эндоскопических признаков ЭоЭ в баллах	Шкала в рекомендациях описана, но не обязательна к применению	Оценивается при каждой эндоскопии. Позволяет отслеживать динамику заболевания на фоне лечения. Не заменяет биопсию	Шкала рекомендуется
Лечение			
Ингибиторы протонной помпы	Назначались только для диагностики	Рекомендованы как один из вариантов первой линии. Омепразол — 20 мг 2 раза в сутки или 40 мг/сут	Рекомендованы как один из вариантов первой линии
Топические кортикостероиды (ТКС)	Первая линия фармакотерапии. Флутиказон — 880–1760 мкг/сут; будесонид — 2 мг/сут	Первая линия фармакотерапии. Флутиказон — 1760 мкг/сут в разделенных дозах; будесонид — 2–4 мг/сут	Первая линия фармакотерапии
Элиминационная диета	Полноценная альтернатива фармакотерапии. Варианты: • элементная формула (полное исключение всех пищевых антигенов с переходом на аминокислотные смеси). Эффективно, но сильно снижало качество жизни; • таргетная (продукты исключались по тест-аллергии); • 6-продуктовая элиминационная диета (6-ПЭД). Сразу полностью исключались молоко, пшеница, соя, яйца, орехи, морепродукты	Полноценная альтернатива фармакотерапии. Ступенчатый подход (step-up): • начало с 1-ПЭД (исключается только молоко) или 2-ПЭД (молоко и пшеница); • при отсутствии эффекта — 4-ПЭД (молоко, пшеница, яйца, соя); • далее — 6-ПЭД. Аллерготестирование для подбора диеты не рекомендуется	Полноценная альтернатива фармакотерапии. Ступенчатый подход. Элементная формула — резервный вариант при рефрактерном ЭоЭ
Биологическая терапия (дупилумаб)	Не рассматривалась	Рекомендована при отсутствии ответа на ИПП	Рекомендована при отсутствии ответа на ИПП

- Достаточное время осмотра желудка — 6–7 минут.
- Систематическое фотодокументирование — минимум шесть анатомических позиций: три антеградных изображения (большая кривизна тела, малая кривизна тела, антрум-пилорус) и три ретроградных (угол желудка, большая кривизна тела, дно-кардия). Любые

аномальные находки документируются отдельно.

Для гистологической диагностики атрофических изменений слизистой желудка ACG рекомендует применять Сиднейский протокол биопсии. Он включает в себя взятие образцов из пяти зон: большая и малая кривизна антрума, угол желудка, большая и малая

кривизна тела желудка. Антральные биоптаты (включая угол желудка), биоптаты тела и биоптаты подозрительных участков помещаются в отдельные контейнеры [4].

Патоморфологическое заключение должно содержать следующие сведения:

- локализация биоптата (антрум, угол желудка, тело);

Международные рекомендации

Таблица 2. Группы пациентов в зависимости от степени риска

Критерии	Группа риска	Рекомендации
Пациенты с КМ, имеющие хотя бы один из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> • неполный гистологический подтип КМ; • КМ, распространенная на тело желудка; • любая КМ + отягощенный семейный анамнез (рак желудка у родственника первой линии); • любая КМ + иммиграция из региона с высокой заболеваемостью раком желудка (Восточная Азия, Восточная Европа, Центральная и Южная Америка); • любая КМ + высокорисковая расово-этническая принадлежность (восточноазиатская, латиноамериканская, афроамериканская); • тяжелая КМ или АГ в биоптатах антрума или тела желудка (атрофия/метаплазия более чем в 2/3 желез биоптата) 	Группа высокого риска	Наблюдение каждые 3 года
Пациенты с несколькими факторами риска одновременно (например, распространенная КМЖ + семейный анамнез)	Группа высокого риска	Можно сократить интервалы наблюдения до 1–2 лет
Пациенты, которые соответствуют одному из следующих пунктов: <ul style="list-style-type: none"> • только полный подтип КМ без признаков неполной; • фокальная КМ, ограниченная антрумом; • отсутствие клинических факторов высокого риска; • легкий АГ 	Группа низкого риска	Наблюдение не обязательно

Список сокращений

ВПЧ	вирус папилломы человека
ИЛ	интерлейкин
ПЭД	продуктовая элиминационная диета
ТКС	топические кортикостероиды
EREFS	Edema, Rings, Exudates, Furrows, Strictures (шкала эндоскопической оценки ЭоЭ)
HD	high definition (эндоскопия высокого разрешения)
JAK	Janus kinase (Янус-киназа)
S1P	sphingosine-1-phosphate (сфингозин-1-фосфат)
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (коронавирус 2)
TNF	tumor necrosis factor (фактор некроза опухоли)

Это положение предполагает следующие меры по снижению рисков для матери и плода:

- прегравидарная подготовка за 6 месяцев до зачатия, далее – наблюдение гастроэнтеролога в каждом триместре;
- назначать низкодозовый аспирин с 12-й по 16-ю неделю беременности для профилактики преждевременной преэклампсии;
- оценивать нутритивный статус на этапе прегравидарной подготовки, в начале беременности, затем контролировать прибавку в весе;
- мониторить активность болезни с помощью фекального кальпротектина;
- активная болезнь – большой риск для плода, чем продолжение терапии ВЗК, поэтому активное воспаление должно лечиться, а не оставаться без терапии из-за опасения навредить плоду;
- если у пациентки ВЗК в ремиссии, то показаны роды через естественные пути. При активной стадии болезни – кесарево сечение.

Препараты, которыми можно лечить беременных с ВЗК: месалазин, сульфасалазин, анти-TNF терапия (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаб), ведолизумаб, устекинумаб, ингибиторы ИЛ-23 (мирикизумаб, рисанкизумаб, гезелкумаб), тиопурины (с контролем метаболитов, печеночных ферментов, разделением дозы для профилактики холестаза).

- До зачатия нужно отменить:
- метотрексат (за 1 месяц до зачатия);
 - ингибиторы JAK (за 4 недели до зачатия);
 - S1P-модуляторы (озанимод – за 3 месяца, этразимод – за 1–2 недели до зачатия).

Кортикостероиды могут применяться при клинической необходимости (соответствующим мониторингом). Их длительное применение связано с риском тяжелой преэклампсии. ❌

Вероника Малиновская, врач-педиатр



Список источников

- наличие и степень выраженности атрофического гастрита (АГ) и кишечной метаплазии (КМ) в каждом фрагменте;
- подтип КМ: полная или неполная;
- анатомическая распространенность КМ: ограниченная (антрум и угол желудка) или распространенная на тело желудка;
- степень дисплазии: легкая, умеренная, тяжелая;
- наличие или отсутствие *H. pylori*.

На основании патоморфологического заключения формируются группы риска пациентов (см. табл. 2) [4].

безопасности: домперидон, прукалоприд, апрепитант, нортриптилин, буспирон и каннабидиол [5].

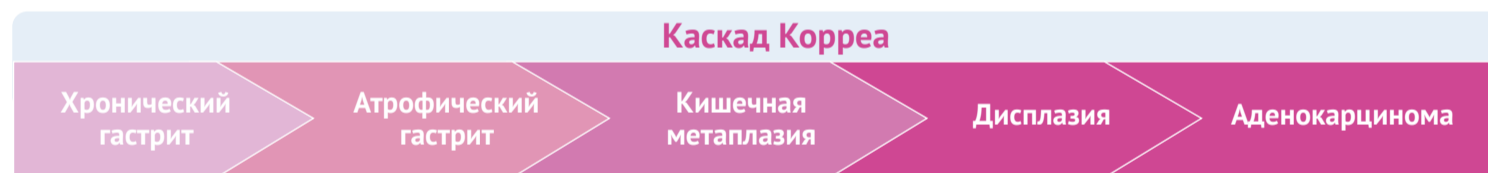
Когда кишечник бунтует

Большая часть пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в момент обострения болезни получают иммуносупрессивную или биологическую терапию, что повышает риск инфекций, онкологических осложнений и метаболических состояний. Обновленное руководство АСГ по профилактической помощи при

проводить профилактическую терапию (кальций, витамин D, бисфосфонаты).

У пациентов с ВЗК симптомы тревоги и депрессии – в четверти. Это в среднем выше, чем в общей популяции. На фоне депрессии и тревоги повышается частота рецидивов, ухудшается ответ на терапию. В связи с этим руководство рекомендует [6]:

- проводить скрининг всех пациентов с ВЗК на депрессию и тревогу при первом обращении и ежегодно с использованием валидированных опросников;



Гастропарез: тест на 4 часа

При подозрении на гастропарез AGA рекомендует отказаться от двухчасового и более коротких тестов опорожнения желудка. Согласно новым рекомендациям предпочтение стоит отдать стандартизированному четырехчасовому исследованию. Это связано с тем, что часть пациентов на втором часу могут иметь нормальное опорожнение. Задержка опорожнения у них может наступить только на четвертом часу. Новая рекомендация позволяет избежать ложноотрицательных результатов и повысить диагностическую точность исследования [5].

В фармакотерапии гастропареза AGA сохраняет в качестве препаратов первой линии:

- Метоклопрамид. Имеет прокинети́ческий и противорвотный эффекты. Рекомендуется начинать с низких доз (5–10 мг до еды) и регулярно мониторить переносимость препарата пациентом.
- Эритромицин. Имеет только прокинети́ческий эффект. Полезен при доминировании симптомов гастростаза – раннего насыщения и постпрандиального переполнения.

Ряд препаратов AGA не рекомендует в качестве терапии первой линии из-за низкой эффективности или профиля

ВЗК рассказывает о необходимых мерах по профилактике таких осложнений [6].

Для профилактики инфекций АСГ рекомендует [6]:

- оценивать вакцинальный статус при постановке диагноза, перед стартом иммуносупрессии и на плановых визитах;
 - избегать живых вакцин у пациентов, получающих иммуномодулирующую терапию;
 - проводить ежегодную вакцинацию против гриппа;
 - делать прививки против пневмококка, герпеса зостер (рекомбинантная вакцина), гепатита А, гепатита В, менингококка, ВПЧ и SARS-CoV-2 согласно возрасту и статусу иммунной терапии.
- У женщин, получающих иммуномодуляторы или биологические препараты, АСГ рекомендует делать скрининг рака шейки матки ежегодно в течение первых 3 лет, затем – каждые 3 года [6]. Также рекомендуется ежегодный осмотр кожи для скрининга меланомы [6].

Остеопороз и переломы – также частые осложнения ВЗК. Руководство рекомендует [6]:

- проводить денситометрию один раз в год после начала терапии кортикостероидами;
- учитывать суточную дозу системных стероидов и при высокой дозе

- при положительном скрининге выписывать направление на консультацию психиатра.

Лечить беременных можно!

Перед гастроэнтерологом стоит вопрос, как вести беременных пациенток с ВЗК. С одной стороны, активная болезнь ухудшает исходы беременности. С другой, есть страх навредить плоду, что приводит к отмене терапии. Доказательная база по большинству препаратов крайне ограничена, поскольку беременные женщины системически исключаются из клинических исследований [7].

Глобальный консорциум сформулировал первое всемирное заявление по ведению беременности при ВЗК. Ключевой принцип: здоровье матери лучше всего защищает здоровье ребенка [7].

Вывод

2025 год принес гастроэнтерологии сразу несколько важных обновлений: пять ключевых документов уточнили подходы к ведению пациентов от диагностики ЭоЭ до тактики при беременности на фоне ВЗК. Представленные рекомендации не противоречат действующим российским клиническим руководствам и могут служить дополнительным ориентиром в повседневной практике гастроэнтеролога.

Советы юриста

Как назначить антидепрессанты, не нарушив закон

Назначение гастроэнтерологом антидепрессантов при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта может удивить пациента. Однако использование этих препаратов именно в гастроэнтерологии практикуется уже довольно давно. При этом в правовом поле России еще не сформирована нормативная база, которая бы регламентировала такие назначения. Поэтому применение антидепрессантов вне инструкции влечет за собой юридические риски как для лечащих врачей, так и для клиник.

На практике врач-гастроэнтеролог часто встречается с такими функциональными заболеваниями ЖКТ, как синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональная диспепсия и прочие. Обычно они не приводят к органическим поражениям внутренних органов и связаны с нарушениями взаимодействия центральной нервной и пищеварительной систем.

Течение таких заболеваний может сопровождаться тревожными и (или) депрессивными состояниями, отрицательно влияющими на эффективность терапии иотягчающими течение болезни. Чтобы достичь положительного результата, гастроэнтерологи могут применять лекарственные средства, которые обычно используются для лечения психических заболеваний, тревожных расстройств и депрессии. И зачастую именно антидепрессанты становятся препаратами, которые помогают снизить висцеральную чувствительность и вывести пациента в стойкую ремиссию.

Право имеющих?

Практика назначения антидепрессантов при лечении заболеваний ЖКТ достаточно обширна, но действующее законодательство России не содержит прямых норм, регламентирующих применение этих препаратов в гастроэнтерологии. Как использовать лекарственное средство, описано в инструкции, которая помимо общей и специальной информации содержит сведения о тех состояниях (заболеваниях), при которых надлежит применять препарат. Однако заболевания желудочно-кишечного тракта далеко не всегда упоминаются в качестве причины для назначения антидепрессантов. Поэтому медики либо руководствуются имеющимися нормами, либо назначают препараты вне утвержденной инструкции.

Право граждан на охрану здоровья и получение квалифицированной медицинской помощи гарантируется Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

(закон № 323-ФЗ). Возможность использования антидепрессантов в гастроэнтерологии установлена клиническими рекомендациями.

Например, клинические рекомендации «Синдром раздраженного кишечника», утвержденные в 2024 году, предусматривают назначение антидепрессантов для уменьшения болей в животе взрослым пациентам. Терапия антидепрессантами предусмотрена и при иных функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в частности клиническими рекомендациями «Функциональная диспепсия у детей». В международной лечебной практике антидепрессанты назначают при болезнях ЖКТ. Это отражено в международных клинических рекомендациях и экспертных консенсусных документах. Например, в рекомендациях American College of Gastroenterology трициклические антидепрессанты рекомендованы для лечения синдрома раздраженного кишечника при неэффективности спазмолитиков.

Если же антидепрессант не входит в стандарт медицинской помощи и не указан в клинических рекомендациях, то его назначение возможно только врачебной комиссией при наличии медицинских показаний.

Офф-лейбл сегодня

Офф-лейбл (*off-label*) — это использование препарата в медицинских целях, но не в соответствии с показаниями, которые определяются инструкцией по его медицинскому применению. К назначению офф-лейбл относятся следующие случаи:

- в дозировке, комбинации или режиме, отличных от указанных в инструкции;
- за пределами возрастных ограничений, обозначенных в инструкции;
- вопреки установленным инструкцией противопоказаниям;
- по незарегистрированным показаниям (т.е. показаниям, расходящимся с теми, что названы в инструкции);
- за пределами иных параметров или вопреки другим критериям применения, указанным в инструкции.



Только через ВК!

В условиях правовой неопределенности статуса препаратов офф-лейбл их назначение через врачебную комиссию становится единственным выходом. В таком случае гастроэнтеролог может назначить пациенту антидепрессанты вне показаний или иных параметров, определенных инструкцией к их применению.

Назначение препаратов офф-лейбл сопряжено с некоторыми рисками как для лечащего врача, так и для клиники, поскольку нет законодательных механизмов, определяющих порядок такой терапии, есть лишь отдельные нормативные акты, позволяющие это делать.

Например, Федеральный закон № 482-ФЗ¹ предоставляет врачам право назначать несовершеннолетним пациентам препараты, применение которых не предусмотрено инструкцией. Согласно документу, назначение офф-лейбл возможно при соблюдении одновременно трех условий:

- препарат зарегистрирован в Российской Федерации;
- препарат входит в перечень, установленный Правительством РФ²;
- препарат указан в стандартах медицинской помощи детям и клинических рекомендациях.

Кроме того, допустимо назначать вне инструкции только тот препарат, который соответствует хотя бы одному из двух требований, установленных Правительством РФ в постановлении от 27.10.2023 № 1799.

Первое требование заключается в том, что эффективность и безопасность препарата должны быть подтверждены результатами научных исследований, опубликованными в научных изданиях, и (или) описаниями клинических случаев, размещенными в базе данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международных базах данных Scopus или Web of Science. Такая публикация должна иметься в отношении каждого отступления от инструкции в части показаний к применению, режима дозирования, способа применения, взаимодействия с другими препаратами и иных видов взаимодействия.

Второе требование предполагает, что эффективность и безопасность применения лекарственного средства должны подтверждаться включением терапии в рекомендации, принятые международными профессиональными организациями.

В отношении взрослых аналогичного порядка, определенного законодателем, нет, и вопрос о возможности такого применения антидепрессантов к этой категории пациентов является дискуссионным.

¹ Федеральный закон от 30.12.2021 № 482-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»».

² Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16.05.2022 № 1180-р.

Советы юриста

Что касается препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи и не предусмотренных клиническими рекомендациями, то их применение законодателем четко не регламентировано.

Так, часть 15 статьи 37 закона № 323-ФЗ предоставляет врачебной комиссии полномочия назначать такие препараты при наличии медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям). Согласно пп. 8 п. 20 приказа Минздрава России от 10.04.2025 № 180н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», к функциям врачебной комиссии отнесено в том числе и принятие решения о назначении и применении лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, либо по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям). Но применение препаратов именно офф-лейбл данные нормы не регламентируют.

Министерство здравоохранения дало разъяснения, согласно которым применение препаратов офф-лейбл, не предусмотренных стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, допускается по решению врачебной комиссии (информация Минздрава от 24.05.2022, см. QR-код).

Но врачу нужно помнить, что рекомендации Минздрава не являются нормативно-правовым актом и нельзя предсказать, как назначение препаратов офф-лейбл будет расценено судом, если пациент обратится к нему за защитой своих прав.

Зона ответственности

Как и любые действия врача, назначение препаратов офф-лейбл может повлечь за собой дисциплинарную, гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность.

Уголовная ответственность наступит, если суд признает действия врача представляющими общественную опасность, или в случае причинения реального вреда здоровью пациента. Если между назначением препаратов офф-лейбл и наступившими негативными последствиями будет установлена причинно-следственная связь, то суд посчитает это ошибкой в лечении. В таких случаях врачу важно обезопасить себя и обосновать назначение, в том числе и документально.

Так, решение о назначении антидепрессантов должно быть оформлено протоколом врачебной комиссии, в котором нужно отразить основания принятого решения:

- наличие у пациента тяжелого заболевания, угрожающего жизни или серьезно на длительное время нарушающего качество жизни;
- отсутствие зарегистрированных по имеющимся показаниям или в кон-

кретной возрастной группе средств лечения выявленного заболевания;

- наличие научных публикаций, которые позволяют предполагать, что у конкретного пациента может быть достигнут положительный лечебный эффект при использовании выбранного препарата.

Кроме того, пациент должен быть проинформирован, что ему назначена терапия препаратом не по инструкции. До сведения пациента либо его законных представителей необходимо довести следующую информацию:

- какой препарат будет использоваться, в какой дозировке, форме и т.д.;
- какие побочные явления (последствия) может повлечь за собой применение лекарственного препарата;
- в чем особенность выбранного курса лечения офф-лейбл;
- имеется ли альтернатива выбранному препарату и курсу лечения;
- какова ожидаемая эффективность предлагаемой терапии;
- соизмерим ли ожидаемый риск от применения терапии офф-лейбл с состоянием пациента и дальнейшим течением заболевания;
- о действиях врача при возникновении непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние пациента.

Оформляем ИДС на офф-лейбл

Согласно статье 20 закона № 323-ФЗ, обязательным условием для медицинского вмешательства является получение информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя на такое вмешательство. Назначение препаратов офф-лейбл — не исключение, однако специальной нормы о получении такого согласия при применении лекарств вне инструкции в действующем законодательстве нет. В таком случае следует руководствоваться общей либо дополнительной нормой, установленной приказом Минздрава России от 09.08.2005 № 494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям». Документ устанавливает, что не разрешенные к применению лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Поскольку приказ Минздрава от 12.11.2021 № 1051н, регулирующий согласие граждан на медицинское вмешательство, не содержит графа о согласии на применение препаратов офф-лейбл, многие клиники или их учредители оформляют отдельный документ.

Например, приказом минздрава Калужской области от 07.10.2020 № 1159 утверждена форма добровольного информированного согласия гражданина на применение терапии вне инструкции. Документ подразумевает уведомление пациента о целях применения препарата офф-лейбл, о возможных побочных эффектах, о том, что предыдущее лечение не дало результата, а также о наличии достаточных научных данных о том, что при

Коротко о главном

Назначение антидепрессантов при терапии заболеваний ЖКТ является альтернативным вариантом лечения и позволяет добиться положительного эффекта там, где традиционное лечение не всегда дает результат.



В некоторых случаях применение антидепрессантов в гастроэнтерологии предусмотрено клиническими рекомендациями, однако эти препараты могут использоваться и при отсутствии их в рекомендациях — по решению врачебной комиссии, которое оформляется протоколом.



Согласие пациента на применение антидепрессантов офф-лейбл фиксируется в письменном виде на отдельном бланке. Форму бланка следует закрепить в локальном акте клиники, регламентирующем порядок назначения антидепрессантов, в том числе и лекарственных препаратов вне зарегистрированных показаний.



Если есть возможность согласовать назначение антидепрессантов с психиатром или фармакологом, то ее следует использовать.

Все перечисленное выше в совокупности с надлежащим оформлением медицинской документации позволит и врачу-гастроэнтерологу, и клинике максимально защитить себя от неблагоприятных последствий.

применении выбранного препарата может быть достигнут положительный лечебный эффект. Кроме того, пациент обязательно информируется о том, что показания к применению или способы введения выбранного препарата не соответствуют инструкции по применению или не указаны в ней.

Клиники могут разрабатывать локальные акты, регламентирующие порядок применения лекарственных средств по показаниям и иным параметрам, не упомянутым в инструкции по применению. Утвержденные внутренние регламенты позволяют клиникам обосновать правильность своих действий перед надзорными органами при проверках, а также перед судьями в случае судебных разбирательств.

В качестве ориентира и шаблона медорганизации используют упомянутый выше порядок применения лекарств, регламентированный приказом Минздрава России от 09.08.2005 № 494.

Например, в ГБУЗ Ставропольского края «Краевая детская клиническая больница» утвержден порядок назначения лекарственных препаратов. Этот локальный акт помимо порядка применения лекарств офф-лейбл содержит перечень показаний для назначения такой терапии, а также порядок получения информированного добровольного согласия пациента. Действие порядка распространяется на всех медицинских работников учреждения, в число которых входит и гастроэнтеролог.

Полагаем, что наличие такого внутреннего регламента позволит клинике снизить риски привлечения к ответственности при появлении вопросов по назначению гастроэнтерологом препаратов офф-лейбл надзорными или правоохранительными органами.

Можно ли оформлять форму согласия по аналогии с приведенными выше примерами — вопрос дискуссионный. Прямого запрета на это нет, какой-либо судебной практики или писем надзорных органов о том, что так делать нельзя, найти не удалось. Полагаем, что гастроэнтерологи могут оформлять отдельное согласие пациента при назначении препарата офф-лейбл по образцу указанных документов.

Однако это не более чем рекомендация — наличие отдельного согласия на применение препаратов офф-лейбл может быть использовано как дополнительный аргумент, подтверждающий обоснованность лечения в случае претензий со стороны надзорных или правоохранительных органов. ✖

ООО «Факультет Медицинского Права»
www.kormed.ru
info@kormed.ru



Информация Минздрава

Диетология

Система Певзнера: почему сегодня медицина от нее отказалась

Работа Мануила Певзнера по формированию лечебного рациона в виде номерных столов явилась первым шагом в развитии советских научных школ гастроэнтерологии и диетотерапии. И отрицать ее историческую значимость невозможно. Но современная диетология отказалась от такого метода, считая его слишком формальным. Лечебное питание XXI века строится на принципе доказательной диетологии в рамках индивидуального подхода к рациону каждого пациента.



Прорыв в лечебном питании

Лечебное питание не началось с Певзнера: к началу XX века оно уже существовало и как часть клинической практики, и как элемент санаторно-курортного лечения, однако оставалось скорее совокупностью разрозненных рекомендаций, чем единой медицинской системой. В отечественной терапевтической школе того времени болезни органов пищеварения только оформлялись в самостоятельное направление, а диетические назначения во многом зависели от опыта конкретной клиники, врача и местных организационных возможностей.

Мануил Исаакович Певзнер не просто продолжил традиции, а попытался стандартизировать диетотерапию. По его инициативе в 1921 году при Институте курортологии в Москве было организовано отделение болезней органов пищеварения и лечебного питания, которое соединило гастроэнтерологию с клинической терапией. С 1924 года отделение возглавлял Певзнер. А в 1930 году направление было передано в Институт питания, где Певзнер руководил клиникой лечебного питания, а сама диетотерапия получила

уже не локальную, а институциональную научную базу.

Смысл работы Певзнера состоял не только в подборе рациона при отдельных заболеваниях, но и в создании клинко-патогенетической системы, пригодной для повседневной работы стационара и санатория. В последующие десятилетия Певзнер и его ученики разработали номерную систему лечебных рационов, построенную по нозологическому принципу и предназначенную для широкого внедрения в лечебно-профилактические учреждения СССР. Для того времени это был прорыв: врач получал не набор эмпирических советов, а воспроизводимую схему питания, связанную с клиническим диагнозом и организацией больничной помощи.

Именно поэтому историческая роль столов Певзнера не сводится лишь к созданию перечней разрешенных и запрещенных продуктов. Эта система стала частью более крупного процесса – включения лечебного питания в структуру повседневной медицинской практики. Иначе говоря, Певзнер предложил не просто диеты, а рабочую модель клинической организации

питания пациента для той медицины, в которой стандартизация сама по себе была важным шагом вперед.

Принцип номерных диет

Клиническая логика номерных диет строилась вокруг связки «одна болезнь – один рацион». Например, столы № 1 – для гастродуоденальной патологии, столы № 5 – при заболеваниях печени и желчевыводящих путей. Важнейшее место занимала идея механического, химического и термического щажения: пища не должна раздражать слизистую, стимулировать секрецию и провоцировать боль.

В организационном смысле появление номерных столов упрощало работу врача, делало питание в стационаре предсказуемым и помогало выстраивать единый режим лечебного питания. Однако эта модель изначально имела важное клиническое ограничение: в ее основе лежал диагноз, а сочетание симптомов, коморбидность, нутритивный статус и индивидуальная переносимость продуктов учитывались в меньшей степени.

Именно поэтому система, эффективная как инструмент стандартизации

лечебного питания, оказалась значительно менее пригодной для персонализированной клинической диетотерапии.

Новая клиническая логика

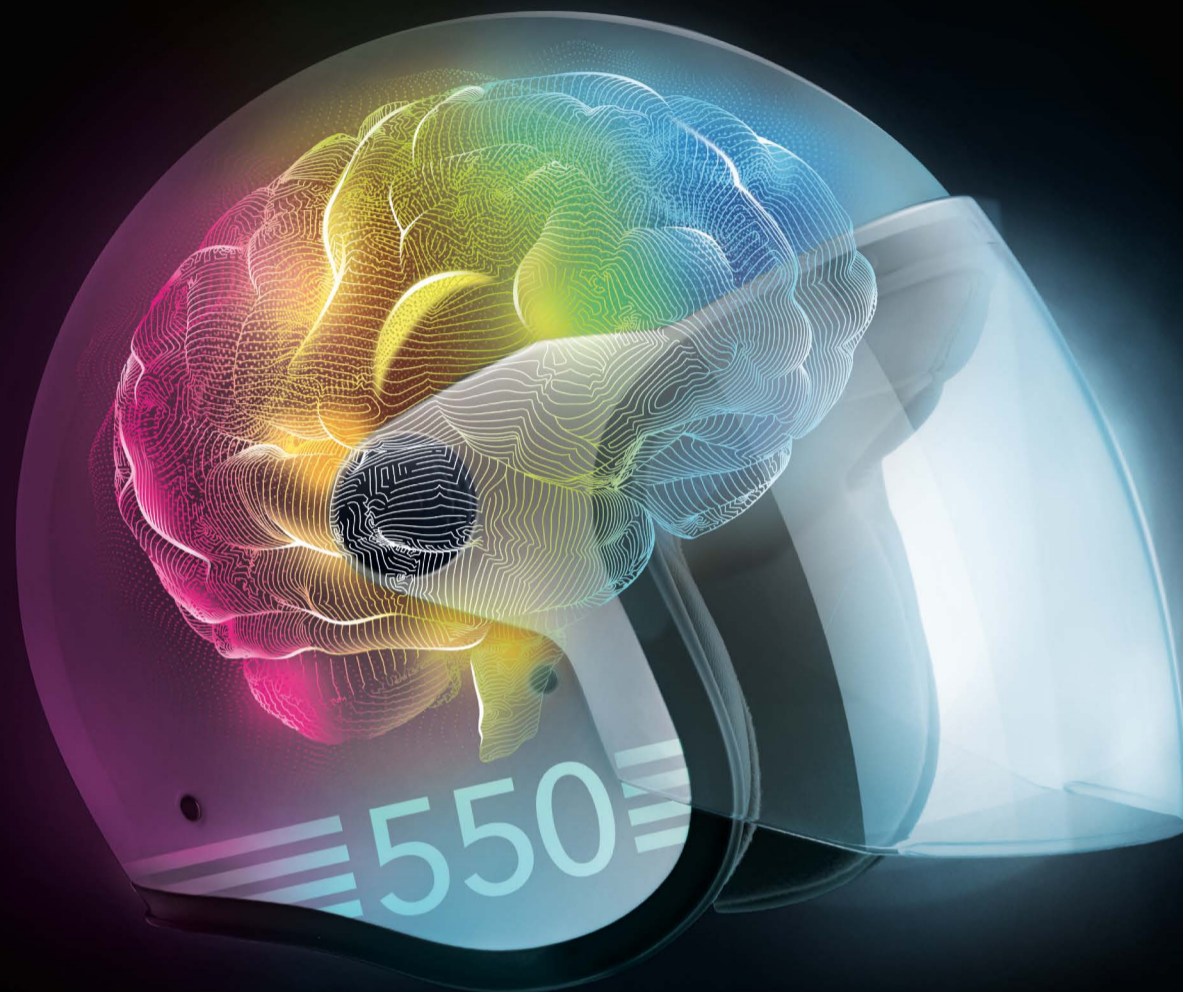
Современная гастроэнтерология исходит из другой клинической логики. В актуальных рекомендациях Американской гастроэнтерологической ассоциации, NICE (Национального института здоровья и совершенствования медицинской помощи в Великобритании) и ESPEN (Европейского общества парентерального и энтерального питания) диетотерапия формулируется через симптомы, патофизиологию, доказанные вмешательства и нутритивный риск, а не через универсальные номерные рационы. У одного и того же пациента могут сочетаться гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром раздраженного кишечника (СРК), хронический панкреатит, ожирение (или, напротив, дефицит массы тела), и один номерной стол не может решить все эти задачи одновременно.

Этой же логике следует и пересмотр самого принципа щажения. Международные документы не рассматривают

с. 12 »

АЛЬФА НОРМИКС® ФОРТЕ

550 мг — новая дозировка рифаксимина-α
(кристаллическая форма рифаксимина
с минимальным всасыванием)



КАЖДЫЙ ЯВНЫЙ ЭПИЗОД ПЕЧЕНОЧНОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ МОЖЕТ БЫТЬ ПОСЛЕДНИМ.
СОХРАНИ ЖИЗНЬ С АЛЬФА НОРМИКС® ФОРТЕ!

ALFASIGMA 

ООО «Альфасигма Рус»
115054, г. Москва, Павелецкая площадь, д. 2, стр. 2
ru.alfasigma.com. +7 (495) 150 01 23

РУ: ЛП-№(004534)-(РГ-РУ)

АС-РУС-АНК-87 (12-2024)

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Диетология

Система Певзнера: почему сегодня медицина от нее отказалась

« с. 10

механическое, химическое и термическое щажение как универсальную доказанную стратегию для большинства гастроэнтерологических состояний; решения принимают исходя из клинической ситуации, механизма симптомов и переносимости, а не руководствуясь заранее фиксированным набором запретов. Когда рацион строится вокруг длинных списков «можно — нельзя», растет риск не только ненужных исключений, но и снижения разнообразия питания и усиления тревожности вокруг еды.

Поэтому отказ от номерных столов не означает отказа от самой диетотерапии. Напротив, питание стало точнее и клинически сложнее: теперь от него ждут не абстрактного щажения, а конкретного эффекта — уменьшения симптомов без ущерба для нутритивного статуса и качества жизни пациента.

не как пожизненный режим запрета определенных продуктов, а как трех-этапная система: короткая фаза ограничения на 4–6 недель, затем поэтапное возвращение продуктов в рацион и дальнейшая персонализация с учетом индивидуальной реакции на конкретный продукт и его количество.

Различия между традиционной номерной системой и современной диетотерапией хорошо иллюстрирует пример обычного яблока. В логике стола № 4 значение имели прежде всего форма подачи и степень щажения — в описаниях диеты допускались протертые сырые яблоки. В описаниях варианта 4а также встречаются пюреобразные яблочные блюда как допустимый элемент рациона. Low-FODMAP диета задает другой вопрос: не насколько мягко обработан продукт, а не усиливает ли

ESPEEN предлагают другой подход: хронический панкреатит рассматривается как состояние высокого нутритивного риска, при котором врач оценивает не только симптомы, но и потерю массы тела, риск мальнутриции, экзокринную недостаточность и дефициты нутриентов. При этом международные рекомендации не поддерживают рутинный отказ от жиров у всех пациентов с хроническим панкреатитом: при удовлетворительном нутритивном статусе рекомендован физиологический сбалансированный рацион, а ограничение жира рассматривают только в тех случаях, когда стеаторея сохраняется несмотря на адекватную ферментную заместительную терапию. Такой подход связан с тем, что избыточное ограничение жира снижает энергетическую ценность рациона и может усиливать дефицит жирорастворимых витаминов. Поэтому сегодня клиническая цель состоит не в универсальном длительном обезжиривании, а в том, чтобы пациент получал достаточно энергии и белка, переносил рацион и при необходимости получал адекватную ферментную заместительную терапию. Иными словами, стол № 5п был попыткой беречь поджелудочную железу за счет стандартного ограничительного режима, тогда как современная диетотерапия при панкреатите стремится прежде всего предотвратить нутритивные потери и подобрать рацион, который работает у конкретного пациента.

Та же логика прослеживается и в других разделах гастроэнтерологии. При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни акцент сместился с жесткого соблюдения требований «желудочного стола» на факторы, реально усиливающие рефлюкс: переедание, поздние обильные приемы пищи, алкоголь и индивидуальные пищевые триггеры. При язвенной болезни основа лечения сегодня связана не со слизистыми и протертыми блюдами, а с выявлением и эрадикацией *H. pylori*, контролем приема НПВП и медикаментозной терапией.

Что важно объяснять пациентам

Главный принцип нынешней клинической диетологии состоит в том,

что питание — это часть комплексного ведения заболевания, а не набор универсальных запретов. Рекомендации должны строиться вокруг диагноза, симптомов, переносимости продуктов, коморбидности, нутритивного статуса и реальных целей лечения. Цель диетотерапии сегодня — не ограничение любой ценой, а поддержание адекватного питания, контроль симптомов и сохранение качества жизни.

В этом смысле современная гастроэнтерология не уменьшила роль диеты, а сделала ее клинически более точной. Универсальный стол уступил место стратегии, которую можно адаптировать к конкретному пациенту, а формальное соблюдение списка продуктов — оценке реального эффекта вмешательства.

Именно это и важно проговаривать пациентам, которые до сих пор нередко спрашивают не о симптомах и переносимости, а о том, какой у них стол. Номерная система остается психологически привлекательной, потому что обещает простое решение: диагнозу соответствует готовый рацион. Но современная гастроэнтерология предлагает другую, более точную методику: сначала понять, какие именно симптомы беспокоят человека, какие механизмы за ними стоят, есть ли нутритивные риски, какова переносимость конкретных продуктов и какое вмешательство действительно может помочь именно в этой клинической ситуации.

Поэтому отказ от столов по Певзнеру не стоит трактовать как отказ от самой идеи лечебного питания. Историческая заслуга этой системы в том, что она впервые сделала питание частью организованной клинической медицины. Ее недостаток — в том, что она была создана для эпохи, когда еще не существовало современной гастроэнтерологической патофизиологии, доказательной диетологии и персонализированного подхода к симптомам. Сегодня задача врача состоит не в том, чтобы подобрать пациенту номер стола, а в том, чтобы найти рацион, который уменьшает симптомы, поддерживает адекватный нутритивный статус и сохраняет качество жизни. ✕

Анна Литвиненко,
нутрициолог, специалист
по low-FODMAP диете



Список источников

Принципиальное отличие

Номерной стол предполагал готовую схему для болезни вообще, тогда как low-FODMAP диета помогает проверить конкретный симптомный механизм у конкретного пациента.

Современный подход

Особенно хорошо смена подхода видна в случаях, когда ранее применялся общий щадящий режим, а теперь используются адресные стратегии. При вздутии живота ранее ориентировались на стол № 4 и его варианты, включая стол № 4а. Такой подход строился вокруг идеи уменьшить раздражение кишечника и ограничить продукты, которые, как тогда считалось, усиливают брожение. Но он не был связан с современным пониманием роли FODMAP — короткоцепочечных ферментируемых углеводов — в развитии боли, вздутия и нарушений стула у пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

На этом фоне low-FODMAP диета выглядит не просто новой версией старых ограничений, а принципиально иной моделью клинического мышления. Метаанализ 2022 года [1] показал, что low-FODMAP относится к наиболее эффективным диетическим вмешательствам для уменьшения симптомов СРК, абдоминальной боли и вздутия, причем

он симптомы за счет своего состава. Яблоки относят к продуктам с высоким содержанием FODMAP за счет сорбитола и фруктозы, и именно поэтому они могут провоцировать вздутие, боль и дискомфорт у некоторых пациентов с СРК, даже будучи термически обработанными. В этом и состоит одно из главных отличий современной модели: она меньше интересуется тем, насколько рацион соответствует формальным признакам щажения, и больше тем, уменьшает ли он симптомы у конкретного человека.

Похожая эволюция произошла и при хроническом панкреатите. В отечественной практике традиционно ориентировались на панкреатический вариант стола № 5 — стол № 5п, где на первый план выходили щажение, ограничение жира и достаточно жесткая структура рациона. Внутри этой модели успех диетотерапии фактически связывался с тем, насколько удастся уменьшить пищевую нагрузку на поджелудочную железу и сделать питание максимально осторозным. Современные рекомендации