

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенным колитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Методические рекомендации посвящены организации диспансерного наблюдения взрослых пациентов с язвенным колитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Документ разработан с учетом современных клинических рекомендаций по язвенному колиту и действующих нормативных документов.

В рекомендациях представлены основные сведения о заболевании, включая определение язвенного колита, особенности его течения, эпидемиологические данные, критерии установления и диагноза. Особое внимание уделено алгоритму диспансерного наблюдения пациента: сбору жалоб и анамнеза, физикальному обследованию, лабораторным и инструментальным исследованиям, критериям достижения целевых показателей здоровья, показания к направлению пациента к врачам-специалистам. Рассмотрены вопросы диетотерапии, нутритивной поддержки и хирургического лечения, а также профилактики осложнений и колоректального рака.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов, колопроктологов и других специалистов, участвующих в ведении пациентов с язвенным колитом. Их применение направлено на повышение качества диспансерного наблюдения и обеспечение преемственности между специалистами.

Ключевые слова: язвенный колит, диспансерное наблюдение, первичное звено здравоохранения, врач-терапевт, воспалительные заболевания кишечника.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Маммаев С.Н. — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии №1 ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Министерства здравоохранения Российской Федерации Минздрава России по Северо-Кавказскому федеральному округу (Махачкала, Россия)

Осипенко М.Ф. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России (Новосибирск, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 6 от 23 июня 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О.М., Бакулин И.Г., Ливзан М.А., Князев О.В., Бордин Д.С., Жарова М.Е., Шепель Р.Н. Диспансерное наблюдение пациентов с язвенным колитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2026;3(2S):202-240. doi: 10.15829/3034-4123-2026-159. EDN: XPVTGM

Драпкина О.М.^{1,2},
Бакулин И.Г.³,
Ливзан М.А.⁴,
Князев О.В.^{5,6},
Бордин Д.С.^{5,2,7},
Жарова М.Е.^{1*},
Шепель Р.Н.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, Омск, Российская Федерация

⁵ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова" Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация

⁶ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

⁷ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
zharowa.mariya@yandex.ru

Поступила: 23.06.2026
Принята: 26.06.2026



Follow-up care for patients with ulcerative colitis by a primary care physician. Guidelines

These guidelines address the management of outpatient follow-up care for adult patients with ulcerative colitis by a primary care physician. The document was developed taking into account current clinical guidelines for ulcerative colitis and current regulatory documents.

The guidelines provide basic information about the disease, including the definition of ulcerative colitis, clinical course, epidemiological data, and diagnosis criteria. Particular attention is paid to the algorithm for outpatient follow-up care (complaint and history collection, physical examination, paraclinical investigations, criteria for achieving health goals, and indications for referral to specialist physicians). Diet therapy, nutritional support, and surgical treatment are discussed, as well as the prevention of complications and colorectal cancer.

The guidelines are intended for internists, general practitioners, gastroenterologists, proctologists, and other specialists involved in the care of patients with ulcerative colitis. Their use is aimed at improving the quality of follow-up care and ensuring continuity between specialists.

Keywords: ulcerative colitis, clinical follow-up, primary care, general practitioner, inflammatory bowel disease.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Bakulin I. G., Livzan M. A., Knyazev O. V., Bordin D. S., Zharova M. E., Shepel R. N. Follow-up care for patients with ulcerative colitis by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2026;3(2S):202-240. doi: 10.15829/3034-4123-2026-159. EDN: XPVTGM

Drapkina O. M.^{1,2},
Bakulin I. G.³,
Livzan M. A.⁴,
Knyazev O. V.^{5,6},
Bordin D. S.^{5,2,7},
Zharova M. E.^{1*},
Shepel R. N.¹

¹National Medical Research Center
for Therapy and Preventive Medicine,
Moscow, Russian Federation

²Russian University of Medicine,
Moscow, Russian Federation

³I. I. Mechnikov North-Western
State Medical University, Saint
Petersburg, Russian Federation

⁴Omsk State Medical University,
Omsk, Russian Federation

⁵Loginov Moscow Clinical Scientific
Center, Moscow, Russian Federation

⁶Ryzhikh National Medical
Research Center of Coloproctology,
Moscow, Russian Federation

⁷Tver State Medical University,
Tver, Russian Federation

*Corresponding author:
zharowa.mariya@yandex.ru

Received: 23.06.2026
Accepted: 26.06.2026

ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ДН — диспансерное наблюдение, ЯК — язвенный колит.



Язвенный колит (ЯК) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. При ЯК поражается только толстая кишка, за исключением ретроградного илеита; в патологический процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой и носит диффузный непрерывный характер с распространением от прямой кишки в проксимальном направлении¹.

ЯК относится к группе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) и протекает с чередованием периодов ремиссии и обострения. Обострение ЯК характеризуется появлением типичных симптомов заболевания у пациента, ранее находившегося в стадии клинической ремиссии, прежде всего учащением дефекаций с выделением крови и/или появлением характерных эндоскопических признаков воспаления слизистой оболочки толстой кишки. Ремиссия ЯК определяется исчезновением основных клинических симптомов заболевания и заживлением слизистой оболочки толстой кишки; выделяют клиническую, эндоскопическую и гистологическую ремиссию. Современная стратегия ведения пациентов основана на концепции "лечение до достижения цели" ("treat-to-target"), предполагающей достижение клинической, эндоскопической, и в идеале, гистологической ремиссии с целью предупреждения осложнений и изменения естественного течения заболевания¹.

ЯК представляет собой глобальную проблему здравоохранения с выраженными географическими различиями в заболеваемости и распространенности. Самые высокие показатели заболеваемости ЯК (на 100 тыс. человеко-лет) зарегистрированы в Северной Европе (Фарерские острова — 57,9), Северной Америке (Канада — 23,1) и Австралазии (Австралия — 17,4). Самые высокие показатели распространенности (на 100 тыс. населения) наблюдаются в Северной Европе (Норвегия — 505) и Северной Америке (США — 286). В большинстве регионов заболеваемость составляет от 5 до 15 на 100 тыс., однако в Скандинавии по необъяснимым причинам годовая заболеваемость превышает 40 на 100 тыс. [1-4].

Эпидемиология ЯК отражает общую эволюцию ВЗК как хронических воспалительных заболеваний, ассоциированных с индустриализацией. В соответствии с современной концепцией глобального развития ВЗК выделяют этапы возникновения заболевания, роста заболеваемости, нарастания распространенности и последующего эпидемиологического равновесия. В странах с высоким уровнем дохода заболеваемость ВЗК в целом ста-

билизируется или снижается, однако распространенность остается высокой и продолжает увеличиваться. Напротив, в новых индустриальных странах Азии, Латинской Америки и Ближнего Востока наблюдается быстрый рост заболеваемости, напоминающий эпидемиологические тенденции, ранее характерные для западных стран в XX в. [1-4].

По данным мультицентрового анализа глобального бремени ВЗК за 1990-2017 гг., число пациентов с ВЗК в мире существенно увеличилось: распространенность выросла с 79,5 до 84,3 случая на 100 тыс. населения, а общее число больных ВЗК в 2017 г. составило около 6,9 млн человек, что на 85,1% выше, чем в 1990 г. Прогностические модели для Канады и Шотландии показывают, что к 2030 г. до 1% населения может жить с ВЗК, что подчеркивает значимость данной группы заболеваний для систем здравоохранения [1-4].

Данные о распространенности и заболеваемости ЯК в Российской Федерации остаются ограниченными. До 2017 г. общенациональное эпидемиологическое исследование ВЗК в России не проводилось; имеющиеся сведения основывались преимущественно на региональных регистрах и многоцентровых исследованиях ESCApe, ESCApe-2 и INTENT, что не позволяет в полной мере оценить истинное бремя ЯК в масштабах страны [5-7].

Характерными особенностями течения ВЗК, в том числе и в России, являются поздняя диагностика и старт таргетной терапии, а также превышение сроков терапии глюкокортикостероидами (ГКС) с высокой частотой повторных курсов ГКС. Так, по данным исследования INTENT [7] было продемонстрировано, что пациенты в нашей стране получали от 2 до 7 повторных курсов ГКС до назначения таргетной терапии, что не соответствует национальным и международным клиническим рекомендациям [7].

По последним опубликованным данным, распространенность ВЗК в Московской области достигала 60,7 случая на 100 тыс. населения, в Иркутске — 74,9 случая на 100 тыс. населения, в Республике Татарстан — 40 случаев на 100 тыс. населения, в Новосибирской области — 49 случаев на 100 тыс. населения. Ориентировочно общая заболеваемость ВЗК в России может достигать 4,1 случая на 100 тыс. населения для ЯК и 0,8 случая на 100 тыс. населения для болезни Крона (БК). Распространенность ВЗК оценивается в диапазоне 16,6-29,8 случая на 100 тыс. населения с ежегодно регистрируемым приростом 11,3% для ЯК. Наибольшее число случаев ВЗК, согласно данным Национального регистра, отмечено в Москве и Московской области, Санкт-Петербурге, Кемеровской и Нижегородской областях [5, 7].

¹ Клинические рекомендации "Язвенный колит", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/193_2.

По состоянию на 01.12.2024 в Национальном регистре отражены данные 3827 пациентов, включая 2358 пациентов с ЯК и 1469 пациентов с БК [5,7], на 05.2026 г. — в Северо-Западный регистр пациентов с ВЗК внесены 1710 пациентов, из них 1017 с ЯК и 693 с БК [6, 7]. В российской популяции пациентов с ВЗК, по опубликованным данным, средний возраст дебюта заболевания составляет 35,3 года для ЯК и 31,2 года — для БК. Детальный анализ показал, что средние сроки от начала симптомов до установления диагноза составляют 2,9 года (34,8 мес.) при БК и 1,1 года (13,2 мес.) — при ЯК [7]. По данным Северо-Западного регистра пациентов с ВЗК, у 89,3% пациентов с ЯК период для установления диагноза при наличии симптомов занял 2 года и менее. Однако у 6,2% больных эти сроки составили от 3 до 5 лет, у 3,2% — 6-10 лет, у 1,3% — более 10 лет [6, 7].

Согласно данным российских исследований в настоящее время в Российской Федерации преобладает ЯК с распространенным характером воспаления (левосторонним и тотальным). Европейская популяция демонстрирует значительно более высокие показатели частоты дистального колита, варьирующие в разных странах и разных временных интервалах от 27% до 60% [7]. В некоторых странах отмечен рост заболеваемости ВЗК в возрасте старше 60 лет, что является фактором плохого прогноза ЯК, т.к. у этой категории больных повышена вероятность ранних колэктомий и риск развития колоректального рака, однако, данные национального Регистра пока не свидетельствуют о такой тенденции в России [7].

Учитывая хронический характер заболевания, необходимость длительной иммуносупрессивной терапии, риск хирургических вмешательств и развитие осложнений, пациенты с ЯК требуют диспансерного наблюдения (ДН).

ДН пациентов с ЯК направлено на:

- поддержание бесстероидной ремиссии;
- снижение частоты обострений;
- профилактика и своевременное выявление осложнений (перфорации, кишечные кровотечения, токсическая дилатация, тромбозы, рак толстой кишки);
- мониторинг безопасности и эффективности медикаментозной терапии;
- скрининг злокачественных новообразований;
- профилактику инвалидизации и снижение частоты госпитализаций.

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения ДН пациентов с ЯК являются Клинические рекомендации "Язвенный колит"¹ и стандарт медицинской помощи взрослым при ЯК, утвержденный приказом Минздрава России от 14 декабря 2021 г. № 1144н². ДН пациентов с ЯК врачом-терапевтом³ осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"⁴.

Постановка пациента на ДН должна быть осуществлена в течение трех дней после:

- 1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях⁴.

Диагноз ЯК устанавливается на основании совокупности клинических, лабораторных, эндоскопических, морфологических и инструментальных данных.

Критерии установления диагноза ЯК

Однозначных патогномоничных диагностических критериев ЯК не существует; диагноз выставляется на основании сочетания характерных клинических симптомов и типичных эндоскопических и гистологических изменений¹.

Критериями, учитываемыми при установлении диагноза ЯК, являются:

- *анамнестические данные*: длительность симптомов, характер дебюта, частота и характер стула, наличие примеси крови, тенезмов, ночной диареи, абдоминального болевого синдрома, приема антибиотиков и нестероидных противовоспалительных препаратов, перенесенных кишечных инфекций, факта курения, семейного анамнеза ВЗК и колоректального рака;
- *данные физикального обследования*, включая оценку общего состояния, признаков лихорадки, анемии, дефицита питания, периферических отеков, внекишечных проявлений, признаков перфорации или токсической дилатации толстой кишки, а также обязательный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки;
- *лабораторные данные*: общий анализ крови (анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов), повышение

² Приказ Минздрава России от 14.12.2021 № 1144н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при язвенном колите (диагностика и лечение)". <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202201140011>.

³ Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н.

⁴ Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>.

уровня С-реактивного белка, биохимические маркеры белкового и электролитного обмена, показатели функции печени и почек, исследование кала на токсины *Clostridioides difficile* при обострении, а также исключение острой кишечной инфекции при первой атаке заболевания;

- *эндоскопические данные*: диффузное воспаление слизистой оболочки толстой кишки, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся проксимально, контактная ранимость, исчезновение сосудистого рисунка, эрозии и изъязвления;

- *морфологические данные* биопсии слизистой оболочки толстой кишки, необходимые для верификации диагноза, дифференциальной диагностики и исключения дисплазии при длительном

анамнезе заболевания. К микроскопическим признакам ЯК относятся деформация крипт (разветвленность, разнонаправленность, появление крипт разного диаметра, уменьшение плотности крипт, "укорочение крипт", крипты не достигают подлежащего слоя мышечной пластинки слизистой оболочки), "неровная" поверхность слизистой в биоптате слизистой оболочки, уменьшение числа бокаловидных клеток, базальный плазмцитоз, инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки моноядерными клетками с примесью сегментоядерных лейкоцитов и эозинофилов, наличие крипт-абсцессов и базальных лимфоидных скоплений. Степень воспалительной инфильтрации обычно уменьшается по мере удаления от прямой кишки¹.

ВАЖНО!

Наличие одного изолированного признака не является достаточным для установления диагноза ЯК. Требуется комплексная оценка клинико-лабораторных и инструментальных данных с обязательным исключением инфекционной и другой органической патологии толстой кишки.

ДН пациентов с ЯК представляет собой ключевой элемент стратегии ведения данного заболевания, направленный на изменение его естественного течения, снижение риска осложнений и улучшение долгосрочных клинических исходов.

Таблица

Алгоритм проведения ДН

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
K51 Язвенный колит	Первое посещение: при взятии под ДН, направление пациента на профилактический медицинский осмотр или диспансеризация определенных групп взрослого населения; В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Сбор жалоб с оценкой их динамики: Сбор жалоб у пациента с ЯК является ключевым этапом диспансерного приема и направлен на оценку текущей активности заболевания, выявление признаков обострения, осложнений, внекишечных проявлений, нежелательных явлений терапии и факторов, требующих изменения тактики ведения пациента. Кишечный синдром Частота и характер стула Необходимо уточнить: • количество дефекаций в сутки; • консистенцию стула (жидкий, кашицеобразный, водянистый); • наличие примеси крови, слизи, гноя; • объем кровянистых выделений: прожилки крови, видимая кровь, преимущественно кровь; • наличие ночных дефекаций; • эпизоды недержания; • связь учащения стула с приемом пищи, стрессом, инфекцией, приемом лекарственных препаратов, включая антибиотики и НПВП; • наличие императивных позывов к дефекации; • частоту ложных позывов; • наличие тенезмов; • ощущение неполного опорожнения кишечника. Для ЯК характерны диарея, нередко в ночное время, и примесь крови в стуле. Кровь в стуле является одним из наиболее типичных симптомов заболевания и должна оцениваться на каждом диспансерном приеме. При проктите диарея может отсутствовать, а в клинической картине могут преобладать тенезмы, императивные позывы и ощущение неполного опорожнения прямой кишки, поэтому их необходимо оценивать отдельно, а не только в рамках общего подсчета дефекаций.

⁵ Международная классификация болезней 10-го пересмотра. <https://mkb-10.com/>.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Абдоминальный болевой синдром Необходимо уточнить: • локализация; • интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале; • характер боли: спастическая, схваткообразная, постоянная, распирающая; • связь с приемом пищи/дефекацией, другими провоцирующими факторами; • наличие симптомов кишечной непроходимости (схваткообразные боли, вздутие, задержка стула и газов, появление симптомов раздражения брюшины); • динамику болевого синдрома по сравнению с предыдущим визитом. Для ЯК выраженная боль в животе менее характерна, чем для БК, однако умеренный спастический абдоминальный болевой синдром может наблюдаться, чаще перед дефекацией. Появление выраженной постоянной боли в животе, вздутия, лихорадки, тахикардии, резкой слабости, задержки стула и газов, перитонеальных симптомов или ухудшения общего состояния у пациента с ЯК требует исключения токсической дилатации, перфорации толстой кишки, тяжелого кишечного кровотечения и других осложнений. Признаки системного воспаления и метаболических нарушений Необходимо уточнить наличие: • повышения температуры тела; • общей слабости; • изменение массы тела; • ночной потливости; • снижения аппетита и работоспособности; • тошноты; • сердцебиения; • признаков обезвоживания (жажда, сухость во рту, уменьшение объема мочи, головокружение); • мышечной слабости; • отеков; • симптомов анемии и нутритивных дефицитов (выпадение волос, ломкость ногтей и пр.). Внекишечные проявления Необходимо уточнить: • боли и припухлость суставов, утреннюю скованность, ограничение подвижности; • боли в спине (воспалительный характер боли в нижней части спины); • кожные проявления (узловатая эритема, гангренозная пиодермия и пр.); • симптомы поражения глаз (боль, покраснение, светобоязнь); • симптомы поражения печени и билиарного тракта (кожный зуд; желтушность кожи и склер; потемнение мочи; обесцвечивание кала; боль или тяжесть в правом подреберье). Особое значение имеет выявление симптомов, подозрительных на первичный склерозирующий холангит, поскольку это состояние ассоциировано с ЯК и требует отдельного наблюдения, лабораторного и инструментального контроля, а также более тщательного скрининга колоректального рака, гепатоцеллюлярной и холангиоцеллюлярной карциномы (Приложение 1). Сбор анамнеза Сбор анамнеза у пациентов с ЯК направлен на уточнение характера дебюта заболевания, протяженности поражения толстой кишки, тяжести и варианта течения, частоты обострений, эффективности ранее проводимой терапии, наличия осложнений, внекишечных проявлений и факторов неблагоприятного прогноза. Анамнестические данные являются важной частью клинической оценки пациента с ЯК и должны сопоставляться с результатами лабораторных, эндоскопических, морфологических и инструментальных исследований. При ДН особенно важно оценивать не только исходные сведения о заболевании, но и динамику течения ЯК: частоту рецидивов, длительность ремиссий, потребность в системных ГКС, госпитализациях, изменении терапии и хирургических вмешательствах.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Анамнез данного заболевания • Начало болезни: возраст начала заболевания; характер дебюта (острое или постепенное начало); первые проявления (диарея, боль в животе, снижение массы тела, лихорадка); наличие внекишечных симптомов на момент дебюта, обстоятельства, предшествовавшие дебюту (кишечная инфекция, прием антибиотиков, НПВП, стрессовые факторы, изменение питания, поездки, госпитализация). • Характер течения: длительность заболевания; острое, хроническое непрерывное или хроническое рецидивирующее; частоту обострений за последний год; количество госпитализаций по поводу ЯК; наличие обращений за экстренной или неотложной медицинской помощью. • Протяженность поражения толстой кишки. По данным ранее выполненных обследований уточняется: пораженные отделы толстой кишки (проктит, проктосигмоидит, левосторонний колит, тотальное поражение толстой кишки, наличие ретроградного илеита); динамика протяженности поражения (по данным повторных эндоскопических исследований). Для описания протяженности поражения используется Монреальская классификация ЯК: проктит (Е1), левосторонний колит (Е2), тотальный колит/панколит (Е3). Проктосигмоидит включается в понятие левостороннего ЯК, а тотальный колит включает субтотальное поражение ободочной кишки проксимальнее левого изгиба (Приложение 2). • Тяжесть атак заболевания: тяжесть первой атаки ЯК; тяжесть последнего обострения; частоту тяжелых обострений; потребность в системных ГКС; Для правильного формулирования диагноза и определения тактики лечения следует оценивать тяжесть текущего обострения (атаки), для чего используются простые критерии Трулава-Уиттса (Truelove-Witts) (Приложение 3). В клинических исследованиях также используется индекс активности ЯК — индекс Мейо. (Приложение 4). • Ранее проводимая терапия. Следует подробно отразить все ранее применявшиеся лекарственные препараты, их дозы, путь введения, длительность применения, эффективность и причины отмены. Отдельно фиксируется: стероидозависимость; стероидорезистентность; наличие иммуносупрессивной и ГИБТ, потеря ответа на иммуносупрессивную терапию, ГИБТ и ТИС. • Факторы риска и сопутствующие обстоятельства: перенесенные кишечные инфекции; прием НПВП и антибиотиков; семейный анамнез воспалительных заболеваний кишечника; сопутствующие аутоиммунные заболевания. • Оценка текущего этапа заболевания: длительность текущего обострения; динамика симптомов; ответ на текущую терапию; наличие признаков прогрессирования. • Оперативные вмешательства: вид операции; дата выполнения; объем вмешательства; наличие послеоперационных осложнений. Анамнез жизни • Образование и профессиональный анамнез: образование, профессия и профессионально-производственные условия, наличие (и каких) неблагоприятных профессиональных факторов. Уточнить контакт с токсичными веществами в рамках профессиональной деятельности; • Жилищные условия (удовлетворительные или неудовлетворительные), режим питания и его характеристика (полноценное, рациональное, злоупотребление поваренной солью, жирами и т. д.), характеристика личного гигиенического режима (физическая активность, прогулки, занятия спортом). • Перенесенные заболевания и травмы, контузии ранения (при наличии сопутствующих заболеваний вне обострения и не влияющих на тяжесть состояния больного, описать их в этом разделе). • Привычные интоксикации: курение, злоупотребление алкоголем, наркотики, как часто и с какого возраста. • Гинекологический анамнез: начало менструаций, число беременностей, родов, аборт. При наличии климакса — с какого возраста, его проявления. • Наследственность: здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер (особое внимание обратить на патологию, имеющую значение для заболевания больного). • Семейная жизнь: время женитьбы (замужества), здоровье детей.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• Аллергологический анамнез: переносимость лекарств, наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п. с описанием клиники аллергической реакции (в виде вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке и др.). • Эпидемиологический анамнез: перенесенные инфекционные заболевания, наличие в анамнезе переливания крови, оперативных вмешательств, стоматологических процедур, парентерального введения лекарственных и прочих веществ, пирсинга, татуировок; выезд за пределы постоянного места жительства в течение последних 6 мес., контакт с инфекционными больными. • Страховой анамнез: работает или не работает, пенсионер, длительность последнего больничного листа, общая продолжительность больничных листов по данному заболеванию за последние 12 мес. Наличие и группа инвалидности с какого года.
		Физикальное обследование Физикальное обследование пациента с ЯК проводится с целью оценки активности заболевания, выявления осложнений, внекишечных проявлений и признаков нутритивной недостаточности. Объем обследования определяется клинической ситуацией и проводится на каждом диспансерном приеме. Данные объективного исследования больного • Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). • Сознание (ясное, спутанное, сопор, кома). • Положение (активное, пассивное, вынужденное с его особенностями). • Телосложение • Рост • Вес • ИМТ • Окружность талии • Тип конституции (нормостеник, астеник, гиперстеник). • Температура тела • Осмотр кожных покровов и слизистых. Цвет кожи (бледность — возможная анемия). Наличие высыпаний (узловатая эритема, гангренозная пиодермия и пр.). Сухость кожи. Отеки (в т.ч. по причине гипоальбуминемии). Осмотр слизистой полости рта (афтозный стоматит). • Осмотр глаз. Наиболее важными симптомами, требующими настороженности, являются боль в глазу, светобоязнь, затуманивание или снижение зрения, выраженное покраснение глаза, слезотечение, ощущение инородного тела, а также болезненность при движении глазного яблока. Эписклерит (локальное или диффузное покраснение глаза, чаще без выраженной боли, лёгкий дискомфорт, чувство раздражения, умеренное жжение или слезотечение, зрение, как правило, не нарушается). Передний увеит/иридоциклит (боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, покраснение вокруг роговицы, затуманивание зрения или его снижение, возможны головная боль и ощущение давления в глазу). Склерит (боль в глазу, усиливается при движении глазного яблока и пальпации, которая может иррадиировать в висок, лоб, челюсть или область орбиты, покраснение обычно выраженное, с багрово-фиолетовым оттенком, слезотечение, светобоязнь и снижение зрения). Кератопатия (ощущение инородного тела, резью, жжением, слезотечением, светобоязнью и затуманиванием зрения, симптомы могут усиливаться при моргании и воздействии яркого света). Синдром сухого глаза (сухость, жжение, ощущение песка или инородного тела в глазах, покраснением, утомляемостью глаз, периодическим затуманиванием зрения и дискомфортом при работе за экраном или в сухом воздухе, иногда пациенты отмечают парадоксальное слезотечение, связанное с раздражением глазной поверхности) Приложение 1. • Лимфатические узлы. Пальпация периферических лимфатических узлов. • Осмотр и пальпация щитовидной железы. • Опорно-двигательный аппарат. Степень развития мышц, их тонус и сила. Активная и пассивная подвижность суставов, их деформация, припухлость, болезненность, ограничение функции, хруст при движении. • Система органов кровообращения: частота сердечных сокращений, артериальное давление (на правой и левой руке). Состояние вен — осмотр и ощупывание вен. Осмотр и ощупывание сердечной области. Аускультация во всех пяти точках выслушивания сердца. Шумы: их характер (систолический, пресистолический, диастолический), локализация, сила, тембр, проведение шумов. Тахикардия может быть проявлением системного воспаления, анемии или интоксикации.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• Система органов дыхания. Форма грудной клетки. Тип дыхания. Равномерность движения грудной клетки при дыхании. Глубина, ритм, частота дыхания в минуту. Одышка и ее характер. Голосовое дрожание на передней, боковой и задней поверхности (симметричность или усиление с одной из сторон). Топографическая перкуссия легких: Перкуторное определение нижней границы легочного звука слева и справа по опознавательным линиям. Сравнительная перкуссия легких, характер перкуторного звука в различных симметричных отделах легкого по передней, боковой и задней поверхностям. Аускультация легких: характер дыхательных шумов, хрипы, их локализация, количество, характер (сухие и влажные), крепитация, шум трения плевры. <i>Специфические изменения для ЯК, как правило, отсутствуют, однако важно исключить инфекционные осложнения.</i> • Система органов пищеварения и брюшной полости. Осмотр полости рта и зева (афты). Живот — участие в акте дыхания, форма, симметричность, особенности кожи живота, выбухание брюшной стенки в отдельных областях, вздутие, грыжи, расхождение прямых мышц, состояние пупка. Видимая перистальтика. Поверхностная пальпация живота: в подложечной области, в подреберьях, в боковых, околопупочном и подвздошных отделах, над лоном. Определение болезненности, а также зон повышенной чувствительности. Глубокая пальпация кишечника и желудка (область пальпации, форма, подвижность, уплотнение, плеск, урчание). При пальпации новообразований указывается их локализация, размер болезненность. Определение методом перкуссии наличия свободной жидкости в брюшной полости в различных положениях больного, феномен флюктуации. Перкуторное определение размеров печени по Курлову. Пальпация печени и определение степени ее выступания из-под реберной дуги, консистенция, болезненность, характер края. Наличие пульсации печени. Пальпация желчного пузыря. Симптомы Мерфи, Ортнера. При исследовании поджелудочной железы проводится глубокая пальпация в холедохо-панкреатико-дуоденальной зоне и в области между пупком и левым подреберьем (по Гротту). Указываются болезненность, увеличение размеров. Селезенка. Пальпация селезенки (выстояние нижнего полюса из-под реберной дуги, плотность, болезненность, характер края). Перкуторное определение ее границ по Курлову. • Обязательное пальцевое ректальное исследование, при наличии осложнений ЯК рекомендован осмотр/консультация врача-колопроктолога или врача-хирурга. Цели: 1) оценка тонуса, силы волевых сокращений сфинктера заднего прохода. 2) исключение опухолевых образований прямой кишки и ануса; воспаления, тромбоза геморроидальных узлов, недостаточности анального сфинктера, зияние анального канала, расширения ампулы прямой кишки (мега ректум). • Мочеполовая система. Частота и объем мочеиспускания. Никтурия. • Нервная система. Общая неврологическая оценка (при необходимости). <i>Специфические изменения не характерны, но возможна оценка общего состояния.</i>
		Лабораторные диагностические исследования На каждом диспансерном приеме • Общий (клинический) анализ крови развернутый; • СОЭ; • СРБ; • Фекальный кальпротектин. При терапии иммуносупрессорами дополнительно: • Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, амилаза, креатинин, мочевины, электролиты крови (K⁺, Na⁺, Cl⁻)); Лабораторные исследования по показаниям • Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, глюкоза, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, лактатдегидрогеназа, общий билирубин, холестерин, креатинин, мочевины, электролиты крови (K⁺, Na⁺, Cl⁻)) — при первичной диагностике, при подозрении на сопутствующую патологию, мониторинг безопасности медикаментозной терапии. • Сывороточное железо, ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки (при анемии, подозрении на железодефицитные состояния); • Витамин В₁₂, фолиевая кислота (при макроцитарной анемии, признаках мальабсорбции);

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		- Исследование кала на токсины <i>Cl. difficile</i> методами: иммуноферментного анализа с определением токсинов А и В и/или иммунохемилюминесцентного анализа с определением токсинов А и В и/или полимеразной цепной реакции, с последующей обязательной оценкой токсинов А и В при положительном результате⁶. (при обострении ЯК, внезапном усилении диареи, недавней антибиотикотерапии, госпитализации, тяжелой атаке, стероидорезистентности или отсутствии ответа на лечение); - Исследование кала на кишечные инфекции (при первой атаке ЯК, остром начале диареи, лихорадке, эпидемиологическом анамнезе, поездках, необходимости дифференциальной диагностики с острой кишечной инфекцией); - Исследование кала на паразитов и гельминтов (при диарее неясного генеза, поездках в эндемичные регионы, первичной диагностике); - Коагулограмма, Д-димер, фибриноген (при тяжелой атаке ЯК, госпитализации, подозрении на тромбоз или тромбоэмболические осложнения); - Общий анализ мочи (перед началом терапии, при мониторинге безопасности лечения, подозрении на сопутствующую патологию или осложнения).
		Инструментальные диагностические исследования На каждом диспансерном приеме - Трансабдоминальное УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза (при возможности лечебно-профилактического учреждения оценка толщины кишечной стенки, воспалительных изменений, инфильтратов, осложнений) Обследования по показаниям: - Колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и биопсией (при подозрении на рецидив заболевания, для оценки активности заболевания, контроля эффективности терапии, подтверждения ремиссии или рецидива). При длительном анамнезе ЯК (>7-10 лет) целесообразна хромоэндоскопия с прицельной биопсией или ступенчатая биопсия (из каждого отдела толстой кишки) для исключения дисплазии эпителия. Рекомендуемым стандартом биопсии при постановке диагноза является взятие биоптатов слизистой оболочки прямой кишки и не менее чем из 4 других участков толстой кишки, а также слизистой оболочки подвздошной кишки. Рекомендуется всем пациентам ЯК в стадии клинической ремиссии выполнение колоноскопии не реже, чем каждые 3 года. - Сигмоидоскопия без подготовки (при первичной диагностике у пациентов с выраженной активностью ЯК) - Обзорная рентгенография брюшной полости (при первичной диагностике у пациентов с выраженной активностью ЯК, при симптомах кишечной непроходимости, токсической дилатации, перфорации толстой кишки) - МРТ толстой кишки с контрастированием или КТ с контрастированием кишечника (КТ толстой кишки с ретроградным контрастированием, КТ толстой кишки с двойным контрастированием, КТ тонкой кишки с контрастированием, КТ тонкой кишки с двойным контрастированием) (в случае недоступности экспертной оценки или невозможности выполнения МРТ) — всем пациентам с подозрением на ЯК при необходимости дифференциальной диагностики или при невозможности проведения полноценной илеоколоноскопии; - Ирригоскопия с двойным контрастированием (пациентам с подозрением на ЯК при необходимости дифференциальной диагностики или при невозможности проведения полноценной колоноскопии, МРТ и КТ для оценки протяженности поражения толстой кишки, уточнения наличия образований, стриктур и т.д.) - УЗИ кишечника (для оценки толщины, дифференциации слоев, васкуляризации кишечной стенки, наличия воспалительных изменений, инфильтратов, осложнений). При наличии сужений проведение дифференциации воспалительного отека и фиброза)
		Иные диагностические исследования Патологоанатомическое исследование биопсийного материала (при первичной диагностике, обострении, необходимости уточнения диагноза). Важным при тяжелой атаке ЯК является морфологическое исследование биоптатов и/или проведение ПЦР в материале биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (из очагов поражения) на наличие цитомегаловирусной инфекции.

⁶ Клинические рекомендации "Энтероколит, вызванный *Clostridioides difficile* (*C. difficile*)", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/878_1.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Оценка достижения целевых показателей здоровья • Достижение клинической ремиссии (отсутствие болевого абдоминального синдрома, нормализация частоты и характера стула, отсутствие крови в стуле, отсутствие лихорадки, увеличение массы тела (при ранее существовавшем дефиците), отсутствие внекишечных проявлений и осложнений) • Улучшение качества жизни • Отсутствие потребности в системных ГКС • Нормализация уровня СРБ, СОЭ, фекального кальпротектина, альбумина • Отсутствие анемии • Коррекция дефицита железа, витамина В12, фолиевой кислоты и витамина Д • Отсутствие признаков лекарственной токсичности при мониторинге терапии • Достижение бесстероидной ремиссии • Достижение эндоскопической ремиссии • Стабилизация или улучшение состояния кишечной стенки по данным УЗИ/МРТ • Отсутствие признаков дисплазии эпителия и колоректального рака при эндоскопическом наблюдении у пациентов с длительным анамнезом ЯК • ИМТ — 18,5–24,9 кг/м², окружность талии — <94 см (мужчины) и <80 см (женщины).
		Оценка риска неблагоприятных событий У пациентов с ЯК оценка риска неблагоприятного течения необходима для своевременного выявления пациентов высокого риска, определения показаний к консультации врача-гастроэнтеролога/колопроктолога, интенсификации терапии, профилактики осложнений и снижения риска колэктомии. К факторам риска неблагоприятного течения ЯК и риска колэктомии относятся: • возраст установления диагноза <40 лет или >65 лет; • распространенное поражение толстой кишки; • прогрессирование поражения от дистального проктита к тотальному колиту; • высокая активность заболевания по данным эндоскопии; • большие и/или глубокие язвы слизистой оболочки толстой кишки; • наличие внекишечных проявлений; • наличие первичного склерозирующего холангита; • ранняя потребность в системных ГКС, в том числе назначение ГКС в дебюте заболевания; • стероидозависимость; • стероидорезистентность; • отсутствие ответа на терапию 5-АСК, ГКС, иммуносупрессорами, ГИБП или ТИС; • потеря ответа на ранее эффективную биологическую или таргетную терапию; • тяжелое обострение по критериям Truelove-Witts; • сверхтяжелая атака ЯК; • диарея более 10–15 раз в сутки; • прогрессирующая анемия; • лихорадка выше 38 °С; • гипоальбуминемия <27 г/л; • высокий уровень СРБ; • высокий уровень фекального кальпротектина; • кишечные осложнения: массивное кишечное кровотечение, токсическая дилатация, перфорация толстой кишки; • длительный анамнез ЯК, особенно >7–10 лет; • наличие дисплазии эпителия толстой кишки; • наличие колоректального рака у пациента или отягощенный семейный анамнез по колоректальному раку. Инструменты оценки риска Клинические шкалы (Приложения 2–4) • критерии Truelove-Witts для оценки тяжести атаки ЯК; • индекс активности ЯК — индекс Мейо; Эндоскопические шкалы (Приложение 4) • эндоскопическая активность по шкале Schroeder;

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Определение показаний к госпитализации <i>Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь при ЯК определяются врачом-терапевтом, врачом-гастроэнтерологом и/или врачом-колопроктологом с проведением при необходимости мультидисциплинарного консилиума.</i> <i>Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме является:</i> 1) наличие осложнений ЯК, требующих оказания ему специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; 2) наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, ГИБТ/ТИС, гормональная и цитостатическая терапия и т.д.) ЯК. <i>Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является:</i> 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара; 2) наличие показаний к специализированному лечению ЯК (хирургическое вмешательство, гормональная и цитостатическая терапия, ГИБТ/ТИС), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара. <i>Показанием к выписке пациента из медицинской организации является:</i> 1) завершение курса лечения, или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей лечение ЯК при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 3) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи. Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.
		Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния) При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывая современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам МКБ-10 пересмотра: • основное заболевание, • конкурирующее заболевание (при наличии), • сочетанное заболевание (при наличии), • фоновое заболевание (при наличии), • осложнения основного заболевания (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии), сопутствующие заболевания (при наличии) Структура развернутого диагноза: а) нозологическая форма заболевания — ЯК; б) характер течения заболевания (острое течение — <6 мес. от дебюта заболевания; хроническое непрерывное течение — длительность ремиссии <6 мес. на фоне адекватной терапии; хроническое рецидивирующее течение — длительность ремиссии >6 мес.); в) протяженность поражения толстой кишки в соответствии с Монреальской классификацией; г) тяжесть текущей атаки или наличие ремиссии (критерии Truelove-Witts и индекс активности ЯК — индекс Мейо);

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		д) наличие стероидной зависимости или стероидорезистентности; е) наличие внекишечных проявлений; ж) наличие кишечных осложнений. <i>Примеры формулировок диагноза:</i> Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, проктит (Е1), среднетяжелая атака Язвенный колит, хроническое непрерывное течение, левостороннее поражение (Е2), среднетяжелая атака. Стероидозависимость. Внекишечные проявления (периферическая артропатия) Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, тотальное поражение (Е3), тяжелая атака. Стероидорезистентность. Токсическая дилатация толстой кишки.
		Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий <i>Проведение индивидуального КПК</i> Проведение КПК и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи⁴. В рамках КПК пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска. КПК ограничено по времени (не >10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме [8]: • разъяснение результатов обследования и рекомендации, выдача информационных материалов/памяток при необходимости • информирование о необходимости регулярных визитов в рамках ДН не реже 1 раза в год (по показаниям — чаще), о рекомендуемых для пациента целевых уровнях показателей состояния здоровья, о возможности получения углубленного профилактического консультирования группового/индивидуального (при наличии) • с целью экономии средств и рабочего времени медперсонала и пациента целесообразно первое проведение в текущем году диспансерного осмотра (приема) совмещать с приемом (осмотром) пациента, проводимого в рамках профилактического медицинского осмотра или диспансеризации назначение даты следующего диспансерного приема
		Направление на вакцинацию ВАЖНО! Вакцинация не противопоказана пациентам с ЯК и должна быть рекомендована как можно раньше. Информировать пациента о необходимости иммунизации согласно национальному календарю профилактических и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации и, в случае положительного решения — направить в кабинет вакцинопрофилактики (прививочный кабинет)⁷. Всем пациентам с ЯК рекомендовано оценить вакцинальный статус при диагностике и регулярно (не реже 1 раза в год) мониторировать его. Документированная привитость заменяет серологический скрининг. При отсутствии документов проводится серологическое исследование.

⁷ Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" СПС Консультант Плюс.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Инактивированные вакцины применяются независимо от лечения ЯК. Живые вакцины вводятся до начала иммуносупрессивной терапии (с интервалом $\geq 3-4$ нед. до её старта) либо в период минимальной дозы иммуносупрессанта. В настоящее время нет однозначных данных об оптимальном интервале между возможным применением живых вакцин после завершения иммуносупрессивной терапии. Дозой ГКС, вызывающей иммуносупрессию, является для преднизолона 2 мг/кг/сут, принимаемой в течение 14 дней и более; введение живых вакцин этим пациентам допускается через 1 месяц и более после окончания терапии. При высоком риске инфекции вопрос о введении живых вакцин на фоне терапии решается индивидуально^{1,8} [9]. Контроль напряженности иммунитета не ранее, чем через 1 мес. после завершенной вакцинации. Следует вакцинировать родных и близких, тесно контактирующих с больными. Этот подход называется "кокон-вакцинацией" [10]. Рекомендуемые вакцины для пациентов с ЯК: • против гриппа — ежегодно, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • от пневмококковой инфекции, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • против гепатита В, ветряной оспы, кори, краснухи, эпидемического паротита — перед началом иммуносупрессивной терапии, если нет данных о перенесённом заболевании или вакцинации; • против COVID-19 — с осторожностью, индивидуально, с учётом активности заболевания и терапии, при отсутствии модифицированных вакцин под новые штаммы; • для женщин до 26 лет, при отсутствии вируса папилломы человека. • при подготовке к беременности и во время беременности — вакцинация по национальному календарю с учётом периода заболевания и получаемой терапии. • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики, при наличии показаний и согласия пациента направление в прививочный кабинет для проведения иммунизации. Назначение (корректировка) немедикаментозного и медикаментозного лечения Назначение (корректировка) медикаментозного лечения проводится согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит на ДН, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций). Немедикаментозная терапия • Рекомендации по питанию Приложение 5. • Отказ от употребления алкоголя [11] • Отказ от употребления табака • Физическая активность Медикаментозная терапия Назначение и коррекция медикаментозной терапии пациентам с ЯК проводится в соответствии с клиническими рекомендациями "Язвенный колит"¹ и с учетом рекомендаций врача-гастроэнтеролога/врача-колопроктолога. Выбор терапии определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, осложнений, эффективностью и безопасностью ранее проводимого лечения, а также факторами неблагоприятного прогноза (см. раздел "Оценка риска неблагоприятных событий"). Основной целью терапии ЯК является достижение и поддержание длительной бесстероидной клинико-эндоскопической, и в идеале, гистологической ремиссии, профилактика осложнений, снижение частоты госпитализаций, хирургических вмешательств, риска колоректального рака и улучшение качества жизни пациента.

⁸ Письмо Министерства здравоохранения России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 "О направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов"" https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_526326.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Медикаментозная терапия подразделяется на: — <i>средства для индукции ремиссии</i>: препараты 5-АСК, системные и топические ГКС, тиопурины, метотрексат, ГИБП (анти-ФНО, устекинумаб, ведолизумаб, гуселькумаб), JAK-ингибиторы и антибиотики; — <i>средства для поддержания ремиссии</i>: 5-АСК, тиопурины, метотрексат, биологические препараты и JAK-ингибиторы; Приложения 6-10. — <i>вспомогательную терапию</i>: коррекция анемии, белково-электролитных нарушений, дефицитов нутриентов, профилактика остеопороза и инфекционных осложнений. Вспомогательная терапия: ВАЖНО! ГКС не применяются в качестве поддерживающей терапии ЯК. После достижения ремиссии пациент должен оставаться на постоянной поддерживающей противорецидивной терапии. Белково-электролитные и метаболические нарушения: Метаболические расстройства при ЯК связаны с токсемией, потерей белка с калом, нарушением всасывания воды и электролитов; клинически проявляются снижением массы тела, гипопроотеинемией, гипоальбуминемией, отеками, гипокалиемией и гиповитаминозом. Гипоальбуминемия является неблагоприятным прогностическим фактором течение ЯК. Показания для коррекции: • среднетяжелый или тяжелый ЯК; • потеря массы тела; • гипопроотеинемия; • гипоальбуминемия; • отечный синдром; • гипокалиемия и другие электролитные нарушения; • выраженная интоксикация и системное воспаление. Тактика в отношении пациента: • коррекция водно-электролитных нарушений; • коррекция гипопроотеинемии и гипоальбуминемии; • нутритивная поддержка при дефиците массы тела, ИМТ <18 кг/м², рекомендуется дополнительное энтеральное, в том числе зондовое, питание, сиппинг или парентеральное питание для улучшения нутритивного статуса; • коррекция дефицитов витаминов и микроэлементов; • лечение основного воспалительного процесса, так как гипоальбуминемия часто отражает активность ЯК. Коррекция анемии: Показания для коррекции: • снижение уровня гемоглобина; • признаки железодефицитной анемии; • анемия хронических заболеваний; • подозрение на В₁₂- или фолат-дефицитную анемию. Для своевременного обнаружения анемии рекомендовано проводить мониторинг уровня гемоглобина, железа, трансферрина, ферритина, гематокрита, уровня эритроцитов. При необходимости дифференциальной диагностики анемии дополнительно оценивают уровень фолиевой кислоты, витамина В₁₂. Тактика в отношении пациента: • при Hb <80 г/л — гемотрансфузия эритроцитов; • при Hb 80–100 г/л — парентеральная терапия препаратами железа: железа (III) гидроксид сахарозный комплекс, железа (III) гидроксид декстран, железа (III) гидроксид олигоизомальтозат, железа карбоксимальтозат; выбор дозы проводится по инструкции к конкретному препарату и расчёту дефицита железа. • при дефиците В₁₂ или фолиевой кислоты — заместительная терапия соответствующим дефициту препаратом [12].

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Остеопороз: Факторами риска развития остеопении/остеопороза являются: • терапия системными ГКС; • повторные курсы ГКС; • длительное активное воспаление; • низкая масса тела; • гиповитаминоз Д; • признаки остеопении/остеопороза; • мальабсорбция, особенно при поражении тонкой кишки. Тактика в отношении пациента: • назначение препаратов кальция на период терапии ГКС и при выявлении остеопороза; • назначение препаратов витамина Д в профилактических дозах, за исключением случаев его дефицита; • мониторинг показателей денситометрии пациентам групп риска (возраст старше 50 лет, женский пол, анамнез стероидной терапии, наличие белково-энергетической недостаточности и пр.); • минимизация повторных курсов системных ГКС и переход на бесстероидную терапию. Профилактика тромбообразования у госпитализированных пациентов: При наличии показаний рекомендуется профилактическая терапия низкомолекулярными гепаринами или другими антикоагулянтами: гепарин натрия 5000 ME подкожно 2-3 раза/сут., эноксапарин натрия 40 мг подкожно 1 раз/сут. или фондапаринукс натрия 2,5 мг подкожно 1 раз/сут. Антибактериальные препараты. При развитии признаков системного воспаления у пациентов рекомендуется назначение антибактериальных препаратов системного действия с целью профилактики септических осложнений. Терапия 1-й линии: метронидазол 500 мг внутривенно 3 раз/сут. в комбинации с фторхинолонами; цiproфлоксацин 400 мг внутривенно 2 раз/сут. или 500 мг 2 раз/сут.) — в зависимости от лекарственной формы и клинической ситуации. При неэффективности антибактериальной терапии 1-й линии возможно применение других комбинаций антибактериальных препаратов системного действия с учетом предполагаемого или установленного возбудителя, локальных данных антибиотикорезистентности и чувствительности микроорганизмов. Мониторинг эффективности терапии включает: • Клиническую оценку на каждом визите: частота стула, наличие крови в стуле, наличие ректального кровотечения, наличие ночных дефекаций, императивных и ложных позывов, тенезмов, недержания кала, боли в животе, температуры тела, тахикардии, снижения массы тела, признаков обезвоживания, внекишечных проявлений. Для объективизации активности заболевания целесообразно использовать критерии Truelove-Witts, индекс Мейо. • Оценку ответа на индукционную терапию препаратами 5-АСК: при применении ректальных и/или пероральных форм месалазина терапевтический ответ оценивают через 2 нед. При положительной клинической и лабораторной динамике дозу 5-АСК оставляют без изменений до 8 нед. При отсутствии ответа необходимо пересмотреть тактику лечения, оценить адекватность дозирования терапии, оценить приверженность терапии, исключить инфекционные причины ухудшения, прежде всего <i>Cl. difficile</i>, и рассмотреть назначение топических или системных ГКС в соответствии с тяжестью атаки. • Оценку ответа на терапию системными ГКС: при среднетяжелой атаке ЯК отсутствие клинического ответа на пероральные ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 1 мг/кг/сут, в течение 2 нед расценивается как стероидорезистентность. При тяжелой атаке отсутствие положительной динамики на фоне системных ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 2 мг/кг/сут, в течение более 7 дней расценивается как стероидорезистентность и требует пересмотра тактики лечения, включая рассмотрение ГИБП/ТИС или хирургического лечения.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• ОАК и биохимический анализ крови: используются для оценки анемии, системного воспаления, лейкоцитоза, тромбоцитоза, гипопроотеинемии, гипоальбуминемии, электролитных нарушений, функции печени и почек, а также безопасности проводимой терапии. • СРБ: отражает системную воспалительную активность и используется для оценки тяжести атаки, ответа на лечение и выявления сохраняющейся активности заболевания. В рамках ДН у большинства пациентов целесообразен контроль не реже 1 раза в 3-6 мес., а при обострении, изменении терапии, подозрении на осложнения или недостаточный ответ на лечение — чаще. Повышение СРБ >30 мг/л учитывается как один из признаков тяжелой атаки ЯК. • Фекальный кальпротектин: используется для неинвазивной оценки активности воспаления слизистой оболочки толстой кишки, мониторинга эффективности терапии и раннего выявления рецидива. Обычно его контролируют каждые 3-6 мес., а также при ухудшении симптомов, появлении крови в стуле, росте СРБ, оценке ответа на терапию или решении вопроса о необходимости эндоскопического контроля. • Эндоскопический контроль: проводится для оценки ответа на лечение, уточнения активности заболевания, при ухудшении состояния, повышении СРБ или фекального кальпротектина, а также для скрининга дисплазии и колоректального рака при длительном анамнезе заболевания. • Для оценки эндоскопического ответа на проводимую терапию выполнение эндоскопического исследования необходимо осуществить не позднее 6-12 мес. от старта/смены терапии. • Для оценки эндоскопической активности используют шкалу Schroeder, эндоскопическая ремиссия фиксируется при значении показателя =0 баллов, то есть отсутствие видимых макроскопических признаков воспаления слизистой оболочки толстой кишки. • Морфологический контроль: проводится при первичной диагностике, сомнениях в диагнозе, обострении, длительном анамнезе ЯК, подозрении на дисплазию, стероидрезистентности или резистентности к ГИБТ/ТИС. При среднетяжелой и тяжелой атаке, а также при отсутствии ответа на терапию, рекомендуется патологоанатомическое исследование биопсийного материала и/или ПЦР биоптатов слизистой оболочки толстой кишки на цитомегаловирус. • Ультразвуковое исследование кишечника: может использоваться для скрининговой диагностики, оценки протяженности и выраженности поражения толстой кишки, а также контроля эффективности проводимой терапии, для динамического наблюдения пациента, в том числе оценки ответа на терапию и мониторинга активности заболевания, следует выполнять каждые 3-6 мес. • Лучевые методы: МРТ/КТ-энтерография, МРТ малого таза: выполняются по показаниям для проведения дифференциальной диагностики с БК, оценки протяженности поражения, трансмуральной активности, инфильтратов, абсцессов, свищей, стриктур и других осложнений. Мониторинг безопасности терапии Безопасность терапии контролируют с учётом класса препарата, так как основные риски отличаются для ГКС, иммуносупрессоров, ГИБП, ТИС и 5-АСК. Препараты 5-АСК К препаратам 5-АСК, применяемым при ЯК, относятся месалазин и сульфасалазин. Перед началом терапии 5-АСК рекомендуется оценить: • общий клинический анализ крови развернутый; • биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, расчетную скорость клубочковой фильтрации; АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТ); • общий анализ мочи; • наличие аллергических реакций на препараты 5-АСК или сульфаниламиды — особенно при планировании терапии сульфасалазином. На фоне терапии 5-АСК рекомендуется контролировать: • общий клинический анализ крови — для выявления лейкопении, тромбоцитопении, анемии; • уровень креатинина, мочевины, скорости клубочковой фильтрации (для контроля функции почек с учетом потенциальной нефротоксичности 5-АСК); • общий анализ мочи — для выявления протеинурии, гематурии, признаков интерстициального нефрита;

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		- АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТ, амилазу — при подозрении на лекарственное поражение печени/поджелудочной железы; - клинические признаки непереносимости: усиление диареи, боль в животе, лихорадку, сыпь, головную боль, тошноту. Частота мониторинга: - в начале лечения — 1 раз в 2 нед. - далее — 1 раз в месяц в течение первых 6 мес. - затем — 1 раз в 3-6 мес. Наиболее частые нежелательные явления на терапии 5-АСК: - острый синдром непереносимости 5-АСК: парадоксальное усиление диареи, боль в животе, лихорадка, ухудшение общего состояния, что может имитировать обострение ЯК; - нарушение функции почек, включая интерстициальный нефрит; - повышение активности печеночных ферментов; - кожные аллергические реакции; - цитопении; - диспепсические явления; - при терапии сульфасалазином — головная боль, тошнота, кожные реакции, обратимое снижение фертильности у мужчин, фолиеводефицитные состояния. ГКС При терапии ГКС (преднизолон, метилпреднизолон и гидрокортизон; будесонид) необходимо соблюдать ограниченные сроки терапии (12 нед. с динамическим снижением дозы до отмены терапии) и проводить мониторинг: - Гликемии крови в период лечения, особенно у пациентов с факторами риска сахарного диабета или при высоких дозах ГКС. - Артериального давления, массы тела, отёков, признаки задержки жидкости. - Инфекционных осложнений, так как ГКС повышают риск инфекций и могут маскировать их клинические проявления. - Психозомоциональных реакций: бессонница, тревожность, раздражительность, депрессивные симптомы. - Риск остеопороза: при необходимости назначают профилактику препаратами кальция и витамина Д. - Язвенно-эрозивных осложнений желудочно-кишечный тракт, особенно у пациентов с факторами риска или сопутствующим приёмом НПВС. - Риск угнетения функции надпочечников. - Риск развития побочных эффектов со стороны органов чувств (задняя субкапсулярная катаракта; повышение внутриглазного давления с возможным повреждением зрительного нерва; трофические изменения роговицы; экзофтальм; центральная серозная хориоретинопатия, глаукома). Тиопурины К тиопуринам относятся азатиоприн и меркаптопурин. Эти препараты применяются преимущественно для поддержания ремиссии, так как эффект развивается постепенно. Перед назначением тиопуринов необходимо оценить: - ОАК с лейкоцитами, нейтрофилами и тромбоцитами. - Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, креатинин, мочевины. - Инфекционный скрининг перед иммуносупрессивной терапией: HBsAg, anti-HCV, ВИЧ-1/2, сифилис, туберкулёз, вирус <i>Varicella Zoster</i> (VZV). На фоне терапии тиопуринами необходимо контролировать: - ОАК и биохимический анализ крови с оценкой лейкоцитов и печёночных ферментов, амилазы. - В начале лечения — 1 раз в 2 нед. - Далее — 1 раз в месяц в течение первых 6 мес. - Затем — 1 раз в 6 мес. - Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест (каждые 6-12 мес.).

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Основные нежелательные явления, которые нужно отслеживать: • лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения; • повышение АЛТ/АСТ (лекарственный гепатит); • гиперAMILАЗемия, повышение уровня липазы (лекарственный панкреатит); • инфекционные осложнения; • клиническая непереносимость препарата. При наличии возможности оценка мутаций обмена тиопуринов⁹. <i>ГИБП: (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, ведолизумаб, устекинумаб, гуселькумаб):</i> Перед назначением биологических препаратов необходимо выполнить: • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест; • HBsAg для исключения гепатита В; • Anti-HCV для исключения гепатита С; • Скрининг на ВИЧ-1/2; • Скрининг на сифилис; • Оценку наличия активных инфекций. (абсцесса или другого гнойно-септического осложнения, особенно при перианальной или пенетрирующей БК). На фоне терапии биологическими препаратами необходимо контролировать: • признаки инфекций; • инфузионные реакции при внутривенном введении препаратов; • местные реакции в месте инъекции при подкожном введении препаратов; • аллергические реакции; • соблюдение графика введения препарата, несоблюдение интервалов введения препарата и режима дозирования ГИБП повышают риск инфузионных реакций и потери эффективности. Скрининг на туберкулёз при терапии ГИБП проводится до начала лечения и далее каждые 6 мес. Нерегулярное введение ГИБП повышает риск аллергических реакций и потери эффективности, поэтому необходимо строго соблюдать дозы и интервалы введения. <i>ТИС (упадацитиниб, тофацитиниб, озанимод)</i> Перед назначением упадацитиниба необходимо выполнить: • Скрининг на туберкулёз: консультация фтизиатра, квантифероновый тест; при невозможности — проба Манту или диаскин-тест; • HBsAg для исключения гепатита В; • Anti-HCV для исключения гепатита С; • Скрининг на ВИЧ-1/2; • Скрининг на сифилис; • ОАК; • биохимический анализ крови; • исключить наличие активных инфекций; • уточнение анамнеза герпетической инфекции (опоясывающего герпеса/Herpes Zoster); • у женщин репродуктивного возраста — исключить беременность и обсудить контрацепцию. На фоне терапии необходимо контролировать: • инфекционные осложнения; • ОАК; • АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТП, амилазу, липазу; • клиническую переносимость препарата; • факторы риска тромботических осложнений, особенно у пациентов с дополнительными факторами риска. Скрининг на туберкулёз при терапии ТИС проводится до начала лечения и далее каждые 6 мес., как и при применении биологических препаратов.

⁹ Инструкция к препарату "Азатиоприн". https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=d28b028b-5de0-4b86-ace1-aa338dfd7492.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Хирургическое лечение Хирургическое лечение при ЯК проводится при неэффективности или невозможности продолжения консервативной терапии, развитии кишечных осложнений, колоректальном раке или высоком риске его возникновения. Выбор вида операции определяется тяжестью атаки, активностью воспаления в толстой и прямой кишке, наличием осложнений, длительностью заболевания, риском колоректального рака, общим состоянием пациента, сопутствующей патологией и функциональным состоянием анального сфинктера. Показаниями к хирургическому лечению ЯК являются: • неэффективность консервативной терапии, включая ГИБТ и ТИС; • стероидорезистентность; • стероидозависимость; • неэффективность генно-инженерных биологических препаратов; • невозможность продолжения консервативной терапии вследствие непереносимости или противопоказаний; • токсическая дилатация толстой кишки; • перфорация толстой кишки; • кишечное кровотечение; • колоректальный рак; • дисплазия эпителия толстой кишки высокой степени. Экстренное хирургическое лечение Пациентам с осложнениями ЯК рекомендуется экстренное хирургическое лечение при наличии: • кишечного кровотечения; • перфорации толстой кишки; • токсической дилатации толстой кишки на фоне адекватной инфузионной терапии. В этих ситуациях рекомендуется операция в объеме субтотальной колэктомии, тотальной колэктомии или колпроктэктомии при выраженной активности воспаления в прямой кишке. Токсическая дилатация ободочной кишки представляет собой не связанное с обструкцией расширение ободочной кишки 6 см и более с явлениями интоксикации. К факторам риска токсической дилатации относятся гипокалиемия, гипомагниемия, подготовка кишки к колоноскопии осмотическими слабительными, а также прием антидиарейных препаратов. Косвенными признаками токсической дилатации являются внезапное сокращение частоты стула на фоне предшествующей диареи, вздутие живота, внезапное уменьшение или исчезновение болевого синдрома и нарастание интоксикации, включая тахикардию и снижение артериального давления. Хирургическое лечение при колоректальном раке и риске его развития У пациентов с длительным анамнезом ЯК повышен риск колоректального рака, что определяет необходимость регулярного эндоскопического наблюдения с целью выявления дисплазии эпителия слизистой оболочки толстой кишки. Факторами, повышающими риск колоректального рака при ЯК, являются: • длительность анамнеза ЯК; • начало заболевания в детском или подростковом возрасте; • тотальное поражение толстой кишки; • первичный склерозирующий холангит; • семейный анамнез колоректального рака; • тяжелые обострения ЯК в анамнезе; • хроническое непрерывное течение заболевания; • воспалительный полипоз. При выявлении колоректального рака, дисплазии высокого риска или невозможности надежного эндоскопического контроля пациент должен быть направлен к врачу-колопроктологу для определения показаний к хирургическому лечению. Противопоказания и ограничения к отдельным видам хирургического лечения Абсолютные противопоказания к хирургическому лечению при жизнеугрожающих осложнениях ЯК, таких как перфорация, токсическая дилатация или массивное кишечное кровотечение, отсутствуют, поскольку операция проводится по жизненным показаниям.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		При плановом хирургическом лечении противопоказания и ограничения определяются видом операции, общим состоянием пациента, риском анестезиологического пособия, сопутствующей патологией, функциональным состоянием анального сфинктера и вероятностью неблагоприятного функционального исхода. Послеоперационные осложнения, требующие наблюдения После хирургического лечения пациент нуждается в ДН врача-терапевта, по показаниям — врача-колопроктолога и врача-гастроэнтеролога. Возможные послеоперационные проблемы включают: • резервуарит после формирования илеоанальный резервуарный анастомоз; • воспаление слизистой оболочки прямой кишки, сохраняемой при аппаратном анастомозе; • стриктуру анастомоза; • дисфункцию илеостомы; • водно-электролитные нарушения; • инфекционные осложнения, включая <i>Cl. difficile</i>-ассоциированную диарею. Дисфункция илеостомы определяется как увеличение объема кишечного отделяемого по илеостоме >1000 мл в сутки и сопровождается быстро прогрессирующими метаболическими и водно-электролитными нарушениями. Уточнение факта приема лекарственных средств, а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению. Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения [13] Приложение 11. • Направление на консультацию к врачам-специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий: Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий¹⁰: Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий: • прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-хирурга — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-онколога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-гематолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-уролога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача-диетолога — по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — психотерапевта или медицинского психолога — по медицинским показаниям. • Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации / на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации)

¹⁰ Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС Консультант Плюс.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение¹¹ Диагноз - Нарушение всасывания после хирургического вмешательства, не классифицируемое в других рубриках (K91.2) - Дисфункция после колостомии и энтеростомии (K91.4) Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания - Болезни оперированного желудка (после операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки) с наличием демпинг-синдрома и гипогликемического синдрома легкой и средней степени тяжести, астенического синдрома, гастрита культи, панкреатита, гепатита, холецистита, энтероколита, колита Природные лечебные ресурсы - Минеральные воды (питьевые), лечебные грязи
		Особые группы пациентов Беременность Беременность не противопоказана пациенткам с воспалительными заболеваниями кишечника. Планирование беременности следует осуществлять в период клинико-эндоскопической ремиссии заболевания, поскольку активное воспаление ассоциировано с повышенным риском неблагоприятных исходов для матери и плода. Большинство лекарственных препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний кишечника, могут использоваться во время беременности и лактации с учётом данных инструкции по медицинскому применению конкретного препарата. Исключение составляют метотрексат, ингибиторы янус-киназы, модуляторы рецепторов сфингозин-1-фосфата, а также препараты 5-АСК, содержащие дибутилфталат. Наиболее уязвимым периодом в отношении лекарственно-индуцированных нарушений эмбрионального развития является период органогенеза, соответствующий приблизительно 4-8-й нед. беременности. Эндоскопические исследования, УЗИ кишечника и магнитно-резонансная энтерография без применения гадолинийсодержащих контрастных препаратов считаются допустимыми методами обследования во время беременности при наличии клинических показаний. Выбор способа родоразрешения должен осуществляться совместно с акушером-гинекологом с учётом акушерских показаний, активности воспалительного заболевания кишечника, наличия периаанального поражения и перенесённых хирургических вмешательств. ЯК сам по себе не является абсолютным показанием к кесареву сечению. С учётом того, что беременность сопровождается повышением риска венозных тромбозомболических осложнений, особенно у пациенток с активным воспалительным заболеванием кишечника, рекомендуется проводить индивидуальную оценку тромботического риска. Особое внимание следует уделять послеродовому периоду, в том числе после кесарева сечения. Грудное вскармливание в послеродовом периоде имеет ряд преимуществ, включая снижение риска желудочно-кишечных инфекций у ребёнка и, вероятно, снижение риска развития воспалительных заболеваний кишечника в дальнейшем. Лактация не ассоциирована с повышением риска обострения воспалительного заболевания кишечника у матери. Беременным женщинам с повышенным риском развития гипертензивных расстройств во время беременности может быть рекомендован приём низких доз ацетилсалициловой кислоты в соответствии с акушерскими показаниями и действующими клиническими рекомендациями [14, 15] Приложение 12.
		Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации) - выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, письменного плана неотложных действий и самопомощи при развитии жизнеугрожающих состояний; - информирование о необходимости регулярного диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках ДН;

¹¹ Приказ Минздрава России от 27 марта 2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" СПС Консультант Плюс.

Таблица. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации); • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного первичного медицинского осмотра и, в случае положительного решения — направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья.
		Оформление медицинской документации • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • формы № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"; • формы № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости); • внесение информации о результатах диспансерного приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: 5-АСК — 5-аминосалициловая кислота, АЛТ — аланинаминотрансфераза, Anti-HCV — антитела к вирусу гепатита С, АСТ — аспартатаминотрансфераза, БК — болезнь Крона, ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза, ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ДН — диспансерное наблюдение, ИМТ — индекс массы тела, КПК — краткое профилактическое консультирование, КТ — компьютерная томография, МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, МРТ — магнитно-резонансная томография, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ОАК — общий анализ крови, ПЦР — полимеразная цепная реакция, СОЭ — скорость оседания эритроцитов, СРБ — С-реактивный белок, ТИС — таргетные иммуносупрессоры, УЗИ — ультразвуковое исследование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЩФ — щелочная фосфатаза, ЯК — язвенный колит, HBsAg — поверхностный антиген вируса гепатита.

Приложение 1

Внекишечные проявления ЯК¹

Группа внекишечных проявлений	Проявления	Связь с активностью ЯК
Аутоиммунные проявления, связанные с активностью заболевания	Артропатии: артралгии, периферические артриты	Обычно появляются или усиливаются во время обострения ЯК и уменьшаются на фоне лечения кишечного воспаления
	Поражение кожи: узловатая эритема, гангренозная пиодермия	Чаше ассоциировано с активным воспалительным процессом
	Поражение слизистых оболочек: афтозный стоматит	Может сопровождать обострение заболевания
	Поражение глаз: эписклерит, увеит, ирит, иридоциклит	Эписклерит чаще связан с активностью ЯК; увеит может протекать независимо и требует срочной консультации офтальмолога
	Поражение печени: аутоиммунный гепатит	Может сочетаться с активностью воспалительного процесса
Аутоиммунные проявления, не связанные с активностью заболевания	Первичный склерозирующий холангит	Может прогрессировать независимо от активности ЯК; ассоциирован с повышенным риском колоректального рака
	Анкилозирующий спондилит, сакроилеит	Часто протекает независимо от активности кишечного воспаления
	Псориаз, псориагический артрит	Может иметь самостоятельное течение
Проявления, обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями	Остеопороз, остеомалация	Связаны с хроническим воспалением, нутритивной недостаточностью и/или терапией системными глюкокортикостероидами
	Холелитиаз	Может быть связан с метаболическими нарушениями
	Стеатоз печени, стеатогепатит	Может быть связан с метаболическими факторами, воспалением и лекарственной терапией
	Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии	Риск повышается при активном воспалении, тяжелой атаке, госпитализации, обезвоживании и иммобилизации
	Амилоидоз	Редкое осложнение длительного хронического воспаления

Сокращение: ЯК — язвенный колит.

Приложение 2

Монреальская классификация ЯК¹



Приложение 3

Классификация тяжести атаки ЯК согласно критериям Truelove-Witts¹

Показатель	Легкая атака	Среднетяжелая атака	Тяжелая атака
Частота стула с кровью в сутки	<4	≥4, если отсутствуют признаки тяжелой атаки	≥6 и наличие хотя бы одного системного признака
Частота сердечных сокращений	<90 уд./мин	≤90 уд./мин	>90 уд./мин
Температура тела	<37,5 °C	≤37,8 °C	>37,8 °C
Гемоглобин	>115 г/л	≥105 г/л	<105 г/л
Скорость оседания эритроцитов или С-реактивный белок	<20 мм/ч	≤30 мм/ч	>30 мм/ч
	Норма	<30 мг/л	>30 мг/л

Приложение 4

Тяжесть атаки ЯК согласно индексу активности ЯК — индексу Мейо¹

Показатель	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Частота стула	Обычная	На 1-2 раза в сутки больше обычной	На 3-4 раза в сутки больше обычной	На 5 и более раз в сутки больше обычной
Примесь крови в стуле	Нет	Прожилки крови	Видимая кровь	Преимущественно кровь
Состояние слизистой оболочки при эндоскопии (шкала Schroeder)	Норма или неактивное заболевание	Минимальная активность	Умеренная активность	Выраженная активность
Общая оценка состояния врачом	Норма	Удовлетворительное состояние	Состояние средней тяжести	Тяжелое состояние

Интерпретация полного индекса Мейо:

Сумма баллов	Интерпретация
0-2 балла	Ремиссия*
3-5 баллов	Легкая атака ЯК
6-9 баллов	Среднетяжелая атака ЯК
10-12 баллов	Тяжелая атака ЯК

* при ремиссии параметры "ректальное кровотечение" и "эндоскопическое состояние слизистой оболочки" должны быть равны 0 баллов.

Частичный индекс Мейо без эндоскопии

Сумма баллов	Интерпретация
0-1 балл	Клиническая ремиссия*
1-2 балла	Легкая атака
3-5 баллов	Среднетяжелая атака
≥6 баллов	Тяжелая атака

* при клинической ремиссии параметр "ректальное кровотечение" должен быть равен 0 баллов.

Приложение 5

Диетотерапия и нутритивная поддержка у пациентов с ЯК

Диетические рекомендации при ЯК являются обязательным компонентом комплексного ведения пациента и должны рассматриваться не как самостоятельный метод противовоспалительного лечения, а как способ поддержания адекватного нутритивного статуса, профилактики белково-энергетической недостаточности, коррекции дефицитных состояний, уменьшения симптомов, связанных с индивидуальной пищевой непереносимостью, и подготовки пациента к хирургическому лечению при наличии соответствующих показаний.

Нет доказательств связи ЯК с продуктами питания. Поэтому врач не должен рекомендовать пациенту строгие ограничительные диеты без клинического обоснования. Необоснованное исключение крупных групп продуктов может приводить к снижению энергетической ценности рациона, недостаточному потреблению белка, железа, кальция, витамина Д, фолиевой кислоты и других микронутриентов, что особенно неблагоприятно у пациентов с активным воспалением, хронической кровопотерей, снижением массы тела или длительным применением системных ГКС.

При каждом диспансерном приеме необходимо оценивать нутритивный статус пациента. У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника нутритивный статус рекомендуется оценивать на основании клинического анамнеза, физикального осмотра, индекса массы тела и анализа фактического рациона; индекс массы тела $<18,5 \text{ кг/м}^2$ рассматривается как признак выраженного дефицита массы тела [16, 17].

В фазе клинической и эндоскопической ремиссии пациентам с ЯК следует рекомендовать полноценный сбалансированный рацион без необоснованных ограничений. Питание должно обеспечивать достаточное поступление белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов. Рацион может включать мясо, птицу, рыбу, яйца, творог и кисломолочные продукты при переносимости, крупы, картофель, макаронные изделия, хлеб, овощи и фрукты в индивидуально переносимой форме. В качестве модели здорового питания целесообразно ориентироваться на принципы средиземноморского рациона, предусматривающего достаточное потребление овощей и фруктов по переносимости, рыбы, растительных масел, цельнозерновых продуктов, умеренное потребление мяса и ограничение ультрапереработанных продуктов. Международные экспертные рекомендации по питанию при ВЗК также указывают на необходимость полноценного рациона, содержащего углеводы, белки и жиры, с ограничением переработанных продуктов, искусственных подсластителей и трансжиров [18].

Особого внимания требует вопрос употребления пищевых волокон. У пациентов с ЯК в ремиссии не следует рутинно ограничивать клетчатку. Напротив, при хорошей переносимости пищевые волокна могут быть частью полноценного рациона, поскольку они поддерживают кишечную микробиоту, а продукты их ферментации, включая короткоцепочечные жирные кислоты, участвуют в поддержании функции слизистой оболочки толстой кишки. Ограничение грубой клетчатки может быть временно оправдано при выраженной диарее, метеоризме, спастических болях, высокой активности воспаления или плохой индивидуальной переносимости. После купирования обострения рацион следует постепенно расширять, начиная с термически обработанных овощей, фруктов без кожуры, круп и других продуктов, переносимых пациентом [18, 19].

При обострении ЯК питание должно быть щадящим. Цель диетотерапии в этот период состоит в обеспечении достаточного поступления энергии, белка, жидкости и электролитов и предупреждении нутритивной недостаточности. При легкой и среднетяжелой атаке целесообразно рекомендовать дробное питание небольшими порциями, достаточное потребление жидкости, временное ограничение продуктов, усиливающих диарею, метеоризм или боль, а также преимущественное использование термически обработанной пищи. На период активной диареи обычно ограничивают алкоголь, острые блюда, жирные жареные продукты, избыток кофеина, газированные напитки и большое количество грубой клетчатки. При снижении массы тела, гипоальбуминемии или высокой воспалительной активности необходимо дополнительно оценивать достаточность белка в рационе [18].

Важно подчеркнуть, что при активном воспалительном заболевании кишечника не установлено универсальной связи между какой-либо одной категорией продуктов и развитием обострения. Поэтому пациентам не следует сообщать, что конкретный продукт сам по себе является причиной рецидива ЯК. Вместе с тем у отдельных пациентов пищевые продукты могут усиливать симптомы, особенно при сочетании ЯК с функциональными кишечными расстройствами, лактазной недостаточностью или повышенной висцеральной чувствительностью. В таких случаях допустимо индивидуальное временное исключение плохо переносимого продукта с последующей контролируемой повторной оценкой переносимости [20].

Молочные продукты не должны автоматически исключаться у всех пациентов с ЯК. Ограничение лактозы показано только при симптомах, подозрительных на лактазную недостаточность: вздутии живота, урчании, болях, усилении диареи после употребления молока или продуктов с высоким содержанием лактозы. При наличии таких симптомов возможно временное ограничение лактозы с оценкой клинического ответа; при необходимости диагноз подтверждают дыхательным водородным тестом. При исключении молока важно обеспечить адекватное поступление кальция и витамина Д, особенно у пациентов, получающих системные ГКС или имеющих факторы риска остеопении и остеопороза [20].

Диету с низким содержанием FODMAP можно рекомендовать пациентам в ремиссии или при минимальной воспалительной активности, если сохраняются симптомы, напоминающие синдром раздраженного кишечника: вздутие, метеоризм, урчание, абдоминальный дискомфорт, нестабильный стул при отсутствии признаков активного воспаления. Такая диета должна назначаться на ограниченный срок, желательно под контролем врача или диетолога, с последующим постепенным повторным введением продуктов. Длительное соблюдение диеты с ограничением продуктов FODMAP без контроля нежелательно из-за риска неоправданного сужения рациона и дефицита отдельных нутриентов. Данные по применению диеты с ограничением продуктов FODMAP при ВЗК ограничены: в небольших исследованиях показано уменьшение симптомов, но не снижение воспалительных маркеров [21].

Энтеральное питание у взрослых пациентов с язвенным колитом не используется как самостоятельный метод индукции или поддержания ремиссии. Его назначают как вспомогательную нутритивную поддержку при недостаточности питания, невозможности обеспечить потребности обычным рационом, подготовке к хирургическому лечению или восстановлении после тяжелого обострения. Предпочтительным является пероральный прием специализированных питательных смесей; зондовое питание рассматривается в случаях, когда пациент не способен обеспечить необходимые потребности через рот. Показаниями к дополнительному энтеральному питанию являются индекс массы тела $<18,5 \text{ кг/м}^2$, непреднамеренное снижение массы тела, недостаточное фактическое потребление пищи, снижение мышечной массы, гипоальбуминемия в сочетании с клиническими признаками недостаточного питания, тяжелое течение заболевания после стабилизации состояния и подготовка к плановому хирургическому вмешательству [20].

Парентеральное питание не является рутинным методом лечения ЯК. Оно может рассматриваться только при невозможности перорального или энтерального питания, выраженной нутритивной недостаточности, кишечной непроходимости, тяжелом послеоперационном состоянии или необходимости коррекции нутритивного статуса перед хирургическим вмешательством. Назначение парентерального питания должно проводиться в условиях специализированной медицинской помощи с участием гастроэнтеролога, хирурга и специалиста по клиническому питанию [22].

Отдельно следует рассмотреть применение пробиотиков, омега-3 жирных кислот, антиоксидантов и специальных диет [23-25]. Пробиотики не должны назначаться всем пациентам с ЯК как обязательный компонент терапии. Для отдельных пробиотических штаммов получены обнадеживающие данные, однако препараты не валидированы для универсального рутинного применения у всех пациентов с ЯК. Омега-3 жирные кислоты и рыбий жир не следует использовать для индукции или поддержания ремиссии, поскольку имеющиеся данные не подтверждают их клиническую эффективность при ВЗК. Антиоксиданты, пребиотики, низкоуглеводные и другие строгие специальные диеты также не являются стандартом лечения ЯК и могут рассматриваться только индивидуально, с учетом нутритивных рисков и предпочтений пациента [23-25].

Пациенту необходимо объяснить, что питание влияет преимущественно на нутритивный статус, переносимость симптомов и качество жизни, но не заменяет базисную противовоспалительную терапию. Даже при минимальных жалобах или их отсутствии в слизистой оболочке толстой кишки может сохраняться воспаление, поэтому соблюдение рекомендаций по медикаментозной, немедикаментозной терапии и регулярное ДН имеют ключевое значение в контроле заболевания. Необоснованные строгие диеты могут ухудшить состояние пациента, особенно при активном заболевании, хронической кровопотере и снижении массы тела.

Приложение 6

Медикаментозная терапия¹

Клиническая ситуация	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии
Проктит, легкая/среднетяжелая атака	Месалазин ректально: суппозитории 1 г/сут., при необходимости до 2 г/сут., или ректальная пена 1 г 1 раз/сут., при необходимости до 2 раз/сут. Оценка ответа через 2 нед., при эффекте продолжить до 6-8 нед. При неэффективности — ректальные ГКС: будесонид пена 2 мг/сут. или преднизолон суппозитории 10 мг 2 раза/сут. При отсутствии эффекта — пероральный месалазин; далее ГКС внутрь в дозе, эквивалентной преднизолону 0,5-0,75 мг/кг/сут.	Месалазин ректально 1 г 3 раза в неделю не менее 2 лет. При ГКС-индуцированной ремиссии или повторной потребности в ГКС — азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. не менее 2 лет.
Проктит, тяжелая атака	Системные ГКС внутривенно в дозе, эквивалентной преднизолону 1-1,5 мг/кг/сут, в комбинации с местной терапией: месалазин ректально или ректальные ГКС.	После первой атаки — месалазин ректально 1 г 3 раза в неделю ± месалазин внутрь 2-2,4 г/сут. не менее 2 лет. При рецидиве, требующем повторных ГКС, — азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. не менее 2 лет.
Левосторонний или тотальный ЯК, легкая атака	Месалазин* (гранулы, таблетки, таблетки кишечнорастворимые с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой ММХ) внутрь в максимальной терапевтической дозе согласно инструкции по применению + месалазин в клизмах 4 г/сут. Оценка ответа через 2 нед., при эффекте продолжить до 6-8 нед. При недостаточном эффекте — ректальные ГКС: будесонид пена 2 мг/сут. или гидрокортизона ацетат + лидокаин 125-250 мг 1 раз/сут. в виде клизм/ректального капельного введения.	Месалазин внутрь 2-2,4 г/сут. Дополнительно возможно месалазин в клизмах 2 г 2 раза в неделю.
Левосторонний или тотальный ЯК, среднетяжелая атака	Месалазин внутрь в максимальной терапевтической дозе + месалазин в клизмах 4 г/сут. При отсутствии эффекта через 2 нед. без признаков системного воспаления — будесонид ММХ 9 мг/сут. в течение 8 нед. с последующей отменой через день в течение 1-2 нед. При признаках системного воспаления — системные ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону 1 мг/кг/сут., с последующим снижением на 5 мг каждые 5-7 дней, общая длительность не более 12 нед.	Месалазин внутрь 2-2,4 г/сут. + месалазин в клизмах 4 г 2 раза в неделю. При непереносимости месалазина или повторной потребности в ГКС в течение года — азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. не менее 2 лет.
Стероидозависимый ЯК	Системные ГКС в дозе, соответствующей тяжести атаки, + азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. При неэффективности/высоком риске — ГИБП или таргетные иммуносупрессоры.	Азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурин 1,5 мг/кг/сут. не менее 2 лет; при достижении ремиссии на ГИБП/ТИС — продолжить тот же препарат в поддерживающем режиме не менее 2 лет.
Стероидорезистентный ЯК	При отсутствии эффекта от ГКС — ГИБП или ТИС: инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, ведолизумаб, устекинумаб, тофацитиниб, упадациитиниб или озанимод.	Поддерживающая терапия тем же препаратом, на котором достигнут ответ/ремиссия, как минимум 2 года.
Тяжелая атака ЯК	Госпитализация. Системные ГКС внутривенно в дозе, эквивалентной преднизолону 1-1,5 мг/кг/сут.; при стероидорезистентности — "терапия спасения" ГИБП/ТИС (инфликсимабом, циклоспорин, тофацитинибом) по решению специалиста или хирургическое лечение.	После достижения ремиссии — азатиоприн/меркаптопурин, ГИБП или ТИС в зависимости от предшествующей терапии, ответа и риска рецидива.
Цитомегаловирусная инфекция слизистой оболочки толстой кишки	Ганцикловир 5 мг/кг 2 раза/сут. в течение 14-21 дня.	На период лечения ганцикловиром отмена базисной терапии не требуется.

Примечание: * — допустимо назначение сульфасалазина вместо месалазина.

Сокращения: ГИБП — генно-инженерные биологические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, ММХ — мультиматриксная оболочка, ТИС — таргетные иммуносупрессоры, ЯК — язвенный колит.

Приложение 7

Генно-инженерные биологические препараты и таргетные иммуносупрессоры при ЯК¹ [26]

Препарат	Механизм/группа	Индукция ремиссии	Поддержание ремиссии
Инфликсимаб	Ингибитор ФНО-α	5 мг/кг внутривенно на 0, 2 и 6-й нед.	5 мг/кг внутривенно 1 раз в 8 нед.
Адалимумаб	Ингибитор ФНО-α	160 мг подкожно, затем через 2 нед. 80 мг подкожно	40 мг подкожно каждые 2 нед.
Голимумаб	Ингибитор ФНО-α	200 мг подкожно, через 2 нед. 100 мг подкожно	Далее 50 мг или 100 мг подкожно каждые 4 нед. в зависимости от массы тела пациента
Ведолизумаб	Селективный иммунодепрессант, антиинтегриновый препарат	300 мг внутривенно на 0, 2 и 6-й нед.	300 мг внутривенно каждые 8 нед.
Устекинумаб	Ингибитор интерлейкинов 12/23	Индукционная доза внутривенно однократно с расчетом по массе тела пациента	Через 8 нед. — 90 мг подкожно, далее 90 мг подкожно каждые 12 нед.; при потере ответа возможно сокращение интервала до каждых 8 нед.
Гуселькумаб	Ингибитор интерлейкина 23	200 мг в/в или 400 мг п/к на 0, 4, 8-й нед.	100 мг п/к каждые 8 нед.
Тофацитиниб	Таргетный иммуносупрессор, ингибитор JAK	10 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 8 нед.	5 мг внутрь 2 раза в сутки
Упадацитиниб	Таргетный иммуносупрессор, селективный ингибитор JAK1	45 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 8 нед.	30 мг или 15 мг внутрь 1 раз в сутки
Озанимод	Таргетный иммуносупрессор, модулятор S1P-рецепторов	Титрация дозы в течение 7 дней: с 0,23 мг/сут. до 0,92 мг/сут.; с 8-го дня — 0,92 мг внутрь 1 раз в сутки	0,92 мг внутрь 1 раз в сутки

Примечание: у биоинвазивных пациентов любой из указанных препаратов может применяться в качестве первой линии терапии.

Сокращение: ФНО-α — фактор некроза опухоли альфа.

Приложение 8

Оптимизация терапии при потере ответа на генно-инженерные биологические препараты и таргетные иммуносупрессоры при ЯК¹

Клиническая ситуация	Возможная тактика оптимизации
Потеря ответа на инфликсимаб	Увеличение дозы до 10 мг/кг каждые 8 нед. или сокращение интервала введения до 4-6 нед.
Потеря ответа на адалимумаб	Увеличение дозы до 80 мг каждые 2 нед. или 40 мг каждую неделю
Потеря ответа на голимумаб	Увеличение дозы до 100 мг каждые 4 нед.
Потеря ответа на ведолизумаб	Сокращение интервала введения до 300 мг каждые 4 нед. или смена на препарат другого класса
Потеря ответа на устекинумаб	Сокращение интервала введения до 90 мг каждые 8 нед. или смена на препарат другого класса
Потеря ответа на гуселькумаб	Увеличение дозы до 200 мг каждые 8 нед. Сокращение интервала введения 100 мг каждые 4 нед. или смена на препарат другого класса
Потеря ответа на тофацитиниб	Оптимизация терапии до 20 мг/сут., то есть 10 мг 2 раза в сутки, по решению специалиста

Примечание: при первичной неэффективности или потере ответа на ингибитор фактора некроза опухоли альфа возможен переход на препарат другого механизма действия: ведолизумаб, устекинумаб, тофацитиниб, упадацитиниб или озанимод. Рекомендуется комбинировать инфликсимаб с азатиоприном 2,0-2,5 мг/кг/сут. для повышения эффективности лечения допустимо применение меркаптопурина 1,5 мг/кг/сут. вместо азатиоприна, поскольку меркаптопурин является метаболитом азатиоприна.

Приложение 9

Варианты терапии спасения при стероидорезистентной тяжелой атаке ЯК¹

Вариант терапии спасения	Режим дозирования	Особенности применения
Инфликсимаб	5 мг/кг внутривенно на 0, 2 и 6-й нед.	Применяется как терапия второй линии при стероидорезистентности. При достижении ремиссии поддерживающую терапию продолжают инфликсимабом по стандартной схеме, возможно в комбинации с азатиоприном 2–2,5 мг/кг/сут. или меркаптопурином 1,5 мг/кг/сут.
Циклоспорин	2-4 мг/кг/сут. внутривенно в течение 7 дней	Требует мониторингирования функции почек и определения концентрации препарата в крови. Предпочтительно внутривенное введение.
Тофациитиниб	20 мг/сут в рамках индукционного курса в течение 8 нед.	Может рассматриваться как вариант терапии спасения; уровень доказательности ниже, чем для инфликсимаба и циклоспорина.

Примечание: другие ГИБТ/ТИС в качестве терапии спасения при тяжелой стероидорезистентной атаке ЯК в клинических рекомендациях не рассматриваются. При отрицательной динамике или отсутствии ответа на 7-й день терапии инфликсимабом, циклоспорином или тофациитинибом показано хирургическое лечение.

Приложение 10

Эквивалентные дозы системных ГКС¹

Препарат	Эквивалентная доза	Длительность действия
Гидрокортизон	20 мг	8-12 ч
Преднизолон	5 мг	12-36 ч
Метилпреднизолон	4 мг	12-36 ч
Дексаметазон	0,75 мг	36-54 ч

Пересчет дозы системных ГКС при ЯК

Клиническая ситуация	Доза в пересчете на преднизолон	Эквивалентная доза метилпреднизолона	Эквивалентная доза гидрокортизона
Среднетяжелая атака ЯК при признаках системного воспаления	1 мг/кг/сут.	0,8 мг/кг/сут.	4 мг/кг/сут.
Тяжелая атака ЯК	1-1,5 мг/кг/сут.	0,8-1,2 мг/кг/сут.	4-6 мг/кг/сут.
Тяжелая атака ЯК/ стероидорезистентность оценивается на фоне адекватной дозы глюкокортикостероидов	2 мг/кг/сут.	1,6 мг/кг/сут.	8 мг/кг/сут.
Проктит, легкая/среднетяжелая атака при неэффективности местной и пероральной терапии	0,5-0,75 мг/кг/сут.	0,4-0,6 мг/кг/сут.	2-3 мг/кг/сут.

Сокращение: ЯК — язвенный колит.

Пример пересчета системных ГКС для пациента 70 кг

Клиническая ситуация (доза преднизолона)	Расчет дозы преднизолона	Эквивалент метилпреднизолона	Эквивалент гидрокортизона
0,5 мг/кг/сут.	$70 \times 0,5 = 35$ мг/сут.	28 мг/сут.	140 мг/сут.
0,75 мг/кг/сут.	$70 \times 0,75 = 52,5$ мг/сут.	42 мг/сут.	210 мг/сут.
1 мг/кг/сут.	$70 \times 1 = 70$ мг/сут.	56 мг/сут.	280 мг/сут.
1,5 мг/кг/сут.	$70 \times 1,5 = 105$ мг/сут.	84 мг/сут.	420 мг/сут.
2 мг/кг/сут.	$70 \times 2 = 140$ мг/сут.	112 мг/сут.	560 мг/сут.

Приложение 11

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии [13]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?				
А) Да Б) Нет В) Другое _____					
2	Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов					
	всегда	часто	иногда	редко	никогда
3	Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другое (укажите) _____					
Модуль II. "Препарат-специфическая фактическая приверженность фармакотерапии"					
1	Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов				
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты: _____					
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____					
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
2	Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:				
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения. Укажите препараты: _____					
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____					
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____					
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____					
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов					
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов					
И) Другая причина (укажите) _____					
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"					
1	Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?				
1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да					

Инструкция:

- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
- При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
- По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2

Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат
			ВВ! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам
А	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

Ключ к модулю III Номер вопроса:

- 1 — потенциально не привержен
- 2 — потенциально частично не привержен
- 3 — потенциально частично привержен
- 4 — потенциально привержен

Приложение 12

Безопасность препаратов при беременности [14, 27]

Препарат	Периконцепция	Беременность	Лактация
Месалазин (5-АСК)	Совместим	Совместим	Совместим
Сульфасалазин	Совместим (♀); избегать у ♂ за 3 мес.	Совместим + фолиевая кислота 2 мг/сут.	Совместим
Глюкокортикостероиды	Совместим	Совместим (короткие курсы)	Совместим
Тиопурины (АЗА, 6-МП)	Совместим	Совместим (мониторинг метаболитов, ферментов печени)	Совместим
Метотрексат	Противопоказан (♀ — отмена за 3-6 мес.)	Противопоказан	Неясно
Ингибиторы ФНО-α (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаб)	Совместим	Совместим (продолжать на протяжении всей беременности)	Совместим
Ведолизумаб	Совместим	Совместим	Совместим
Устекинумаб	Совместим	Совместим	Совместим
Гуселькумаб	Совместим	Совместим	Совместим
Янус киназы (тофацитиниб, упадацитиниб)	Избегать	Избегать (только при отсутствии альтернатив)	Не кормить грудью
Модуляторы S1P (озанимод)	Избегать (отмена за 3-6 мес.)	Избегать (только при отсутствии альтернатив)	Не кормить грудью

Сокращения: 5-АСК — 5-аминосалициловая кислота, АЗА — азатиоприн, ФНО-α — фактор некроза опухоли альфа.

Литература/References

- Piovani D, Danese S, Peyrin-Biroulet L, Bonovas S. Inflammatory bowel disease: estimates from the global burden of disease 2017 study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020;51(2):261-70. doi:10.1111/apt.15542.
- Le Berre C, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Ulcerative colitis. *Lancet.* 2023;402(10401):571-84. doi:10.1016/S0140-6736(23)00966-2.
- Gros B, Kaplan GG. Ulcerative Colitis in Adults: A Review. *JAMA.* 2023;330(10):951-65. doi: 10.1001/jama.2023.15389.
- Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet.* 2017;390(10114):2769-78. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0. Erratum in: *Lancet.* 2020;396(10256):e56. doi:10.1016/S0140-6736(20)32028-6.
- Khavkin AI, Novikova VP, Naletov AV, et al. Current global trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology.* 2025;14(3):104 17. (In Russ.) Хавкин А.И., Новикова В.П., Налетов А.В. и др. Глобальные тенденции эпидемиологии воспалительных заболеваний кишечника на современном этапе. Доказательная гастроэнтерология. 2025;14(3):104 17. doi:10.17116/dokgastro202514031104. EDN: BLHJKC.
- Bakulin IG, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. North-Western register of patients with inflammatory bowel diseases: achievements and lessons learned. *Koloproktologia.* 2022;21(1):37-49. (In Russ.) Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Северо-Западный регистр пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: достижения и уроки. *Колопроктология.* 2022;21(1):37-49. doi:10.33878/2073-7556-2022-21-1-37-49. EDN: ITCUJP.
- Belousova EA, Shelygin YuA, Achkasov SI, et al. Clinical and Demographic Features and Treatment Approaches for Inflammatory Bowel Diseases (Crohn's Disease, Ulcerative Colitis) in the Russia. The Primary Results of the Analysis of the National Register. *Koloproktologia.* 2023;22(1):65-82. (In Russ.) Белоусова Е.А., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. и др. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа национального Регистра. *Колопроктология.* 2023;22(1):65-82. doi:10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82. EDN: IMBCQN.
- Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population. *Methodological recommendations.* Edited by 2nd edition. Federal State Budgetary Institution "NMITS TPM" of the Ministry of Health of Russia, 2020. p. 232. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. Под ред. 2-е издание. ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. с. 232. ISBN: 978-5-6043991-1-8. EDN: QWHFZK.
- Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025; 2(3):135-262. (In Russ.) Драпкина О.М., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):135-262. doi:10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ.
- Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, et al. ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis.* 2021 Jun 22;15(6):879-913. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjab052. Erratum in: *J Crohns Colitis.* 2023;17(1):149. doi:10.1093/ecco-jcc/jjac104.
- Drapkina O.M., Gambaryan M.G., Kalinina A.M., Shepel R.N. Organization and provision of medical care aimed at stopping tobacco consumption, treating tobacco addiction, and the consequences of tobacco consumption. *Methodological recommendations.* Voronezh: LLC "Kantstovary", 2019, 66 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Шепель Р.Н. Организация и оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака. Методические рекомендации. Воронеж: ООО "Канцтовары", 2019, 66 с. ISBN: 978-5-6043603-3-0.
- Drapkina OM, Avalueva EB, Bakulin IG, et al. Management of patients with iron deficiency anemia in the context of primary health care. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):55-114. (In Russ.) Драпкина О.М., Авалуева Е.Б., Бакулин И.Г. и др. Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):55-114. doi:10.15829/3034-4123-2025-61. EDN: UKRRDT.
- Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.* 2021; 17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02. EDN: LBFQNW.
- Nielsen OH, Gubatan JM, Kolho KL, et al. Updates on the management of inflammatory bowel disease from periconception to pregnancy and lactation. *Lancet.* 2024;403(10433):1291-303. doi:10.1016/S0140-6736(24)00052-7.
- Memel Z, Yu A, Fenton C, et al. The Effect of Low-Dose Aspirin on Disease Activity in Pregnant Individuals With Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol.* 2025;120(11):2603-10. doi:10.14309/ajg.0000000000003304.
- Valentini L, Schaper L, Buning C, et al. Malnutrition and impaired muscle strength in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in remission. *Nutrition.* 2008;24(7-8):694-702. doi:10.1016/j.nut.2008.03.018.
- Vagianos K, Bector S, McConnell J, Bernstein CN. Nutrition assessment of patients with inflammatory bowel disease. *JEN J Parenter Enteral Nutr.* 2007;31(4):311-9. doi:10.1177/0148607107031004311.
- Levine A, Rhodes JM, Lindsay JO, et al. Dietary Guidance From the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18(6):1381-92. doi:10.1016/j.cgh.2020.01.046.
- Brotherton CS, Martin CA, Long MD, et al. Avoidance of Fiber Is Associated With Greater Risk of Crohn's Disease Flare in a 6-Month Period. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14(8):1130-6. doi:10.1016/j.cgh.2015.12.029.
- Hashash JG, Elkins J, Lewis JD, Binion DG. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology.* 2024;166(3):521-32. doi:10.1053/j.gastro.2023.11.303.
- Pedersen N, Ankersen DV, Felding M, et al. Low-FODMAP diet reduces irritable bowel symptoms in patients with inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2017;23(18):3356-66. doi:10.3748/wjg.v23.i18.3356.
- Evans JP, Steinhart AH, Cohen Z, McLeod RS. Home total parenteral nutrition: an alternative to early surgery for complicated inflammatory bowel disease. *J Gastrointest Surg.* 2003;7(4):562-6. doi:10.1016/S1091-255X(02)00132-4.
- Turner D, Steinhart AH, Griffiths AM. Omega 3 fatty acids (fish oil) for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD006443. doi:10.1002/14651858.CD006443.
- Lewis JD, Sandler RS, Brotherton C, et al.; DINE-CD Study Group. A Randomized Trial Comparing the Specific Carbohydrate Diet to a Mediterranean Diet in Adults With Crohn's Disease. *Gastroenterology.* 2021;161(3):837-52. doi:10.1053/j.gastro.2021.05.047. Erratum in: *Gastroenterology.* 2022;163(5):1473. doi:10.1053/j.gastro.2022.07.058.
- Kaibysheva VO, Zharova ME, Filimendikova KYu, Nikonov EL. Diseases associated with impaired composition. Intestinal microbiota. *Doctor.Ru.* 2021;20(4):40-5. (In Russ.) Кайбышева В.О., Жарова М.Е., Филимендикова К.Ю., Никонов Е.Л. Заболевания, ассоциированные с нарушением состава микробиоты кишечника. *Доктор.Ру.* 2021;20(4):40-5.
- Nikonov EL, Aksenov VA, Skvortsova TA, Zharova ME. Immunotherapy of inflammatory bowel diseases. *Doctor.ru.* 2019;10(165):31-7. (In Russ.) Никонов Е.Л., Аксёнов В.А., Скворцова Т.А., Жарова М.Е. Иммуноterapia воспалительных заболеваний кишечника. *Доктор.Ру.* 2019;10(165):31-7. doi:10.31550/1727-2378-2019-165-10-31-37. EDN: WNPCKN.
- Mahadevan U, Seow CH, Barnes EL, et al.; Global Consensus Group for Pregnancy and IBD. Global Consensus Statement on the Management of Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol.* 2026;121(1):31-79. doi:10.14309/ajg.0000000000003651.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Бакулин Игорь Геннадьевич (Igor G. Bakulin) — д.м.н., профессор, директор Института терапии; зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса, ORCID: 0000-0002-6151-2021;

Ливзан Мария Анатольевна (Maria A. Livzan) — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа, вице-президент РОПНИЗ по направлению "Гастроэнтерология", ORCID: 0000-0002-6581-7017;

Князев Олег Владимирович (Oleg V. Knyazev) — д.м.н., зав. отделением патологии кишечника; профессор научно-преподавательского отдела; главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Департамента здравоохранения г. Москвы ORCID: 0000-0001-7250-0977;

Бордин Дмитрий Станиславович (Dmitry S. Bordin) — д.м.н., профессор, зав. отдела патологии поджелудочной железы и желчевыводящих, патологии верхних отделов пищеварительного тракта, ORCID: 0000-0003-2815-3992;

Жарова Мария Евгеньевна (Mariia E. Zharova) — к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний, старший научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8325-5927;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, ORCID: 0000-0002-8984-9056.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России, ул. Кирочная, д. 41, Санкт-Петербург, 191015, Россия; ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Ленина, д. 12, Омск, 644099, Россия; ГБУЗ "Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы", шоссе Энтузиастов, д. 86, Москва, 111123, Россия; ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих" Минздрава России, ул. Салаяма Адилы, д. 2, Москва, 123423, Россия; ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, ул. Советская, д. 4, Тверь, 170100, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Kirochnaya str., 41, Saint Petersburg, 191015, Russia; Omsk State Medical University, Lenina str., 12, Omsk, 644099, Russia; A. S. Loginov Moscow Clinical Research Center, Entuziastov Highway, 86, Moscow, 111123, Russia; Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Salyama Adilya str., 2, Moscow, 123423, Russia; Tver State Medical University, Sovetskaya str., 4, Tver, 170100, Russia.