



ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Октябрь 2026 № 2 (10)

Сайт издателя — www.abvpress.ru

Комбинированная
медикаментозно-хирургическая
тактика лечения болезни Крона

2

Диета при ВЗК:
изменения в рекомендациях

8

Оставили негативный отзыв.
Что делать?

10



Новости

Результат, которому аплодировали стоя: новая терапия рака поджелудочной железы

Сорок две секунды оваций стоя — так участники конгресса Американского общества клинической онкологии (ASCO) встретили результаты рандомизированного исследования III фазы RASolute 302.

Представленный 31 мая 2026 года в Чикаго препарат дараксонрасиб почти вдвое увеличил медиану общей выживаемости пациентов с метастатическим раком поджелудочной железы после прогрессирования на первой линии химиотерапии. Результаты опубликовали в New England Journal of Medicine.

Эффективность новой терапии хороша именно сочетанием трех важных результатов:

- увеличение выживаемости;
- уменьшение опухолевых очагов;
- длительное сохранение качества жизни.

Удивительные цифры

В международном исследовании участвовали 500 человек с метастатической протоковой аденокарциномой поджелудочной железы. Все они прошли одну линию химиотерапии. После прогрессирования заболевания 248 пациентам назначили дараксонрасиб, а 252 — стандартную химиотерапию по выбору исследователя. Новый препарат принимали внутрь ежедневно. Исследование было открытым; его финансировала компания-разработчик Revolution Medicines.

Медиана общей выживаемости в группе дараксонрасиба достигла 13,2 месяца против 6,7 в контрольной группе. Отношение рисков смерти составило 0,40: зафиксировано снижение на 60 %. Эти показатели отсчитывали от рандомизации, когда пациенты уже нуждались во второй линии лечения.

» с. 2

В ногу с наукой

XXXII Объединенный Российский гастроэнтерологический конгресс: что важно практикующему врачу

12–14 сентября 2026 года в Москве прошел XXXII Объединенный Российский гастроэнтерологический конгресс. В его программу вошли важные направления современной гастроэнтерологии: обновление подходов к расстройствам взаимодействия кишечника и мозга, расширение возможностей терапии ВЗК, канцеропревенция, совершенствование эндоскопической диагностики и персонализированное ведение коморбидного пациента.



Мария Владимировна
ЛОПАТИНА

врач-гастроэнтеролог,
главный редактор газеты
«Гастроэнтерология
сегодня»

Рим V: от диагноза исключения к позитивной диагностике

Одной из центральных тем Конгресса стал Римский консенсус (Rome V). Ему были посвящены отдельный экспертный совет и симпозиум с обсуждением функциональной диспепсии, билиарной боли и синдрома раздраженного кишечника.

Главный практический сдвиг обновленных критериев Rome V — отказ от представления о расстройствах взаимодействия кишечника и мозга как о диагнозах, которые устанавливаются только после исключения всей возможной органической патологии. Современный подход предполагает позитивный диагноз на основании характерного симптомокомплекса, клинических критериев и ограниченного объема обследования, определяемого конкретной ситуацией. Одновременно критерии усиливают биопсихосоциальную модель расстройств взаимодействия кишечника и мозга и интегрируют фармакотерапию, диетические и поведенческие методы лечения.

ВЗК: таргетная терапия и движение к персонализации

Отдельный блок программы был посвящен новым направлениям диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Обсуждались TL1A

как новая терапевтическая мишень, возможности мультиомиксного подхода для персонализации терапии, а также применение липидомики, метаболомики и математического моделирования в диагностике и изучении ВЗК. Большинство этих подходов пока остаются преимущественно исследовательскими, однако отражают движение в сторону более точной биологической характеристики заболевания и поиска предикторов ответа на терапию.

Канцеропревенция становится частью повседневной гастроэнтерологии

Одним из важных направлений Конгресса стала канцеропревенция. Наиболее практически значимым был блок профилактики рака желудка: *Helicobacter pylori*, атрофический и аутоиммунный гастрит, предраковые изменения слизистой оболочки, качество эндоскопической диагностики.

В программе обсуждались оптимизация эрадикационной терапии, регистр пациентов с предраковыми заболеваниями желудка, диагностика аутоиммунного гастрита и взаимодействие гастроэнтеролога и эндоскописта при атрофии и полипах желудка. Таким образом, задача врача смещается от констатации хронического гастрита к оценке индивидуального онкологического риска, своевременной эрадикации *Helicobacter pylori*, корректной морфологической верификации предраковых изменений и определению дальнейшей тактики наблюдения.

Этой же логике соответствует блок экспертной эндоскопии кишечника: показания к видеокапсульной эндоскопии и энтероскопии, поиск источника скрытого желудочно-кишечного крово-

течения, признаки малигнизации полипов и диагностика редких новообразований.

От заболевания — к пациенту с коморбидностью

Еще один заметный акцент программы — уход от ведения изолированного гастроэнтерологического диагноза. Отдельные заседания были посвящены метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП), сочетанию гастроэнтерологической и сердечно-сосудистой патологий, гериатрической гастроэнтерологии.

Особое место в современной медицине занимает лекарственное поражение печени у онкологических пациентов: в программе обсуждались гепатотоксичность противоопухолевой терапии и стратификация ее риска. Для гастроэнтеролога это означает все более тесную работу с онкологами и другими специалистами.

Место в реальной практике

Программа Конгресса показывает, что современная гастроэнтерология движется не столько в сторону увеличения числа диагностических и терапевтических возможностей, сколько в сторону более точного определения показаний к их применению. Новые критерии, биомаркеры, методы визуализации и таргетная терапия имеют практическую ценность только тогда, когда позволяют точнее установить диагноз, оценить риск, выбрать лечение или определить тактику наблюдения. Поэтому особенно важно следить не только за появлением новых методов, но и за накоплением данных об их клинической эффективности и месте в реальной практике. ✕



Оформить подписку



АБВ-пресс в Telegram

Новости

« с. 1

Медиана выживаемости без прогрессирования также увеличилась вдвое: с 3,6 до 7,2 месяца.

Объективный ответ на лечение зарегистрировали у 31,6 % получавших дараксонрасиб против 11,2 % тех, кто был на химиотерапии. Помимо противоопухолевого эффекта, исследователи оценивали симптомы и самочувствие. Медиана времени до ухудшения по шкале боли составила 9,2 против 3,8 месяца, а до ухудшения общего состояния здоровья и качества жизни — 5,7 против 2,6 месяца. Таким образом, увеличение продолжительности жизни сопровождалось более длительным сохранением ее качества.

Как работает препарат

Дараксонрасиб воздействует на один из ключевых механизмов роста опухоли. Онкогенные мутации генов семейства RAS встречаются более чем в 90 % случаев протоковой аденокарциномы поджелудочной железы. Кодированные ими белки участвуют в передаче сигналов, управляющих ростом и делением клеток. Дараксонрасиб блокирует активную, связанную с ГТФ форму RAS. Мультицелевые свойства препарата влияют на ряд мутантных вариантов, а также на немутантные белки RAS.

При этом терапия требует внимания к переносимости. Среди частых нежелательных последствий применения таблеток были сыпь, стоматит, тошнота и диарея. Побочные эффекты третьей степени и выше, связанные с лечением, возникли у 43,6 % пациентов на дараксонрасиб и у 57,5 % — на химиотерапии. Вследствие этого лечение прекратили 1,2 % и 11,2 % пациентов соответственно.

Пероральный прием лекарства избавляет от инфузий, но наблюдение и своевременная коррекция токсичности все равно необходимы.

FDA: одобрено

26 августа 2026 года FDA одобрило дараксонрасиб под торговым названием Rasonque. Препарат показан взрослым с метастатической аденокарциномой поджелудочной железы, ранее получавшим хотя бы одну линию системной терапии либо не подходящим для многокомпонентной системной терапии. Показание не требует наличия определенной мутации RAS. При этом в исследовании RASolute 302 препарат изучали у пациентов с прогрессированием после одной предшествующей линии лечения.

Говорить об излечении метастатического заболевания пока нельзя. Но RASolute 302 показало, что подавление RAS может дать существенный клинический результат даже после прогрессирования на химиотерапии. Теперь исследователям предстоит определить возможности препарата в первой линии, на более ранних стадиях заболевания и в комбинациях с другими методами лечения. ✖

Тактика лечения

Перианальная болезнь Крона со свищами: комбинированная медикаментозно-хирургическая тактика

Болезнь Крона (БК) со свищевым перианальным поражением — задача со звездочкой. Эту форму часто распознают с опозданием в годы. И гастроэнтерологу, и хирургу сложно справиться поодиночке. Разбираем, почему это происходит, кого из пациентов со свищем нужно обследовать на БК и как строить этапный план лечения от МРТ малого таза и дренирования до системной терапии и реалистичной оценки ответа.



Олег Владимирович КНЯЗЕВ

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

Отдельная клиническая задача

Перианальные свищи встречаются примерно у четверти пациентов с болезнью Крона (БК), а при поражении прямой кишки — заметно чаще [1, 2]. Свищевая перианальная форма признана одним из основных предикторов тяжелого прогрессирующего течения заболевания и служит основанием для ранней агрессивной тактики, минуя ступенчатую эскалацию [3, 4].

Российские клинические рекомендации предписывают всем пациентам с перианальным поражением БК — при отсутствии показаний к операции или после нее — назначать иммуносупрессоры (азатиоприн, меркаптопурин, метотрексат) и/или ГИБП либо таргетные иммуносупрессоры в виде индукционного курса с последующим длительным поддерживающим лечением [3, 5].

Практический вывод

У пациента моложе 40 лет со свищем прямой кишки — особенно рецидивирующим или после нескольких вмешательств — исследование кала на кальпротектин должно быть обязательным. Стоимость анализа несопоставима со стоимостью двух лет упущенного времени.



Проблема, которая начинается до диагноза

Значительная часть пациентов доходит до лечения довольно поздно. Медиана времени от первых симптомов до постановки диагноза БК в швейцарском когортном регистре составила девять месяцев, а у четверти пациентов превысила 24 месяца [6]. При язвенном колите тот же показатель — четыре месяца. Это обусловлено неспецифичностью дебюта: боль в животе, утомляемость и неоформленный стул годами трактуют как синдром раздраженного кишечника.

При перианальном дебюте задержка еще больше. Перианальный свищ становится первым проявлением БК примерно в 10 % случаев и может опережать кишечную симптоматику на срок до четырех лет [7]. Примерно у трети пациентов с перианальной БК абсцесс или свищ манифестируют раньше диагноза, а перианальная операция предшествует установлению БК [8].

Причина системная: более 90 % перианальных свищей в популяции — криптоглангулярные. Статистика работает в пользу банальных свищей, поэтому врач, в первую очередь предполагающий этот диагноз, прав. Однако именно поэтому правильный диагноз не ставят пациентам, у которых свищ — проявление системного заболевания. В корейской когорте перианальный дискомфорт как первый симптом оказался единственным независимым предиктором задержки диагноза БК (ОШ 10,2; 95 % ДИ 1,93–54,3; $p = 0,006$) [9]. Логика маршрутизации работает против пациента: со свищем он попадает к хирургу и выпадает из маршрута обследования на ВЗК.

Задержка диагностики оборачивается осложнениями. В когорте из 905 пациентов длительность диагностической задержки прямо коррелировала с частотой стеноза кишки (ОШ 1,76 при задержке ≥ 25 месяцев; $p = 0,011$) и резекционных операций (ОШ 1,76 при задержке 10–24 месяцев, $p = 0,014$; ОШ 2,03 при задержке ≥ 25 месяцев, $p = 0,003$) [10]. Принципиально, что частота назначения иммуносупрессоров и анти-ФНО между группами не различалась, — речь идет

об эффекте самого времени, а не о раз-ной интенсивности лечения.

К этому добавляется ятрогенный вред. Свищ, принятый за криптоглангулярный, оперируют по правилам хирургии банального свища — с рассечением хода. При БК это дает непропорционально высокий риск повреждения сфинктера и рецидива, и к моменту постановки правильного диагноза пациент нередко имеет два-три неудачных вмешательства и скомпрометированную функцию удержания [8].

Российские клинические рекомендации фиксируют ту же проблему качественно: клиническая картина БК на ранних стадиях не всегда имеет четко выраженные симптомы, поэтому у значительной части больных на момент установления диагноза заболевание уже носит осложненный характер [3].

Красные флаги: кого из пациентов со свищем обследовать на БК

Систематический обзор с последующим когортным анализом выделил четыре независимых признака, повышающих вероятность БК у пациента с перианальным свищем [8]:

- возраст младше 40 лет (ОШ 3,4);
- более двух перенесенных перианальных вмешательств (ОШ 3,4);
- снижение массы тела (ОШ 14,4);
- боль в животе (ОШ 9,8).

Комбинация этих признаков разделяет БК и не-БК с AUC 0,83. Дополнительныестораживающие признаки со стороны самого свища — множественные внутренние и наружные отверстия, сопутствующие анальные трещины, проктит.

Скрининговый инструмент первой линии — фекальный кальпротектин. Международный Delphi-консенсус PREFAB рекомендует использовать его для отбора пациентов с предположительно криптоглангулярным свищем на дообследование, с пороговым значением ≥ 150 мкг/г [11]. В проспективном пилотном исследовании медиана кальпротектина у пациентов, у которых в итоге диагностировали БК, составила 552 мкг/г против 24 мкг/г при криптоглангулярном свище ($p < 0,001$) [12].

Тактика лечения

Почему поздний старт лечения невозможно компенсировать

Раннее начало терапии дает лучшие результаты. В post hoc анализе PRECISE 2 ответа к 26-й неделе достигали у 82 % пациентов с длительностью заболевания менее 2 лет против 59 % при большей длительности [13]. В анализе EXTEND глубокая ремиссия через год составила 33,2 и 16,0 % при длительности ≤2, >2–5 и >5 лет соответственно [14].

Механизм при этом стоит понимать точно. Метаанализ РКИ показал, что пропорциональное преимущество препарата над плацебо на протяжении болезни не меняется; выше именно абсолютные показатели ремиссии в ранней когорте [15]. Иными словами, дело не в том, что лекарство сильнее действует в первые два года, а в том, что к этому моменту еще нет необратимого фиброза, разрушенного сфинктера и накопленного повреждения. Восстанавливать ничего не нужно — достаточно остановить воспаление. Это и есть главный аргумент в пользу ранней диагностики и терапии: не препарат лучше работает на ранних стадиях, а сохранена ткань, на которой препарату предстоит действовать.

Почему «простой» и «сложный» важнее анатомии по Парксу

Анатомическая классификация Паркса (межсфинктерные, транссфинктерные, супрасфинктерные, экстрасфинктерные) описывает ход свища относительно сфинктерного комплекса. Но для выбора тактики удобнее клиническая градация AGA [2]:

- **простой свищ** — низкий, одно наружное отверстие, без боли и флюктуации, без ректовагинального сообщения, без стриктуры прямой кишки, без проктита;
- **сложный свищ** — высокий, либо множественные наружные отверстия, либо сопутствующий абсцесс, ректовагинальный свищ, стриктура или активный проктит.

Разделение практическое: простые свищи при отсутствии проктита допускают локальные вмешательства с хорошим прогнозом, сложные — почти всегда требуют комбинированного подхода с сохранением дренирования на весь период индукции [2, 16].

МРТ малого таза — точка отсчета

МРТ малого таза с высоким разрешением — метод выбора для картирования свищевого хода и выявления недренированных затеков и абсцессов [17]. Исследование отвечает на три вопроса, без которых нельзя планировать лечение:

Медленное заживление

МРТ-заживление (исчезновение сигнала на T2 и накопления контраста) отстает от клинического закрытия наружного отверстия на месяцы. Это ожидаемая диссоциация, а не признак неудачи.

1. Каков ход свища относительно сфинктера и есть ли ответвления.
2. Есть ли скрытый абсцесс или затек — наиболее частая причина неудачи системной терапии.
3. Каково исходное состояние для последующей оценки ответа.

Альтернатива и дополнение — эндональное УЗИ и осмотр под анестезией; сочетание двух методов повышает точность почти до 100 % [17, 18]. Обязательный элемент оценки — эндоскопия с осмотром прямой кишки: активный проктит принципиально ухудшает прогноз заживления и требует контроля до любых пластических вмешательств [2].

Хирургический этап: дренирование, а не радикальность

Первый шаг при активном свище — санация. Абсцесс должен быть вскрыт и дренирован до начала или одновременно с началом иммуносупрессивной терапии; назначение системной терапии на фоне недренированного гнойного очага повышает риск септических осложнений [3, 16].

Установка сетона (дренирующей лигатуры) обеспечивает отток и предотвращает преждевременное закрытие наружного отверстия с формированием нового абсцесса. Сетон устанавливают до начала индукции и удаляют после достижения контроля воспаления — обычно через несколько недель или месяцев, ориентируясь на прекращение отделяемого и данные МРТ [2, 16].

Пластические операции (низведение лоскута, LIFT, лигирование хода) обсуждают только после купирования активного воспаления в прямой кишке. Рассечение свища допустимо лишь при простых низких свищах без проктита — риск инконтиненции при сложных свищах неприемлем [2, 16].

Медикаментозная составляющая

Антибиотики (метронидазол, цiproфлоксацин) уменьшают отделяемое и симптомы, но не приводят к стойкому закрытию и используются только как дополнение к основной терапии [3, 16]. Анти-ФНО-препараты наиболее изучены: инфликсимаб первым продемонстрировал в РКИ значимое преимущество перед плацебо по закрытию свищей [19], однако примерно у двух третей пациентов в течение года после индукции развивается рецидив или сохраняется активность свища — это и определяет потребность в альтернативных опциях [20]. Иммуносупрессоры (АЗА, МП, МТ) применяют как в монотерапии, так и в комбинации, в том числе для поддержания ремиссии после индукции [3]. Потребность в альтернативных опциях задала два направления поиска: таргетные препараты с иным механизмом действия и локальные клеточные технологии. Оба дошли до исследований III фазы, но с принципиально разным итогом.

В медикаментозной терапии периаанальной свищевой болезни Крона могут использоваться следующие группы препаратов: ингибиторы фактора некроза

Цели терапии и оценка ответа

Ставить цель «полное заживление к 12-й неделе» — значит закладывать разочарование. Иерархия целей выглядит так:

Уровень	Что оцениваем	Срок
Симптоматический ответ	Уменьшение боли, объема отделяемого	4–8 нед.
Клинический ответ	Прекращение отделяемого при пальпации	12 нед.
Клиническая ремиссия	Закрытие всех наружных отверстий	12–24 нед.
Глубокое (радиологическое) заживление	Отсутствие активности на МРТ	6–12 мес. и позже

Контрольную МРТ имеет смысл выполнять не ранее чем через 6 месяцев после начала терапии и перед решением об удалении сетона или закрытии свища пластическим методом [16, 17].

опухоли α (анти-ФНО), ингибиторы интерлейкинов, антиинтегриновые препараты и ингибиторы янус-киназ (JAK). Выбор терапии зависит от клинической ситуации, предшествующего лечения и индивидуальных особенностей пациента.

Клеточная терапия

При сложных периаанальных свищах в качестве органосохраняющей опции локально вводили мезенхимальные стволовые клетки. В исследовании III фазы ADMIRE-CD дарвадстроцел обеспечил комбинированную ремиссию к 24-й неделе у 50 % пациентов против 34 % на плацебо ($p = 0,024$); к 52-й неделе эффект сохранялся — 56,3 % против 38,6 % ($p = 0,010$) [22, 23]. На основании этих данных препарат зарегистрировали в ЕС и Японии.

Подтверждающее исследование ADMIRE-CD II (568 пациентов) первичной конечной точки не достигло: комбинированная ремиссия к 24-й неделе составила 48,8 % против 46,3 % на плацебо (разница 2,4 %; 95 % ДИ –5,8–10,6; $p = 0,571$), различий по вторичным точкам также не было [24]. Основная причина — неожиданно высокий ответ в группе плацебо, где все пациенты проходили ту же хирургическую подготовку: кюретаж хода, установку сетона и закрытие внутреннего отверстия. В декабре 2024 года регистрационное удостоверение в ЕС было отозвано.

В России клеточная терапия периаанальных свищей при БК не зарегистрирована и вне клинических исследований недоступна. При этом результат ADMIRE-CD II выходит за рамки одного препарата: почти половина пациентов группы плацебо достигла комбинированной ремиссии на одной лишь стандартизированной хирургической подготовке. Качество дренирования и подготовки свищевого хода опре-

деляет исход не меньше, чем выбор системного препарата [24].

Содружество специалистов: кто и когда включается

Гастроэнтеролог отвечает за оценку люминальной активности, выбор и мониторинг системной терапии, контроль проктита, лекарственный мониторинг и решение об эскалации.

Колопроктолог отвечает за осмотр под анестезией, дренирование, установку и удаление сетона, отбор кандидатов на пластические вмешательства.

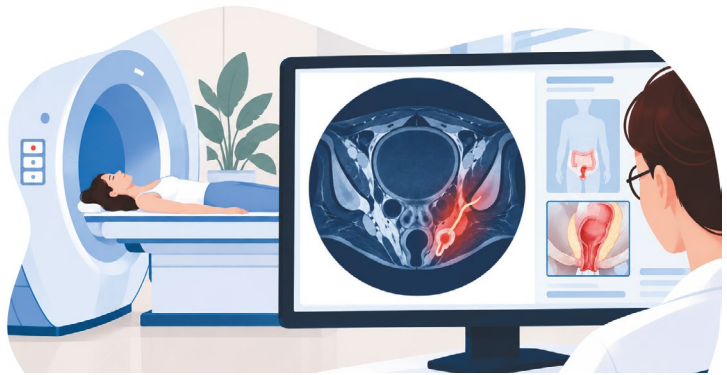
Точки обязательного пересечения:

1. При первичном обращении пациента со свищом — скрининг на БК по красным флагам и кальпротектину.
2. До начала системной терапии — исключить недренированный очаг.
3. На 12–24-й неделе — оценить ответ и решить судьбу сетона.
4. При неудаче двух линий терапии — обсудить отводящую стому или проктэктомию как контроль симптомов, а не как поражение.

Первая точка — самая недооцененная. Именно на ней теряются годы, которые потом невозможно вернуть никакой терапией.

Реалистичные ожидания

Полного закрытия свища достигают меньше чем у половины пациентов даже при современной терапии, а рецидивы после отмены лечения — правило, а не исключение [16, 21]. Разговор с пациентом на старте должен прямо показывать: цель — контроль симптомов, сохранение функции сфинктера и предотвращение проктэктомии, а не гарантированное излечение. Пациент, который знает, что заживление измеряется месяцами, а не неделями, больше привержен лечению и гораздо реже прекращает его преждевременно. ✖



Список источников



Разрушаем мифы

Вызывают ли повторные и продленные курсы висмута нейротоксичность

Препараты висмута являются важной частью современных схем лечения инфекции *Helicobacter pylori*.

Однако возможность их повторного назначения пациенту нередко вызывает опасения получить висмутовую нейротоксичность. Современные данные показывают: сам факт лечения не определяет риск — ключевое значение имеют доза, продолжительность терапии, суммарная экспозиция и индивидуальные факторы.

Риск осложнений и необходимость терапии

Нейротоксичность висмута — редкое, но возможное осложнение лекарственной терапии. Для стандартных, ограниченных по времени схем лечения *Helicobacter pylori* ситуация сильно отличается от длительного или неконтролируемого применения.

Факт

В российской клинической практике препараты висмута занимают важное место в схемах эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori*.

В российской клинической практике препараты висмута занимают важное место в схемах эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori*. Применение висмута предусмотрено действующими клиническими рекомендациями по диагностике и лечению гастрита и дуоденита и рассматривается как один из компонентов терапии в соответствующих клинических ситуациях [1].

Современные данные по эффективности и безопасности висмутосодержащей терапии подтверждают приемлемую переносимость ограни-

ченных по времени курсов. В систематическом обзоре и метаанализе 2025 года модифицированная висмутосодержащая квадротерапия продемонстрировала высокую эффективность без статистически значимого увеличения общей частоты нежелательных явлений по сравнению с тройной терапией [2].

Вспышки энцефалопатии как рычаг мифотворчества

Опасения связаны с двумя вспышками энцефалопатии: во Франции и Австралии в 1970-х годах. Тогда пациенты годами принимали высокие дозы нерастворимых солей висмута для лечения хронических запоров. Суточные дозы достигали 5–10 г, то есть в 10–50 раз превышали современные терапевтические нормы. Длительность приема исчислялась месяцами и годами [3]. Такая экспозиция принципиально отличается от современных схем эрадикации, в которых препарат используется ограниченное время.

Классическими проявлениями токсического поражения нервной системы могут быть нарушения поведения и сознания, тремор, миоклонус, атаксия, нарушение походки и дизартрия. Исторически развитие таких состояний связывали преимущественно с длительной экспозицией и накоплением висмута.

При этом проблему нельзя считать исключительно исторической. В 2026 году описан случай прогрессирующей энцефалопатии у 77-летнего пациента, который более двух лет ежедневно принимал висмута субсалицилат. После отмены препарата наблюдалось постепенное неврологическое восстановление [4].

Это клиническое наблюдение имеет важное значение, однако его не следует напрямую экстраполировать на стандартный 10–14-дневный курс эрадикационной терапии. Развитие токсических проявлений было связано с длительным бесконтрольным применением препарата.

Факт

Возраст пациента не является подтвержденным фактором риска.

Правильное лечение не вызывает токсичность

После перорального приема препараты висмута действуют преимущественно в желудочно-кишечном тракте. Для препарата висмута трикалия дицитрата биодоступность при приеме внутрь составляет менее 0,2 % от принятой дозы.

Именно ограниченная системная экспозиция является одним из факторов, объясняющих хорошую переносимость препаратов висмута при рекомендуемом применении.

При этом важно помнить, что висмут выводится преимущественно почками, поэтому при снижении почечного клиренса условия для его накопления могут изменяться.

Фармакокинетическое исследование калия висмута цитрата 2024 года показало незначительные концентрации висмута в плазме после приема препарата. Такие концентрации не сопровождались серьезными нежелательными реакциями у участников исследования [5]. Таким образом, препараты висмута характеризуются низкой системной экспозицией при применении в рекомендуемых дозах и в ограниченные сроки, а не полным отсутствием системного воздействия.

Что повышает риски

Основные факторы, которые необходимо учитывать, — доза, продолжительность лечения, суммарная экспозиция и функция почек [6].

Наибольшую настороженность должны вызывать:

- превышение рекомендованной дозы;
- длительное непрерывное применение;
- самостоятельное увеличение продолжительности лечения пациентом;
- повторное применение без оценки необходимости нового курса;
- нарушение функции почек, особенно выраженное;
- одновременное применение нескольких препаратов, содержащих висмут, что может привести к непреднамеренному увеличению общей дозы.

Возраст пациента, по данным современных исследований, не является подтвержденным фактором риска, если у человека нет почечной недостаточности.

Фармакология

Препараты висмута характеризуются низкой системной экспозицией при применении в рекомендуемых дозах и в ограниченные сроки.



Разрушаем мифы

Опасен ли повторный курс препарата

Сам по себе факт приема висмута ранее не означает, что вторичное его назначение противопоказано. Повторное лечение должно оцениваться в контексте конкретной клинической ситуации. При неудаче эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* выбор последующей схемы зависит от ранее применявшихся препаратов, предполагаемой или подтвержденной устойчивости возбудителя и других факторов [7].

Опасения

Классические проявления токсического поражения нервной системы, которые связывают с длительным приемом висмута:

- нарушение поведения и сознания;
- тремор;
- миоклонус;
- атаксия;
- неустойчивая походка;
- дизартрия.

Следовательно, главный вопрос не в том, сколько раз пациент уже принимал висмут, а какова была суммарная экспозиция и есть ли показания к новому курсу. Повторный стандартный курс, назначенный по показаниям и в рамках рекомендованной схемы, нельзя автоматически приравнять к длительному бесконтрольному применению.

Контроль зависит от конкретной клинической ситуации. Практически это означает:

- при стандартном курсе достаточно соблюдать назначенную дозу и продолжительность лечения и оценивать клиническую переносимость;
- при нарушении функции почек необходимо учитывать возможность изменения выведения препарата, индивидуально оценивать целесообразность его назначения и корректировать дозировки в соответствии с показателями клиренса;
- при длительном или повторном применении следует исключить ненужное продление терапии и оценить функцию почек, особенно если курсы следуют один за другим; в этом вопросе поможет классический биохимический анализ крови;
- определение концентрации висмута в крови — это анализ, который не является рутинным и используется только при подозрении на уже случившийся факт отравления или передозировки висмута.

Какие симптомы требуют внимания

В клинических исследованиях и метаанализах чаще описываются желудочно-кишечные реакции, изменение вкуса и другие неспецифические явления. Большинство нежелательных

реакций при висмутосодержащей терапии не связано с поражением нервной системы [8].

Для возможной нейротоксичности особое значение имеют новые неврологические симптомы: спутанность сознания, нарушение координации или походки, тремор, дизартрия и другие необычные изменения неврологического статуса. В такой ситуации препарат следует срочно отменить и наблюдать пациента совместно с неврологом.

При подозрении на токсическое действие висмута важно учитывать не только симптоматику, но и дозу, продолжительность приема, функцию почек и в принципе возможность передозировки, так как неврологические симптомы могут быть не связаны с приемом препарата [8].

Что говорить больному

Пациенту не следует говорить, что нейротоксичность висмута невозможна. Более корректно объяснить, что это редкое осложнение, вероятность которого зависит прежде всего от условий применения препарата.

Можно использовать следующую формулировку:

“Препараты висмута вы применяете в течение ограниченного времени в составе схемы лечения. Сам факт того, что вы уже принимали такой препарат раньше, не означает, что повторный курс опасен. Важно соблюдать назначенную дозу и продолжительность лечения и не продлевать курс самостоятельно. При появлении необычных симптомов необходимо сообщить об этом врачу.

Реально, но редко

Нейротоксичность висмута — действительно редкое осложнение, которое нельзя оценивать вне контекста дозы и продолжительности применения. В современных курсах висмутосодержащей квадротерапии используются низкие дозы и строго ограниченное время приема.

При увеличении дозы или продолжительности лечения необходимо оценить клиническую целесообразность и контролировать функцию почек. ✖

Денис Андреевич БОРОЗДЕНКО,
ассистент кафедры фармакологии
ИФМХ РНИМУ им. Н. И. Пирогова
Минздрава РФ



Список источников

**Совет врачу**

Правильная тактика — не отказываться от висмута из-за исторического страха перед нейротоксичностью, а использовать его в соответствии с показаниями, назначенной дозой и продолжительностью курса, не допуская передозировки и необоснованного продления лечения.

Де-Нол®

висмута трикалия дицитрат

НАДЕЖНЫЙ ЗАЩИТНИК ВАШЕГО ЖЕЛУДКА

Противоязвенное средство с бактерицидной активностью в отношении *H. Pylori*

- Обладает гастропротекторными и противоязвенными свойствами¹
- Обладает бактерицидной активностью по отношению к *H. Pylori*¹
- Обладает противовоспалительным и вяжущим действием¹

Добавление препарата Де-нол® в схему эрадикационной терапии повышает ее эффективность²

АПТЕЧКА

ДЕ-НОЛ®

УНИКАЛЬНЫЙ ГАСТРИТ-ЛЕЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС

РЕКЛАМА

CHEPLAPHARM

ООО «Нелсфарм» ИНН 7714479783
125284 г. Москва,
ул. Ток. 1, Муниципальный округ Беговой,
д. 31-Астр. 1,
этаж, 67/6
Тел.: +7 (495) 710-54-46
nuchaplapharm.com

¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Де-нол® ПР-400115911-499-401
² Лазбин В.Б., Васильев Ю.Н., Щербakov П.Г., Конерен С.Г., Мазурова А.А., Бурдин В.С., Касьянова В.И., Дуброва Е.А., «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» №10/2010, стр.5

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Школа гастроэнтеролога

Язвенный колит и болезнь Крона: современные подходы к ведению пациента

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) лидируют среди причин ранней инвалидизации в гастроэнтерологии. Рост заболеваемости при омоложении дебюта патологии требует перехода от эмпирических схем к стратегии «Лечение до достижения цели» (Treat-to-Target)¹. Цель обзора — предоставить врачу ориентиры диагностики, стратификации рисков и выбора персонализированной тактики лечения ВЗК в РФ.



Определить фенотип

Современный диагностический поиск при подозрении на ВЗК направлен не просто на постановку диагноза, но и на точное определение фенотипа. Это необходимо для выбора стратегии «Лечение до достижения цели», что в дальнейшем определит прогноз жизни пациента.

Фекальный кальпротектин является одним из основных неинвазивных маркеров активности воспалительного процесса при воспалительных заболеваниях кишечника. При первичной диагностике всем пациентам с подозрением на ВЗК желательно провести развернутый общий анализ крови для исключения анемии хронического заболевания или железодефицита, а также для оценки степени тяжести выявленных нарушений.

Обязательным является определение уровня сывороточного железа, трансферрина, ферритина и общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) для верификации типа анемии, а также уровней витамина В₁₂ и фолиевой кислоты. Параллельно исследуется С-реактивный белок (СРБ) как маркер системного воспаления и проводится развернутый биохимический анализ крови (уровни общего белка, альбуминов, глюкозы, билирубина, щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), холестерина, электролитов (К⁺, Na⁺, Cl⁻), фибриногена). Данный комплекс необходим для выявления электролитных нарушений, гипопроteinемии и оценки функции печени.

Обязательным компонентом подготовки к назначению генно-инженерной биологической терапии (ГИБП) является скрининг на латентные инфекции: IGRA-тест или Диаскин-тест, маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, антитела к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) [1].

При тяжелом обострении язвенного колита критически важным этапом диагностики является исключение цитомегаловирусной инфекции (ЦМВ-колита). Для этого выполняется полимеразная цепная реакция (ПЦР) биопсийного материала,

полученного в ходе эндоскопического исследования. Выявление ДНК вируса требует немедленного добавления противовирусного препарата (ганцикловира) к базовой схеме лечения вместо эскалации иммуносупрессивной терапии, что напрямую влияет на выживаемость пациентов.

Также необходимо учитывать анамнез предшествующего стационарного лечения или приема антибиотиков. В таких случаях к протоколу обследования добавляется копрологическое исследование для исключения острой кишечной инфекции и специфическое лабораторное тестирование кала на токсины А и В *Clostridioides difficile* для исключения антибиотик-ассоциированного клостридиального колита, который может имитировать атаку ВЗК.

Эндоскопия и морфология

Илеоколоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки остается приоритетным методом диагностики. Для оценки заживления слизистой оболочки при язвенном колите (ЯК) используется индекс Мейо (эндоскопическая подшкала) [2], при болезни Крона (БК) — шкалы SES-CD (для тонкой и толстой кишки) и Rutgeerts (для оценки рецидива после резекции) [1]. Биопсия берется минимум из пяти участков, включая прямую кишку. Гистологически для БК характерно трансмуральное воспаление и саркоидные гранулемы (встречаются лишь у трети пациентов), тогда как при ЯК процесс ограничен слизистой оболочкой с диффузным поражением крипт-абсцессами.

Для определения локализации, протяженности и степени активности воспалительного процесса всем пациентам с БК делают тотальную колоноскопию с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и множественной биопсией. Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) проводят при первичной диагностике для исключения поражения верхних отделов ЖКТ, а также при появлении специфических жалоб (дисфагия, боли в эпигастрии).

Лучевая диагностика

При подозрении на стриктуры, инфильтраты или межкишечные свищи приоритет отдается МРТ органов брюшной полости и КТ с контрастированием кишечника. Пациентам с БК в рамках первичного обследования и дифференциальной диагностики проводят УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза — оно становится важным инструментом амбулаторного контроля без радиационной нагрузки. При проведении УЗИ оценивают толщину кишечной стенки и наличие дефектов, а также проводят эластометрию для дифференцировки фиброза от воспалительного отека по цветовому картированию жесткости тканей.

При необходимости определить локализации процесса в тощей кишке (при отсутствии сужений) и неэффективности других методов визуализации рекомендуется сделать видеокапсульную эндоскопию (при отсутствии стриктур по данным КТ или МРТ). Если невозможно выполнить капсульную диагностику, то в качестве альтернативы можно рассмотреть двухбаллонную интестиноскопию для забора биоптатов.

При наличии симптомов кишечной непроходимости показана обзорная рентгенография брюшной полости. Если проведение КТ или МРТ невозможно, после исключения обструкции рекомендуется рентгенография тонкой кишки с контрастированием (бариевая взвесь). Это поможет понять протяженность воспалительного процесса, подтвердить наличие межкишечных, межорганных свищей, стриктур.

Оцениваем риски

Оценка клинко-эндоскопической активности заболевания является фундаментом для выбора терапевтической мишени в рамках стратегии «Лечение до достижения цели». Активность процесса при язвенном колите классифицируется по индексу Мейо (легкая,

среднетяжелая, тяжелая атака), тогда как при болезни Крона используется комбинация индекса Харви-Брэдшоу для клинической оценки и шкалы SES-CD — для эндоскопической.

Определение распространенности и локализации поражения критически важно для фенотипирования: при БК выделяют поражение подвздошной кишки, толстой кишки (колит) или их сочетание (илеоколит), а также вовлечение верхних отделов ЖКТ. При ЯК протяженность оценивается согласно Монреальской классификации (от проктита до тотального колита).

Стратегия лечения напрямую зависит от выявления факторов неблагоприятного прогноза. К ним относятся:

- возраст пациента до 40 лет при установлении диагноза (раннее начало заболевания, дебют в детском возрасте);
- распространенное (>100 см по сумме пораженных сегментов) поражение кишечника;
- потребность в назначении системных ГКС в дебюте;
- наличие перианальных поражений;
- глубокие язвы слизистой оболочки по эндоскопии;
- осложненный фенотип болезни: стриктурирующая или пенетрирующая БК;
- вовлечение верхних отделов ЖКТ;
- курение (более агрессивное течение);
- наличие сопутствующих аутоиммунных заболеваний или ВКП;
- наличие гранулем.

Наличие факторов негативного прогноза необходимо учитывать при выборе терапевтической стратегии; у бионаивных пациентов ГИБП или ТИС могут применяться в качестве первой линии терапии. Выбор препарата определяется индивидуальными особенностями пациента, тяжестью и фенотипом заболевания, а также наличием факторов риска негативного прогноза [1].

¹ Концепция, направленная на достижение долгосрочного эффекта лечения, профилактику осложнений, уменьшение частоты госпитализаций, снижение риска операций, улучшение качества жизни и снижение частоты инвалидизации у пациентов с хроническими заболеваниями.

Современная терапия ЯК и болезни Крона

Выбор лечения определяется тяжестью атаки (по критериям Truelove-Witts и индексу Мейо для ЯК [2] и индексу Харви-Брэдшоу для БК [1]), протяженностью поражения, наличием внекишечных проявлений и факторами неблагоприятного прогноза. Стратегия ведения включает следующие методы терапии.

1. Традиционная терапия

Препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин) сохраняют позицию только при язвенном колите. При БК пероральный месалазин признан неэффективным для индукции ремиссии и не рекомендуется к назначению. Топические формы глюкокортикостероидов (ГКС) (препараты будесонида в дозе 9 мг/сут) – терапия первой линии при легкой и среднетяжелой атаках БК илеоцекальной локализации [1]. Системные глюкокортикостероиды используются для индукции ремиссии среднетяжелых и тяжелых атак. Формирование стероидной зависимости или резистентности диктует немедленный переход на таргетные синтетические препараты (ингибиторы Янус-киназ, например упадацитиниб) или ГИБП (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пэгол, устекинумаб, ведолизумаб).

2. Иммуносупрессивная терапия

Азатиоприн (АЗА 2,0–2,5 мг/кг) и меркаптопурин (МП 1,0–1,5 мг/кг) применяются для поддержания ремиссии в качестве противорецидивной терапии. Тиопурины назначаются заблаговременно (за 8–12 недель до планируемой отмены ГКС), а длительность такой противорецидивной терапии составляет от 2 до 4 лет. Метотрексат эффективен преимущественно при БК, вводится парентерально (15–25 мг/нед п/к или в/м). Важно помнить, что повторные курсы терапии ГКС нежелательны из-за высокого риска побочных эффектов.

3. Биологическая и таргетная терапия (ГИБП и ТИС)

Текущие рекомендации ставят в один ряд по эффективности при выборе стартовой терапии ингибиторы ФНО-альфа (инфликсимаб 5 мг/кг по схеме 0–2–6 недель, далее каждые 8 недель; адалимумаб), антагонисты интегрин (ведолизумаб), блокаторы интерлейкинов (устекинумаб) и малые молекулы – ингибиторы Янус-киназ (тофацитиниб, упадацитиниб).

Выбор конкретного класса препарата определяется фенотипом заболевания, наличием внекишечных проявлений и коморбидным фоном пациента. Комбинация инфликсимаба с азатиоприном превосходит монотерапию по скорости достижения бесстероидной ремиссии (уровень А). Для других ГИБП эффективность комбинации с иммуносупрессорами не доказана. У бионаивных пациентов ГИБП и таргетные синтетические препараты могут применяться в качестве первой линии терапии. Оптимальная последовательность назначения препаратов различных классов в настоящее время не установлена.

При первичной неэффективности ингибиторов ФНО возможен переход

на препарат с другим механизмом действия, в том числе ведолизумаб, устекинумаб или ингибитор JAK. При выборе ингибиторов JAK необходимо учитывать индивидуальный профиль безопасности и факторы риска пациента [1, 2].

4. Новые возможности и хирургическое лечение

Отдельным направлением оптимизации терапии является внедрение **биосимиляров**. Применительно к ВЗК это касается биоаналогов моноклональных антител к ФНО-альфа. Согласно данным европейского регуляторного агентства ЕМА, за последнее десятилетие был зарегистрирован 21 биосимиляр, из них 14 – на основе адалимумаба и 4 – на основе инфликсимаба [1].

В Российской Федерации также зарегистрированы и включены в перечень ЖНВЛП биосимиляры инфликсимаба и адалимумаба. Применение биосимиляров существенно снижает экономическую нагрузку на систему здравоохранения и значительно расширяет доступность ГИБП. На сегодняшний день накоплена достаточная доказательная база по эффективности и безопасности биосимиляров, однако среди части клиницистов сохраняется предубеждение о потенциально более низкой результативности такого лечения.

Российские публикации свидетельствуют о риске вторичной потери ответа и нежелательных явлений при переводе с оригинального инфликсимаба на его биосимиляр. При этом следует избегать неконтролируемого переключения между оригинальным препаратом и различными биосимилярами по МНН.

Хирургическое лечение показано при развитии осложнений, угрожающих жизни пациента (перфорация, абсцесс, профузное кровотечение), либо при неэффективности или невозможности интенсификации консервативной терапии. При болезни Крона предпочтение отдается органосохраняющим вмешательствам (**стриктуропластика**), чтобы снизить риски развития синдрома короткой кишки, поскольку большинство пациентов переносят хотя бы одно оперативное вмешательство на ЖКТ в течение жизни. При язвенном колите методом выбора в urgentной ситуации становится **субтотальная колэктомия**, так как она сопряжена с меньшим операционным риском по сравнению с экстренной тотальной колпроктэктомией.

Женщинам, планирующим беременность, следует избегать формирования тонкокишечного резервуара (илеоанального анастомоза с резервуаром – ИАРА). Хирургическое создание тазового резервуара ассоциировано с высоким риском бесплодия (до 70 %) вследствие выраженного спаечного процесса в малом тазу и нарушения функции фаллопиевых труб [1].

Мониторинг и долгосрочное ведение пациентов

В рамках стратегии Treat-to-Target целью терапии ВЗК является достижение и поддержание долговременной бесстероидной клинико-эндоскопической ремиссии.

Оценка эффективности терапии должна проводиться каждые 3 месяца путем определения С-реактивного белка (СРБ) и фекального кальпротектина, при язвенном колите определение фекального кальпротектина рекомендуется каждые 6 месяцев. При динамическом нарастании данных маркеров воспаления рекомендовано выполнять илеоколоноскопию или колоноскопию.

При вторичной потере ответа на ингибиторы ФНО-α рекомендуется оптимизация терапии путем увеличения дозы препарата или сокращения интервала между введениями либо переход на препарат с другим механизмом действия.

Ежемесячно пациентам, получающим иммуносупрессию, рекомендовано выполнять исследование уровня эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов крови, свободного и связанного билирубина, креатинина, мочевины, АЛТ, АСТ, ЩФ (щелочная фосфатаза), амилазы в крови. Эндоскопический контроль проводится через 6–12 месяцев после проведенного хирургического лечения, а при необходимости – МРТ и/или КТ с контрастированием кишечника [1]. Поддерживающая терапия ВЗК проводится длительно с целью сохранения достигнутой ремиссии. Возможность деэскалации или отмены терапии рассматривается индивидуально с учетом характера заболевания, длительности и глубины ремиссии, объективных маркеров воспалительной активности и риска рецидива.

Пациентам с БК рекомендовано ежегодно проводить местный осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки для исключения перианальных осложнений, а также при необходимости ЭУЗИ.

При длительном анамнезе ЯК (более 7–10 лет) целесообразно проведение хромоэндоскопии с прицельной биопсией или ступенчатой биопсии из каждого отдела толстой кишки для исключения дисплазии эпителия. При наличии признаков вовлечения верхних отделов желудочно-кишечного тракта при БК пациентам проводится ЭГДС. Регулярный контроль (частота опре-

деляется индивидуально) необходим для оценки активности воспаления и исключения осложнений на фоне хронического воспаления при БК. Скрининг рака шейки матки также обязателен ввиду иммуносупрессии.

На этапе планирования иммуносупрессии показан курс вакцинации инактивированными препаратами: против гриппа, пневмококковой инфекции, вирусных гепатита В, а также ВПЧ.

Применение живых вакцин (например, против кори, краснухи или желтой лихорадки) запрещено во время терапии биологическими препаратами и при приеме высоких доз стероидов из-за риска развития диссеминированной инфекции. Оптимально завершить вакцинацию живыми штаммами еще до начала базисной терапии. Если пациент завершил лечение анти-В-клеточными препаратами (ритуксимаб и его аналоги), живые вакцины можно вводить только спустя 3–6 месяцев после последней инфузии, когда показатели гуморального иммунитета начнут восстанавливаться.

Особенности мониторинга беременности

Планирование беременности необходимо осуществлять в период стойкой ремиссии. Применение большинства препаратов для лечения ВЗК во время гестации сопряжено с низким риском для плода, за исключением метотрексата. Отмена анти-ФНО-терапии возможна лишь у ограниченного числа пациентов с низким риском реактивации. Терапию ГИБП, не противопоказанными при беременности, можно продолжать.

Цель – стойкая ремиссия

Основные практические ориентиры ведения пациента с ВЗК заключаются в первичной комплексной оценке активности и прогностических факторов, выборе адекватной терапевтической стратегии с отказом от неоправданных курсов системных стероидов, непрерывном объективном мониторинге ответа с помощью биомаркеров и эндоскопии, а также в своевременном усилении лечения или смене механизма действия препарата при потере ответа. Только такой алгоритм позволяет реализовать главную цель – достижение стойкой бесстероидной ремиссии и предотвращение инвалидизации молодого трудоспособного населения. ✕

Анастасия Олеговна
СТИШОВА

Список источников

- Болезнь Крона: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2024 // Медицинский справочник Diseases.me. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/болезнь-крона-кр-рф-2024/18085>.
- Язвенный колит: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2024 // Медицинский справочник Diseases.me. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/язвенный-колит-кр-рф-2024/18016>.
- Джулай Т. Е., Бахметьева А. Д. Фекальный кальпротектин как маркер кишечного воспаления: диагностические возможности и интерпретация результатов // Верхневолжский медицинский журнал. 2024. Т. 23, № 3. С. 37–40.



Питание при ВЗК: нутритивный статус, дефициты и лечебные стратегии

Нутритивные нарушения при воспалительных заболеваниях кишечника развиваются как в периоды обострений, так и в ремиссии. Питание при ВЗК решает три задачи: восполняет энергию и нутриенты, помогает уменьшить отдельные желудочно-кишечные симптомы и в ряде клинических ситуаций дополняет противовоспалительное лечение.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) создают несколько предпосылок для нутритивных нарушений — снижение аппетита и объема потребляемой пищи, самостоятельные исключаящие диеты, кишечные потери, мальабсорбцию, системное воспаление, последствия операций и лекарственно-нутриентные взаимодействия. Риск особенно высок при активной болезни Крона (БК), поражении тонкой кишки, повторных резекциях, госпитализации и подготовке к операции [1, 2].

Скрининг нутритивного риска

В условиях российского стационара наиболее применима NRS-2002 (*Nutritional Risk Screening 2002*, шкала скрининга нутритивного риска 2002 года). В амбулаторной практике может

использоваться MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*, универсальный инструмент скрининга мальнотриции) или иной валидированный локально принятый инструмент. Шкала не устанавливает диагноз «мальнотриция» — она позволяет выделить пациента, которому нужна более подробная оценка [4, 5].

Положительный скрининг требует расширенного обследования. Отрицательный результат не должен останавливать врача, если есть быстрая потеря веса, существенное сокращение питания, активное воспаление, поражение тонкой кишки, предшествующие резекции, признаки мышечной дисфункции или вероятной мальабсорбции.

При оценке питания необходимо документировать:

- текущую и обычную массу тела, непреднамеренную потерю веса за 1, 3 и 6 месяцев;
- индекс массы тела (ИМТ) как один из показателей, но не как самостоятельный критерий нутритивного благополучия;
- фактическое потребление пищи;
- симптомы, ограничивающие питание или усвоение (диарея, рвота, боль после еды, раннее насыщение, дисфагия, признаки частичной кишечной непроходимости).
- локализацию и активность ВЗК, предшествующие операции, длину сохраненной тонкой кишки, наличие стомы или свищей;
- мышечную силу и физическую функцию; при возможности — динамометрию кисти;
- состав тела — биоимпедансный анализ, двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (DXA) или анализ уже выполненных КТ/МРТ, если результат повлияет на тактику [1, 3, 5].

Подтверждение мальнотриции

Для диагностики мальнотриции после скрининга можно применять критерии GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*, Глобальная инициатива по лидерству в борьбе с мальнотрицией). Диагноз требует сочетания как минимум одного фенотипического и одного этиологического критерия [6].



К фенотипическим критериям относятся непреднамеренная потеря массы тела более 5 % за последние 6 месяцев или более 10 % за более продолжительный срок, низкий ИМТ либо снижение мышечной массы. Этиологические критерии — сниженное поступление или усвоение пищи, а также воспалительная нагрузка, связанная с заболеванием [6].

Саркопению не следует отождествлять с худобой. Снижение силы кисти позволяет заподозрить нарушение мышечной функции; диагноз подтверждают оценкой мышечной массы и ее качества (по возможности). Серийные антропометрические измерения и функциональные тесты информативнее, чем изолированная оценка ИМТ. Для оценки мышечной массы могут использоваться биоимпедансный анализ, DXA, КТ, МРТ и валидированные суррогатные показатели [3, 7].

Сывороточный альбумин не является самостоятельным маркером нутритивного статуса. При ВЗК уровень этого белка зависит от активности воспаления, кишечных потерь и тяжести заболевания. Низкий альбумин связан с повышенным операционным риском, но не подтверждает мальнотрицию без клинической и нутритивной оценки; нормальный уровень также не исключает потери мышечной массы [1, 8].

Энергия и белок

Для большинства взрослых с ВЗК исходным ориентиром служит энергетическая ценность рациона 30–35 ккал/кг/сутки. Расчет корректируют с учетом фактической массы тела, физической активности, динамики веса, сопутствующих заболеваний и переносимости питания. При сомнениях в расчетной потребности предпочтительна непрямая калориметрия [1].

При активном ВЗК ориентировочная потребность в белке составляет 1,2–1,5 г/кг/сутки, в ремиссии — около 1 г/кг/сутки. Эти значения не заменяют клиническую оценку. При ожирении, отеках, синдроме короткой кишки, хронической болезни почек или печеночной недостаточности расчет индивидуализируют. Эффективность

вмешательства оценивают по фактическому потреблению, динамике веса, мышечной силе, составу тела и клиническому течению, а не только по ИМТ [1].

Что контролировать и как действовать при дефиците белка, смотрите в таблице на сайте.



Универсальной панели «на все витамины» для каждого визита не существует. Базовая лабораторная оценка обычно включает общий анализ крови, показатели обмена железа и СРБ, а также B_{12} , фолатов и 25(OH)D. Объем дальнейшего обследования определяют фенотип ВЗК, операции, характер рациона, наличие стомы, диареи, лекарственная терапия и клинические симптомы. Важно учитывать влияние воспаления на лабораторные результаты: ферритин относится к белкам острой фазы и может повышаться, тогда как концентрация цинка, селена и некоторых витаминов — снижаться [1, 4, 10].

Коррекция нутритивной недостаточности

Если пациент теряет вес, не покрывает потребности в энергии и белке или исключил значительную часть продуктов, приоритетом становится восстановление нутритивной адекватности, а не поиск «противовоспалительной диеты». Базовая стратегия включает повышение энергетической и белковой плотности привычного рациона, дробное питание по переносимости и возврат необоснованно исключенных продуктов [1, 4].

Если обычного рациона недостаточно, используют пероральные специализированные смеси — ONS (*oral nutritional supplements* — пероральные нутритивные смеси, или сипинг). ONS дополняют обычную пищу, а не обязательно заменяют ее. Выбор смеси определяется необходимой энергетической и белковой плотностью, переносимостью, предполагаемым объемом потребления и анатомо-функциональным состоянием кишечника [1].

ПРАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

1. Оценить риск

2. Подтвердить или исключить мальнотрицию

3. Выявить и скорректировать дефициты

4. Определить цель вмешательства

5. Выбрать маршрут нутритивной поддержки

6. Назначить контроль

Диетология

Контроль желудочно-кишечных симптомов

Диарея, боль, вздутие и urgency не всегда указывают на активное воспаление. До назначения исключающей диеты следует оценить объективные маркеры активности — СРБ и фекальный кальпротектин; по показаниям выполнить эндоскопическое или лучевое исследование. Дифференциальная оценка должна включать стриктуру, инфекцию, избыточный бактериальный рост, мальабсорбцию желчных кислот и последствия резекции кишечника [10, 12].

У пациентов в ремиссии или с минимальной активностью ВЗК и сохраняющимися СРК-подобными симптомами краткосрочная диета с низким содержанием FODMAP может уменьшить выраженность симптомов. FODMAP — ферментируемые олиго-, ди-, моносахариды и полиолы. Этот подход не лечит воспаление. Он включает ограничительную фазу, последовательное возвращение продуктов и персонализацию; оставлять пациента на строгой исключающей фазе длительно не следует [2, 13].

При симптомной стриктуре БК допустима временная модификация текстуры пищи и ограничение грубой, плохо перевариваемой клетчатки — например, цельных орехов, крупных семян, жестких овощных волокон. Эти рекомендации применяют по симптомам и анатомической ситуации, а не рутинно всем пациентам с БК. Усиление боли после еды, рвота, вздутие и задержка стула требуют срочной оценки проходимости кишечника, а не дальнейшего ужесточения рациона [1, 14].

Эксклюзивное энтеральное питание при болезни Крона

EEN (*exclusive enteral nutrition*, эксклюзивное энтеральное питание) — режим, при котором 100 % потребности в энергии обеспечивается полнорационной жидкой смесью, обычно в течение 6–8 недель. EEN может использоваться для индукции ремиссии у мотивированных взрослых с легкой или умеренной БК, если доступно диетологическое сопровождение и пациент предпочитает избежать глюкокортикоидов [2, 15].

У взрослых главным ограничением EEN остается приверженность. Поэтому эффективность метода следует оценивать с учетом того, способен ли пациент соблюдать назначенный протокол. Предпочтительны стандартные полимерные смеси: элементные и полуэлементные формулы не показали преимуществ по эффективности. Смесь можно принимать перорально; зонд необходим только тогда, когда пациент не может выпить расчетный объем [1, 2].

Результат оценивают не только по симптомам, но и по объективным показателям — СРБ, фекальному кальпротектину, а если говорить о клинических показателях, — по эндоскопическим или лучевым данным. Для язвенного колита (ЯК) EEN и частичное энтеральное питание не являются стандартной индукционной терапией. При ЯК нутритивная поддержка восполняет потребности, но не заменяет противовоспалительное медикаментозное лечение [1, 2].

CDED в сочетании с PEN

CDED (*Crohn's Disease Exclusion Diet*, исключающая диета при болезни Крона) в сочетании с PEN (*partial enteral nutrition*, частичное энтеральное питание) — структурированный протокол, который может рассматриваться для индукции ремиссии при легкой или умеренной БК. В стандартной первой фазе около половины энергетической потребности покрывают полимерной смесью, а пищевую часть составляют разрешенные в рамках протокола продукты. Затем рацион поэтапно расширяют, а долю смеси уменьшают [2].

Доказательная база сочетания CDED и PEN у детей сильнее. Если говорить о взрослых, то этот вариант допустим у тщательно отобранных и мотивированных пациентов при обязательном сопровождении диетолога. CDED без PEN пока не имеет достаточной доказательной базы для индукции ремиссии. Данные о длительном поддержании ремиссии ограничены; для ЯК оснований рекомендовать CDED нет [2].

Частичное энтеральное питание

PEN без структурированного пищевого протокола не следует считать эквивалентом EEN для индукции ремиссии. При БК PEN можно рассматривать как дополнение к медикаментозной терапии для поддержания ремиссии у пациентов, которые способны соблюдать режим и регулярно наблюдаться. Для поддержания ремиссии ЯК доказательной базы нет [1, 2].

Рацион в ремиссии

Если специальная лечебная стратегия не требуется, предпочтителен полноценный рацион, близкий к средиземноморской модели: разнообразные овощи и фрукты по переносимости, бобовые и цельнозерновые продукты, рыба, орехи, источники ненасыщенных жиров, достаточное количество белка и ограничение ультрапереработанных продуктов и сладких напитков. Это подход к общему здоровью и нутритивной полноценности, а не самостоятельный метод индукции ремиссии [2, 4].

Количество и текстуру клетчатки подбирают с учетом переносимости, характера стула и наличия стриктуры,

а после улучшения рацион расширяют. Не следует рутинно исключать лактозу или молочные продукты без подтвержденной непереносимости [2, 4].

Подходы без достаточной доказательной базы

Для индукции или поддержания ремиссии ВЗК недостаточно данных, чтобы рутинно рекомендовать специфическую углеводную диету, безглютеновый рацион при отсутствии целиакии, палеодиету, аутоиммунный протокол (AIP), IBD-AID, диету по пищевым иммуноглобулинам класса G (IgG), постоянную low-FODMAP-диету или длительное бесконтрольное исключение молочных продуктов. Улучшение отдельных симптомов на фоне диеты не следует приравнивать к контролю воспаления [1, 2, 4].

Чем строже диета и чем дольше планируется ее применение, тем важнее четкие показания, измеримые критерии успеха, срок переоценки и участие диетолога, знакомого с ВЗК [2, 4].

Когда достаточно ONS

ONS показаны, если пациент может безопасно есть и пить, но обычный рацион не покрывает энергетические и/или белковые потребности. Это типично при снижении аппетита, раннем насыщении, активном ВЗК, восстановлении после госпитализации, подготовке к операции или расширению питания после EEN [1].

Стандартная полимерная смесь подходит большинству пациентов. Более концентрированный продукт выбирают при ограничении объема; смесь с повышенным содержанием белка — при выраженном дефиците белка и мышечной массы. Содержание клетчатки, лактозы и жира корректируют с учетом переносимости и анатомии кишечника. Элементная смесь не является рутинным первым выбором только на основании диагноза ВЗК [1].

Когда нужно зондовое энтеральное питание

Зондовое энтеральное питание показано, если желудочно-кишечный тракт функционирует, но пациент не может самостоятельно потребить достаточный объем пищи или ONS. Решение определяет не отдельное значение массы тела, а сохраняющееся несоответствие между потребностью и поступлением нутриентов, особенно при продолжающейся

потере массы, снижении мышечной массы или функции [1, 14].

Маршрут и режим введения — назогастральный или назоюнональный, болюсный или непрерывный — подбирают по риску аспирации, переносимости, локализации поражения и предполагаемой длительности поддержки. При возможности энтеральный путь предпочтительнее парентерального [1, 14].

Рекомендуем парентеральное питание

Парентеральное питание не является противовоспалительной терапией ВЗК и не назначается ради «покоя кишечника». Оно показано, когда энтеральный путь невозможен, противопоказан или явно недостаточен: при кишечной непроходимости без возможности провести зонд дистальнее препятствия, илеусе, ишемии кишечника, тяжелой кишечной недостаточности или синдроме короткой кишки, высокодебитном свище, несостоятельности анастомоза и выраженной непереносимости энтерального питания [1, 14].

Если пероральное и энтеральное питание обеспечивает менее 50 % расчетной потребности более 7 дней, следует рассмотреть сочетание энтерального и парентерального питания. Такое решение требует наблюдения команды, владеющей вопросами сосудистого доступа, профилактики катетер-ассоциированных инфекций и метаболического мониторинга [1].

Выраженная мальнутриция и риск рефидинг-синдрома

У пациента, который длительно почти не ел, быстрое назначение полного расчетного объема питания может привести к рефидинг-синдрому. До начала нутритивной поддержки и в первые дни контролируют фосфат, калий, магний, глюкозу и водный баланс, назначают тиамин, восполняют дефициты и постепенно увеличивают объем питания. При выраженном истощении или длительном периоде недостаточного питания порог для госпитализации и мониторинга должен быть низким [1].

Анна Андреевна ЛИТВИНЕНКО,
нутрициолог



Список источников



Совет юриста

Что делать с негативным отзывом?

Практический гайд по управлению репутацией в интернете

Едва в Сети появляется негативный отзыв, пять звезд рейтинга превращаются в три, а репутация врача представляется пациентам небезупречной. Нужно ли сразу строчить гневный ответ или подавать на клеветника в суд? Но выигрывает не тот, кто громче возмущается, а тот, кто раньше других отделил факт от эмоции и собрал доказательства. Разбираем, как реагировать на негативный отзыв так, чтобы не навредить себе, и когда закон действительно на вашей стороне.

Правило первое: «факт» или «мнение»?

От ответа на вопрос, что лежит в основе обвинения, зависит исход любого спора о репутации. Закон и судебная практика различают два понятия в контексте высказывания.

1. **Оценочное суждение** — личное мнение автора: «грубый врач», «мне не помог», «неприятный». Право иметь мнение защищено свободой слова (ст. 29 Конституции РФ) и на достоверность не проверяется. Судиться из-за него бесполезно: это субъективное мнение.

1. **Утверждение о факте** — то, что можно проверить: «поставил неверный диагноз», «нет диплома», «была пьяна», «инструменты стерилизует уборщица». Вот это уже может быть основанием для иска.

Совет

Если вы столкнулись с оскорбительным отзывом о себе в интернете, то, прежде чем что-то предпринимать, подчеркните проверяемые утверждения. Нет ни одного факта — только эмоции? Юридической перспективы у спора нет. Не тратьте силы на такой отзыв.

Как эта граница работает на практике, показывают два дела.

Поликлиника не смогла оспорить отзыв о том, что врач рентген-кабинета «была пьяна и с трудом разговаривала». Руководство в тот же день отправило доктора на медосвидетельствование — опьянения не выявили. Но суды сочли, что внешний вид и манера речи — это субъективное восприятие пациента, а не утверждение факта; к тому же фамилии врача в отзыве не было. В иске отказали¹.

В другом случае дело дошло до Верховного суда. Врач оспаривала отзыв, где говорилось об отказе в приеме, нарушении графика, ошибках в оформлении больничного и назначении

препаратов при аллергии. Три инстанции отказали, посчитав все это «субъективной оценкой». Верховный суд не согласился: нарушение графика, ошибки в документах и некорректное назначение — это факты, а не мнение, и суды обязаны были их проверить².

Главный вывод: даже в условиях свободы слова информация о профессиональной деятельности врача должна быть достоверной.

Правило второе: зафиксируйте, а не спорьте

Отзыв и видео можно удалить или отредактировать в любой момент — так пропадут доказательства. Поэтому первым делом стоит зафиксировать порочащую публикацию, а не писать гневный комментарий.

Так сделал истец по свежему делу: владелица салона столкнулась с 36 «обличительными» видеороликами бывшей сотрудницы: работа без образования, просроченные препараты и антисанитария. Содержание роликов зафиксировали в **нотариальных протоколах осмотра**, а досудебная лингвистическая экспертиза квалифицировала 34 из 36 высказываний как утверждения о фактах.

Но «факты» не подтвердились: предоставленные официальные документы говорили об обратном. Подтвердить свои утверждения документально бывшая сотрудница не смогла. Итог: три инстанции обязали ответчицу удалить записи, опубликовать опровержение и возместить 220 тыс. руб. расходов³.

Зафиксировать нужно всю страницу с информацией:

- скриншот с видимыми URL, датой и временем;
- текст отзыва;

Совет

Аккуратная фиксация ложной информации поможет в том случае, если недовольный пациент решит отредактировать отзыв.

- данные автора, если он не аноним;
- комментарии к отзыву, если имеются;
- поставить подпись и расшифровку — ф. и. о. лица, сделавшего скриншот.

Нотариальный протокол осмотра страницы не обязательный, но надежный вариант, неофициально ему отдают предпочтение как обеспеченному в установленном порядке. Но сторона вправе зафиксировать страницу и с собственным заверением — такое доказательство суд тоже обязан принять⁴.

Совет

Прежде чем ответить обидчику, вспомните, что нейтральный комментарий будет восприниматься как шаблонный ответ, а негативный отзыв поднимется в выдаче.

Правило третье: не разглашать врачебную тайну

Спокойный публичный ответ снижает ущерб: другие читатели видят вашу аргументированную позицию. Но для врача здесь спрятана мина.

Нельзя в ответе раскрывать, что человек был вашим пациентом, его диагноз, ход лечения, — даже для того, чтобы оправдаться. Это врачебная тайна (ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» № 323-ФЗ). Фраза вроде «Вы же сами отказались от УЗИ брюшной полости, которое я назначил» — это разглашение.

Об этом прямо высказался Верховный суд: «медицинский работник и медицинская организация не должны допускать разглашения сведений о факте обращения гражданина за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и диагнозе, иных полученных при его медицинском обследовании и лечении сведений, составляющих врачебную тайну»⁵.

Безопасный ответ звучит нейтрально: поблагодарить за обратную связь, выразить сожаление, пригласить обсудить

ситуацию лично или через администрацию — без единой медицинской детали.

Важно помнить и другой нюанс: на большинстве отзывиков ответный комментарий поднимает отзыв в рейтинге, то есть другие пользователи его будут видеть чаще. Поэтому решение отвечать или нет принимайте взвешенно, с учетом этого фактора.

Три способа добиться удаления отзыва

1. **Площадка-отзовик.** У некоторых сервисов есть правило: отзыв удаляют, если автор не подтверждает факт визита или нарушает правила площадки (например, употребляет оскорбительные выражения). Изучите правила работы с отзывами и ссылайтесь на нужный пункт. Это бесплатно и часто решает вопрос за пару дней.

2. **Претензия автору и владельцу сайта.** Можно подать письменное требование убрать конкретные недостоверные утверждения. Игнорирование претензии работает против ответчика: в деле о частной стоматологии отзыв про «серые схемы» и про то, что «инструменты стерилизует уборщица» суд признал недостоверным и указал, что ответчик получил претензию с подтверждением позиции истца, а потому следовало удалить отзыв в досудебном порядке как недостоверный⁶.

3. **Суд по ст. 152 ГК РФ.** Если доказано, что сведения порочащие и недостоверные, то суд обязывает удалить их и опубликовать опровержение (п. 5 ст. 152 ГК РФ). Важные нюансы:

- **Доказывать правдивость отзыва должен ответчик, а не вы.** Ваша задача — доказать факт распространения, а также то, что сведения вас порочат (п. 9 Постановления Пленума Верховного суда РФ от 24.02.2005 № 3). Также нужно предоставить сведения, опровергающие информацию в отзыве, — это ускорит процесс рассмотрения дела.

» с. 12

¹ Постановление Одиннадцатого арбитражного апелляционного суда от 15.11.2024 № 11АП-14662/2024.

² Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного суда РФ от 28.03.2023 № 5-КГ22-147-К2.

³ Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 19.02.2026 № Ф06-8652/2025.

⁴ См. п. 55 Постановления Пленума Верховного суда от 23.04.2019 № 10: допустимыми доказательствами признаются сделанные и заверенные участниками процесса скриншоты с указанием адреса интернет-страницы и точного времени ее получения. Такие распечатки подлежат оценке судом наравне с прочими доказательствами.

⁵ Определение Верховного суда Российской Федерации от 28.03.2023 № 5-КГ22-147-К2.

⁶ Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 20.06.2024 № Ф06-4157/24.

Таблетки с пролонгированным
высвобождением, покрытые
пленочной оболочкой



РАЗ В СУТКИ ПРИ ЯК & БК¹

**БЫСТРО.
ДЛИТЕЛЬНО.
ЗАЖИВЛЕНИЕ
СЛИЗИСТОЙ.^{1-5 *}**



ЯК - язвенный колит, БК - болезнь Крона

1. Общая характеристика лекарственного препарата РАНВЭК® https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC Доступ июнь 2026 г.
2. Danese S, Vermeire S, Zhou W, et al. Lancet. 2022;399(10341):2113-2128. [Данезе С, Вермеире С, Чжоу В и др. Ланцет. 2022;399(10341):2113-2128.]
3. Loftus Jr EV, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2023;21(9):2347-2358. [Ллофтус мл. ЭВ и др. Клинико-гастроэнтерологический журнал. 2023;21(9):2347-2358.]
4. Loftus EV, et al. N Engl J Med. 2023;388:1966-1980. [Ллофтус ЭВ и др. Нью-Йоркский журнал медицины. 2023;388:1966-1980.]
5. Colombel JF, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024;22:S1542-3565;00254-4;2 [Колумбель ЖФ и др. Клинико-гастроэнтерологический журнал. 2024;22:S1542-3565;00254-4;2.]

***Быстро** в ЯК: Клинический ответ по частичному адаптированному индексу Мейо на 2-й неделе индукции ($P < 0,0001$). В БК: ИАБК-100 (клинический ответ по ИАБК-100: снижение показателя индекса активности болезни Крона (ИАБК) на ≥ 100 баллов от исходного уровня) на 2-й неделе индукции ($P < 0,01$).

Длительно в ЯК: Поддержание клинической ремиссии по адаптированному индексу Мейо на 52-й неделе ($P < 0,001$). В БК: Поддержание клинической ремиссии (по частоте стула/оценке боли в животе) на 52-й неделе ($P < 0,001$).

Заживление слизистой в ЯК: Эндоскопическая шкала ≤ 1 без контактной ранимости на 8-й неделе индукции и 52-й неделе поддерживающей терапии ($P < 0,0001$). БК: балл 0 по подшкале «язвы» индекса SES-CD (простой эндоскопический индекс болезни Крона) у пациентов со значением этого показателя ≥ 1 исходно на 12-й неделе индукционной терапии и на 52-й неделе поддерживающей терапии (номинальный $P < 0,001$; статистические выводы не делаются).



РАНВЭК® 15 мг,

Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой. ЛР-(008990)-(ПГ RU) от 21.02.2025
Препарат РАНВЭК показан к применению для лечения язвенного колита и болезни Крона среднетяжелой и тяжелой степени активности у взрослых пациентов.

Для получения более подробной информации о препарате, пожалуйста, ознакомьтесь с общей характеристикой лекарственного препарата.

Материал подготовлен компанией AbbVie.
Информация предназначена исключительно для специалистов здравоохранения Российской Федерации.
Информацию о нежелательных явлениях, связанных с применением препаратов AbbVie, необходимо направить по адресу pv.russia.cis@abbvie.com

ООО «ЭббВи», 125171, г.Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Войковский, ш.Ленинградское, д. 16А, стр. 1,
тел. (495) 258 42 77, E-mail: russia.info@abbvie.com

На правах рекламы
RU-RNQG-260038 | Июнь 2026

abbvie

Совет юриста

« с. 10

- Отличить утверждение о факте от субъективного мнения может как суд самостоятельно, так и лингвистическая экспертиза. Если эксперту-лингвисту будет поставлен соответствующий вопрос, он определит, имеет ли высказывание негативный характер, и мотивирует, почему он именно такой. Но негативный характер следует отличать от порочащего элемента.

Важно

Одна частая ошибка делает иск бессмысленным: сведения должны указывать именно на вас.

- Наличие порочащего элемента обязательно для защиты чести, достоинства и деловой репутации. По общему правилу, вывод о порочащем характере делает суд по совокупности сведений. А вот насколько он порочащий — это категория оценочная, потому не лишним будет принести в суд подтверждения степени вреда: например, пациенты стали меньше записываться или отказываться от запланированных приемов.
- Автор анонимен или не был на приеме — в такой ситуации можно требовать признания сведений не соответствующими действительности в особом порядке — ответчик не нужен (п. 8 ст. 152 ГК РФ). Именно так клиника добилась удаления анонимных и фейковых отзывов (например, от пациентов, которые не лечились в клинике): суд признал недостоверными и порочащими отзывы с проверяемыми фактами (в том числе об организации приема у гастроэнтеролога), но отказал по оценочным репликам вроде «врач свою работу выполнил на отлично» — они репутацию не порочат. Клиника представила данные из медицинской информационной системы — в них не было имен авторов отзывов, что подтвердило отсутствие оказания услуг таким лицам.
- Порядок опровержения определяет суд. В деле салона опровержение разрешили опубликовать в Telegram, потому что соцсеть с исходным отзывом заблокирована (п. 6 ст. 152 ГК РФ).

Клиника проиграла спор к конкуренту, заявлявшему, что он «единственный использует оригинальное оборудование». Истец полагал, что это прямое

обвинение в использовании неоригинального оборудования. Суд отказал: название клиники-истца нигде не упоминалось, идентифицировать пострадавшего оказалось невозможно⁸.

Если в отзыве нет вашей фамилии и узнаваемых признаков (например, если вы единственный врач-гастроэнтеролог в клинике, то указание специальности будет таким признаком), перспективы иска слабеет.

Когда отзыв — это клевета и пора в полицию

Гражданский иск требует убрать порочащие, недостоверные сведения и возместить вред. Уголовная статья — наказать виновника. Клевета (ст. 128.1 УК РФ) — это распространение заведомо ложных сведений. Ключевое слово — «заведомо»: автор должен знать, что лжет. «Мне не помогло лечение» — это не клевета. А вот «У него купленный диплом» при заведомом знании, что диплом настоящий, — уже она.

С 18 июня 2025 года (№ 146-ФЗ) клевета безотягчающих обстоятельств (ч. 1 ст. 128.1 УК РФ) перестала быть делом частного обвинения и перешла в частно-публичный порядок. На практике это упрощает жизнь потерпевшему:

- заявление подается в полицию;
- доказательства собирает дознание, а обвинение в суде поддерживает прокурор;
- дело нельзя прекратить просто по факту примирения сторон.

Если сведений о фактах в высказывании нет, а есть брань в неприличной форме — это не клевета, а оскорбление (ст. 5.61 КоАП РФ); заявление подается в прокуратуру.

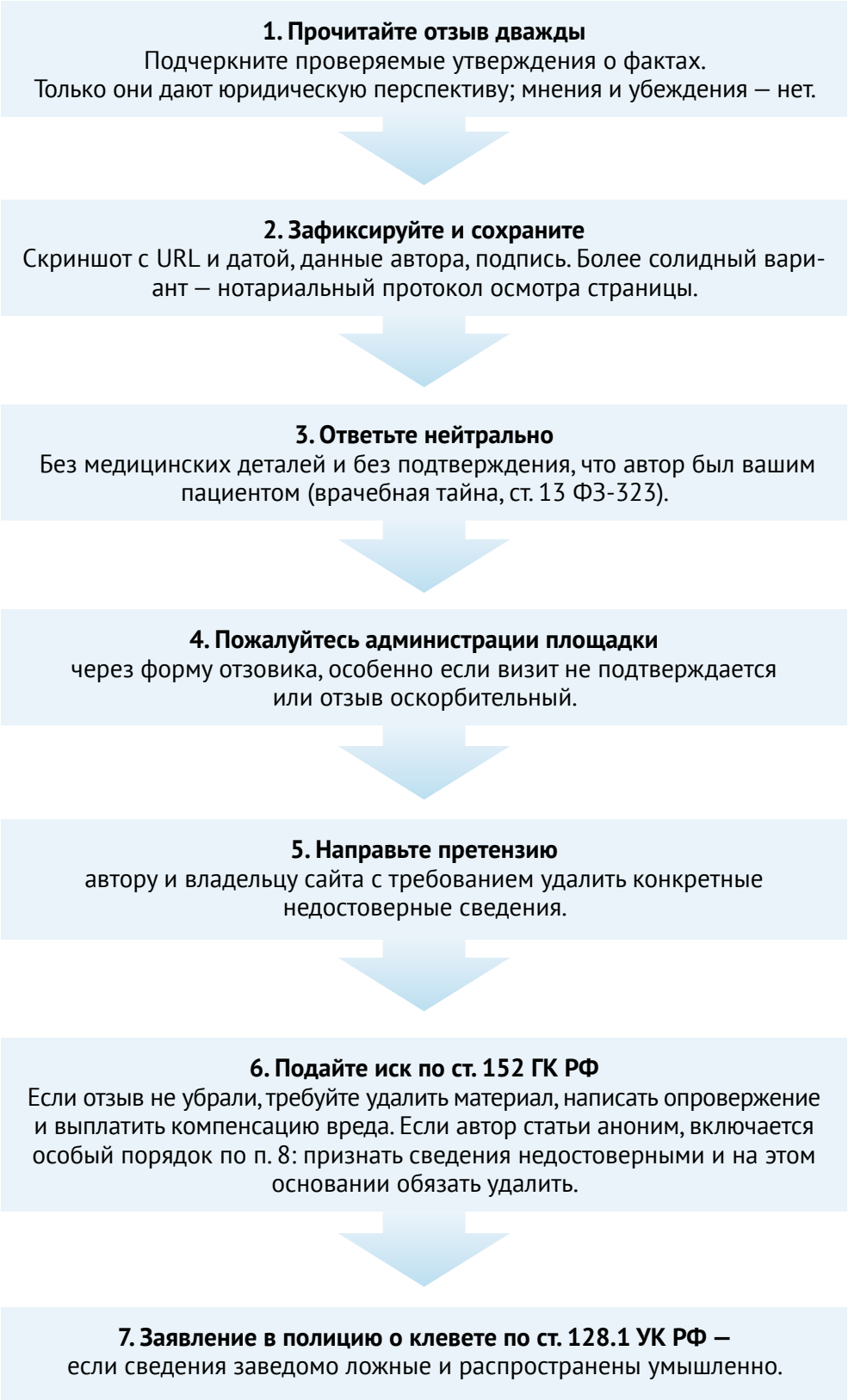
Работайте на опережение: соберите «репутационную папку»

Исход спора решается доказательствами, которые проще собрать заранее, чем в цейтноте. Держите под рукой:

- диплом, документы об образовании, повышении квалификации и свидетельство об аккредитации;
- лицензию на осуществление медицинской деятельности;
- при работе с препаратами и медизделиями — сведения о сроках годности и эксплуатации, данные о проверке, сертификаты соответствия и т. п.

В деле салона именно диплом о профессиональной переподготовке снял

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ



обвинение «работает без образования» и помог заставить бывшую сотрудницу публично признать ложность распространенных сведений.

Негативный отзыв — не приговор репутации. Оценку и критику закон терпит: пациент имеет право на мнение, убеждение и восприятие. Но конкретные ложные сведения о вашей работе — такие как «нет диплома», «поставил неверный диагноз», «был пьян» и про-

чие — вы вправе требовать удалить, опровергнуть, а ответчика привлечь к ответственности за их распространение. Все решают два действия, доступные любому врачу: вовремя отделить факт от эмоции и заранее собрать доказательства своей правоты. ✖

Материал подготовлен юристами
«Факультета медицинского права»
www.kormed.ru