

Міністерство охорони здоров'я України
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Українська Гастроентерологічна Асоціація

Класифікації захворювань органів травлення

Довідник

за редакцією член-кор. НАМН України, проф. Н.В. Харченко

Київ
2015

УДК: 616.33/.34(031)
ББК: 54.132:54.133я43
К47

*Друкується за рішенням вченої ради Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
від 10.12.2014 р., протокол №10
Затверджено на V з'їзді Української Гастроентерологічної Асоціації
21.09.2014 р.*

Рецензенти:

Шуба Н.М. – доктор медичних наук, професор кафедри терапії та ревматології НМАПО імені П.Л. Шупика

Шекера О.Г. – доктор медичних наук, професор, директор Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика

Класифікації захворювань органів травлення: довідник / за редакцією Н.В. Харченко / О.Я. Бабак, О.А. Голубовська, Н.Б. Губергріц, А.Е. Дорофєєв, Т.Д. Звягінцева, І.М. Скрипник, С.М. Ткач, Г.Д. Фадєєнко, Н.В. Харченко, М.Б. Щербиніна – Кіровоград: ПП «Поліум» 2015. – 54с.

ISBN 978-966-2696-97-4

У довіднику представлено сучасні класифікації основних захворювань органів травлення: стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, печінки, кишечника.

Довідник призначено для лікарів-інтернів, лікарів-слухачів кафедр терапії, загальної практики – сімейної медицини, гастроентерології та ін.

ISBN 978-966-2696-97-4

© О.Я. Бабак, О.А. Голубовська, Н.Б. Губергріц,
А.Е. Дорофєєв, Т.Д. Звягінцева, І.М. Скрипник,
С.М. Ткач, Г.Д. Фадєєнко, Н.В. Харченко,
М.Б. Щербиніна

МКХ-10: К20-К31 ХВОРОБИ СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Класифікації кислотозалежної патології

Клінічні класифікації захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту було переглянуто з урахуванням низки значних подій, які відбулися за останні три десятиріччя. По-перше, це відкриття В. Marshall та R. Warren (1983 р.) гелікобактерної інфекції. Сьогодні вважають, що більшість випадків виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), гастритів, дуоденітів і деякі випадки лімфом та раку шлунка етіологічно пов'язані саме з бактерією *Helicobacter pylori* (H.p.), що суттєво змінило підходи до лікування та прогнозу групи численних кислотозалежних недуг.

Вагоме значення також мав факт визнання самостійною нозологічною одиницею гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (1997 р.). Розробка Лос-Анджелеської класифікації езофагіту дозволила розширити наші уявлення про морфологічні зміни слизової оболонки стравоходу, зокрема формування стравоходу Барретта, що стало важливим кроком у напрямку профілактики раку цього відділу травного каналу.

Реально прогнозувати розвиток раку шлунка стало можливим завдяки введенню в клінічну практику градації гастриту у фундальному та антральному відділах за морфологічною оцінкою ступеня запалення та ступеня атрофії. Цю, так звану, Operative Link for Gastritis Assessment (OLGA) staging system було розроблено M. Rugge та співавторами у 2007 р. З її допомогою забезпечуються програми динамічного спостереження за пацієнтами із відповідною патологією шлунка.

Суттєві уточнення у діагностичний та лікувальний процеси внесло згідно з Римськими критеріями III (2006 р.) надання офіційного статусу декільком функціональним захворюванням стравоходу та гастродуоденальної зони.

МКХ-10: К25 ВИРАЗКА ШЛУНКА К26 ВИРАЗКА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Класифікація пептичних виразок

За етіологією:

- Виразки, які викликані інфекцією *H.pylori*
- Медикаментозні виразки (НПЗЗ*-індуковані)
- Змішані (*H.pylori*-позитивні та НПЗЗ-індуковані) виразки
- *H.pylori*-негативні і НПЗЗ-негативні виразки (потребують пошуку інших рідкісних причин):
 - Гіперсекреторні стани (синдром Золлінгера-Еллісона, гіперкальціємія та ін.)
 - Хвороба Крона шлунка
 - Еозинофільний гастродуоденіт
 - Системний мастоцитоз
 - Променеві ушкодження слизової оболонки
 - Інші інфекції: вірусна інфекція (цитомегаловірус, простий герпес, зокрема в імуноскомпрометованих хворих), інфекція *H.heilmanii*
 - Тяжкі системні захворювання
 - Виразки Камерона (виразки шлунка в місці діафрагмальної киля)
 - Істинні ідіопатичні виразки

За локалізацією:

- Виразки шлунка
- Виразки цибулини дванадцятипалої кишки
- Постбульбарні виразки
- Поєднані виразки шлунка та ДПК

За кількістю виразок:

- Поодинокі
- Множинні

За розміром (діаметром) виразок :

- Малі (до 0,5 см)
- Середні (0,5-1 см)
- Великі (понад 1 см)
- Велетенські (понад 3 см для шлунка, понад 2 см для ДПК)

*НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби

За стадією (фазою) захворювання :

- Перша маніфестація/рецидив (активна фаза)
- Ремісія (неактивна фаза)

За наявністю ускладнень :

- Кровотеча
- Перфорація
- Пенетрація
- Стеноз
- Малігнізація

МКХ-10: K21 ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС

Класифікація гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ)

За характером ендоскопічних змін у стравоході:

- **Неерозивна ГЕРХ** (НЕРХ, ендоскопічно негативний варіант, ГЕРХ без езофагіту, симптоматична ГЕРХ)
- **Ерозивна ГЕРХ** (рефлюкс-езофагіт, ендоскопічно позитивний варіант, ГЕРХ з езофагітом)
- **Ступінь проявів рефлюкс-езофагіту** (Лос-Анджелеська класифікація, 1998 р.):
 - Ступінь А – одне (або більше) ушкодження, довжиною менш ніж 5 мм, яке відокремлено межами складок слизової оболонки стравоходу
 - Ступінь В – одне (або більше) ушкодження слизової оболонки, довжиною більш ніж 5 мм, відокремлено межами складок, які не зливаються між собою
 - Ступінь С – одне (або більше) ушкодження слизової оболонки, яке розповсюджується на 2 складки (або більше), але займає менше, ніж 75% окружності стравоходу
 - Ступінь D – ушкодження слизової оболонки, яке займає більше 75% окружності стравоходу
- **Ускладнення ерозивної ГЕРХ:**
 - Пептична виразка стравоходу
 - Кровотеча
 - Стрикттури стравоходу
- **Стравохід Барретта** (кишкова метаплазія неповного типу в дистальному відділі стравоходу)
 - За довжиною сегмента стравоходу Барретта
 - ✓ Короткий сегмент стравоходу Барретта
 - ✓ Довгий сегмент стравоходу Барретта
 - За Празькими критеріями*:

*- *Визначення Празьких критеріїв.* Спочатку потрібно визначити стравохідно-шлунковий перехід (СШП) за глибиною введення ендоскопа - до рівня вершин складок слизової оболонки шлунка та рівня кардіального жому, наприклад - 36 см. Потім встановити наявність видимих "язиків" метаплазії вище СШП та визначити глибину введення ендоскопа до рівня проксимального краю циркулярної метаплазії (наприклад, 22 см) і максимальної метаплазії (наприклад, 30 см). Різниця між глибиною введення ендоскопа до рівня циркулярної (С) метаплазії та відстанню до СШП складає величину критерію С (36 см – 30 см = С6). Різниця між глибиною введення ендоскопа до рівня максимальної (М) метаплазії та відстанню до СШП складає величину критерію М (36 см – 22 см = М14). В даному випадку Празькі критерії описуватимуться як С6 і М14.

- ✓ Величина критерію С: різниця між глибиною введення ендоскопа до рівня циркулярної (С) метаплазії та відстанню до стравохідно-шлункового переходу (СШП)
- ✓ Величина критерію М: різниця між глибиною введення ендоскопа до рівня максимальної (М) метаплазії та відстанню до стравохідно-шлункового переходу

За характером клінічних проявів:

- **Типовий рефлюксний синдром**
- **Синдром за грудинного рефлюксного болю**
- **Екстраезофагеальні прояви ГЕРХ:**
 - З встановленим зв'язком:
 - ✓ Хронічний кашель
 - ✓ Рефлюкс-ларингіт
 - ✓ Астма
 - ✓ Ушкодження зубної емалі
 - З передбачуваним зв'язком:
 - ✓ Фарингіт
 - ✓ Синусит
 - ✓ Рецидивуючий середній отит
 - ✓ Ідіопатичний фіброз легенів
- **Рефрактерна ГЕРХ**

Класифікація диспепсії

- **Недосліджена диспепсія** – первинний синдромний діагноз, застосовується в разі наявності диспепсичного симптомокомплексу у первинного хворого до його обстеження
- **Функціональна диспепсія (ФД) згідно з Римськими критеріями III (2006 р.)**

Наявність перерахованих нижче симптомів протягом останніх 3 місяців при початку захворювання \geq 6 місяців:

- Відчуття переповнення після прийому їжі
- Відчуття раннього насичення
- Епігастральний біль
- Відчуття печіння в епігастрії,

а також відсутність органічних захворювань (за результатами ЕГДС, морфологічних досліджень), які дозволили б пояснити існуючі симптоми

- **Субтипи ФД**

I. Епігастральний больовий синдром:

Наявність болю чи печіння протягом останніх 3 місяців при початку захворювання \geq 6 місяців, які є:

- Інтермітуючі
- Помірні
- Локалізуються в епігастрії і турбують щонайменше 1 раз на тиждень, які:
 - ✓ Не є генералізованими або локалізованими в інших відділах живота чи грудної клітки
 - ✓ Не зменшуються після дефекації або відходження газів
 - ✓ Не відповідають критеріям діагностики для функціональних розладів жовчного міхура або сфінктера Одді

II. Постпрандіальний дистрес-синдром:

Наявність перерахованих нижче симптомів протягом останніх 3 місяців при початку захворювання \geq 6 місяців:

- Відчуття переповнення після прийому їжі
 - ✓ Відмічається після одноразового прийому звичайної кількості їжі
 - ✓ Виникає щонайменше кілька разів на тиждень *або*
- Раннє насичення
 - ✓ Що передує закінченню звичного прийому їжі
 - ✓ Виникає щонайменше кілька разів на тиждень

МКХ-10: K29 ГАСТРИТ ТА ДУОДЕНІТ

Класифікація хронічних гастритів (Сіднейсько-Х'юстонська, 1996 р.)

За типом та етіологією хронічного гастриту:

Тип гастриту	Синоніми	Етіологічні фактори
Неатрофічний	Поверхневий, хронічний антральний, тип В	<i>H.pylori</i>
Атрофічний - Аутоімунний - Мультифокальний	Дифузний фундальний, тип А, асоційований з перніциозною анемією	Аутоімунні реакції, <i>H.pylori</i> , фактори зовнішнього середовища
Особливі форми:		
Хімічний	Реактивний рефлюкс- гастрит, тип С	Хімічні сполуки, жовч, НПЗЗ
Радіаційний		Променеві ушкодження
Лімфоцитарний	Лімфоцитарний (варіолоформний, асоційований з целиакією)	Ідіопатичні, імунні механізми, глютен, <i>H.pylori</i>
Неінфекційний гранулематозний	Гранулематозний	Хвороба Крона, саркоїдоз, гранулематоз Вегенера, чужорідне тіло
Еозинофільний	Алергічний	Харчова алергія, інші алергени
Інші інфекційні		Інші бактерії (крім <i>H.pylori</i>), віруси, гриби, паразити

За морфологічною оцінкою стадії і ступеня хронічного гастриту (система OLGA, 2008) (табл.1, 2):

- **Ступінь ХГ** – вираженість сумарної запальної інфільтрації (нейтрофільними лейкоцитами і мононуклеарними клітинами);
- **Стадія ХГ** – вираженість атрофії

За наявністю бактерії *H.pylori*:

- Асоційований з *H.pylori*
- Неасоційований з *H.pylori*

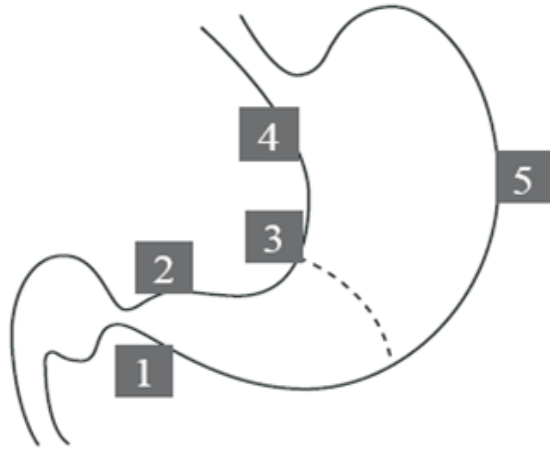


Рис.1 Схема забору матеріалу

АНТРУМ: 1, 2 – велика та мала кривизна антрального відділу шлунка; 3 – кут шлунка

ТІЛО: 4, 5 – велика та мала кривизна (або передня та задня стінка) тіла шлунка

Інтегральний показник ступеня гастриту в системі OLGA

Табл.1

Антрум	Тіло			
	0	I	II	III
0	Ступінь 0	Ступінь I	Ступінь II	Ступінь II
I	Ступінь I	Ступінь II	Ступінь II	Ступінь III
II	Ступінь II	Ступінь II	Ступінь III	Ступінь IV
III	Ступінь II	Ступінь III	Ступінь IV	Ступінь IV

Інтегральний показник стадії гастриту в системі OLGA

Табл.2

Антрум	Тіло			
	0	I	II	III
0	Стадія 0	Стадія I	Стадія II	Стадія II
I	Стадія I	Стадія II	Стадія II	Стадія III
II	Стадія II	Стадія II	Стадія III	Стадія IV
III	Стадія III	Стадія III	Стадія IV	Стадія IV

Класифікація хронічного гастриту (Киотська, 2014 р.)

- **H.pylori-індуковані гастрити**
- **Медикаментозно-індуковані гастрити**
- **Аутоімунні гастрити**
- **Гастрити внаслідок специфічних причин:**
 - лімфоцитарний гастрит
 - хвороба Менетріє
 - алергічний гастрит
 - рефлюкс-гастрит
 - еозинофільний гастрит
- **Інфекційні гастрити (нехелікобактерні):**
 - бактеріальні гастрити
 - вірусні гастрити
 - грибкові гастрити
 - гастрити, викликані паразитами
 - шлункова флегмона
- **Гастрити внаслідок інших захворювань** (класифікуються в інших рубриках)
- **Гастрити внаслідок зовнішніх причин**
- **Гастрити зі специфічними ендоскопічними і патологічними особливостями** (неспецифічної етіології)
- **Інші гастрити** (що не класифікуються)

МКХ-10: К80-К87 ХВОРОБИ ЖОВЧНОГО МІХУРА, ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Класифікація функціональних порушень біліарного тракту

За локалізацією:

- Дисфункція жовчного міхура
- Дисфункція сфінктера Одді
- Змішана дисфункція

За етіологією:

- Первинна
- Вторинна

За клінічними формами:

- Дисфункція жовчного міхура за гіпертонічно-гіперкінетичним типом
- Дисфункція жовчного міхура за гіпотонічно-гіпокінетичним типом
- Дисфункція жовчного міхура за змішаним типом
- Дисфункція сфінктера Одді за біліарним типом (гіпертонія сфінктера Одді)
- Дисфункція сфінктера Одді за панкреатичним типом (гіпертонія сфінктера Одді)
- Дисфункція сфінктера Одді за гіпотонічним типом.

Діагностичні критерії функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді згідно з Римськими критеріями III (2006 р.)

Діагностичні критерії функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді повинні включати епізоди болю, які локалізовані у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті живота і **все нижче-наведене***:

- Тривалість епізодів 30 хвилин або довше
- Рецидивування симптомів, що зустрічається в різних часових інтервалах (не щодня)
- Біль досягає постійного рівня
Біль досягає помірного або важкого характеру, що змушує пацієнта перервати щоденні дії й звернутися в екстреному порядку до лікаря

* Критерії відповідають вимогам, якщо скарги "активні" протягом останніх 3 міс. з початком захворювання щонайменше 6 міс.

- Біль не зменшується після дефекації
- Біль не зменшується при постуральних змінах
- Біль не зменшується після прийому антацидів
- Виключені інші органічні захворювання, що пояснюють дані симптоми

Підтверджуючі критерії:

Біль може бути пов'язаний з одним або більше симптомами:

- Біль пов'язаний з нудотою та блюванням
- Біль іррадіює у спину та/або в праву підключичну ділянку
- Біль сприяє пробудженню посеред ночі

Діагностичні критерії для функціональних розладів жовчного міхура повинні включати все нижченаведене:

- Критерії функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді
- Наявність жовчного міхура
- Нормальний рівень ферментів печінки, кон'югованого білірубіну та амілази/ліпази

Діагностичні критерії функціонального розладу сфінктера Одді за біліарним типом повинні включати обидва пункти:

- Критерії функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді
- Нормальний рівень амілази/ліпази

Супутні критерії:

Підвищений серологічний рівень трансаміназ, лужної фосфатази або кон'югованого білірубіну за часом зв'язаний, принаймні, з двома епізодами болю

Діагностичні критерії функціонального розладу сфінктера Одді за панкреатичним типом повинні включати обидва пункти:

- Критерії функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді
- Підвищений рівень амілази/ліпази

МКХ-10: К81 ХОЛЕЦИСТИТ

Класифікація хронічного безкам'яного холециститу

За ступенем тяжкості:

- Легкий
- Середнього ступеня тяжкості
- Тяжкий перебіг

За характером клінічних проявів:

- Типовий
- Атиповий (кардіологічна, ревматоїдоподібна, виразковоподібна, поперекова та інші форми)

За стадіями захворювання:

- Загострення
- Затухаючого загострення
- Ремісії

За функціональним станом жовчних шляхів:

- З дисфункцією жовчного міхура за гіпертонічним типом
- З дисфункцією жовчного міхура за гіпертонічним типом
- З дисфункцією за змішаним типом (дисфункція жовчного міхура в поєднанні із порушеннями тону сфінктера Одді - гіпертонією або гіпотонією)

За наявністю ускладнень:

- Неускладнений
- Ускладнений (перихолецистит, холангіт, панкреатит, реактивний неспецифічний гепатит та ін.)

З супутніми паразитарними захворюваннями:

- Лямбліоз
- Опісторхоз та ін.

МКХ-10: К80 ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

Класифікація жовчнокам'яної хвороби

За клінічними проявами:

- Латентний перебіг (безсимптомна)
- Жовчна колика

Стадія за наявністю жовчних камінців:

- Біліарний сладж у вигляді (вказувати за можливості) (передкам'яна)
 - Замазкоподібної жовчі
 - Мікролітів
- Кам'яна (в діагноз назва стадії не виноситься, вказують тільки характеристики за кількістю та локалізацією жовчних каменів):
 - За кількістю камінців
 - ✓ Поодинокі
 - ✓ Чисельні
 - За локалізацією каменя (камінців)
 - ✓ Жовчного міхура
 - ✓ Загальної жовчної протоки
 - ✓ Загальної печінкової протоки

Ускладнення

- Холецистит:
 - Гострий за морфологічною формою:
 - ✓ Катаральний
 - ✓ Емфізематозний
 - ✓ Гнійний (у т.ч. флегмонозний, гангренозний)
 - ✓ Гангренозно-перфоративний
 - Хронічний
- Холангіт:
 - Гострий
 - Хронічний
- Защемлення каменя за локалізацією у:
 - Жовчному міхурі
 - Міхуровій протоці
 - Загальній жовчній протоці
 - Загальній печінковій протоці
- Жовтяниця:
 - Механічна
 - Переміжна
- Відключений жовчний міхур

- Водянка жовчного міхура
- Емпієма жовчного міхура
- Нориця жовчного міхура або спільної жовчної протоки за локалізацією:
 - Холецистохоледохоєальна
 - Холецистокишкова, у т.ч. холецистодуоденальна
 - Холедоходуоденальна
- Перфорація жовчного міхура або міхурової протоки
- Перфорація загальної жовчної протоки
- Перитоніт
- Навколоміхуровий абсцес
- Абсцеси печінки
- Стрикттури жовчних протоків та сфінктера Одді

Класифікація хронічного калькульозного холециститу

Неускладнений хронічний калькульозний холецистит

Ускладнений:

- Водянкою жовчного міхура
- Хронічною емпіємою жовчного міхура
- Рубцевим стенозом вивідної протоки жовчного міхура
- Міхурово-протоковою (білібіліарною) норицею
- Міхурово-кишковою (білідигестивною) норицею

Внутрішньопечінковий літіаз

Холедохолітіаз

Клінічні варіанти перебігу холедохолітіазу:

- Латентний
- З вентиляним конкрементом
- Стенозуючим папілітом
- З повною блокадою холедоха – механічною жовтяницею з або без холангіту; панкреатитом; з холедохо-кишковою норицею, вторинним біліарним цирозом печінки.

МКХ-10: К82.4 ХОЛЕСТЕРОЗ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Класифікація холестерозу жовчного міхура

За клінічними формами:

- Некаменевий холестероз
- Холестероз, поєднаний із холелітіазом

За поширеністю патологічного процесу:

- Дифузна форма
- Вогнищева форма
- Поєднаний із ураженням позапечінкових жовчних протоків

За змінами ехоцільності стінки жовчного міхура:

- Сітчастий
- Сітчастополіпозний
- Поліпозний

За функціональним станом жовчного міхура:

- Незначне зниження функції (до 30%)
- Помірне зниження функції (30–50%)
- Виражене зниження функції (до 90%)
- Виключений жовчний міхур

Аномалії жовчовивідних шляхів:

- Аномалії положення жовчного міхура (серединнопечінковий та рухливий жовчний міхур)
- Гіпоплазія жовчного міхура
- Агенезія жовчного міхура
- Додатковий жовчний міхур
- Деформації жовчного міхура (перегородки, стриктури, перетяжки, загини, S-подібний жовчний міхур)
- Аномалії жовчовивідних протоків
- Кіста загальної жовчної протоки.

МКХ-10: K91.5 ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ

Класифікація постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС)

В залежності від причин виділяють:

ПХЕС, обумовлений причинами, що не були усунені або виникли в результаті помилок хірургічного втручання:

- Стенозуючий папіліт
- Стеноз жовчних протоків
- Резидуальний холедохолітіаз
- Кісти жовчних проток
- Пошкодження жовчних проток
- Післяопераційні рубцеві стриктури і деформація жовчовивідних проток із порушенням відтоку жовчі
- Залишені сторонні предмети (нитки, голки, фрагменти дренажів)
- Рефлюкс-холангіт після трансдуоденальної сфінктеропластики і холедоходуоденостомії
- Невриноми пересічених нервів загальної жовчної протоки

ПХЕС, обумовлений перебудовою жовчовивідних протоків, що викликана відсутністю жовчного міхура:

- Дисфункція сфінктера Одді за біліарним типом
- Дисфункція сфінктера Одді за панкреатичним типом
- Дисфункція сфінктера Одді за гіпотонічним типом
- Стенозуючий папіліт
- Холедохолітіаз
- Холангіт
- Вторинний біліарний цироз печінки.

МКХ-10: К86 ІНШІ ХВОРОБИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Класифікація хронічного панкреатиту (ХП)

Основні фактори ризику:

- Зловживання алкоголем
- Паління
- Нутритивні фактори (надмірний вміст жирів в їжі та ін.)
- Спадкові чинники *
- Обструкція панкреатичних проток
- Аутоімунний панкреатит
- Рідкісні та метаболічні фактори (гіперкальціємія, хронічна ниркова недостатність тощо)

*Клінічна стадія ХП**:*

- Безсимптомна (0 – субклінічний ХП)
- З наявністю симптомів
 - I стадія
 - II стадія
 - III стадія
 - IV стадія

*Форми ХП ***:*

- Певний («визначений»)
- Імовірний
- Пограничний
- Алкогольний

*Ступінь тяжкості ХП за проявами структурних змін підшлункової залози (ПЗ) (табл. 3,4, ****):*

- Сумнівний ХП
- Легкий ступінь тяжкості
- Помірний ступінь тяжкості
- Тяжкий ХП

Інтегральний індекс тяжкості ХП M-ANNHEIM (табл. 5, 6):

- A
- B
- C
- D
- E

* Спадкові чинники ризику ХП

- Спадковий панкреатит - панкреатит, що не має інших етіологічних чинників, крім вказаних вище мутацій в гені катіонного трипсिनогену (*PRSSI*), у гені інгібітору серинових протеаз Казаля (*SPINK1*), у гені трансмембранного регулятора кістозного фіброзу (*CFTR*). Панкреатит розвивається у тих членів сім'ї, які успадковують генну мутацію за аутосомно-домінантним типом.
- Сімейний панкреатит - панкреатит будь-якої етіології, який в даній родині виникає з більш високою частотою, ніж в популяції. Сімейний панкреатит з високою імовірністю, але не обов'язково, викликаний генетичним дефектом.
- Ідіопатичний панкреатит - ізольовані випадки панкреатиту, коли виключені всі можливі причини захворювання. Ідіопатичний ХП поділяють на панкреатит з ранніми і пізніми проявами. В розділ спадкових факторів внесений також тропічний панкреатит, оскільки ідентифіковані генетичні фактори ризику його розвитку.

** Клінічні стадії ХП за класифікацією M-ANNHEIM

➤ Безсимптомна фаза ХП:

0 – субклінічний ХП:

- А. Період без симптомів (виявляється випадково, наприклад, під час аутопсії)
- В. ГП – перший епізод (можливо є початком ХП)^а
- С. ГП з тяжкими наслідками^б

➤ ХП з клінічною маніфестацією:

I стадія – без недостатності ПЗ:

- А. Рецидив ГП (між епізодами ГП біль відсутній)
- В. Рецидивуючий або постійний абдомінальний біль (в тому числі біль між епізодами ГП)
- С. І А/В з тяжкими ускладненнями^б

II стадія – екзо- та ендокринна недостатність ПЗ у поєднанні з болем:

- А. Ізольована екзокринна (або ендокринна) недостатність (без болю)

В. Ізольована екзокринна (або ендокринна) недостатність (з болем)
С. II А/В з тяжкими ускладненнями^b

III стадія – екзо- та ендокринна недостатність ПЗ у поєднанні з болем:

- А. Екзокринна та ендокринна недостатність ПЗ (з болем, в тому числі, яка потребує лікування анальгетиками)
- В. III А з тяжкими ускладненнями^b

IV стадія – зменшення інтенсивності болю (стадія “перегорання” ПЗ):

- А. Екзокринна та ендокринна недостатність ПЗ при відсутності болю, без тяжких ускладнень^b
- В. Екзокринна та ендокринна недостатність ПЗ при відсутності болю, з тяжкими ускладненнями^b

^a Пацієнтів з першим епізодом ГП (при відсутності симптомів ХП), але з факторами ризику розвитку ХП (наприклад, з алкогольним анамнезом), слід віднести до стадії “0В” при відсутності морфологічних та функціональних змін з боку ПЗ. Якщо є прояви ХП (наприклад, кальцифікація ПЗ), то таких хворих відносять до стадії “ІА”

Тяжкі ускладнення ділять на зворотні і незворотні:

- Зворотні (наприклад, стеноз сусідніх органів, зокрема стеноз дванадцятипалої кишки, товстої кишки, загальної жовчної протоки; шлунково-кишкова кровотеча; асцит; плевральний випіт; зміни кісток; псевдоаневризма; нориця ПЗ)
- Незворотні (тромбоз портальної або селезінкової вени з або без портальної гіпертензії; рак ПЗ)

***** Діагностичні критерії ХП (M-ANNHEIM)**

“Визначений” ХП передбачає один або декілька з наступних критеріїв:

- Кальцифікація ПЗ
- Помірні або тяжкі зміни проток ПЗ (за Кембриджською класифікацією)
- Виражена постійна екзокринна недостатність ПЗ (наприклад, стеаторея, яка значно зменшується при вживанні ферментних препаратів)
- Типова для ХП гістологічна картина

“Імовірний” ХП – один або декілька з наступних критеріїв:

- Легкі зміни проток (за Кембриджською класифікацією)
- Псевдокіста(и) – постійно існуюча або рецидивуюча
- Патологічні результати функціональних тестів (показники фекальної еластази-1, секретинового тесту, секретин-панкреозимінового тесту)
- Ендокринна недостатність (наприклад, патологічні результати тесту толерантності до глюкози)

“Пограничний” ХП – це ХП з типовою клінічною картиною панкреатиту, але при відсутності критеріїв “імовірного” та “визначеного” ХП. Ця форма підозрюється при розвитку першого епізоду ГП у випадку наявності або відсутності наступних факторів:

- Спадковий анамнез захворювань ПЗ (наприклад, інші члени родини також хворіли на рак ПЗ, ГП)
- Мають місце фактори ризику M-ANNHEIM

Алкогольний панкреатит – додатково до критеріїв “визначеного”, “імовірного” або “пограничного” ХП потребує наявності одного з наступних факторів:

- *Надмірне велике* вживання алкоголю в анамнезі (для чоловіків більше 80 г/день протягом декількох років; для жінок дещо менші дози)
- *Надмірне* вживання алкоголю в анамнезі (20-80 г/день протягом декількох років)
- *Помірне* вживання алкоголю в анамнезі (менше 20 г/день протягом декількох років)

Кембриджська класифікація ХП: критерії візуалізації

Табл.3

Ступінь тяжкості	ЕРХПГ		УЗД/КТ
Норма	Нормальні головна та бокові протоки		Нормальні розміри і форма залози, гомогенна паренхіма, ширина головної протоки менше 2 мм
Сумнівний ХП	Головна протока нормальна; менше 3-х змінених бокових проток	Наявність лише одної патологічної ознаки	Головна протока розширена до 2-4 мм Помірне збільшення залози (не більше, ніж у 2 рази) Неоднорідна паренхіма
Легка	Головна протока нормальна, 3 та більше бокових проток змінені		Ширина головної протоки від 2 до 4 мм Нерівномірна ширина проток Помірне збільшення

Помірна	Змінена головна протока та її відгалуження (більше 3-х)	2 і більше патологічні ознаки	залози в розмірі (не більше, ніж у 2 рази) Неоднорідність паренхіми з ділянками підвищеної та зниженої ехогенності Порожнини (менше 10 мм) Підвищення ехогенності стінки і нерівномірний просвіт головної протоки Нерівний контур залози за рахунок її локальних збільшень
Тяжка	Великі порожнини (більше 10 мм) Внутрішньопротокові кальцинати Обструкція та стриктури проток Суттєве розширення або нерівномірність головної протоки	Одна і більше патологічних ознак	Великі порожнини (більше 10 мм) Вогнища панкреонекроза Внутрішньопротокові кальцинати Дефекти наповнення проток (КТ із внутрішньовенним контрастуванням). Обструкція проток (ширина більше 4 мм) Нерівномірність головної протоки Значне збільшення залози в розмірах (більше, ніж в 2 рази) Зміни суміжних органів

Автори класифікації M-ANNHEIM запропонували диференціацію мінімальних і помірних змін ПЗ при ХП за даними банальної сонографії, КТ, МРТ і МРХПГ. Крім того, запропоновано поділ даних ендоскопічної сонографії, характерних для ХП (****, табл.4).

**** Ендосонографічні критерії ХП

Паренхіматозні зміни:

- Зміни розмірів залози
- Наявність кіст(и)
- Ділянки зниженої ехогенності
- Ділянки підвищеної ехогенності (більше 3 мм в діаметрі)
- Виражена долькова структура (наприклад, паренхіма нормальної ехогенності оточена гіперехогенними тяжами)

Протокові зміни:

- Підвищення ехогенності стінки протоки
- Нерівномірність просвіту головної протоки ПЗ (наприклад, ділянки звуження)
- Розширення головної протоки ПЗ
- Видимі бокові протоки (наприклад, розширені)
- Кальцинати в протоці

Ступінь змін ПЗ при ХП за даними візуалізації (банальна сонографія, КТ, МРТ, МРХПГ, ендоскопічна сонографія) за класифікацією М-ANNHEIM на основі Кембриджської класифікації

Табл.4

<i>Кембриджська класифікація</i>	<i>Банальна сонографія, КТ, МРТ, МРХПГ, ендоскопічна сонографія^a</i>	<i>Ендосонографія^b</i>
Норма	При якісному проведенні дослідження візуалізується вся ПЗ без патологічних ознак (0 балів) ^c	
Сумнівні результати	Визначена одна патологічна ознака (1 бал) ^c	Чотири або менше патологічних ознак (немає відмінностей між оцінками «сумнівні зміни» і «мінімальні зміни» (1 бал) ^c
Мінімальні зміни	Дві або більше патологічних ознак, але головна протока ПЗ у нормі (2 бали) ^c	

Помірні зміни	Дві або більше патологічних ознак, у т. ч. незначні зміни головної протоки ПЗ (збільшення діаметру від 2 до 4 мм або підвищена ехогенність стінки протоки) (3 бали) ^c	П'ять або більше патологічних ознак (немає відмінностей між оцінками «помірні зміни» і «виражені зміни») (3 бали) ^c
Виражені зміни	Те ж саме, що помірні зміни, але у поєднанні з одним або декількома обов'язковими ознаками виражених змін (4 бали) ^c	

^a Патологічні ознаки при візуалізації ПЗ, одержані при банальній сонографії, КТ, МРТ/МРХПГ за визначеннями Кембриджської класифікації (табл. 4)

^b Патологічні ознаки на ендосонограмах (****, табл. 4)

^c Кількість балів необхідно для розрахунку індексу тяжкості M-ANNHEIM (табл. 5,6)

Оцінювальна бальна система M-ANNHEIM для оцінки тяжкості ХП (за A. Schneider et al., 2007)

Табл. 5

Особливості ХП		Оцінка, бали
Біль^a		
При відсутності лікування болю немає	Немає необхідності у призначенні медикаментів для зниження болю	0
Рецидивний ГП	Між епізодами ГП болю немає	1
Біль зникає при призначенні медикаментів	При прийомі анальгетиків та/або проведенні ендоскопічного лікування біль зникає	2
Періодичний біль	Є періоди, коли біль відсутній, незалежно від наявності або відсутності медикаментозного лікування	3
	Можливі епізоди ГП	4
	Пацієнти постійно скаржаться на біль, незалежно від того, яке лікування проводиться; можливі епізоди ГП	
Контроль болю^a	Немає необхідності в медикаментах	0
	Необхідні ненаркотичні або слабкі наркотичні анальгетики	1
	Необхідні потужні опіюєдні анальгетики або ендоскопічне втручання	2

Хірургічне лікування^{a,b}	За будь-якими показаннями	4
Екзокринна недостатність ПЗ^c	Відсутність екзокринної недостатності	0
	Наявність легкої, помірної або необ'єктивізованої недостатності, яка не потребує ферментної замісної терапії (у пацієнтів скарги на періодичну діарею)	1
	Доведена екзокринна недостатність ПЗ (за даними функціональних тестів) або тяжка панкреатична недостатність, яка підтверджена кількісними дослідженнями жиру в калі (більше 7 г/добу), причому прояви цієї недостатності зникають або значно зменшуються при прийомі ферментних препаратів	2
Ендокринна недостатність	Відсутність цукрового діабету	0
	Наявність цукрового діабету	4
Структурні зміни ПЗ за результатами візуалізації	Норма	0
	Сумнівний ХП	1
	Легкі зміни	2
	Помірні зміни	3
	Тяжкі зміни	4
Тяжкі ускладнення з боку внутрішніх органів^b	Відсутність ускладнень	0
	Зворотні ускладнення ^d	2
	Незворотні ускладнення ^d	4

^a Градація панкреатичного болю проводиться за сумою особливостей перебігу больового синдрому і необхідності призначення різноманітних анальгетиків. Наприклад, якщо пацієнту необхідно призначати потужні наркотичні анальгетики (2 бала), і у нього відмічаються періодичні панкреатичні атаки, ГП (3 бала), то тяжкість болю оцінюють у 5 балів

^b В розрахунок індексу тяжкості ХП включаються всі оперативні втручання на ПЗ і всі тяжкі ускладнення панкреатиту, починаючи з перших проявів захворювання і далі протягом всього анамнезу. Якщо у пацієнта мали місце два і більше тяжких ускладнень, то кожне з них окремо повинно включатися в розрахунок індексу тяжкості ХП

^c Оскільки функціональні тести для оцінки зовнішньосекреторної функції ПЗ недостатньо чутливі для виявлення легкої або помірної екзокринної недостатності, то періодичне послаблення стільця в поєднанні з характеристикою кала при ХП («панкреатичні випорожнення» – світлі, рясні, із залишками неперетравленої їжі), навіть при нормальних результатах функціональних тестів, слід розуміти як зовнішньосекреторну недостатність ПЗ і оцінювати в 1 бал

^d Зворотні тяжкі ускладнення: асцит, кровотеча, псевдоаневризма, звуження холедоха різного ступеня, панкреатична нориця, стеноз дванадцятипалої кишки. Незворотні тяжкі ускладнення: тромбоз портальної або селезінкової вени з або без портальної гіпертензії, рак ПЗ

Індекс тяжкості ХП M-ANNHEIM (за A. Schneider et al., 2007)

Табл.6

Індекс тяжкості	Відповідний ступінь тяжкості	Бали
M-ANNHEIM A	Мінімальна	0 – 5
M-ANNHEIM B	Помірна	6 – 10
M-ANNHEIM C	Середня	11 – 15
M-ANNHEIM D	Виражена	16 – 20
M-ANNHEIM E	Тяжка	> 20

МКХ-10: К70-К77 ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Хвороби печінки представлено декількома рубриками **МКХ 10: основні захворювання печінки входять до класу 11 (К00-К93) “Хвороби органів травлення”**, вірусні гепатити відносяться до класу 1 (А00-В99) **“Деякі інфекційні та паразитарні хвороби”**, решта – до класу (Е83) **“Хвороби обміну”**.

В цілому розділ сформовано згідно з класифікацією хронічних гепатитів і цирозу печінки (Лос-Анджелес, 1994) та окремих нозологічних форм.

Класифікація хронічного гепатиту та цирозу печінки (Лос-Анджелес, 1994):

- Хронічні вірусні гепатити В, С, D
- Невизначений хронічний вірусний гепатит*
- Аутоімунний гепатит
- Медикаментозно-індукований хронічний гепатит
- Криптогенний хронічний гепатит
- Первинний біліарний цироз печінки
- Первинний склерозуючий холангіт
- Хвороба Вільсона
- Гемохроматоз
- Хвороба печінки, яка викликана недостатністю α -антитрипсину

До хронічних гепатитів віднесені також первинний біліарний цироз печінки; хвороба Вільсона; хвороба печінки, яка викликана недостатністю α -антитрипсину; первинний склерозуючий холангіт. Це пов'язано з хронічним перебігом цих захворювань і, певним чином, з тим, що при них морфологічне дослідження біоптатів печінки нерідко виявляє ознаки, які характерні для аутоімунного гепатиту або хронічного вірусного гепатиту.

Серед аутоімунних захворювань печінки розрізняють три категорії: аутоімунний гепатит, первинні біліарні захворювання печінки та overlap-синдром. Формулюючи діагноз аутоімунний гепатит, не вказують "хронічний", оскільки захворювання спочатку має хронічний перебіг. До первинних біліарних захворювань відноситься, в першу чергу, первинний біліарний цироз печінки. Хоча первинний склерозуючий холангіт також

*якщо маркери встановити не вдалося, проте епідеміологічні, морфологічні та клініко-біохімічні дані свідчать на користь вірусної етіології

належить до цієї групи, проте питання, чи можна вважати його істинно аутоімунним захворюванням, поки залишається дискусійним.

Overlap-синдром є станом, при якому в пацієнта одночасно присутні ознаки 2-х різних аутоімунних захворювань печінки (варіанти "перехрещення"): наприклад, аутоімунний гепатит і первинний біліарний цироз печінки, або аутоімунний гепатит і первинний склерозуючий холангіт.

Осторонь стоять алкогольні ураження печінки, які об'єднують терміном "алкогольна хвороба печінки". Прийнято визначати такі її стадії: стеатогепатоз, хронічний гепатит, фіброз і цироз печінки.

Якщо клінічні та лабораторні дані не дозволяють віднести гепатит до жодної із зазначених груп, то його розглядають як криптогенний (ідіопатичний).

При алкогольній та неалкогольній хворобах печінки цироз розглядається як стадія цих захворювань, тому в рубрику "K74 Фіброз та цироз печінки" не ввійшли відповідні етіологічні фактори, аналогічно до випадків спадкових захворювань (хвороба Вільсона, гемохроматоз).

МКХ-10: K73 ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ

Класифікація хронічних гепатитів

За етіологією і патогенезом:

- Хронічний вірусний гепатит В
- Хронічний вірусний гепатит D
- Хронічний вірусний гепатит С
- Невизначений хронічний вірусний гепатит
- Аутоімунний гепатит /тип 1, тип 2, тип 3/ *
- Медикаментозно-індукований хронічний гепатит
- Хронічний токсичний гепатит
- Хронічний алкогольний гепатит
- Хронічний криптогенний гепатит

За біохімічними та гістологічними критеріями – ступінь активності

Ступінь активності визначається наявністю та тяжкістю некро-запального процесу (**, табл.7, 8, 9):

- Неактивний
- Мінімальна активність
- Помірна активність
- Виражена (висока) активність

За гістологічними критеріями (стадія фіброзу за Metavir)***:

Стадія хронічного гепатиту визначається поширеністю фіброзу і розвитком цирозу печінки:

- F0 - фіброз відсутній
- F1 - слабо виражений перипортальний фіброз
- F2 - помірний фіброз с порто-портальними септами
- F3 - виражений фіброз с порто-центральноними септами
- F4 - цироз печінки

*Типи аутоімунного гепатиту

- Тип 1 (анти-SMA, анти-ANA позитивний)
- Тип 2 (анти-LKM позитивний)
- Тип 3 (анти-SLA позитивний)

Для оцінки ступеня активності хронічного гепатиту використовують напівкількісну оцінку показників цитолізу та дистрофії гепатоцитів, а також інфільтрації паренхіми печінки за індексом гістологічної активності (ІГА), так званий, індекс Knodell (табл.7).

Складові компоненти ІГА (за індексом Knodell)

Табл.7

Компоненти	Діапазон цифрової оцінки
Перипортальний некроз мостоподібними некрозами чи без них	0-10
Внутрішньодолькові фокальні некрози і дистрофія гепатоцитів	0-4
Інфільтрат у портальних трактах	0-4

Оцінка ступеня активності хронічного гепатиту за ІГА (за індексом Knodell)

Табл.8

ІГА в балах	Ступінь активності хронічного гепатиту
1 - 3	мінімальний
4 - 8	слабкий
9 - 12	помірний
13 - 18	виражений

Активність хронічного вірусного гепатиту С (ІГА) часто оцінюють за системою METAVIR (табл. 9).

Індекс гістологічної активності (ІГА) хронічного вірусного гепатиту С за системою METAVIR

Табл.9

Ступінчате запалення	Лобулярна активність	ІГА
0 (немає)	0 (немає)	A ₀ (неактивний)
	1 (помірне)	A ₁ (низька активність)
	2 (виражене)	A ₂ (помірна активність)
1 (мінімальне)	0; 1	A ₁
	2	
2 (помірне)	0; 1	A ₂
	2	
3 (виражене)	0; 1; 2	A ₃ (висока активність)

** Якщо морфологічне дослідження не проведено, то ступінь активності хронічного гепатиту оцінюють за лабораторними показниками, зокрема, за рівнем АЛТ: в межах норми - неактивний
не перевищує 3-х норм - мінімальна
від 3-х до 10 норм - помірна
перевищує 10 норм - виражена

*** **Стадія фіброзу (за METAVIR):**

- F0 (фіброз відсутній)
- F1 (зірчасте розширення портальних трактів без формування септ)
- F2 (розширення портальних трактів з поодинокими портопортальними септами)
- F3 (чисельні портоцентральні септи без цирозу)
- F4 (цироз)

МКХ-10: В18 ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ

Класифікація хронічних вірусних гепатитів (ВГ)

Нозологічна форма:

- Хронічний гепатит С
- Хронічний гепатит В:
 - HBeAg+
 - HBeAg-
- Хронічний гепатит D
- Мікст-гепатити
- Хронічні вірусні гепатити неверифіковані

Ступінь активності

Ступінь активності визначається наявністю та тяжкістю некрозапального процесу (, табл. 7, 8, 9 див. класифікації ХГ):**

- Неактивний
- Мінімальна активність
- Помірна активність
- Виражена (висока) активність

Позапечінкові прояви^a:

- З позапечінковими проявами
- Без позапечінкових проявів

Генотип вірусу:

- С – 1, 2, 3, 4, 5, 6
- В – А, В, С, D

Вірусне навантаження (числове значення для вірусу гепатиту В, високе, низьке - для вірусу гепатиту С)

Стадія фіброзу (за METAVIR) (*, див. класифікацію ХГ)**

- F0 - фіброз відсутній
- F1 - слабо виражений перипортальний фіброз
- F2 - помірний фіброз с порто-портальними септами
- F3 - виражений фіброз с порто-центральною септами
- F4 - цироз печінки

^a Наявність позапечінкових проявів:

- ХВГ В – кріоглобулінемія, вузлувата еритема, синдром Рейно та інші
- ХВГ С – аутоімунний тиреоїдит, кріоглобулінемія, В-клітинна лімфома та інші

МКХ-10: K71 ТОКСИЧНЕ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ

Класифікація хронічного медикаментозно-індукованого гепатиту

За клінічним перебігом:

- Ідіосинкразійний (непередбачуваний)
- Передбачуваний (*в діагноз не вноситься*)

За етіологією (вказати за можливістю агент, який викликав ураження печінки, найчастіше це *гепатотоксичні медикаменти: транквілізатори, нейролептики, анаболічні стероїди, туберкулостатичні препарати, антибіотики, пропранолол, естрогени, контрацептиви, мерказоліл, тощо*)

Ступінь активності

Ступінь активності визначається наявністю та тяжкістю некро-запального процесу (, табл.7, 8, 9 див. класифікацію ХГ):**

- Неактивний
- Мінімальна активність
- Помірна активність
- Виражена (висока) активність

МКХ-10: E83 ПОРУШЕННЯ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ

Класифікація хвороби Вільсона

За клінічним перебігом:

- З переважним ураженням печінки
- З переважним ураженням центральної нервової системи
- Змішана форма

За стадією процесу:

- Стеатоз
- Хронічний гепатит
- Фіброз
- Цироз

За ступенем активності

Ступінь активності визначається наявністю та тяжкістю некро-запального процесу (, табл. 7, 8, 9 див. класифікацію ХГ):**

- Неактивний
- Мінімальна активність
- Помірна активність
- Виражена (висока) активність

За наявністю та стадією цирозу (за діагностичними критеріями Чайльда-П'ю (табл. 10) та оцінкою його окремих клінічних проявів (табл. 11-14))

МКХ-10: E83.1 ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ЗАЛІЗА

Класифікація гемохроматозу

За клінічним перебігом:

- Без наявності перевантаження залізом при генетичній схильності
- Перевантаження залізом без клінічних проявів
- Стадія клінічних проявів

За стадією процесу:

- Стеатоз
- Хронічний гепатит
- Фіброз
- Цироз

За ступенем активності

Ступінь активності визначається наявністю та тяжкістю некро-запального процесу (**, табл. 7, 8, 9 див. класифікацію ХГ):

- Неактивний
- Мінімальна активність
- Помірна активність
- Виражена (висока) активність

За наявністю та стадією цирозу (за діагностичними критеріями Чайльда-Пю (табл. 10) та оцінкою його окремих клінічних проявів (табл. 11-14))

МКХ-10: К76 ІНШІ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Класифікація неалкогольної жирової хвороби печінки

За стадією процесу:

- Стеатоз
- Хронічний неалкогольний стеатогепатит (*див. класифікацію ХГ*)
- Фіброз
- Цироз (*див. класифікацію ЦП*)

Цирози печінки (ЦП)

Перша загальновизнана класифікація цирозів печінки була прийнята в Гавані у 1956 році, і розділяла цирози за морфологічним принципом всього на кілька груп - портальні, постнекротичні, біліарні та змішані.

Класифікацію цирозів печінки, яка була прийнята в Акапулько (1974), уточнили експерти ВООЗ у 1978 році, в такому вигляді вона застосовується і дотепер. У 1987 році А.С. Логінов, Ю.С.Блок модифікували класифікацію цирозів печінки ВООЗ і додали до неї кілька розділів. Відповідно до цієї класифікації вирішено розділяти цирози печінки за етіологічним принципом і на підставі морфологічних критеріїв. У класифікацію додані розділи по стадіях печінкової недостатності та портальної гіпертензії, активності процесу та перебігу захворювання.

Класифікації цирозів печінки

За етіологією:

- Вірусний (В,С, D, G, цитомегаловірус, вірус Епштейна-Барра, інші вірусні, мікст-інфекції)
- Токсичний
 - Алкогольний
 - Медикаментозний (аміодарон, метотрексат, 6-меркаптопурин, ацетамінофен та інші)
 - Хронічна інтоксикація гепатотропними отрутами (чотирихлористий вуглець, фосфор)
- Генетично детермінований
 - Гемохроматоз
 - Хвороба Вільсона
 - Муковісцидоз (кістозний фіброз)
 - Тирозинемія, тирозиноз
 - Спадкова непереносимість фруктози
 - Дефіцит α 1-антитрипсину
 - Галактоземія
 - Глікогенози
- У результаті неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП)
- Біліарний
 - Первинний
 - Вторинний

- Судинний
 - Застійний (внаслідок венозного застою в печінці при СН, констриктивний перикардит)
 - Венооклюзивний (флебопортальний - внаслідок хронічного тромбозу портальної вени, синдром Бадда-Кіарі)
 - Криптогенний цироз

За характером перебігу захворювання**:**

- Швидкопрогресуючий
- Повільнопрогресуючий

За клінічними стадіями захворювання:

(за критеріями Чайльда-П'ю (Child-Pugh)) (табл. 10)

- А – компенсований
- В – субкомпенсований
- С – декомпенсований

За морфологією:

- Мікронодулярний (дрібновузловий – вузли 1-3 мм)
- Макронодулярний (великовузловий – вузли більше 3 мм)
- Змішаний (дрібно-, великовузловий)
- Неповний (септальний)

За ускладненнями:

- Гострі кровотечі (табл. 11)
 - Із варикозно-розширених вен стравоходу
 - Із варикозно-розширених вен ректального сплетіння
 - Шлункові кровотечі внаслідок портальної гастропатії
- Печінкова енцефалопатія (0, I, II, III стадії, кома) (табл. 12)
 - Латентна – немає клінічних проявів
 - I стадія – сплутана свідомість, порушення настрою або поведінки, психометричні дефекти
 - II стадія – сонливість, неадекватна поведінка
 - III стадія – ступор, проте хворий може говорити і виконувати прості команди; дизартрія; виражена сплутана свідомість
 - IV стадія - кома; контакт із хворим неможливий
- Печінкова недостатність (табл. 13)
 - Фульмінантна (швидкість розвитку розгорнутих клінічних проявів 1-7 днів)
 - Гостра (7-21 день)
 - Підгостра (>21 дня)
- Асцит, портальна гіпертензія (табл. 14)

- Інфекційні ускладнення
 - Спонтанний бактеріальний перитоніт
 - Інфекції дихальних шляхів
 - Інфекції сечової системи
 - Сепсис
- Анемія
 - Постгеморагічна (гостра, хронічна)
 - Гемолітична
- Тромбоз портальної вени
- Дилуційна гіпонатріємія
- Гепаторенальний синдром
 - 1 тип (швидкопрогресуючий)
 - 2 тип (повільнопрогресуючий)
- Портопультмональна гіпертензія
- Гепатопультмональний синдром
- Циротична кардіоміопатія
- Ендокринна дисфункція
- Коагулопатичний синдром
- Гіперспленізм
- Гепатоцелюлярна карцинома

***** Характер перебігу захворювання**

Швидкопрогресуючий цироз печінки. Для даного виду цирозу характерні клінічні, біохімічні та морфологічні ознаки високої активності патологічного процесу в печінці, швидко розвиваються портальна гіпертензія, порушення функціонального стану печінки, печінково-клітинна недостатність печінки. Показники еластографії печінки збільшуються протягом 1 року від 10,3 кПа до 17,0 кПа. Більшість хворих помирають протягом 1-5 років від початку захворювання.

Повільнопрогресуючий цироз печінки характеризується малими клінічними проявами, ознаки активності запалення в тканині печінки виражені нечітко. Можуть спостерігатися зміни біохімічних показників функціонального стану печінки та морфологічні ознаки активності в період загострення процесу. Портальна гіпертензія, функціональна недостатність печінки розвиваються повільно. Процеси фіброзування печінки розвиваються поступово протягом декількох років. За даними еластографії прогресія збільшення щільності печінки від 10,3 кПа до 17,0 кПа спостерігається впродовж більше 5 років. Виживання хворих залишається високим і складає за даними різних авторів від 80-97%.

Оцінка тяжкості цирозу печінки за критеріями Чайльда-П'ю (Child-Pugh)

Табл.10

Показник	Бал (оцінка)		
	А (1 бал)	В (2 бали)	С (3 бали)
Білірубін	< 2.0 мг% (< 34 мкмоль/л)	2-3 мг% (34-51 мкмоль/л)	>3 мг% (>51 мкмоль/л)
Альбумін	3,5 г% (>35 г/л)	3-3.5 г% (28 –35 г/л)	< 3 г% (< 28 г/л)
Протромбін	60-80%	40-58%	< 40%
Асцит	-	Невеликий контрольований	Великий, рефрактерний
Печінкова енцефалопатія	-	1-2 стадія	3-4 стадія

Клас цирозу: сума балів 5-6 відповідає класу А
сума балів 7-9 – класу В
сума балів 10-15 – класу С

Класифікаційні ознаки ступеня тяжкості величини крововтрати за клініко-лабораторними показниками

Табл.11

Ступінь	Показники
Легкий	Крововтрата 10-20 %, П до 90 уд/хв, АТ > 120 мм рт. ст., шоковий індекс П/АТ 0,54-0,78; Ер. 5-3,5 x 10 ¹² /л; Нб 150-120 г/л; Нт 44-38%; діурез 50-60 мл /год
Середній	Крововтрата 21-30%, П 90-110 уд/хв, АТ 120 -80 мм рт. ст., шоковий індекс П/АТ 0,78-1,38; Ер. 3,5-3,0 x 10 ¹² /л; Нб 120-100 г/л; Нт 38-32%; діурез 40-50 мл /год
Тяжкий	Крововтрата 31-40%, П 110-120 уд/хв, АТ 80-70 мм рт. ст., шоковий індекс П/АТ 1,38-1,5; Ер. 2,5-2 x 10 ¹² /л; Нб 100-80 г/л; Нт 32-22%; діурез 30 - 40 мл / год
Вкрай тяжкий	Крововтрата 41-70%, П >120 уд/хв, АТ < 70 мм рт. ст., шоковий індекс П/АТ > 1,5; Ер. <2 x 10 ¹² /л; Нб 80г/л; Нт < 22%; діурез < 30 мл / год

Прим.: АТ – артеріальний тиск; Ер. – еритроцити; П – пульс; Нб – гемоглобін; Нт – гематокрит

Стадії печінкової енцефалопатії за West-Haven

Табл.12

Стадія	Стан свідомості	Інтелектуальний статус, поведінка	Неврологічний статус
Мінімальна (раніше за термінологією латентна)	не змінено	не змінено	зміни виявляються при виконанні психометричних тестів
I (легка)	сонливість, порушення ритму сну	зниження уваги, труднощі орієнтації, забудькуватість	дрібно розмашистий тремор, зміна почерку
II (середнього ступеня тяжкості)	летаргія або апатія	дезорієнтація, неадекватна поведінка	астериксис, атаксія
III (тяжка)	сомноленція, дезорієнтація	дезорієнтація, агресія, глибока амнезія	астериксис, підвищення рефлексів, спастичність
IV (кома)	відсутність свідомості та реакції на біль	відсутні	арефлексія, втрата тону

У клінічній картині печінкової енцефалопатії виділяють 5 стадій. Основним критерієм при визначенні стадії печінкової енцефалопатії є стан свідомості, інша симптоматика має підпорядковане значення.

Лабораторні критерії печінкової недостатності за ступенем тяжкості

Табл.13

Ступінь	Показники
1	Нб 100-110 г/л, тромбоцитів $150-180 \times 10^9$ /л, альбумін 40-50%, γ -глобулін до 30%, ПТІ 60-80%, фібриноген - норма, АЛТ > 5 норм
2	Нб 85-100 г/л, тромбоцитів $100-150 \times 10^9$ /л, альбумін 30-40%, γ -глобулін 30-40%, ПТІ 45-60%, фібриноген 1-2 г/л, АЛТ > 3 норм

3	Нв < 85 г/л, тромбоцитів нижче 100×10^9 /л, альбумін < 30%, γ -глобулін > 40%, ПТІ < 45%, фібриноген < 1,0 г/л, АЛТ без змін
---	--

Прим.: АЛТ – аланінова трансфераза; ПТІ - протромбіновий індекс; Нв – гемоглобін

Клінічні критерії визначення ступеня тяжкості портальної гіпертензії

Табл.14

Ступінь	Показники
1	Варикозно розширені вени стравоходу, гемороїдальні вени, розширені портальна та селезінкова вени, спленомегалія, асциту немає
2	Виражене варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальні вени, розширені портальна та селезінкова вени, помірний асцит, спленомегалія
3	Виражене варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальні вени, розширені портальна та селезінкова вени, виражений асцит, набряки, неефективність консервативної сечогінної терапії

МКХ-10: К70 АЛКОГОЛЬНА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ

Алкогольна хвороба печінки об'єднує різноманітні порушення структури і функціональної спроможності органа, викликані тривалим і систематичним вживанням алкогольних напоїв.

Основні нозологічні форми АХП визначають фази захворювання:

- Алкогольний стеатоз
- Алкогольний стеатогепатит
- Алкогольний фіброз
- Алкогольний гепатит:
 - Гострий;
 - Хронічний (персистуючий і активний);
- Алкогольний цироз печінки.

Класифікація алкогольної хвороби печінки

Алкогольний стеатоз печінки

Хронічний алкогольний гепатит (див. класифікацію ХГ)

Гострий алкогольний гепатит:

- Жовтянична форма
- Латентна форма
- Фультінантна форма

Алкогольний цироз печінки (див. класифікацію ЦП)

МКХ-10: K58 СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Синдром подразненого кишечника (СПК)

СПК – захворювання, при якому рецидивуючий абдомінальний біль / дискомфорт, що турбує не менше 3 днів на місяць протягом не менше 3 останніх місяців у поєднанні, як мінімум, із двома з наступних симптомів:

- Зменшення інтенсивності після дефекації
- Зв'язок із змінами частоти стільця
- Зв'язок із зміною форми (консистенції) калу

При цьому загальна тривалість захворювання до встановлення діагнозу повинна перевищувати 6 місяців

Етіопатогенетичні типи СПК:

- Постінфекційний СПК
- СПК, індукований погрішностями у харчуванні
- Стрес-індукований СПК

За тяжкістю перебігу СПК (за Drossman et al. ,1999 р.) (табл. 15):

- Легкий
- Помірно тяжкий
- Тяжкий

Клінічні варіанти перебігу СПК:

- **1 тип СПК** – (IBS with constipation) – **варіант із запором** (частота твердого / грудкуватого стільця $\geq 25\%$ дефекацій і м'якого / водянистого становить $<25\%$)
- **2 тип СПК** – (IBS with diarrhea) – **варіант із діареєю** (частота м'якого / водянистого стільця $\geq 25\%$ дефекацій і твердого / шорсткого $<25\%$)
- **3 тип СПК** – (mixed IBS) – **змішаний** (частота твердого / шорсткого і м'якого / водянистого стільця $\geq 25\%$ дефекацій)
- **4 тип СПК** – (unsubtyped IBS) – **недиференційований варіант** (наявні розлади консистенції стільця недостатні для застосування критеріїв перших трьох варіантів СПК)

Класифікація СПК за тяжкістю перебігу

Табл.15

Перебіг	Легкий	Помірно тяжкий	Тяжкий
Звернення	Дільничний терапевт	Лікар-гастроентеролог поліклініки	Лікар-гастроентеролог стаціонару
Постійність симптомів	0	+	+++
Порушення функції кишечника	+++	++	+
Психосоціальні розлади	0	+	+++
Зв'язок зі стресом	+++	+	+
Частота звернень до лікаря	+	++	+++

МКХ-10: K51 ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Базуючись на накопичених за попередні роки наукових даних на засадах доказової медицини, у 2005 році на Всесвітньому Гастроентерологічному конгресі в Монреалі була запропонована «Монреальська класифікація» хвороби Крона і виразкового коліту. Формулювання Монреальської класифікації об'єднали і оптимізували попередні, не уніфіковані класифікаційні системи, якими користувались у різних країнах, зокрема Віденську класифікацію хвороби Крона 1998 року.

На сучасному етапі Монреальська класифікація виразкового коліту вважається найбільш оптимальною для оцінки ступеня активності, тяжкості захворювань, прогнозу перебігу захворювання і визначення тактики лікування.

Класифікація неспецифічного виразкового коліту

За поширенням (табл. 16)

- Проктит
- Лівобічний коліт
- Поширений коліт

За активністю захворювань (табл.17)

- S0
- S1
- S2
- S3

За тяжкістю перебігу*

- Легкий перебіг
- Середньої тяжкості
- Тяжкий
- Фульмінантний

За ступенем активності (табл.18)

- 0
- 1
- 2
- 3

За характером перебігу (табл.19)

- З нечастими рецидивами
- З частими рецидивами
- Безперервно рецидивуючий

За наявністю позакишкових ускладнень

- З позакишковими ускладненнями
- Без позакишкових ускладнень

Монреальська класифікація поширеності ураження

Табл.16

E1	Проктит	Ураження обмежено ділянкою прямої кишки (тобто, проксимальна межа ураження розташована дистальніше ректосигмоїдального переходу)
E2	Лівобічний коліт	Ураження обмежено частиною товстої кишки, розташованої дистальніше селезінкового кута (дистальний коліт, проктосигмоїдит)
E3	Поширений коліт	Ураження розповсюджується проксимальніше селезінкового кута аж до панколіта

Монреальська класифікація активності захворювання

Табл.17

	S0 Ремісія	S1 Низька	S2 Помірна	S3 Висока	
Випорожнення р/добу	В нормі	≤ 4	> 4	≥ 6	
Домішок крові		Може бути присутній	Присутній	Присутній	
Пульс, уд/хв		В нормі	В нормі	Мінімальні зміни, симптоми загальної інтоксикації відсутні	≥ 90 або
Температура тіла, °С					≥ 37,5 або
Гемоглобін, г/л					< 105
ШОЕ, мм/ч					> 30

* Критерії визначення тяжкості перебігу НВК

залежно від симптоматики та наявності (або відсутності) ознак запалення

Легкий перебіг:

- Немає ознак інтоксикації
- Болючість над ураженою ділянкою

Помірної (середньої) тяжкості:

- Мінімальні ознаки інтоксикації
- Болючість над ураженою ділянкою
- Посилення симптомів (діарея, ректальна кровотеча)
- Підвищення температури тіла, посилення тахікардії, анемії або підвищення ШОЕ

Тяжкий перебіг:

- Явні ознаки інтоксикації: лихоманка, тахікардія, анемія або підвищення ШОЕ
- Посилення симптомів (діарея, ректальна кровотеча)
- Підвищення температури тіла, посилення тахікардії, анемії або підвищення ШОЕ

Фульмінантний перебіг:

- Зустрічається рідко, уражується вся стінка кишки
- Тривала кровотеча, інтоксикація, болючість і здуття живота
- Посилення симптомів (діарея, ректальна кровотеча)
- Підвищення температури тіла, посилення тахікардії, анемії або підвищення ШОЕ

Ступінь активності НВК за індексом Мейо

Табл.18

Індекс Мейо	0	1	2	3
Частота стільця	Нормальна	1 -2 рази/добу > норми	3-4 рази/добу > норми	5 разів/добу > норми
Ректальні кровотечі	Немає	Згустки	Часто	Практично постійно
Слизова	Нормальна	Злегка рихла	Помірно рихла	Спонтанно кровоточить
Оцінка загального стану лікарем	Задовільний	Незадовільний	Середньої тяжкості	Тяжкий

Крім цього в діагнозі НВК вказують наявність позакишкових уражень.

Стадії та форми НВК (термінологія та визначення)

Табл.19

Ремісія	Припинення симптомів + загоєння слизової
Ремісія клінічна	Випорожнення ≤ 3 р/добу, немає кровотеч, немає імперативних позивів
Відповідь на терапію	↓ симптоматики ↓ індексів активності на 30% і більше ↓ суб-індексів кровотечі і ендоскопії
Рецидив	У пацієнта, що знаходиться в ремісії - відновлення симптоматики (кровотечі! ± ↑ частоти стільця, ± ендоскопічні ознаки) В дослідженнях - в залежності від індексів активності, що використовуються
Ранній рецидив	Рецидив в строки до 3-х місяців
Перебіг: - з нечастими рецидивами - з частими рецидивами - безперервно рецидивуючий	≤ 1 р/рік ≥ 2 р/рік без періодів ремісії
Стероїдорезистентна форма	Активний перебіг на фоні 4 тижнів прийому преднізолону 0,75 мг/кг/день
Стероїдозалежна форма	• Неможливо знизити дозу преднізолону нижче 10 мг/день протягом 3 місяців або • Рецидив до 3 місяців після відміни стероїдів
Коліт, резистентний до імуномодуляторів	Активна форма або рецидив на фоні 3 міс. прийому тіопуринів (азатиоприн 2-2,5 мг/кг/добу або меркаптопурин 0,75-1 мг/кг/добу)
Резистентний дистальний коліт	Симптоми проктиту або проктосигмоїдиту на фоні 6-8 місяців системного і топічного лікування стероїдами

МКХ-10: К50 ХВОРОБА КРОНА

Монреальська класифікація хвороби Крона:

За віком встановлення діагнозу (Age):

- A1 – до 16 років
- A2 – від 17 до 40 років
- A3 – більше 40 років

За локалізацією (Location):

- L1 – ілеїт
- L2 – коліт
- L3 – ілеоколіт
- L4 – ізольоване ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту *

За перебігом хвороби (Behaviour):

- B1 – не стриктуруюче, не пенетруюче
- B2 – стриктуруюче
- B3 – пенетруюче
- P – періанальне ураження **

За ступенем активності (згідно з індексом CDAI) (табл. 20, 21)

- Легкий
- Помірний
- Тяжкий

За стадією, формою та варіантом перебігу (табл.22)

- * - L4 – модифікатор, може бути доданий до L1-L3 при супутньому більш високому ураженні ШКТ
- ** - P – модифікатор, може бути доданий до B1-B3 при супутньому періанальному ураженні

Ступінь активності хвороби Крона оцінюється за індексом активності хвороби Крона (CDAI) , який обчислюється за допомогою наступної таблиці (табл. 20):

Критерії визначення індексу активності хвороби Крона

Табл.20

Клінічні або лабораторні показники	Коефіцієнт
Кількість випадків рідкого стільця протягом 7 днів	x2
Біль у животі (суб'єктивно): <ul style="list-style-type: none"> • 0 – відсутній • 1 – слабкий • 2 – помірний • 3 – сильний сума балів за кожен день протягом 7 днів	x5
Загальний стан (суб'єктивно): <ul style="list-style-type: none"> • 0 – «гарний» • 1 – «злегка гірше нормального» • 2 – «поганий» • 3 – «дуже поганий» • 4 – «жахливий» сума балів за кожен день протягом 7 днів	x7
Наявність позакишкових ускладнень, по 1 балу за кожне: <ul style="list-style-type: none"> • Артралгії / артрити; • Ірит / увеїт • Вузлувата еритема / гангренозна піодермія, афтозний стоматит • Анальні тріщини / нориці / абсцеси • Інші нориці • Температура тіла вище 37,8 ° С на попередньому тижні 	x20
Прийом антидіарейних препаратів у т. ч. опіатів: <ul style="list-style-type: none"> • 0 – ні • 1 – так 	x30
Наявність утворень у черевній порожнині: <ul style="list-style-type: none"> • 0 – немає • 2 – вірогідно • 5 – чітко визначається 	x10
Гематокрит: різниця = стандартний показник - реальний показник (стандартний = 0,47 для чоловіків / 0,42 для жінок)	x6
Відсоток відхилення від нормальної ваги: [1 – (ідеальний / спостережуваний)] x 100	x1

Ступінь активності хвороби Крона

Табл.21

Легкий	Помірний	Тяжкий
Відповідає CDAI від 150 до 220	Відповідає CDAI від 220 до 450	Відповідає CDAI більше 450
Наприклад, амбулаторний пацієнт, який у змозі приймати їжу і пити, втрата ваги менше 10%. Немає ознак обструкції, лихоманки, дегідратації, утворень у черевній порожнині і болючості живота. Рівень СРБ зазвичай вище норми.	Наприклад, періодичне блювання, втрата маси тіла більше 10%. Терапія, що застосовується за легкого перебігу, неефективна. Живіт болючий або пальпується ущільнення в черевній порожнині. Немає явних ознак обструкції. Рівень СРБ вище норми.	Наприклад, кахексія (ІМТ <18 кг/м ²) або докази наявності обструкції або абсцесу. Рівень СРБ підвищений. Симптоми не вщухають, незважаючи на інтенсивне лікування.

NB! Симптоми обструкції не завжди безпосередньо пов'язані з активністю запалення і повинні окремо оцінюватися за допомогою різних методів візуалізації

Стадії, форми і варіанти перебігу хвороби Крона

Табл.22

Активна фаза	CDAI > 220
Ремісія	CDAI < 150
Відповідь на терапію	CDAI \geq 100
Рецидив	У пацієнта в ремісії CDAI < 150, Δ CDAI \geq 70
Ранній рецидив	Рецидив у період до 3 міс. після досягнення ремісії
Перебіг: з нечастими рецидивами з частими рецидивами з постійною активністю	\leq 1 разу на рік \geq 2 разів на рік без періодів ремісії
Стероїдорефрактерна форма	Активний перебіг на фоні 4 тижнів прийому преднізолону 0,75 мг/кг/день

Стероїдозалежна форма	<ul style="list-style-type: none"> • Неможливо знизити дозу преднізолону нижче 10 мг/день протягом 3 місяців або <ul style="list-style-type: none"> • Рецидив до 3 місяців після відміни стероїдів
Рекурентне захворювання (на відміну від рецидиву)	Поновлення ураження кишечника після хірургічного лікування

Крім цього, в діагнозі хвороби Крона вказують наявність позакишкових уражень і періанальних змін.

КЛАСИФІКАЦІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Довідник

за редакцією член-кор. НАМН України, проф. Н. В. Харченко

Підписано до друку 02.04.2015 р. Папір офсетний.
Тираж 1000 прим. Друк різнографічний.
Гарнітура "Times New Roman".
Зам. № 33631/15.



Видавництво "Поліум"
25006, м. Кіровоград, а/с-1/42
polium@ukr.net

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
видавничої справи ДК № 593 від 13.09.2001 р.