

# Глава 2

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

### 2.1. ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

#### Клинический пример

Больная К., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на ноющую боль в эпигастрии, возникающую натощак, уменьшающуюся после еды, возобновляющуюся через 1,5–2 ч после приема пищи, ночные боли.

Из истории развития болезни: пациентка считает себя больной в течение 5 лет, когда стала беспокоить изжога, особенно при употреблении жареной пищи. За медицинской помощью не обращалась, по совету знакомых принимала алгелдрат + магния гидроксид (Алмагель<sup>®</sup>), который хорошо купировал изжогу. Два года назад, после стресса, впервые отметила появление интенсивной боли в эпигастральной области натощак, купируемую приемом пищи. При фиброгастроуденоскопии выявлены признаки антрального гастрита. По совету врача принимала омепразол, самочувствие улучшилось. В последующем вышеописанные жалобы возобновлялись в осенне-весеннее время, для их купирования самостоятельно принимала омепразол и алгелдрат + магния гидроксид (Алмагель<sup>®</sup>). Последнее ухудшение — в течение двух дней, когда вновь появились боли в эпигастральной области натощак, плохо купируемые приемом омепразола; впервые отметила появление ночных болей. Обратилась за медицинской помощью к гастроэнтерологу.

Из истории жизни установлено, что больная росла и развивалась соответственно возрасту. Окончила сельскохозяйственный институт, работала бухгалтером. С 34 лет — главный бухгалтер акционерного общества. Туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями не болела. Травм, гемотрансфузий не было. В 12 лет — аппен-

дэктомия. Курит до одной пачки сигарет в день в течение 10 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Речную рыбу в пищу не употребляет.

Месячные с 13 лет, по 5 дней, через 28 дней. Беременностей — четыре (двое родов, два медицинских аборта). Аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные средства не отмечает. Отец умер в 58 лет от рака желудка.

Общий осмотр: больная нормостенического телосложения, достаточного питания [рост — 176 см, масса тела — 74 кг, индекс массы тела (ИМТ) — 23,9 кг/м<sup>2</sup>]. Кожный покров телесного цвета. Щитовидная железа (ЩЖ) — 0-я степень по Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Частота дыхательных движений (ЧДД) — 16 в минуту. Грудная клетка симметричная при дыхании, безболезненная при пальпации. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы грудной клетки, хрипов нет. Пульс — 80 в минуту, ритмичный, умеренного наполнения, не напряжен. Артериальное давление (АД) — 125/75 мм рт.ст. Верхушечный толчок при осмотре не визуализируется, пальпаторно определяется в пятом межреберье. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, ясные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) — 60 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Кишечник спазмирован, безболезнен. Край печени у правой реберной дуги, гладкий, эластичный. Симптомы желчного пузыря отрицательные. Почки, селезенка, поджелудочная железа (ПЖ) не пальпируются. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

На *первом этапе* формирования клинического диагноза необходимо определить его концепцию с указанием ведущей патологии. Основываясь на превалирующих жалобах и данных анамнеза, можно предположить, что концептуально диагноз основного заболевания может быть сформулирован следующим образом: «Диспепсия».

На *втором этапе* формирования клинического диагноза необходимо, основываясь на действующих классификациях, охарактеризовать выявленные заболевания.

Так, основное заболевание — диспепсия может протекать по следующим вариантам: синдром абдоминальной боли, постпрандиальный дистресс-синдром. Жалобы пациентки на боли, возникающие натощак, купируемые приемом пищи или алгелдрат + магния гидроксида (Алмагеля\*), ночные боли позволяют говорить о наличии синдрома абдоминальной боли. Кроме того, диспепсия может быть функциональной

и органической. Отсутствие у пациентки симптомов тревоги, возраст старше 45 лет, неоднократная рвота с кровью, а также отсутствие крови в кале, дисфагии, лихорадки, признаков анемии и воспалительного синдрома позволяют предположить, что диспепсия имеет функциональный характер. Однако указание в анамнезе на выявляемый ранее при фиброгастродуоденоскопии антральный гастрит, наличие такого фактора риска (ФР), как курение, и тот факт, что отец пациентки умер от рака желудка, позволяет предположить, что диспепсия носит органический характер и ее причиной может быть язвенная болезнь. Запись фрагмента диагноза будет выглядеть следующим образом: «Диспепсия, синдром абдоминальной боли».

Уточнение диагноза требует дополнительного обследования.

Пациентке выполнены клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, электрокардиография (ЭКГ), абдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброгастродуоденоскопия с биопсией.

При клиническом исследовании крови и мочи, биохимическом исследовании крови, а также по ЭКГ и при абдоминальном УЗИ патологических изменений не выявлено.

Данные фиброгастродуоденоскопии.

- Пищевод: слизистая оболочка пищевода бледно-розового цвета. Тонус не изменен. Кардия периодически зияет, смыкается полностью.
- Желудок: обычных размеров, форма не изменена. Стенки эластичные, складки нормальной высоты, извиты. Перистальтика обычная, прослеживается во всех отделах. В просвете избыточное количество полупрозрачной вязкой слизи, желчи. В антральном отделе желудка по всем стенкам слизистая оболочка гиперемирована. Сосудистый рисунок не изменен. Биопсия на *Helicobacter pylori* — два кусочка. Привратник округлой формы, периодически зияет, пассаж желчи.
- Двенадцатиперстная кишка (ДПК): луковица рубцово деформирована. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована, по передней стенке язва размером 5×4 мм, дно фрагментарно покрыто фибрином, края невысокие. Постбульбарный отдел ДПК без особенностей.

*Helpil-test* положительный.

**Заключение.** (K31.8) Деформация луковицы ДПК. (K26) Хроническая язва луковицы ДПК. Диагноз первичный. (K29.3) Эритематозный (экс-

судативный) гастрит с поражением антрума, патологические изменения умеренные. (K29.9) Дуоденогастральный рефлюкс. (K29.8) Проксимальный дуоденит поверхностный (K29).

**Гистологическое исследование** (биопсия желудка, слизистой оболочки).

#### **Заключение**

1. Морфологические признаки гиперплазии покровно-язочного эпителия (регенераторного типа) на фоне воспаления и слабого склероза — зона репарации имевшегося ранее эрозивного дефекта. Морфологические признаки хеликобактерной колонизации преимущественно неадгезивными формами (выраженная степень).
2. Хронический гастрит, хеликобактерпозитивный (умеренная степень колонизации), без атрофии желез, без кишечной метаплазии, активность умеренная.

На *третьем этапе* формирования клинического диагноза необходимо уточнить положения диагноза и выявить осложнения основного заболевания и сопутствующую патологию.

Диспепсия, синдром абдоминальной боли, результаты инструментального исследования подтвердили предположение, что диспепсия в данном случае носит органический характер и обусловлена язвенной болезнью. Положительный *Helpil-test* и выявление при гистологическом исследовании биоптата слизистой желудка признаков хронического гастрита, ассоциированного с хеликобактерной колонизацией, указывают на то, что язвенная болезнь ассоциирована с хеликобактерной инфекцией. Наличие в настоящее время язвенного дефекта в ДПК свидетельствует об обострении заболевания. Запись фрагмента заболевания изменяется: «Язвенная болезнь, обострение. Язва луковицы ДПК (5×4 мм). Деформация луковицы ДПК. Хронический гастрит, хеликобактерпозитивный, неатрофический, антральный, обострение. Дуоденогастральный рефлюкс».

*Осложнениями основного заболевания* (язвенной болезни) являются перфорация, пенетрация, кровотечение и стеноз. В данном примере у пациентки нет симптомов, указывающих на развитие этих осложнений.

*Сопутствующие заболевания* не выявлены.

*Полный клинический диагноз* у данной пациентки будет выглядеть так: «Язвенная болезнь, обострение. Язва луковицы ДПК (5×4 мм). Деформация луковицы ДПК. Хронический гастрит, хеликобактерпозитивный, неатрофический, антральный, обострение. Дуоденогастральный рефлюкс».

## 2.2. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

**Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (K21)** — хроническое заболевание, обусловленное периодическим забросом желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод, приводящее к развитию рефлюкс-эзофагита или протекающее без него. Сопровождается изжогой, возникающей более 1 раза в неделю в течение месяца, и/или характерными внепищеводными клиническими проявлениями.

### Коды по МКБ-10

- **K21. Гастроэзофагеальный рефлюкс.**

- K21.0. Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом.

- K21.9. Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита.

Выделяют две формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни — эндоскопически негативная рефлюксная болезнь (неэрозивная рефлюксная болезнь) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Необходимо различать и правильно применять понятия «эрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» и «неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь». В первом случае рефлюкс-эзофагит сопровождается появлением эрозий на поверхности слизистой оболочки пищевода, а во втором — эндоскопические проявления эзофагита отсутствуют или имеет место катаральный рефлюкс-эзофагит.

### Классификация рефлюкс-эзофагита (Лос-Анджелес, 1996)

- Степень А — дефект слизистой оболочки (2 и более) размером менее 5 мм.
- Степень В — дефект слизистой оболочки более 5 мм, не выходящий за пределы двух складок слизистой оболочки пищевода.
- Степень С — дефекты слизистой оболочки, выходящие за пределы двух ее складок, но захватывающие менее 75% окружности пищевода.
- Степень D — дефекты слизистой оболочки, захватывающие 75% окружности пищевода и более.

### Примеры формулировок диагноза

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неэрозивная форма, неосложненное течение (K21.9).
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивная форма (степень С), осложненное течение (K21.0). Язва абдоминального отдела пищевода.

## 2.3. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

**Хронический гастрит (K29)** — хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией, расстройством секреции, моторики, нередко инкреторной функции желудка.

### Коды по МКБ-10

#### • K29. Гастрит и дуоденит.

- K29.0. Острый геморрагический гастрит.
- K29.1. Другие острые гастриты.
- K29.2. Алкогольный гастрит.
- K29.3. Хронический поверхностный гастрит.
- K29.4. Хронический атрофический гастрит.
- K29.5. Хронический гастрит неуточненный.
- K29.6. Другие гастриты.
- K29.7. Гастрит неуточненный.
- K29.8. Дуоденит.
- K29.9. Гастродуоденит неуточненный.

### Сиднейская классификация хронического гастрита (Хьюстон, 1996)

#### I. По этиологии.

1. Ассоциированный с *Helicobacter pylori*.
2. Аутоиммунный.
3. Особые формы.
  - Химический рефлюкс-гастрит, обусловленный желчью, часто ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.
  - Радиационный.
  - Лимфоцитарный.
  - Гранулематозный.
  - Другие причины.

#### II. По топографии.

1. Антральный (с преимущественным поражением антрума).
2. Фундальный (с преимущественным поражением тела желудка).
3. Пангастрит.

### III. По морфологии.

1. Неатрофический (ассоциированный с *Helicobacter pylori*).
2. Атрофический.
  - Аутоиммунный.
  - Мультифокальный (*Helicobacter pylori*, особенности питания, особые формы).

В 2008 г. группа экспертов, в которую вошли известные патологоанатомы, занимающиеся патологией желудка, и ряд гастроэнтерологов-клиницистов предложили новую систему оценки гастрита — систему OLGA (*Operative Link for Gastritis Assessment*). В этой системе применяется оценка гистологической выраженности атрофии и воспаления в антральном отделе (три биоптата) и в теле желудка (два биоптата) с последующим определением интегральных показателей — стадии и степени хронического гастрита (табл. 2.1, 2.2).

**Таблица 2.1.** Интегральный показатель степени гастрита по системе OLGA

Анtrum	Тело, степень			
	0-я	1-я	2-я	3-я
0	0	1	2	2
1	1	2	2	3
2	2	2	3	4
3	2	3	4	4

**Таблица 2.2.** Интегральный показатель стадии гастрита по системе OLGA

Анtrum	Тело, стадия			
	0-я	I	II	III
0	0	I	II	II
I	I	II	II	III
II	II	II	III	IV
III	III	III	IV	IV

Под степенью гастрита подразумевается выраженность суммарной воспалительной инфильтрации (нейтрофильными лейкоцитами и мононуклеарными клетками), под стадией — выраженность атрофии. Такая система дает достаточно полную характеристику гастрита и отражает его динамику. Имеется в виду, что риск рака желудка тем выше, чем больше выражена атрофия и чем больше объем поражения.

Пациенты с III и IV стадией атрофии относятся к группе высокого риска развития некардиального рака желудка. В этой же работе была предложена новая, визуально-аналоговая шкала определения стадии гастрита.

Система OLGA имеет два существенных преимущества по сравнению с предыдущими классификациями. Во-первых, определение стадии атрофии позволяет стратифицировать риск развития у пациента рака желудка, а во-вторых, интегральный подход позволяет объективно определить наличие и выраженность регрессирования степени воспаления и стадии атрофии в результате лечения.

### Примеры формулировок диагноза

1. Хронический неатрофический гастрит, ассоциированный с инфекцией *Helicobacter pylori*, обострение (K29.3).
2. Хронический атрофический аутоиммунный гастрит, обострение (K29.4).
3. Хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией умеренной степени, не ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Эрадикация (тройная терапия) (K29.4).
4. Хронический аутоиммунный атрофический гастрит [атрофия (++)], дисплазия (-)]. В<sub>12</sub>-дефицитная анемия тяжелой степени (K29.4).
5. Гастропатия, вызванная приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (до эндоскопического исследования) (K29.5).
6. Хронический *Helicobacter pylori*-ассоциированный атрофический (или мультифокальный) гастрит с толстокишечной метаплазией (K29.4).

## 2.4. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

**Пептическая язвенная болезнь** — образование язвы в желудке или ДПК как результат дисбаланса между протективными факторами слизистой оболочки и разнообразными факторами, повреждающими слизистую оболочку, понимаемыми как этиология.

### Коды по МКБ-10

- K25. Язва желудка.
- K26. Язва двенадцатиперстной кишки.
- K27. Пептическая язва неуточненной локализации.
- K28. Гастроэюнальная язва.



### Классификация (Ивашкин В.Т., 2004)

1. Ассоциация с *Helicobacter pylori*.
2. Локализация.
3. Стадия течения.
4. Осложнения.
5. Размеры:
  - малые — до 0,5 см в диаметре;
  - средние — 0,6–1,9 см;
  - большие 2,0–3,0 см;
  - гигантские — более 3,0 см.
6. Одиночные и множественные осложнения:
  - кровотечение;
  - перфорация;
  - пенетрация;
  - стенозы.

### Примеры формулировок диагноза

1. Язвенная болезнь, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, обострение. Язва (0,9 см) и рубцовая деформация луковицы ДПК (K26).
2. Язвенная болезнь желудка в фазе обострения, ассоциированная с *Helicobacter pylori* [или *Helicobacter pylori* (+)], большая язва (1,5×2 см) в средней трети тела желудка на малой кривизне (K25).

## 2.5. СИНДРОМЫ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

**Синдромы (болезни) оперированного желудка** — это последствия желудочной хирургии, включающие функциональные и структурные нарушения после резекции желудка, различных вариантов ваготомии и анастомозов, проявляющиеся астеновегетативными, диспепсическими синдромами.

### Коды по МКБ-10

- **K91. Нарушение органов пищеварения после медицинских процедур.**
  - K91.0. Рвота после хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте.
  - K91.1. Синдромы оперированного желудка.
  - K91.2. Нарушения всасывания после хирургического вмешательства.

## Классификация болезней оперированного желудка (Гасилин В.С., Григорьев П.С., Мушкин О.Н., Блохин Б.А., 2000)

1. Постгастрорезекционные расстройства.
  - 1.1. Демпинг-синдром.
  - 1.2. Гипогликемический синдром.
  - 1.3. Синдром приводящей петли.
  - 1.4. Пептические язвы культи желудка, анастомоза.
  - 1.5. Гастрит культи желудка, анастомозит (в том числе *Helicobacter pylori*-ассоциированный).
  - 1.6. Постгастрорезекционная анемия.
  - 1.7. Постгастрорезекционная астения.
  - 1.8. Постгастрорезекционная дистрофия.
  - 1.9. Постгастрорезекционная энтеропатия (с мальабсорбцией, без мальабсорбции).
2. Постваготомические расстройства.
  - 2.1. Дисфагия.
  - 2.2. Гастродуоденостаз.
  - 2.3. Диарея.
  - 2.4. Рецидив язвы.
  - 2.5. Демпинг-синдром.

## Примеры формулировок диагноза

1. Болезнь оперированного желудка (06.07.1991 — операция по Бильрот-2 по поводу язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением): демпинг-синдром средней степени тяжести (K91.1).
2. Болезнь оперированного желудка (02.03.2005 — операция по Бильрот-2 по поводу язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением): демпинг-синдром средней степени тяжести (K91.1).
3. Болезнь оперированного желудка (02.03.2005 — операция по Бильрот-2 по поводу язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением): синдром приводящей петли средней степени тяжести, эрозивный анастомозит, эрозивный рефлюкс-эзофагит (K91.2).
4. Болезнь оперированного желудка (02.03.2005 — операция по Бильрот-2 по поводу язвенной болезни ДПК, осложненной пенетрацией в 1999 г.): атрофический гастрит культи желудка, *Helicobacter pylori* (—), с толстокишечной метаплазией. Демпинг-синдром легкой степени (K29).

## 2.6. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

**Неспецифический язвенный колит** — хроническое заболевание воспалительной природы, неустановленной этиологии, с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки, характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями (сужением, перфорацией, кровотечениями, сепсисом и др.).

### Коды по МКБ-10

- **K50. Болезнь Крона (регионарный энтерит).**
  - K50.0. Болезнь Крона тонкой кишки.
  - K50.1. Болезнь Крона толстой кишки.
  - K50.8. Другие разновидности болезни Крона.
  - K50.9. Болезнь Крона неуточненная.
- **K51. Язвенный колит.**
  - K51.0. Язвенный (хронический) энтероколит.
  - K51.1. Язвенный (хронический) илеоколит.
  - K51.2. Язвенный (хронический) проктит.
  - K51.3. Язвенный (хронический) ректосигмоидит.
  - K51.4. Псевдополипоз ободочной кишки.
  - K51.5. Мукозный проктоколит.
  - K51.8. Другие язвенные колиты.
  - K51.9. Язвенный колит неуточненный.
- **K52. Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты.**
  - K52.0. Радиационный гастроэнтерит и колит.
  - K52.1. Токсический гастроэнтерит и колит.
  - K52.2. Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит.
  - K52.8. Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты.
  - K52.9. Неинфекционный гастроэнтерит и колит неуточненный.

### Классификация неспецифического язвенного колита (Левитан М.Х., 1979)

- I. Клиническая характеристика.
  1. Клиническая форма:
    - а) острая;
    - б) хроническая.
  2. Течение:
    - а) быстро прогрессирующее;
    - б) непрерывно рецидивирующее;

- в) рецидивирующее;
  - г) латентное (стертое).
3. Степень активности:
    - а) обострение;
    - б) затухающее обострение;
    - в) ремиссия.
  4. Степень тяжести:
    - а) легкая;
    - б) средняя;
    - в) тяжелая.
- II. Анатомическая характеристика.
1. Протяженность:
    - а) проктит;
    - б) проктосигмоидит;
    - в) субтотальное поражение;
    - г) тотальное поражение.
  2. Макроскопическая характеристика:
    - а) эрозивно-геморрагический колит;
    - б) язвенно-деструктивный колит.
  3. Микроскопическая характеристика:
    - а) преобладание деструктивно-воспалительного процесса;
    - б) уменьшение воспалительного процесса с элементами репарации;
    - в) последствия воспалительного процесса;
    - г) тотальное поражение.
- III. Осложнения.
1. Местные:
    - а) перфорация толстой кишки;
    - б) кишечное кровотечение;
    - в) сужение кишки;
    - г) псевдополипоз;
    - д) вторичная кишечная инфекция;
    - е) исчезновение слизистой оболочки (полное, частичное) толстой кишки;
    - ж) токсическое расширение толстой кишки.
  2. Общие:
    - а) функциональный гипокортицизм;
    - б) септицемия, сепсис;
    - в) артриты, сакроилеиты;

- г) поражения кожи, глаз;
- д) нефрит, амилоидоз;
- е) флебиты;
- ж) дистрофия печени, других органов.

**Таблица 2.3.** Индекс клинической активности язвенного колита по Truelove (Ивашкин В.Т., 2003)

Показатель		Степень выраженности признака		
Частота дефекации (1 раз в день)		<4	4–6	>6
Выявление крови в кале при макроскопическом исследовании		+	++	+++
Лихорадка, °С	вечером	—	<37,5	>37,5
	2 из 4 дней	—	<37,8	>37,8
Анемия		Не выражена	Умеренно выражена	Уровень гемоглобина <75% нормы
Тахикардия, в минуту		—	<90	>90
СОЭ, мм/ч		<30	30–50	>50

**Примечание.** СОЭ — скорость оседания эритроцитов.

Учитывая, что терапевтическая тактика лечения язвенного колита связана с тяжестью заболевания, представляет интерес попытка объективизации определения степени тяжести заболевания и активности патологического процесса В.Н. Копейкина и Л.И. Лозовской (1999).

**Таблица 2.4.** Степень активности язвенного колита, баллы

Критерий	Степень выраженности признака, баллы				
	0	1	2	3	4
Частота стула, количество раз в сутки	1–2	3–4	5–6	Более 6 или наличие ночных дефекаций при меньшем их количестве	—
Наличие крови в стуле	Нет	Визуальные следы в форме отдельных капель или прожилок	Видимая в умеренном количестве кровь	Кровь, слизь и гной в большом количестве	—

Окончание табл. 2.4

Критерий	Степень выраженности признака, баллы				
	0	1	2	3	4
Эндоскопическая активность процесса (критерии других авторов)	Отсутствие признаков воспаления	I степень активности	II степень активности	III степень активности	—
Протяженность воспаления	Проктит, проктосигмоидит	Левостороннее (дистальное уровня селезеночной кривизны) поражение	Тотальный колит	Тотальное поражение толстой кишки с наличием ретроградного илеита	—
Изменение СОЭ	Нормальная (до 10 мм/ч)	Повышенная (11–20 мм/ч)	Выраженное повышение (21–30 мм/ч)	Значительное повышение (>31 мм/ч)	—
Общее состояние	Без внекишечных проявлений	Умеренные внекишечные проявления: артралгии, артриты, гепатомегалия, поражения и ее придатков	Внекишечные поражения паренхиматозных органов (неактивные и умеренной активности, гепатит, ГН, панкреатит)	Внекишечные изменения паренхиматозных органов высокой активности, наличие осложнений	Сочетанные активные поражения нескольких паренхиматозных органов

**Примечание.** ГН — гломерулонефрит.

На основании учета перечисленных выше параметров определяют степень тяжести болезни:

- от 0 до 4-й — фаза ремиссии;
- от 5 до 9-й — легкая степень;
- от 10 до 14-й — среднетяжелая степень;
- от 15 до 19-й — тяжелое течение.

**Болезнь Крона** — хроническое гранулематозное воспалительное заболевание кишечника, поражающее в той или иной степени все части пищеварительного канала — от полости рта до ануса и перианальных складок, для которого типичны трансмуральные поражения стенки кишечника.

**Классификация болезни Крона (Левитан М.Х. и др., 1974)**

1. По локализации патологического процесса:
  - энтерит (илеит);
  - энтероколит (илеоколит);
  - колит;
  - верхние отделы желудочно-кишечного тракта.
2. По тяжести клинических проявлений:
  - легкая форма;
  - среднетяжелая форма;
  - тяжелая форма.
3. По течению болезни:
  - острое (до 6 мес);
  - хроническое (после 6 мес);
  - рецидивирующее;
  - непрерывное.

**Таблица 2.5.** Индекс клинической активности болезни Крона (Best W. et al., 1976)

Симптом	Степень выраженности признака, баллы					Коэффициент умножения
	—	—	—	—	—	
Число эпизодов жидкого стула в неделю	—	—	—	—	—	2
Степень абдоминальных болей	Нет (0)	Незначительные (1)	Значительные (2)	Сильные, до непереносимых (3)	—	3
Изменение общего состояния	Нет (0)	Незначительное (1)	Значительное (2)	Тяжелое (3)	Крайне тяжелое (4)	7
Внекишечные симптомы, в том числе анальные трещины, свищи, абсцессы	Нет (0)	Да (1)	—	—	—	20

Окончание табл. 2.5

Симптом	Степень выраженности признака, баллы					Коэффициент умножения
	Нет (0)	Да (1)	—	—	—	
Необходимость симптоматического лечения по поводу диареи	Нет (0)	Да (1)	—	—	—	30
Наличие участка резистентности при пальпации живота	Нет (0)	Сомнительно (2)	Достоверно (5)	—	—	10
Показатели гематокрита (женщины — 42, мужчины — 47)	Нет (0)	Да (1)	—	—	—	6
Масса тела (масса тела пациента/ нормальная масса тела)	Да (1)	—	—	—	—	100

**Примечание.** Менее 150 баллов — ремиссия; от 150 до 450 — обострение; более 450 — тяжелое обострение.

### Венская классификация болезни Крона (Gasche C. et al. // *Inflammatory Bowel Diseases.* — 2000. — Vol. 6. — P. 8-15)

1. Возраст, в котором установлен диагноз (*age*).
  - A1 — до 40 лет.
  - A2 — 40 лет и старше.
2. Локализация процесса (*location*).
  - L1 — терминальный илеит.
  - L2 — толстая кишка.
  - L3 — сочетанное тонко- и толстокишечное поражение.
  - L4 — верхние отделы пищеварительного тракта.
3. Характер течения (*behaviour*).
  - B1 — нет стриктур, нет пенетрации.
  - B2 — стриктуры.
  - B3 — пенетрация.



**Таблица 2.6.** Критерии достоверного диагноза болезни Крона по Lennard–Jones (1989)

Критерий	Оценка
Поражение от полости рта до анального канала: хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек, пилородуоденальное поражение	Достоверный диагноз устанавливают при наличии как минимум трех относительных критериев (от 1 до 6), а при выявлении гранулемы — еще одного относительного критерия (от 1 до 6)
Прерывистый характер поражения	
Трансмуральный характер поражения: язвы/трещины, абсцессы, свищи	
Фиброз: стриктуры	
Лимфоидная ткань (гистология): афтозные язвы или трансмуральные лимфоидные скопления	
Муцин (гистология): нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки	
Гранулемы	

**Таблица 2.7.** Классификация внекишечных проявлений болезни Крона

Критерий	Характеристика внекишечных проявлений
В зависимости от локализации кишечного поражения	Сочетающиеся с поражением толстой кишки: кожа, глаза, суставы, полость рта, печень и желчевыводящая система
	Сочетающиеся с поражением тонкой кишки: недостаточность питания, мочекаменная болезнь и ЖКБ, гидронефроз
	Неспецифические: амилоидоз, остеопороз, анемия
В зависимости от степени активности воспалительного процесса в кишке	При высокой активности: артриты, узловая эритема, ирит/увеит, анемия
	При средней активности: гангренозная пиодермия
	Не связанные с воспалением: склерозирующий холангит, АС, сакроилеит

**Примечание.** АС — анкилозирующий спондилит; ЖКБ — желчнокаменная болезнь. Остальные, более редко встречаемые внекишечные проявления болезни Крона имеют аутоиммунную природу и либо возникают при обострении поражения кишки, либо предшествуют ему. К таким проявлениям относятся ирит и эписклерит, афтозный стоматит, васкулиты (чаще бывает флебит), кожные поражения (узловая эритема и гангренозная пиодермия). Склерозирующий холангит, в отличие от других аутоиммунных проявлений, обычно прогрессирует вне зависимости от тяжести поражения кишки. К неаутоиммунным внекишечным проявлениям болезни Крона относятся моче- и желчнокаменная болезни.

### Примеры формулировок диагноза

1. Неспецифический язвенный колит, рецидивирующее течение, средней тяжести, с поражением прямого и сигмовидного отделов толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза затухающего обострения (K51.3).
2. Неспецифический язвенный колит, острая форма, быстро прогрессирующее течение с тотальным поражением толстой кишки, токсическая дилатация кишки, септицемия (K51.0).
3. Неспецифический язвенный колит, преимущественно проктосигмоидит, эрозивно-геморрагическая форма с латентным течением, фаза ремиссии (K51.3).
4. Болезнь Крона, среднетяжелая форма, хроническое течение в фазе обострения. Гранулематозный колит с преимущественным поражением слепой кишки. Артрит правого плечевого сустава (K50.1).
5. Неспецифический язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, в фазе обострения, средней степени тяжести, дистальная форма (проктосигмоидит). Узловатая эритема. Двусторонний гонартроз (K51.2).

## 2.7. ЦЕЛИАКИЯ

**Целиакия** — хроническое и прогрессирующее заболевание, характеризующееся диффузной атрофией слизистой оболочки тонкой кишки, которая развивается в результате непереносимости белка (глутена) клейковины злаков. Тяжесть заболевания оценивается в зависимости от выраженности синдрома мальабсорбции и продолжительности болезни. Целиакия — иммунозависимое заболевание, которое поражает прежде всего желудочно-кишечный тракт и характеризуется хроническим воспалением слизистой оболочки тонкой кишки, которое может приводить к атрофии ворсинок кишечника, мальабсорбции и различным клиническим проявлениям у детей и взрослых. Кишечные симптомы могут включать диарею, абдоминальные спазмы, боли и напряжение. Нелеченая целиакия может привести к витаминной и минеральной недостаточности, остеопорозу и другим экстраинтестинальным проблемам.

### Коды по МКБ-10

- **K90. Нарушения всасывания в кишечнике.**
  - K90.0. Целиакия.
  - K90.1. Тропическая спру.

- K90.2. Синдром слепой петли, не классифицированный в других рубриках.
- K90.3. Панкреатическая стеаторея.
- K90.4. Нарушения всасывания, обусловленные непереносимостью, не классифицированные в других рубриках.
- K90.8. Другие нарушения всасывания в кишечнике.
- K90.9. Нарушение всасывания в кишечнике неуточненное.

### **Классификация субфенотипов целиакии (Парфенов А.И., 2005)**

*Классическая целиакия.* Доминируют симптомы и последствия гастроинтестинальной мальабсорбции. Диагноз устанавливается на основании серологических тестов, биопсийных признаков ворсинчатой атрофии и улучшения симптомов на фоне аглютеновой диеты.

Для *целиакии с атипичными симптомами* характерно доминирование экстраинтестинальных симптомов над гастроинтестинальными. Распознавание типичных особенностей течения целиакии стало возможным вследствие новых данных о ее распространенности. Так же как и в случае классической целиакии, диагноз устанавливается на основании серологических тестов, биопсийных признаков ворсинчатой атрофии и улучшения симптомов на фоне аглютеновой диеты.

*Бессимптомная целиакия* устанавливается индивидуумам, которые асимптоматичны, но имеют позитивные серологические тесты и атрофию ворсинок на биопсии. Подобные случаи выявляются во время скрининга групп высокого риска; атрофия ворсинок может быть случайно обнаружена при эндоскопии или биопсии, проводимой по другому поводу.

*Латентная целиакия* определяется при позитивных серологических тестах при отсутствии атрофии ворсинок при биопсии. В подобных случаях отсутствуют клинические проявления, но они могут появиться в сочетании или без гистологических изменений.

*Осложнения целиакии* обычно появляются через много лет после начала заболевания и обычно наблюдаются у взрослых. О рефрактерной целиакии говорят при персистенции симптомов и кишечного воспаления, несмотря на аглютеновую диету. Она может встречаться в контексте ульцеративного еунита и быть ранним проявлением интестинальной лимфомы.

Во многих исследованиях сообщается о повышенном риске неходжкинской лимфомы при целиакии, однако часто нет различий между классической целиакией, ассоциированной с лимфомой (*Enteropathy Associated T-cell Lymphoma* — EATL), и другими субтипами. EATL встре-

чается у людей, которым диагноз установлен в детстве. Несмотря на повышение риска, лимфома остается очень редким осложнением. Некоторые исследования свидетельствуют о том, что аглютенная диета снижает риск возникновения лимфомы. Кроме того, увеличивается риск аденокарциномы тонкой кишки и имеются некоторые данные в пользу того, что повышается риск карциномы в любом участке гастроинтестинального тракта. Частота всех причин смерти при клинически диагностированной целиакии вдвое выше, чем в контрольной популяции.

### Классификация целиакии

1. Формы:
  - типичная;
  - атипичная (малосимптомная);
  - скрытая (латентная).
2. Периоды:
  - активный;
  - ремиссия.

Общепринятой классификации нет. Выделение первичной и вторичной целиакии, а также синдрома целиакии нецелесообразно, поскольку сходные состояния, которые могли бы быть обозначены как вторичная целиакия или синдром целиакии, таковыми не являются. Целиакия — всегда первичное заболевание, не поддающееся радикальному лечению. Вышеперечисленные термины вводят в заблуждение врача и пациента, оставляя надежду на излечение от целиакии, и, как следствие, могут стать причиной отмены безглютеновой диеты.

### Пример формулировки диагноза

Целиакия, типичная форма, активный период. Синдром мальабсорбции средней степени тяжести (K90.0).

## 2.8. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

**Синдром раздраженного кишечника (СРК)** — расстройства моторной и секреторной функций кишечника, преимущественно толстой кишки, без структурных изменений органов.

### Коды по МКБ-10

- **K58. СРК (включая синдром раздраженной ободочной кишки).**
  - K58.0. СРК с диареей.
  - K58.9. СРК без диареи.

## Клиническая классификация синдрома раздраженного кишечника (Weber F., McCallum R., 1992)

1. С преобладанием болевого синдрома и метеоризма.
2. С преобладанием диареи.
3. С преобладанием запоров.

### Бристольская шкала формы кала

Тип 1 — отдельные, твердые, ореховидные комки, труднопроходящие.

Тип 2 — колбасовидный, комковатый.

Тип 3 — колбасовидный, с трещинами на поверхности.

Тип 4 — колбасо- или змеевидный, гладкий и мягкий.

Тип 5 — мягкие комки с четкими краями, легко проходящие через прямую кишку.

Тип 6 — пушистые, рваные кусочки, пористые.

Тип 7 — водянистый, без твердых кусочков, полностью жидкий.

**Таблица 2.8.** Разделение синдрома раздраженного кишечника по преобладающей форме стула

Показатель	Форма стула
СРК с преобладанием запора (СРК-С)	Твердый или комковатый стул* >25% и жидкий или водянистый стул** <25% дефекаций***
СРК с преобладанием диареи (СРК-Д)	Жидкий или водянистый стул** >25% и твердый или комковатый стул* <25% дефекаций***
Смешанный СРК (СРК-М)	Твердый или комковатый стул* >25% и жидкий или водянистый стул** >25% дефекаций***
Неклассифицируемый СРК	Патологическая консистенция стула, соответствующая критериям СРК-С, -Д или -М***

\* Бристольская шкала формы кала, типы 1–2.

\*\* Бристольская шкала формы кала, типы 6–7.

\*\*\* Без применения антидиарейных или слабительных средств.

### Симптомы тревоги при синдроме раздраженного кишечника

*Жалобы и анамнез:* немотивированная потеря массы тела; ночная симптоматика; постоянные интенсивные боли в животе как единственный ведущий симптом поражения желудочно-кишечного тракта; начало в пожилом возрасте; рак толстой кишки у родственников.

*Физикальное обследование:* лихорадка, изменения в статусе (гепато-, спленомегалия).

*Лабораторные показатели:* кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ, изменения биохимии крови.

Внекишечные проявления у пациентов с СРК:

- дизурия;
- раннее насыщение;
- тошнота;
- фибромиалгия;
- диспареуния;
- боли в пояснице;
- головная боль.

### Пример формулировки диагноза

СРК с преобладанием запоров (K58.9).

## 2.9. ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ КИШЕЧНИКА

**Дивертикулы кишечника** — это выпячивания его стенок различной формы и величины. Бывают единичные и множественные (дивертикулез), истинные, состоящие из слизистой, мышечной и серозной оболочек, и ложные, проявляющиеся выпячиванием слизистой оболочки через дефекты мышечной оболочки.

### Коды по МКБ-10

#### • K57. Дивертикулярная болезнь кишечника.

- K57.0. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с прободением и абсцессом.
- K57.1. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки без прободения или абсцесса.
- K57.2. Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом.
- K57.3. Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения или абсцесса.
- K57.4. Дивертикулярная болезнь и тонкой, и толстой кишки с прободением и абсцессом.
- K57.5. Дивертикулярная болезнь и тонкой, и толстой кишки без прободения или абсцесса.
- K57.8. Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, с прободением и абсцессом.
- K57.9. Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, без прободения или абсцесса.

### **Классификация дивертикулов (Ивашкин В.Т., 2003)**

- I. Врожденные (например, дивертикул Меккеля) и приобретенные.
- II. Истинные и ложные.
- III. По локализации:
  - тонкой кишки;
  - толстой кишки.
- IV. Осложнения:
  - острый (хронический) дивертикулит — возникает вследствие микроперфорации стенки дивертикула и присоединения инфекционного процесса, развивается у 10–25% больных с дивертикулярной болезнью;
  - перидивертикулит — локализованный воспалительный процесс, промежуточная стадия между дивертикулитом и формированием абсцесса;
  - абсцесс (возможен внутрстеночный микроабсцесс);
  - стеноз кишки и кишечная непроходимость (спаечный процесс вокруг дивертикула, в отличие от других осложнений, развивается постепенно);
  - перфорация дивертикула с развитием перитонита;
  - кишечное кровотечение;
  - свищи;
  - синдром избыточного бактериального роста.

### **Пример формулировки диагноза**

Дивертикулярная болезнь кишечника, истинные дивертикулы толстой кишки, преимущественно сигмовидной (K57.3). Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике (K52).

## **2.10. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ**

**Хронический панкреатит (ХП)** — группа заболеваний ПЖ различной этиологии, преимущественно воспалительной природы с фазово-прогрессирующим очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными изменениями ее экзокринной части, атрофией железистых элементов (панкреоцитов) и замещением их соединительной (фиброзной) тканью; изменениями в протоковой системе ПЖ с образованием кист и конкрементов с различной степенью нарушения экзо- и эндокринной функций.

**Коды по МКБ-10**

- **K86. Другие болезни поджелудочной железы.**
  - K86.0. ХП алкогольной этиологии.
  - K86.1. Другие ХП.
  - K86.2. Киста поджелудочной железы.
  - K86.3. Ложная киста поджелудочной железы.
  - K86.8. Другие уточненные болезни поджелудочной железы.
  - K86.9. Болезнь поджелудочной железы неуточненная.

**Диагностика начала ХП по системе Mannheim**

Наличие одного из следующих критериев:

- первый эпизод (приступ) абдоминальной боли;
- впервые развившийся острый панкреатит (ОП);
- первое появление клинических проявлений экзо- или эндокринной недостаточности ПЖ.

Множественные факторы риска ФР по классификации Mannheim:

- *multiple* — многофакторная классификация;
- *alcohol* — злоупотребление алкоголем;
- *nicotine* — влияние никотина;
- *nutrition* — нутритивные факторы;
- *heredity* — наследственность;
- *effluent pancreatic duct factors* — факторы, влияющие на диаметр панкреатических протоков и отток секрета ПЖ;
- *immunological factors* — иммунологические факторы;
- *miscellaneous and metabolic factors* — различные другие и метаболические факторы.

**Таблица 2.9.** Многофакторная классификация хронического панкреатита по Mannheim

<b>Множественные ФР</b>	
А	Употребление алкоголя: <ul style="list-style-type: none"> <li>• чрезмерное (&gt;80 г в день);</li> <li>• высокие дозы (20–80 г в день);</li> <li>• умеренное (&lt;20 г в день)</li> </ul>
N	Воздействие никотина: среди курильщиков вычисление параметра пачко-лет
N	Пищевые факторы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• особенности питания (например, высокое потребление жиров и дефицит белков);</li> <li>• гиперлипидемия</li> </ul>



<b>Множественные ФР</b>	
<b>Н</b>	<p>Наследственные факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• наследственный панкреатит;</li> <li>• семейный панкреатит;</li> <li>• идиопатический панкреатит с ранними проявлениями;</li> <li>• идиопатический панкреатит с поздними проявлениями;</li> <li>• тропический панкреатит (возможны мутации в генах PRSS1, CFTR и SPINK1)</li> </ul>
<b>Е</b>	<p>Факторы, влияющие на диаметр панкреатических протоков и отток секрета ПЖ (эфферентные факторы):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pancreas divisum</i>;</li> <li>• кольцевидная ПЖ и другие ее аномалии;</li> <li>• блокада протоков ПЖ (например, опухолью);</li> <li>• посттравматические рубцовые стенозы протоков ПЖ;</li> <li>• дисфункция сфинктера Одди</li> </ul>
<b>И</b>	<p>Иммунологические факторы. Аутоиммунный панкреатит:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ассоциированный с синдромом Гужеро—Шегрена;</li> <li>• ассоциированный с воспалительными заболеваниями кишечника;</li> <li>• ассоциированный с аутоиммунными заболеваниями (например, с первичным склерозирующим холангитом, первичным билиарным циррозом)</li> </ul>
<b>М</b>	<p>Различные редкие и метаболические факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• гиперкальциемия и гиперпаратиреоз;</li> <li>• ХПН;</li> <li>• лекарственный панкреатит;</li> <li>• токсический панкреатит</li> </ul>

**Примечание.** ХПН — хроническая почечная недостаточность.

## Клинические стадии хронического панкреатита

### Бессимптомная фаза

- 0-я стадия — субклинический ХП.
  - Период без симптомов (определяется случайно, например, при аутопсии).
  - ОП — первый эпизод (возможно, является началом ХП).
  - ОП с тяжелыми осложнениями.

### ХП с клинической манифестацией

- I стадия — без недостаточности ПЖ.
  - Рецидив ОП (между эпизодами ОП боль отсутствует).
  - Рецидивирующая или постоянная абдоминальная боль (в том числе боль между эпизодами ОП).
  - Стадии Ia/Ib с тяжелыми осложнениями.

Пациентов с первым эпизодом ОП (при отсутствии симптомов ХП), но с ФР развития ХП (например, с алкогольным анамнезом), следует отнести к стадии 0b при отсутствии морфологических и функциональных изменений со стороны ПЖ. Если же имеют место проявления ХП (например, кальцинация ПЖ), то таких пациентов относят к стадии Ia.

- II стадия — экзо- или эндокринная недостаточность ПЖ.
  - Изолированная экзо- или эндокринная недостаточность (без боли).
  - Изолированная экзо- или эндокринная недостаточность (с болью).
  - Стадии IIa/IIb с тяжелыми осложнениями.
- III стадия — экзо- и эндокринная недостаточность ПЖ в сочетании с болью.
  - Экзо- и эндокринная недостаточность ПЖ (с болью, в том числе требующей лечения анальгетиками).
  - Стадия IIIa с тяжелыми осложнениями.
- IV стадия — уменьшение интенсивности боли (стадия «перегорания» ПЖ).
  - Экзо- и эндокринная недостаточность ПЖ при отсутствии боли, без тяжелых осложнений.
  - Экзо- и эндокринная недостаточность ПЖ при отсутствии боли, с тяжелыми осложнениями.

### **Определение тяжелых осложнений по системе M-ANNHEIM**

1. Потенциально обратимые.
  - Стеноз соседних органов (ДПК, толстой кишки, общего желчного протока).
  - Желудочно-кишечное кровотечение.
  - Асцит.
  - Плевральный выпот.
  - Изменения костей.
  - Псевдоаневризма.
  - Свищ ПЖ.
2. Необратимые осложнения.
  - Тромбоз воротной или селезеночной вены с портальной гипертензией или без нее.
  - Рак ПЖ.

## Диагностические критерии хронического панкреатита

Диагноз ХП подразумевает наличие типичной клинической картины ХП (например, рецидивирующие панкреатические атаки, абдоминальная боль). На основе этой клинической картины выделяют три формы ХП.

I. Определенный ХП (один или несколько из следующих критериев):

- кальцинация ПЖ;
- умеренные или тяжелые изменения протоков ПЖ (по Кембриджской классификации);
- выраженная постоянная экзокринная недостаточность ПЖ (например, стеаторея, которая значительно уменьшается при приеме ферментов);
- типичная для ХП гистологическая картина.

II. Вероятный ХП (один или несколько из следующих критериев):

- легкие изменения протоков (по Кембриджской классификации);
- псевдокиста(ы) — постоянно существующая или рецидивирующая;
- патологические результаты функциональных тестов (показателей фекальной эластазы-1, секретинового теста, секретин-панкреозиминового теста);
- эндокринная недостаточность (например, патологические результаты теста толерантности к глюкозе).

III. Пограничный ХП имеет типичную клиническую картину панкреатита, но при отсутствии критериев вероятного или определенного ХП. Эта форма предполагается при развитии первого эпизода ОП при наличии или отсутствии следующих факторов:

- семейный анамнез заболеваний ПЖ (например, другие члены семьи также болели ОП или раком ПЖ);
- имеют место ФР по системе M-ANNHEIM.

**Алкогольный панкреатит** — дополнительно к критериям определенного, вероятного или пограничного ХП требует наличия одного из следующих факторов.

- Чрезмерное потребление алкоголя в анамнезе (для мужчин — >80 г в день на протяжении нескольких лет, для женщин — меньшие дозы).
- Избыточное потребление алкоголя в анамнезе (20–80 г в день на протяжении нескольких лет).
- Умеренное потребление алкоголя в анамнезе (<20 г в день на протяжении нескольких лет).

**Таблица 2.10.** Кембриджская классификация хронического панкреатита: критерии визуализации

Степень тяжести	Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография	Наличие признаков	УЗИ/КТ
Норма	Нормальные главный и боковые протоки	—	Нормальные размеры и форма железы, гомогенная паренхима, ширина главного протока менее 2 мм
Сомнительный ХП	Главный проток нормальный; менее трех измененных боковых протоков	Наличие только одного патологического признака	Главный проток расширен до 2–4 мм, умеренное увеличение железы (не более чем в 2 раза), неоднородная паренхима
Легкая	Главный проток нормальный, три измененных боковых протока и более	Два патологических признака и более	Ширина главного протока 2–4 мм, неравномерная ширина протоков, умеренное увеличение железы в размере (не более чем в 2 раза), неоднородность паренхимы с участками повышенной и пониженной эхогенности
Умеренная	Измененный главный проток и его ответвления (>3)	—	Полости (<10 мм), повышение эхогенности стенки и неравномерный просвет главного протока, неравномерный контур железы за счет ее локальных увеличений

Окончание табл. 2.10

Степень тяжести	Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография	Наличие признаков	УЗИ/КТ
Тяжелая	Большие полости (>10 мм). Внутрипротоковые кальцинаты. Обструкция и стриктуры протоков. Существенное расширение или неравномерность главного протока	Один патологический признак и более	Большие полости (>10 мм), очаги панкреонекроза, внутрипротоковые кальцинаты, дефекты наполнения протоков (компьютерная томография с внутривенным контрастированием), обструкция протоков (ширина >4 мм), неравномерность главного протока, значительное увеличение железы в размерах (более чем в 2 раза), изменения соседних органов

Таблица 2.11. Оценка степени тяжести хронического панкреатита по системе M-ANNHEIM

Особенности ХП	Характеристика признака	Оценка, баллы
<i>Боль</i>		
При отсутствии лечения боли нет	Нет необходимости в назначении медикаментов для ослабления боли	0
Рецидивный ОП	Между эпизодами ОП боли нет	1
Боль исчезает при назначении медикаментов	При приеме анальгетиков и/или эндоскопическом лечении боль исчезает	2
Периодическая боль	Есть периоды, когда боль отсутствует независимо от наличия или отсутствия медикаментозного лечения, возможны эпизоды ОП	3
	Пациенты постоянно жалуются на боль независимо от того, какое лечение проводится; возможны эпизоды ОП	4

Окончание табл. 2.11

Особенности ХП	Характеристика признака	Оценка, баллы
<i>Контроль за болью</i>		
	Нет необходимости в медикаментах	0
	Необходимы ненаркотические или слабые наркотические анальгетики	1
	Необходимы мощные опиоидные анальгетики или эндоскопическое вмешательство	2
<i>Хирургическое лечение</i>		
	Хирургические операции на ПЖ по любым показаниям	4
<i>Экзокринная недостаточность ПЖ</i>		
	Отсутствие	0
	Наличие легкой, умеренной или необъяснимой экзокринной недостаточности, которая не требует ферментной заместительной терапии (в эту категорию включают и пациентов, которые жалуются на периодическую диарею)	1
	Доказанная экзокринная недостаточность ПЖ (по данным функциональных тестов) или тяжелая панкреатическая недостаточность, подтвержденная количественным исследованием жира в кале (>7 г жира/24 ч), причем проявления этой недостаточности исчезают или значительно уменьшаются при приеме ферментных препаратов	2
<i>Эндокринная недостаточность</i>		
	Отсутствие сахарного диабета (СД)	0
	Наличие СД	4
<i>Структурные изменения ПЖ по результатам визуализации (оценка по Кембриджской классификации)</i>		
	Норма	0
	Сомнительный ХП	1
	Легкие изменения	2
	Умеренные изменения	3
	Тяжелые изменения	4
<i>Тяжелые осложнения со стороны внутренних органов (не включены в Кембриджскую классификацию)</i>		
	Отсутствие осложнений	0
	Обратимые осложнения	2
	Необратимые осложнения	4

Градацию панкреатической боли проводят по сумме особенностей течения болевого синдрома и необходимости назначения различных анальгетиков. Например, если пациенту необходимы мощные наркотические анальгетики (2 балла) и у него отмечаются периодические панкреатические атаки ОП (3 балла), то тяжесть боли оценивают в 5 баллов.

В расчет индекса степени тяжести ХП (табл. 2.12) включают все оперативные вмешательства на ПЖ и все тяжелые осложнения панкреатита, начиная с первых проявлений заболевания и далее на протяжении всего анамнеза. Если у пациента имели место два тяжелых осложнения и более, то каждое из них отдельно включают в расчет индекса тяжести ХП.

Поскольку функциональные тесты для оценки внешнесекреторной функции ПЖ недостаточно чувствительны для выявления легкой или умеренной экзокринной недостаточности, периодическое послабление стула в сочетании с описанием характерного для ХП кала («панкреатический стул» — светлый, обильный, остатки непереваренной пищи), даже при нормальных результатах функциональных тестов, следует трактовать как внешнесекреторную недостаточность ПЖ и оценивать в 1 балл.

**Таблица 2.12.** Индекс степени тяжести хронического панкреатита по системе M-ANNHEIM

Индекс степени тяжести	Соответствующая степень тяжести	Баллы
M-ANNHEIM A	Минимальная	0–5
M-ANNHEIM B	Умеренная	6–10
M-ANNHEIM C	Средняя	11–15
M-ANNHEIM D	Выраженная	16–20
M-ANNHEIM E	Тяжелая	>20

### Пример формулировки диагноза

Хронический определенный, алкогольный панкреатит, IIIa стадия, индекс степени тяжести D (M-ANNHEIM) (K86.0).

## 2.11. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

**Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)** — заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина, желчных кислот и/или билирубина и характеризующееся образованием камней в желчном пузыре и/или в желчных протоках.

**Коды по МКБ-10****• К80. Желчнокаменная болезнь (холелитиаз).**

- К80.0. Камни желчного пузыря с острым холециститом.
- К80.1. Камни желчного пузыря с другим холециститом.
- К80.2. Камни желчного пузыря без холецистита.
- К80.3. Камни желчного протока с холангитом.
- К80.4. Камни желчного протока с холециститом.
- К80.5. Камни желчного протока без холангита или холецистита.
- К80.8. Другие формы холелитиаза.

**• К81. Холецистит.**

- К81.0. Острый холецистит.
- К81.1. Хронический холецистит.
- К81.8. Другие формы холецистита.
- К81.9. Холецистит неуточненный.

**• К82. Другие болезни желчного пузыря.**

- К82.0. Закупорка желчного пузыря.
- К82.1. Водянка желчного пузыря.
- К82.2. Прободение желчного пузыря.
- К82.3. Свищ желчного пузыря.
- К82.4. Холестероз желчного пузыря.
- К82.8. Другие уточненные болезни желчного пузыря.
- К82.9. Болезнь желчного пузыря неуточненная.

**Классификация желчнокаменной болезни (Ильченко А.А., 2002)**

I стадия — начальная, или предкаменная.

1. Густая неоднородная желчь.
2. Формирование билиарного сладжа.
  - Наличие микролитов.
  - Наличие замазкообразной желчи.
  - Сочетание замазкообразной желчи с микролитами.

II стадия — формирование желчных камней.

1. По локализации.
  - В желчном пузыре.
  - В общем желчном протоке.
  - В печеночных протоках.
2. По количеству конкрементов.
  - Одиночные.
  - Множественные.



3. По составу.

- Холестериновые.
- Пигментные.
- Смешанные.

4. По клиническому течению.

- Латентное течение.
- С наличием клинических симптомов:
  - ✧ болевая форма с типичными желчными коликами;
  - ✧ диспепсическая форма;
  - ✧ под маской других заболеваний.

III стадия — хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

IV стадия — осложнения.

### **Примеры формулировок диагноза**

1. ЖКБ: множественные смешанные конкременты желчного пузыря (или одиночный крупный конкремент, кальцинированный). Латентное течение (K80.2).
2. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит. Дисфункция желчного пузыря по гипомоторному типу (K80.2).

## **2.12. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

### **Постхолецистэктомный синдром (Григорьев П.Я., 2004)**

Рецидивирующие боли в эпигастральной области и диспепсические расстройства в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде после холецистэктомии могут быть вызваны следующими состояниями.

- I. Состояниями, вызванными непосредственно хирургическими проблемами (сложностями, ошибками). Сюда относятся позднее проведение операции (миграция камня в общий желчный проток и/или острый холецистит), неполное обследование до и во время операции (резидуальный холедохолитиаз), хирургические неудачи (повреждение протоков, оставление длинной культы пузырного протока и др.).