Министерство здравоохранения Российской Федерации

Утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 125 от 17.04.98г.

**СТАНДАРТЫ**

(ПРОТОКОЛЫ) диагностики и лечения органов пищеварения

Москва, 1998 г.

**Авторы:**

3. д. и. РФ Академик МАН, проф. П . Я. Григорьев - зав. кафедрой гастро­энтерологии РГМУ, руководитель федерального гастроэнтерологического центра. Главный гастроэнтеролог Минздрава России

Академик РАМН, проф. В. Т. Ивашкин, президент Российской гастро-энтерологической Ассоциации

Академик РАМН, проф. Ф. И. Комаров, председатель правления межрегиональной Ассоциации гастроэнтерологов

Проф. В. Д. Водолагин — зав. кафедрой гастроэнтерологии РМА постдипломного образования

Проф. А. Р. 3 л а т кип а — главный гастроэнтеролог Московской области

Проф. Е. И. Ткаченко - начальник кафедры гастроэнтерологии ВМА, главный гастроэнтеролог С.-Петербурга

Проф. О. Н. Ми пушки и — зав. кафедрой гастроэнтерологии, главный гастроэнтеролог медицинского центра управления делами Президента

Ст. научный сотрудник ЦНИИГ П. П. Еращенко — главный гастроэнтеролог г. Москвы

Проф. В. А. Максимов- главный терапевт и гастроэнтеролог медотдела МНТО «Гранит»

Проф. И. С. Клемашев— главный терапевт Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем при Минздраве России

# К.м.н. А. В. Яковснко - РГМУ

Рецензенты:

Академик РАМН, проф. А. С. Логинов— директор ЦНИИГ, председатель научного общества гастроэнтерологов России

Проф. А. С. Мелентьев - главный терапевт Минздрава России, зав. кафедрой терапии РГМУ

Проф. П . Х . Д ж а и а ш и я - зав. кафедрой терапии РГМУ

Главные гастроэнтерологи Омской, Свердловской, Воронежской областей и других регионов (всего 11 специалистов)

**Оглавление**

Введение .................................................................................................................... 5

Гастроэзофагальный рефлюкс с эзофагитом (рефлюкс-эзофагит)..................... 8

Язва желудка (язвенная болезнь желудка), включая пептическую язву

пилорического и других отделов желудка...................................................... 10

Язва двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь двенадцатиперстной

кишки), включая пептическую язву всех отделов двенадцатиперстной

кишки ................................................................................................................ 10

Гастроеюнальная язва, включая пептическую язву анастомоза желудка,

приводящей и отводящей петель тонкой кишки, соустья с

исключением первичной язвы тонкой кишки .............................................. 10

Хронический гастрит антральный, фундальный ................................................ 14

Целиакия (глютенчувствительная энтеропатия, идиопатическая стеаторея,

нетропическая спру)......................................................................................... 16

Язвенный колит (неспецифический) ................................................................... 18

Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса ............ 21

Дивертикулярная болезнь толстой и тонкой кишки без прободения

и абсцесса .......................................................................................................... 21

Дивертикулярная болезнь кишечника неуточненной локализации

(Дивертикулярная болезнь кишечника)......................................................... 21

Синдром раздраженного кишечника (СРК)........................................................ 22

Хронический активный гепатит (люпоидный гепатит),

не классифицированный в других рубриках ................................................. 24

Хронический вирусный гепатит............................................................................ 24

Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом (вирусом)........................ 24

Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента (вируса) ........................... 24

Хронический вирусный гепатит С........................................................................ 24

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС).................................................... 27

Хронический панкреатит алкогольной этиологии .............................................. 28

Другие хронические панкреатиты (хронический панкреатит

неуточненной этиологии, инфекционный, рецидивирующий) ................. 28

Алкогольная жировая дистрофия печени (жирная печень)............................... 30

Алкогольный гепатит (острый, хронический) .................................................... 30

Алкогольный фиброз и склероз печени (исход предшествующих

жировой дистрофии и гепатита) ..................................................................... 30

Алкогольный цирроз печени ................................................................................. 30

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)................................................................ 33

Камни желчного пузыря с острым холециститом .............................................. 33

## Камни желчного пузыря без холецистита (холецистолитиаз) ........................... 33

Камни желчного протока (холедохолитиаз) с холангитом (не первичный

склерозирующий) ............................................................................................. 33

Камни желчного протока с холециститом (любые варианты) (холедохо-

и холецистолитиаз)........................................................................................... 33

Холецистит (без холелитиаза) ............................................................................... 36

Острый холецистит (эмфизематозный, гангренозный, гнойный, абсцесс,

эмпиема, гангрена желчного пузыря)............................................................ 36

Хронический холецистит....................................................................................... 36

Фиброз и цирроз печени ....................................................................................... 38

Первичный билиарный цирроз печени неуточненный .......................................... 38

Портальная гипертензия (с осложнениями)............................................................ 38

Хроническая печеночная недостаточность .......................................................... 38

Синдромы оперированного желудка (демпинг и др.), т. е. последствия

желудочной хирургии....................................................................................... 41

**Список сокращений:**

# АлАТ — аланинаминотрансфераза

АсАТ — аспартатаминотрансфераза

ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза

К.Т — компьютерная томография

ПХЭС - постхолецистэктомический синдром

СО - слизистая оболочка

СОЖ - слизистая оболочка желудка

УЗИ - ультразвуковое исследование

ЩФ - щелочная фосфатаза

ЭХДЗ - этапное хроматическое дуоденальное зондирование

ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Я Б — язвенная болезнь

ЯБЖ — язвенная болезнь желудка

ЯБДК — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

### Введение

В России каждый десятый взрослый житель страдает, по данным регистра­ции заболеваемости, тем или иным заболеванием органов пищеварения. В неко­торых регионах она существенно превышает средние показатели по стране (рес­публики Марий Эл, Удмуртия, Омская, Томская области, Приморский край и некоторые другие регионы).

Среди болезней пищевода чаще других диагностируется рефлюкс-эзофагит. Судя по частоте диагностирования хронического гастрита в амбулаторно-поли-клинических условиях, очевидно, это заболевание имеет не менее половины взрослого населения России. Анализ поступивших в Минздрав отчетов свиде­тельствует, что по-прежнему диагноз хронического гастрита не подтверждается результатами гистологического исследования биопсийного материала и поэто­му не принимается во внимание этиология, эндоскопическая и гистологичес­кая картина.

Язвенная болезнь, по отчетным данным, является едва ли не самым рас­пространенным заболеванием среди взрослого населения. На учете находится около 3 млн больных, из них каждый 10-й был прооперирован (в 10% случаев). Частые осложнения, особенно язвенное кровотечение, свидетельствуют о том, что большинство больных язвенной болезнью не получают адекватную медикаментозную терапию, являющуюся единственным методом, обеспе­чивающим безрецидивное течение болезни.

Болезни желчного пузыря и желчных протоков чаще всего ассоциируются с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и теми осложнениями, которые в связи с этим возникают. Диагностика этих заболеваний основывается не только на кли­нике, но и на результатах УЗИ и эндоскопической холангиографии (ЭРХ). Во многих регионах функционируют десятки кабинетов УЗИ. Во всех республи­канских, краевых и областных больницах проводятся ЭРХ, наряду с полостны­ми операциями на желчном пузыре в большинстве многопрофильных больниц производятся лапароскопические холецистэктомии.

Среди диффузных болезней печени преобладают хронические вирусные гепатиты и циррозы печени. Количество таких больных также довольно значи­тельное, но вирусологический диагноз с помощью серологических исследо­ваний подтверждается редко, особенно если учесть, что при этом необходимо диагностировать гепатит В, С и Д по набору соответствующих сывороточных маркеров, определять биологический цикл вируса и проводить соответствую­щую адекватную терапию. В стране имеются квалифицированные кадры инфек­ционистов и гастроэнтерологов, которые, объединившись, смогут решать эту проблему на международном уровне.

Проанализировать распространенность заболеваний кишечника, качество их диагностики и лечения по отчетным данным не представляется возможным. Например, даже не удается выяснить, как часто среди взрослого населения встречается язвенный колит: так, при равном количестве взрослого населения в некоторых регионах было зарегистрировано единичное количество таких боль­ных, а в других — их количество достигало нескольких тысяч, так как не унифицированы методы диагностики и лечения этой категории больных.

Предварительный диагноз заболевания обычно основывается на данных анамнеза и физикального обследования больного, а окончательный — на ре­зультатах лабораторного и инструментального исследований, объем которых обычно определяется лечащим врачом. Правильный выбор и проведение их яв­ляется одной из трудных для врача задач. В предлагаемых медицинских стандар­тах авторы стремились дать ответы на некоторые вопросы, возникающие у врача в его практической деятельности. Наряду с этим в стандартах представлены ре­комендации по лечению с использованием жизненно важных лекарственных средств, которые целесообразно применять в терапии того или иного больного с учетом диагносцированного заболевания. Обследование и лечение могут про­водиться как и амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных условиях;

важно диагностический и лечебный комплексы использовать в оптимальном режиме и обеспечить наилучший исход заболевания.

Одним из важнейших направлений в организации реабилитации боль­ных с патологией органов пищеварения является создание наиболее опти­мальных режимов диагностики и лечения, которые должны прийти на смену множеству разработанных в отдельных учреждениях и на различных террито­риях стандартов объема и качества обследования и лечения гастроэнтероло-гических больных.

Стандарты предназначены для обеспечения современного уровня диаг­ностики и лечения рассматриваемых заболеваний, они сделают сопоста­вимыми результаты ведения больных в разных лечебных учреждениях страны. Медицинские Стандарты — существенный гарант необходимости и достаточно­сти объемов медицинской помощи в условиях финансирования, лимитирован­ного обязательным медицинским страхованием граждан России.

В Стандартах использована Международная классификация болезней деся­того пересмотра (МКБ-10), которая вводится в нашей стране с 1999 г.

Стандарты обязательны для применения во всех медицинских учреждениях России. Руководители органов и учреждений здравоохранения всех ведомств обязаны ознакомить с ними исполнителей. Незнание медицинских Стандартов не является оправданием недостаточных лечебных действий или

бездействия врача.

Однако, для обеспечения точной диагностики и адекватной терапии сле­дует провести консилиум специалистов и обосновать целесообразность исполь­зования тех или иных методов диагностики и лечения для обеспечения лечебно-диагностического процесса на современном уровне.

Стандарты определяют гарантированный перечень диагностических, ле­чебных и профилактических назначений, подлежащих выполнению в стациона­ре, амбулаторно-поликлинических условиях и на дому. Стандарты вводятся с целью унификации требований лечебно-диагностической помощи и стандарти­зации ее объемов, но они не являются пособиями оказания медицинской помощи при тех или иных заболеваниях и не заменяют соответствующих руко­водств.

**Медицинские Стандарты включают: наименование заболевания, шифр по МКБ-10, определение, перечень и кратность диагностических исследований, ле­чебные мероприятия, сроки лечения в стационаре и в амбулаторно-поликлиничес­ких условиях и требования к результатам лечения.**

**СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**I. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Гастроэзофагальный рефлюкс с эзофагитом (рефлюкс- Шифр К 21.0

эзофагит)

**Определение**

Рефлюкс-эзофагит — воспалительный процесс в дистальной части пище­вода, вызванный действием на СО органа желудочного сока, желчи, а также ферментов панкреатического и кишечного секретов при гастроэзо-фагалыюм рефлюксе. В зависимости от выраженности и распространенно­сти воспаления выделяют пять степеней РЭ, но они дифференцируются только на основании результатов эндоскопического исследования.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*•* Общий анализ крови (при отклонении от нормы исследование повто­рять 1 раз в 10 дней)

*Однократно*

*•* Группа крови

• Резус-фактор

• Анализ кала **на скрытую кровь**

• Общий анализ мочи

• Железо сыворотки крови

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Электрокардиография *Двукратно*

*•* Эзофагогастродуоденоскопия (до и после лечения)

*Дополнительные инструментальные* ***и лабораторные исследования*** проводятся в зависимости от сопутствующих заболеваний и тяжести основного забо­левания.

*Консультации специалистов* по показаниям. Характеристика **лечебных мероприятий** *Рекомендации по изменению* ***стиля жизни:***

*•* спать с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати;

• снизить массу тела, если имеется **ожирение;**

• не лежать после еды в течение 1,5 ч;

• не принимать пищу перед сном;

• ограничить прием жиров;

• прекратить курение;

• избегать тесной одежды, тугих поясов;

• не принимать лекарственных средств, оказывающих отрицательный эффект на моторику пищевода и тонус нижнего пищеводного сфинктера (пролонгированные нитраты, антагонисты кальция, тео-филлин), повреждающих слизистую оболочку пищевода (аспирин и другие НПВС) и др.

***При гастраэзофагальном рефлюксе без эзофагита*** (есть симптомы рефлюксной болезни, но отсутствуют эндоскопические признаки эзофагита) на 7-10 дней назначить:

домперидон (мотилиум и др. аналоги) или цизаприд (координакс и др. аналоги) по 10 мг 3 раза в день в сочетании с антацидом (маалокс или аналоги) по 1-й дозе через 1 час после еды, обычно 3 раза в день и 4-й раз непосредственно перед сном.

***При рефлюкс-эзофагите I и II степени тяжести*** на 6 нед. внутрь назначить:

ранитидин (зантак и др. аналоги) 150-300 мг 2 раза в день или фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид, фамоцид и др. аналоги) — 20-40 мг 2 раза в день, для каждого препарата прием утром и вечером с обязатель­ным интервалом в 12 часов);

маалокс (ремагель и др. аналоги) — 15 мл через 1 ч после еды и перед сном, т. е. 4 раза в день на период симптомов.

Через 6 нед. лекарственное лечение прекращается, если наступила ремиссия. ***При рефлюкс-эзофагите III и IV степени тяжести*** назначить:

омепразол (зероцид и др. аналоги) 20 мг 2 раза в день утром и вечером, с обязательным интервалом в 12 часов в течение 3 недель (всего в течение 8 нед.);

одновременно назначают внутрь сукральфат (вентер, сукрат гель и др. ана­логи) по 1 г за 30 мин до еды 3 раза в день в течение 4 нед. и цизаприд (координакс) или домперидон (мотилиум) 10 мг 4 раза в день за 15 мин до еды в течение 4 нед.

Через 8 нед. перейти на однократный прием вечером ранитидина 150 мг или фамотидина 20 мг и на периодический прием (при изжоге, чувстве тяжести в эпигастральной области) маалокса в виде геля (15 мл) или 2 таблеток.

*При рефлюкс-эзофагите V* ***степени тяжести*** *—* операция. **Продолжительность стационарного лечения**

При 1-11 степени тяжести - 8-10 дней, при 111-IV степени тяжести - 2-4 нед. **Требования к результатам лечения**

В основном лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Купирование клинических и эндоскопических проявлений болезни (пол­ная ремиссия). При частичной ремиссии рекомендуется проанализи­ровать дисциплинированность пациента и продолжить лекарственное лече­ние еще в течение 4 нед. в объеме, предусмотренном для 1I1-1V степени

тяжести рефлюкс-эзофагита, если при этом исключается сопутствующая отягощающая течение основного заболевания патология.

Больные с рефлюке-эзофагитом подлежат диспансерному наблюдению с проведением комплекса инструментально-лабораторного обследования при каждом обострении.

**II. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Язва желудка (язвенная болезнь желудка), включая пепти- Шифр К 25 ческую язву пилорического и других отделов желудка

2. Язва двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь двенад- Шифр К 26 цатиперстной кишки), включая пептическую язву всех отделов двенадцатиперстной кишки

3. Гастроеюнальная язва, включая пептическую язву анастомоза Шифр К 28 желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки, соустья с исключением первичной язвы тонкой кишки

При обострении Я Б обычно обнаруживается рецидивирующая язва, хро­нический активный гастрит, чаще — активный гастродуоденит, ассо­циированные с пилорическим геликобактериозом.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*•* Общий анализ крови (при отклонении от нормы исследование повто­рять 1 раз в 10 дней)

*Однократно*

*•* Группа крови

• Резус-фактор

• Анализ кала на скрытую кровь

• Общий анализ мочи

• Железо сыворотки крови

• Ретикулоциты

• Сахар крови

• Гистологическое исследование биоптата

• Цитологическое исследование биоптата

• Уреазный тест (CLO-тест и др.)

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы *Двукратно*

*•* Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием

*Дополнительные исследования* проводятся при подозрении на злокачественную язву, при наличии осложнений и сопутствующих заболеваний.

*Консультации специалистов* по показаниям.

**Характеристика лечебных мероприятий**

***Рекомендации больному*** в отношении режима питания и образа жизни с учетом диагностированного заболевания.

***Лекарственное лечение гастродуоденальных язв, ассоциированных с Helicobacter pylori (HP)***

Обследование и лечение больных ЯБ может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях.

*Цель лечения:* эрадикация HP, заживление язв, профилактика обострений и осложнений Я Б.

*Лекарственные комбинации и схемы для эрадикации HP* (используется одна из них)

*Семидневные схемы:*

|  |
| --- |
| Омепразол (зероцид и др. аналоги) 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 часов, с обязательным интервалом в 12 часов) + кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол и др. аналоги) 500 мг 2 раза в день в конце еды. |
|  |
| Омепразол (зероцид и др. аналоги) 20 мг 2 раза в день (утром и вечером не позже 20 часов, с обязательным интервалом в 12 часов) + амоксициллин (флемоксин солутаб, хиконцил и др. аналоги) 1 г 2 раза в день в конце еды + метронидазол (трихопол и др. аналоги) 500 мг 2 раза в день в конце еды. |
|  |
| Пилорид (ранитидин висмут цитрат) 400 мг 2 раза в день в конце еды + кларитромицин (клацид) 250 мг или тетрациклин 500 мг, или амокси­циллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол и др. аналоги) 400-500 мг 2 раза в день с едой. |
|  |
| Омепразол (зероцид и др. аналоги) 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 часов, с обязательным интервалом в 12 часов) + коллоидный субцитрат висмута (вентрисол, де-нол и др. аналоги) 120 мг 3 раза за 30 мин до еды и 4-й раз спустя 2 часа после еды перед сном + метронидазол 250 мг 4 раза в день после еды или тинидазол 500 мг 2 раза в день после еды + тетрациклин или амоксициллин по 500 мг 4 раза в день после еды. |
| Частота эрадикации достигает 95 %. |

*Десятидневные схемы:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ранитидин (з (гастросидин, (не позже 20 + калиевая сол после еды + метролидазол + тетрациклина | штак и др. аналоги) 300 мг 2 раза в квамател, ульфамид) 40 мг 2 раза в часов) с обязательным интервалом  ь двузамещенного цитрата висмута\*  \* 200 мг 5 раз в день после еды гидрохлорид\* 250 мг 5 раз в день п | день или день утро\ в 12 часов  108 мг 5 осле еды. | фамотидин *л и* вечером  раз в день |

Частота эрадикации достигает 85-90%.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии продол­жить лечение еще в течение 5 недель при дуоденальной и 7 недель при желудочной локализации язв с использованием одного из следующих препаратов:

ранитидин (зантак и др. аналоги) — 300 мг в 19-20 часов;

фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид, фамоцид и др. аналоги) — 40 мг в 19-20 часов.

**Продолжительность стационарного лечения**

(зависит от объема исследований и интенсивности лечения)

При язве желудка и гастроеюнальной язве — 20-30 дней, при язве двенад­цатиперстной кишки — 10 дней. Общий курс лекарственной терапии в ос­новном должен проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях.

Для профилактики обострений ЯБЖ и особенно Я БД К, а следовательно, и их осложнений, рекомендуются два вида терапии:

1. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе, например, принимать ежедневно вечером по 150 мг ранитидина или по 20 мг фамотидина (гаст­росидин, квамател, ульфамид).

Показаниями к этому виду терапии являются:

- неэффективность проведенной эрадикационной терапии;

- осложнения ЯБ (язвенное кровотечение или перфорация);

- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения не-стероидных противовоспалительных препаратов;

- сопутствующий Я Б эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;

- больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением ЯБ, несмотря на адекватную курсовую терапию.

2. Профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при по­явлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из анти-сскреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол) в полной су­точной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной - в течение 2 нед.

\* Входит в комбинированный препарат, зарегистрированный в России под названием Гастростат

Если после такой терапии полностью исчезают симптомы обострения, то терапию следует прекратить, но если симптомы не исчезают или рецидиви-руют, то необходимо провести эзофагогастродуоденоскопию и другие ис­следования, как это предусмотрено данными стандартами при обострении.

Показаниями к проведению данной терапии является появление симпто­мов Я Б после успешной эрадикации HP.

Прогрессирующее течение ЯБ с рецидивом язвы в желудке или в двенадцати­перстной кишке чаще связано с неэффективностью эрадикационной терапии и реже — с реинфекцией, т. е. с повторным инфицированном СО HP.

***Лекарственное лечение гастродуоденальных язв, неассоциированных с Helicobacter pylori (HP)***

(Отрицательные морфологический и уреазный тесты из прицельных биоптатов, взятых в антральном отделе и теле желудка)

*Цель лечения:* купировать симптомы болезни и обеспечить рубцевание язвы.

*Лекарственные комбинации и схемы* (используется одна из них)

Ранитидин (зантак и др. аналоги) - 300 мг в сутки преимущественно одно­кратно вечером (19-20 часов) и антацидный препарат (маалокс, ремагель, гастерин гель и др.) в качестве симптоматического средства.

Фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид, фамоцид) - 40 мг в сутки преимущественно однократно вечером (в 19-20 ч) и антацидный препарат (маалокс, ремагель, гастерин-гель и др.) в качестве симптоматического средства.

Сукральфат (вентер, сукрат гель) - 4 г в сутки, чаще 1 г за 30 мин. до еды и вечером спустя 2 ч после еды в течение 4 нед., далее 2 г в сутки в течение 8 нед.

Эффективность лечения при язве желудка и гастроеюнальной язве контроли­руется эндоскопически через 8 нед., а при дуоденальной язве — через 4 нед.

### Требования к результатам лечения

Купирование клинических и эндоскопических проявлений болезни (пол­ная ремиссия) с двумя отрицательными тестами на HP (гистологический и уреазный), которые проводятся не раньше 4-х недель после отмены ле­карственного лечения, а оптимально — при рецидиве язвы.

При частичной ремиссии, для которой характерно наличие незаруб­цевавшейся язвы, необходимо проанализировать дисциплинированность больного в отношении режима лечения и продолжить лекарственную тера­пию с внесением в нее соответствующих корректив. Если язва зарубцева­лась, но при этом сохраняются активный гастродуоденит и инфицирован-ность СО HP, то это также означает отсутствие полной ремиссии. Такие больные нуждаются в лечении, включая эрадикационную терапию.

Профилактическому лечению подлежат больные ЯБ, находящиеся под диспансерным наблюдением, с отсутствием полной ремиссии. Если у дис­пансерного больного ЯБ в течение 3-х лет нет обострений и он находится в состоянии полной ремиссии, то такой больной подлежит снятию с дис­пансерного учета и в лечении по поводу ЯБ, как правило, не нуждается.

**III. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Хронический гастрит антральный, фундальный Шифр К 29.5

В новейшей Международной классификации гастрит (гастродуоденит) рас­сматривается с учетом этиологии, патогистологических и эндоскопичес­ких изменений и тяжести процесса.

Преобладают гастриты (гастродуодениты), ассоциированные с НР-инфекци-ей, а атрофический, как правило, - аутоиммунный, нередко проявляется В„-дефицитной анемией. Выделяются гастриты, ассоциированные с желчью и лекарствами, гранулематозные, эозинофильные и другие формы гастритов.

**Обследование** *Обязательные лабораторные исследования*

*Однократно*

*•* Общий анализ крови

• Анализ кала на скрытую кровь

• Гистологическое исследование биоптата

• Цитологическое исследование биоптата

• Два теста на HP

• Общий белок и белковые фракции

• Общий анализ мочи

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным ци­тологическим исследованием

• УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы

Дополнительные исследования и консультации специалистов проводятся в зависимости от проявлений основной болезни и предполагаемых сопут­ствующих заболеваний.

**Характеристика лечебных мероприятий**

При гастритах (и гастродуоденитах), ассоциированных с HP, с язвенно-подобной диспепсией лекарственное лечение включает одну из следую­щих эрадикационных схем:

*Семидневные схемы:*

|  |
| --- |
| Пилорид (ранитидин висмут цитрат) 400 мг 2 раза в день + кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день или тетрациклин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол) 500 мг 2 раза в день. |

|  |
| --- |
| Омепразол (зероцид и др. аналоги) 20 мг 2 раза в день + кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день или тетрациклин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол) 500 мг 2 раза в день. |
|  |
| Фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид, фамоцид) 20 мг 2 раза в день или ранитидин 150 мг 2 раза в день + де-нол 240 мг 2 раза в день или вентрисол - 240 мг 2 раза в день + тетрациклина гидрохлорид 500 мг в таблетках 2 раза в день с едой или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день |
| *Десятидневные схемы:* |
| Ранитидин (зантак) 150 мг 2 раза в день или фамотидин 20 мг 2 раза в день, или омепразол (зероцид) 20 мг 2 раза в день + калиевая соль двузамещенного цитрата висмута\* 108 мг в таблетках 5 раз в день с едой + тетрациклина гидрохлорид\* 250 мг в таблетках 5 раз в день с едой + метронидазол\* 200 мг в таблетках 5 раз в день с едой |

При аутоиммунном (атрофическом) гастрите с мегалобластной анемией, подтвержденной исследованием костного мозга и сниженным уровнем витамина В^ (меньше 150 пг/мл), лекарственное лечение включает: внут­римышечное введение 1 мл 0,1% р-ра оксикобаламина (1 000 мкг) в тече­ние 6 дней, далее — в той же дозе в течение месяца препарат вводится 1 раз в неделю, а в последующем длительно (пожизненно) 1 раз в 2 мес.

При всех других формах гастрита (гастродуоденита) проводится симптома­тическое лечение с использованием следующих комбинаций препаратов.

|  |  |
| --- | --- |
| При язвенноподобной диспепсии | Гастроцепин 25-50 мг 2 раза вдень + маалоке\*\* 2 таблетки или 15 мл (пакет) 3 раза в день через 1 час после еды |
| Домперидон (мотилиум) или цизаприд (координакс и др.аналоги) 10 мг 3-4 При симптомах гипомоторной раза в день перед едой дискинезии + маалоке\*\* 2 таблетки или 15 мл (пакет) Зраза в день через 1 чае после еды | |

\* — входит в состав препарата, зарегистрированного в России под названием Гастростат.

\*\* — можно заменить гасталом, ремагелем, фосфалюгелем, протабом, гелусил-лаком и другими антацидами с аналогичными свойствами.

Продолжительность **стационарного лечения**

— 10 дней, но с учетом этиологии и выраженности клинико-морфологи-ческмх проявлений болезни сроки стационарного лечения могут быть из­менены, в основном же лечение должно проводиться в амбулаторно-поли-клнпичсских условиях с участием самого больного (рациональный режим образа жизни и питания).

Требования к **результатам лечения**

Отсутствие симптомов, эндоскопических и гистологических признаков ак­тивности воспаления и инфекционного агента (полная ремиссия).

Прекращение боли и диспептических расстройств, уменьшение гистоло­гических признаков активности процесса без эрадикации HP.

Больные активным гастритом (гастродуодснитом), ассоциированным с HP, и аутоиммунным гастритом подлежат диспансерному наблюдению.

**IV. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Целиакия (пнотенчувствительная энтеропатия, идиопати- Шифр К 90.0

ческая стеаторея, нетропическая спру) **Определение**

Целиакия — хроническое и прогрессирующее заболевание, характеризую­щееся ди4)фузной атрофией СО тонкой кишки, которая развивается в ре­зультате непереносимости белка (глютена) клейковины злаков. Тяжесть заболевания оценивается в зависимости от выраженности синдрома маль-абсорбции и продолжительности болезни.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*Однократно*

*•* Общий анализ **крови**

• Ретикулоциты

• Сывороточное железо, ферритин

• Общий анализ **мочи**

• Копрограмма

• Бактериологическое исследование кала

• Гистологическое исследование биоптата

• Сывороточные иммуноглобулины

• Холестерин крови

• Общий белок **и белковые фракции**

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* УЗИ. печени, желчных путей и поджелудочной железы

*Двукратно*

Эзофагогастродуоденоскопия и прицельная биопсия СО из дистально-го отдела двенадцатиперстной или тощей кишки

**Характеристика лечебных мероприятий**

Аглютеновая диета на всю жизнь — полностью исключается ржаной и пшеничный хлеб, крупяные и кондитерские изделия из муки, колбасы, сосиски, мясные консервы, майонез, мороженое, вермишель, макаро­ны, шоколад, пиво и др. продукты, содержащие злаки. Разрешаются про­дукты из риса, кукурузы, сои, молоко, яйца, рыба, картофель, овощи, фрукты, ягоды, орехи. Включение в рацион мяса, сливочного и расти­тельного масла, маргарина, кофе, какао, чая зависит от индивидуальной переносимости этих продуктов.

При наличии анемии назначают внутрь сульфат закисного железа (12-20 мг в сутки), фолиевую кислоту (5 мг в сутки) и кальция глюконат — 1,5 г в сутки.

Лечение больных глютеновой энтеропатией с учетом степени тяжести син­дрома нарушенного всасывания включает восстановление метаболических нарушений.

#### Лечение при устойчивой ремиссии

*•* Аглютеновая диета пожизненно

• Раз в квартал — 20-тидневные курсы поливитаминными препаратами (ундевит или квадевит, или комплевит и др.)

• По показаниям — полиферментные препараты (креон или панцитрат и др.аналоги)

***Лечение при отсутствии ремиссии***

*1-2 степени тяжести* (диарея с полифекалией, снижение массы тела, гипо-витаминозы, признаки дефицита Са и др.)

• Аглютеновая диета постоянно

• Полноценное энтеральное питание

• Анаболичсские гормоны (ретаболил и др. аналоги)

• Ферментные препараты (креон, панцитрат и др. аналоги)

• С учетом клинических проявлений гиповитаминозов парентеральное вве­дение витаминов Вр В,,, никотиновой кислоты и др.

• Лечение бактериальной контаминации тонкой кишки и дисбактериоза толстой кишки антибактериальными (фуразолидон, интерикс и др.) и бактериальными (бификол и др.) препаратами в виде последовательных курсов.

*3-я степень тяжести,* проявляющаяся наряду с классическими симптомами также и отеками, включает

• Терапию глюкокортикоидами (преднизолон и др.)

• Парентеральное питание

• Коррекцию нарушений белкового, липидного и водно-электролитного обмена (см. соответствующий раздел).

Продолжительность стационарного **лечения**

- 21 день (на период интенсивной терапии), а в основном - больные должны лечиться в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Требования к результатам лечения и практические рекомендации**

Конечная цель — полная ремиссия, которая обычно наступает при аде­кватном лечении не позже 3-х мес. от начала терапии.

При отсутствии положительного ответа на аглютеновую диету в первые

три месяца необходимо:

- исключить из рациона молочные продукты;

- назначить внутрь на 5 дней метронидазол (трихопол и др. аналоги) —

1 г/сут.

Если были исключены все другие причины слабого ответа на аглютеновую диету, то необходимо дополнительно провести 7-дневный курс лечения преднизолоном (20 мг в сутки).

Больные подлежат обязательному диспансерному наблюдению с ежегод­ным осмотром и обследованием.

**V. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Язиенныи колит (неспецифический) Шифр К 51 **Определение**

Язвенный колит (ЯК) - некротизирующее воспаление СО толстой и пря­мой кишки, характеризующееся обострениями. Чаще встречается проктит, нежели тотальный колит, и в зависимости от выраженности и распростра­ненности неспецифического некротизирующего воспаления выделяют лег­кую (и основном, проктит), средней тяжести (в основном, проктосигмои-дит) и тяжелую (в основном, тотальный колит) формы; возможно острое течение болезни.

Возможны осложнения (профузное кровотечение, перфорация, токсичес­кая днлатация толстой кишки) и ассоциированные с ними заболевания (склерозирующий холангит и др.).

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*•* Общин анализ крови (при отклонении от нормы исследования повто­рять 1 раз в 10 дней)

*Однократно*

*•* Калин, натрий крови; кальций крови

• Группа крови

• Резус-фактор

• Копрограмма; **кал на скрытую кровь**

• Гистологическое исследование биоптата

• Цитологическое исследование биоптата

• Посев кала на бактериальную флору

• Общий анализ мочи

*Двукратно* (в случае наличия патологических изменений при первом исследовании)

• Холестерин крови

• Общий билирубин и фракции

• Общий белок и фракции

• АсАТ, АлАТ

• ЩФ, ГГТП

• Сывороточное железо

***Дополнительные лабораторные исследования***

*•* Коагулограмма

• Гематокритное число

• Ретикулоциты

• Сывороточные иммуноглобулины

• Исследования на ВИЧ

• Кровь на маркеры гепатитов В и С

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Ректороманоскопия с биопсией СО прямой кишки

***Дополнительные исследования*** в зависимости от тяжести течения основной болезни, ее осложнений и сопутствующих заболеваний.

*Однократно*

*•* УЗИ брюшной полости и малого таза

• ЭРХПГ

• Рентгенография брюшной полости

*Обязательные консультации специалистов:* хирурга, гинеколога. **Характеристика лечебных мероприятий** *Легкая форма (преимущественно проктит)*

1. Преднизолон внутрь 20 мг в сутки в течение месяца, далее постепенная отмена (по 5 мг в неделю).

2. Микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) дважды в сутки в течение 7 дней.

3. Сульфасалазин внутрь 2 г или салазопиридазин 1 г, или месалазин (меза-кол, салофальк и др. аналоги) 1 г в сутки длительно (в течение многих лет).

***Среднетяжелая форма (преимущественно проктосигмоидит)***

1. Преднизолон внутрь 40 мг в сутки в течение месяца, далее постепенная отмена (по 10 мг в неделю).

2. Микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) дважды в сутки в течение 7 дней.

3. Сульфасалазин внутрь 2 г или салазопиридазин 1 г в сутки, при непе­реносимости — мссалазин (мезакол, салофальк) 1 г в сутки длительно (в течение многих лет).

***Тяжелая форма***

1. Гидрокортизон 125 мг внутривенно 4 раза в сутки в течение 5 дней.

2. Гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг ректалыю капелыю (пре­парат растворяется в 100 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида) дважды в сутки в течение 5 дней.

3. Парентеральное питание и другие реанимационные мероприятия в соот­ветствующем отделении (гемотрансфузии, введение жидкостей, электро­литов и т. д.)

4. Ежедневное проведение комплекса лабораторных исследований, обзор­ной рентгенограммы брюшной полости с целью ранней диагностики осложнении.

5. Спустя 5 дней определяются показания к неотложной операции. **Продолжительность стационарного лечения**

При легкой форме — 10-15 дней; при форме средней тяжести — 28-30 дней;

при тяжелой форме —до 2 мес. и более. В основном же больные наблюдают­ся и лечатся в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Требования к результатам лечения**

1. Полная клинико-эндоскопическая ремиссия с нормализацией гемогло­бина, эритроцитов и других лабораторных показателей.

2. Клинико-эндоскопическое улучшение с частичной нормализацией лабо­раторных показателей (неполная ремиссия), в связи с этим необходимо:

а) продолжить прежнюю терапию;

б) дополнить терапию приемом метронидазола (500 мг 2 раза в день в течение 1 месяца).

Больные подлежат диспансерному наблюдению с обязательным ежегод­ным посещением врача и проведением ректороманоскопии с прицельной биопсией СО прямой кишки с целью уточнения диагноза и выявления дисплазии.

Колонофиброскопия с множественной прицельной биопсией проводится при тотальном колите, существующем свыше 10 лет. Исследование крови и функциональные пробы печени проводятся ежегодно.

***Медикаментозное лечение амбулаторных больных ЯБ, находящихся в стадии ремиссии***

1) Сульфасалазин 1 г 2 раза в день или месалазин (мезакол, салофальк и др. аналоги) 0,5 г 2 раза в день пожизненно

2) Дополнительное медикаментозное лечение проводится в зависимости от клинических проявлений и результатов обследования в процессе дис­пансерного наблюдения.

**VI. Международная классификация болезней (МКБ 10)**

1. Дивсртикулярная болезнь толстой кишки без прободения и Шифр К 57.3 абсцесса

2. Дивертикулярпая болезнь толстой и тонкой кишки без Шифр К 57.5 прободения и абсцесса

3. Дивсртикулярная болезнь кишечника неуточненной Шифр К 57.9 локализации (дивертикулярная болезнь кишечника)

**Определение**

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

В клинике диагностируются дивертикулез и дивертикулит с синдромными проявлениями.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*Однократно*

*•* Общий анализ крови

• Общий анализ мочи

• С-реактивный белок

• Фибриноген

• Общий белок и фракции

• Копрограмма

• Бактериологическое исследование кала

• Гистологическое исследование биоптата

• Цитологическое исследование биоптата

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Ректороманоскопия с прицельной биопсией

• Ирригоскопия (с бариевой клизмой) ***Дополнительные инструментальные исследования*** *Однократно*

*•* Колоноскопия с прицельной биопсией ***Консультации специалистов обязательные:*** колопроктолога, гинеколога, уролога.

Характеристика **лечебных мероприятий**

Диета с содержанием пищевых волокон. *Симптоматическая лекарственная терапия*

*При болях* — внутрь дебридат 100-200 мг (по 1-2 таблетки) или метеоспазмил по 1 капсуле 3-4 раза в день.

*При склонности к запорам -* внутрь лактулозу (сироп «Нормазе» и др. аналоги) по 30-60 мл в день.

*При дчвертикулитах без абсцедировачия —* антибактериальные средства (тетрациклин, интетрикс, сульгин, септрин, бисептол и др.), курс лечения

пс менее 7 дней.

Больные подлежат диспансерному **наблюдению с ежегодным осмотром врача** и плановым обследованием.

**Продолжительность стационарного лечения**

Определяется вариантом болезни и в среднем составляет 10-12 дней. Требования к **результатам лечения**

Клннико-лабораторная ремиссия с нормализацией картины крови. Улуч­шение клинических проявлений болезни без осложнений (дивертикулит, абсцеднровапие, прободение).

**VII. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Синдром раздраженного кишечника (СРК) Шифр К 58

Определение

СРК - расстройства моторной и секреторной функции кишечника, пре­имущественно толстой кишки, без структурных изменений органов. Сюда включаются: СРК с диареей (шифр К 58.0), СРК без диареи (шифр К 58.9) ч СРК с запором (шифр К 59.0).

В эту рубрику включены болезни, обусловленные функциональными рас­стройствами кишечника продолжительностью свыше 3 месяцев.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*Однократно*

*•* Общий анализ крови

• Общий анализ мочи

• Общий билирубин крови

• АсАТ, АлАТ

**• ЩФ, ГГТП**

• Копрограмма

• Кал на дисбактериоз

• Анализ кала на скрытую кровь

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Ректороманоскопия

• Ирригоскопия

• УЗИ органов брюшной полости и малого таза

• Электрокардиография

• Эзофагогастродуоденоскопия

• Колоноскопия с биопсией

***Обязательная консультация*** колопроктолога.

***Консультация специалистов по показаниям:*** гинеколога, уролога, физиотерапевта,

невропатолога.

**Характеристика лечебных мероприятий**

Психотерапия и диета с исключением непереносимых продуктов и на­питков.

Лекарственное лечение *при избыточном бактериальном росте* (микробная контаминация, дисбактериоз) состоит в назначении трех 5-7 дневных курсов кишечных антисептиков широкого спектра действия:

интетрикс 2 капсулы 3 раза в день,

фуразолидон 0,1 г 3 раза в день,

нифураксазид (эрсефурил) 0,2 г 3 раза в день (капс., сироп)

сульгин 0,5 г 4 раза в день,

энтерол 1-2 капсулы или пакетик 2 раза в день.

*При спастической дискинезии толстой кишки* назначаются препараты со спазмолитическим и анальгетическим эффектом:

метеоспазмил 1 капсула 3 раза в день в течение 2 нед. или дебридат 100-200 мг 3 раза в день в течение 2 нед., реже — но-шпа или папаверин 0,04 г, или бускопан 10 мг 3-4 раза в день в течение 2 нед.

*При преобладании запора* наряду с диетой, содержащей пищевые волокна и достаточное количество жидкости, дополнительно назначается слабительное средство:

лактулоза 30-60 мл в сутки или

бисакодил 1-3 драже (0,005 — 0,015 г) однократно перед сном, или

гутталакс 10-12 капель перед сном, или

калифиг (комбинированный препарат) 1-2 столовые ложки перед сном, или

кафиол (комбинированный препарат) 1 брикет и др.

*При гипомоторной дискинезии* оправдана курсовая терапия цизапридом (коор-динакс и др. синонимы) внутрь 20 мг 2 раза в день в сочетании с ламинаридом — 4 чайные ложки гранул в сутки.

*При диарее* назначают цитомукопротектор смекту 1 пакет 3 раза в день после еды, буферные алюминийсодержащие антациды (маалокс, гастал, протаб и др.) по 1 дозе 3-4 раза в день через I ч после еды и антидиарейные препараты, замедляющие перистальтику кишки, — лоперамид (имодиум) от 2 мг до 4 мг па прием (16 мг в сутки) до прекращения поноса.

Продолжительность **стационарного лечения**

- 14-21 день.

Ежегодный диспансерный осмотр и обследование в амбулаторно-поликли-

пичсских условиях.

**Требования к результатам лечения**

Купирование болевого и диспептического синдромов, нормализация стула и лабораторных показателей (ремиссия).

Улучшение самочувствия без существенной положительной динамики объек­тивных данных (частичная ремиссия).

При отсутствии эффекта лечения продолжить терапию и наблюдение в амбулаторно-поликлинических условиях.

**VIII.** Международная **классификация болезней (МКБ-10)**

1. Хронический активный гепатит (люпоидный гепатит), не Шифр К 73.2 классифицированный в других рубриках

2. Хронический вирусный гепатит **Шифр В** 18

3. Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом (вирусом) Шифр В 18.0 или хронический вирусный гепатит В без дельта-агента Шифр В 18.1

(вируса)

4. Хронический вирусный гепатит С Шифр В 18.2 **Определение**

Хронический гепатит (ХГ) — воспалительное заболевание печени про­должительностью более 6 месяцев.

Болезни, сгруппированные в этом разделе, имеют этиологические, патоге­нетические и клинические различия, специфические подходы к лечению, но все они дифференцируются только в результате углубленного обследова­ния. Современные классификации исходят прежде всего из этиологических критериев, они широко используются во всем мире, в том числе и в России.

Обследование *Обязательные лабораторные* ***исследования***

*Однократно*

*•* Холестерин крови

• Амилаза крови

• Группа крови

• Резус-фактор

• Копрограмма

• Анализ кала на скрытую кровь

• Гистологическое исследование биоптата

• Цитологическое исследование биоптата

• Вирусные маркеры (HBsAg, HBeAg, антитела к вирусу гепатита В, С, А)

*Двукратно*

*•* Общий анализ крови

• Ретикулоциты

• Тромбоциты

• Общий белок и белковые фракции

• АсАТ, АлАТ

• ЩФ, ГГТП

• Общий анализ мочи

• Иммуноглобулины крови

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки

***Дополнительные исследования*** проводятся по показаниям в зависимости от предполагаемого заболевания

• Мочевая кислота

• Медь крови, калий и натрий крови

• Антигладкомышечные, антимитохондриальные и антинуклеарные ан­титела (если исследования на вирусные маркеры отрицательные и име­ется подозрение на аутоиммунный гепатит и первичный билиарный цир­роз печени)

• Ферритин крови

• Церулоплазмин

• Медь мочи (24-часовая экскрекция меди при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова)

• а-фетопротеин крови (при подозрении на гепатому)

• Парацетамол и другие токсические вещества в крови по показаниям

• Коагулограмма

• Эзофагогастродуоденоскопия

• Чрескожная биопсия печени

• ЭРХПГ

• Компьютерная томография

***Консультации специалистов по показаниям:*** окулиста, уролога, гинеколога, хирурга

**Характеристика лечебных мероприятий *Аутоиммунный гепатит***

1. Преднизолон 30 мг в сутки в течение месяца, далее ежемесячно суточ­ную дозу уменьшают на 5 мг до уровня поддерживающей дозы (10 мг в сутки), которая остается на несколько лет.

2. Азатиоприн - первоначально 50 мг в сутки, поддерживающая доза (в течение нескольких лет) 25 мг в сутки

3. Симптоматическое лечение — в основном включает полиферментные препараты поджелудочной железы — креон или панцитрат по 1 капсуле перед сдои 3 раза в день в течение 2 недель ежеквартально.

Другие виды терапии назначаются с учетом вариантов течения болезни. *Хронический вирусный* ***гепатит В (вирус в фазе репликации)***

1. а-Интсрферонотерапия. Оптимальная схема — а-интерферон (интрон-А, веллфсрон, рофероп и др. аналоги) внутримышечно 5 000 000 ME 3 раза в педелю в течение 6 мес. или 10 000 000 ME 3 раза в неделю в течение 3 мес.

2. Базисная терапия на 7-10 дней: внутривенно капельно гемодез 200-300 мл и течение 3 дней, внутрь лактулозу 30-40 мл в сутки в течение месяца.

Дозы и схемы лечения зависят от активности процесса, уровня сыворо­точной ДНК HBV, препарата и многих других факторов. При отсутствии эффекта после перерыва можно продолжить лечение а-интерфероном в вышеуказанных дозах после предварительного лечения преднизолоном в течение 4 педель (см. специальную литературу).

*Хронический вирусный* ***гепатит С***

1. Внутримышечно а-интерферон (интрон-А, веллферон, роферон и др. аналоги) по 3 000 000 ME 3 раза в неделю на протяжении 2 мес., далее в зависимости от э4)фсктивности терапии: при нормализации или сни­жении уровня аминотрансфераз продолжить введение интерферона в пер­воначальной или более высокой дозе еще в течение 6 мес.; при отсутствии положительной динамики введение а-интерферона прекратить. Возможно комбинированное применение а-интерферона (по 3 000 000 ME 3 раза в неделю) и эссенциале (по 6 капсул в день) в течение 6 месяцев; терапию продолжить приемом эссенциале 6 капсул в день в течение последующих 6 месяцев.

2. В случаях наличия в сыворотке крови анти-HCV и PHK-HCV, в возрасте до 50 лет — базисная терапия на 7-10 дней:

внутривспно капелыю гемодез 200-300 мл в течение 3 дней, внутрь лакту­лозу 30-40 мл в сутки в течение месяца.

*Хронический вирусный* ***гепатит дельта (D)***

(наличие в сыворотке крови HbsAg и/или HbsAb и РНК HDV)

1. Внутримышечно а-интерферон (интрон-А, веллферон, роферон и дру­гие аналоги) по 5 000 000 ME 3 раза в неделю, при отсутствии эффекта доза увеличивается до 10 000 000 ME 3 раза в неделю продолжительно­стью до 12 мес.

2. Базисная терапия на 7-10 дней: внутривенно капельно гемодез 200-300 мл в течение 3 дней; внутрь лактулозу 30-40 мл в сутки в течение месяца.

**Продолжительность стационарного лечения**

— от 3-х до 4-х недель. В условиях стационара в основном проводится первичное обследование и интенсивное лечение, а все остальные виды тера­пии и контрольные исследования осуществляются в амбулаторно-поли-клинических условиях.

**Требования к результатам лечения**

Обеспечить ремиссию болезни.

*Первичная ремиссия* — нормализация АсАТ и АлАТ в ходе лечения, под­твержденная повторными исследованиями с интервалом в 1 месяц.

*Стабильная ремиссия —* нормальный уровень АсАТ и АлАТ удерживается в течение 6 месяцев после лечения.

*Длительная ремиссия —* нормальный уровень АсАТ и АлАТ удерживается в течение 2 лет после лечения.

*Отсутствие ремиссии —* случаи, при которых положительная динамика в отношении АсАТ и АлАТ отсутствует в ходе 3-месячного лечения.

*Рецидив —* повторное повышение уровня АсАТ и АлАТ после наступления ремиссии.

**IX. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) Шифр К 91.5 **Определение**

ПХЭС — условное обозначение различных нарушений, рецидивирующих болей и диспептических проявлений, возникающих у больных после холе-цистэктомии.

Спазм сфинктера Одди, дискинезия внепеченочных желчных протоков, желудка и двенадцатиперстной кишки, микробная контаминация, гастро-дуоденит, длинный пузырный проток после холецистэктомии могут быть причиной некоторых симптомов, входящих в ПХЭС, который следует рас­шифровать по результатам обследования.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*Однократно*

*•* Общий анализ крови

• Общий анализ мочи

• АсАТ, АлАТ

• ЩФ, ГГТП

• Исследование порций А и С дуоденального содержимого, включая бак­териологический

• Копрограмма, кал на дисбактериоз и гельминты

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки

• ЭРХПГ

• Дуоденальное зондирование с получением порций А и С

• УЗИ органон брюшной полости (комплексное)

• Рсктороманоскопня

***Консультации*** *специалистов* ***обязательные:*** хирурга, колопроктолога. **Характеристика лечебных мероприятий**

Диетотерапия дифференцируется в зависимости от сроков послеопераци­онного периода, клинических проявлений ПХЭС, массы тела, литогенно-сти желчи - пожизненно.

#### Лекарственное лечение

Цизаприд или домпсридон 10 мг 3-4 раза в день, или дебридат 100-200 мг

3-4 раза в день в течение 2 нед.

+

Эритромнцин 0,25 г 4 раза в день в течение 7 дней

+

Маалокс или ремагсль, или гастерин-гель, или фосфалюгель по 15 мл

4 раза в день через 1,5—2 часа после еды в течение 4 нед.

При наличии показаний антибактериальная терапия может быть продол­жена и усилена; возможно применение полиферментных препаратов (кре-он, паншпрат, фестал, дигестал и др.)

***Продолжительность стационарного лечения***

*•* 10 дней. Больные подлежат диспансеризации в зависимости от диагнос­тированного заболевания, но не по ПХЭС.

**Требования к** результатам **лечения**

Исчезновение болевого и диспептического синдромов, отсутствие измене­нии лабораторных показателей (ремиссия), уменьшение клинических про­явлений болезни, восстановление трудоспособности.

**X. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Хронический панкреатит алкогольной этиологии Шифр К 86.0

2. Другие хронические панкреатиты (хронический панкреатит Шифр К 86.1 нсуточнсннон этнологии, и1|4.>скционный, рецидиви-

рующпн)

Определение

Хроннчсскнн панкреатит (ХП) — прогрессирующее заболевание нолжелу/ючноп жслечы, характеризующееся появлением во время обостре­ния пршнако» острого воспалительного процесса, постепенным замеще­нием паренхимы органа соединительной тканью и развитием недостаточ­ности -jk!o- и эндокринной функции железы.

Хронический панкреатит в клинике подразделяется на обструктивный, кальцифицирующий, паренхиматозный. В его патоморфологической осно­ве лежит сочетание деструкции ацинарного аппарата с прогрессирующим воспалительным процессом, приводящим к атрофии, фиброзу (циррозу) и нарушениям в протоковой системе поджелудочной железы, преимуще­ственно за счет развития микро- и макролитиаза.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*Однократно*

*•* Общий анализ крови

• Общий анализ мочи

• Общий билирубин и фракции

• АсАТ, АлАТ

• ЩФ, ГГТП

• Амилаза крови

• Липаза крови

• Копрограмма

• Сахар крови

• Кальций крови

• Общий белок и фракции

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Обзорный рентгеновский снимок брюшной полости

• УЗИ органов брюшной полости (комплексно)

• ЭРХПГ

*Двукратно*

*•* УЗИ поджелудочной железы ***Дополнительные исследования по показаниям***

*Двукратно*

*•* Лапароскопия с прицельной биопсией поджелудочной железы

• КТ поджелудочной железы

• Коагулограмма

• Сахар крови после приема глюкозы (сахарная кривая)

*Консультации специалистов обязательные:* хирурга, эндокринолога. **Характеристика лечебных мероприятий**

Первые три дня при выраженном обострении — голод и по показаниям парентеральное питание.

*При дуоденостазе —* непрерывная аспирация кислого желудочного содержимого с помощью тонкого зонда, в/венно через каждые 8 ч ранитидин (150 мг) или фамотидин (20 мг);

внутрь — буферные антациды в виде геля (маалокс, ремагель, фосфалю-гель, гастерин-гель) через каждые 2-3 часа; внутривенно - полиглюкин

400 мл и сутки, гемодез 300 мл в сутки, 10% раствор альбумина 100 мл и сутки, 5-10 % раствор глюкозы 500 мл в сутки.

***При*** *некупирующсмся болевом* ***синдроме —* парентерально 2 мл** 50% **р-ра анальгина** с 2 мл 2% раствора **папаверина или** 5 мл **баралгина или синтетический** аналог соматостатина — **сандостатин (50-100 мкг 2 раза в день подкожно,** или внутривенно капелыю **лидокаин (в 100 мл изотонического раствора** хлорида натрия 400 мг **препарата).**

*После купирпиинии выраженного болевого синдрома* обычно с 4-го дня от начала

лечения:

— дробное питание с **ограничением животного жира;**

— перед каждым приемом пищи полиферментный препарат креон (1-2 капсулы) или панцитрат (1-2 капсулы);

— постепенная отмена анальгетиков, инфузионной терапии и парентераль­ного введения препаратов, некоторые из них назначают внутрь:

ранитидин 150 мг или фамотидин 20 мг 2 раза в день,

домперидон или цизаприд 10 мг 4 раза в день за 15 мин. до еды, или

дебрндат 100-200 мг 3 раза вдень за 15 мин. до еды.

**Продолжительность стационарного лечения**

— 28-30 дней (при отсутствии осложнений). **Требования к результатам лечения**

Возможно наступление полной клинической ремиссии или ремиссии с дефектом (наличие псевдокист, не полностью устраненной панкреатичес­кой стсаторси с некомпенсированным дуоденостазом).

Больные с хроническим панкреатитом подлежат диспансерному наблюде­нию (повторный осмотр и обследование в амбулаторно-поликлинических

условиях дважды в год).

**XI. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Алкогольная жировая дистрофия печени (жирная печень) Шифр К 70.0

2. Алкогольный гепатит (острый, хронический) Шифр К 70.1

3. Алкогольный фиброз и склероз печени (исход пред- Шифр К 70.2 шествующих жировой дистрофии и гепатита)

4. Алкогольный цирроз печени **Шифр** К 70.3

Несмотря на разнообразие диагнозов, все они объединены едиными этиологическими и патогенетическими связями с алкогольной интокси­кацией. Формирование болезней определяется продолжительностью анамнеза и токсичностью алкогольного напитка. По существу, выделено 3 типа алкогольных поражений печени:

а) жировая дистрофия печени;

б) острый и хронический гепатит (жировая дистрофия с некрозами гепа-тоцитов и мезенхимальной реакцией);

в) цирроз печени. **Обследование** *Обязательные лабораторные исследования*

*Однократно*

*•* Общий анализ крови

• Общий анализ мочи

• Ретикулоциты

• Общий билирубин и фракции

• Холестерин крови

• АсАТ, АлАТ, ГГТП

• Мочевая кислота в крови

• Креатинин

• Сахар крови

• Кальций крови

• Амилаза крови

• Копрограмма

• Группа крови

• Резус-фактор

***Обязательные инструментальные исследования***

*•* УЗИ органов брюшной полости (комплексное)

• Эзофагогастродуоденоскопия

***Дополнительные исследования***

*Однократно*

*•* Чрескожная биопсия печени

• Гистологическое исследование биоптата печени

• Электрокардиография

• Лапароскопия

• Иммуноглобулины крови

• Серологические маркеры вируса гепатита А, В, С, D

***Консультации специалистов обязательные:*** нарколога, невропатолога, ин­фекциониста.

**Характеристика лечебных мероприятий**

1. Воздержание от приема алкоголя.

2. 10-дневный курс интенсивной терапии:

а) внутривенное введение 300 мл 10% раствора глюкозы с добавлением в него 10-20 мл эссенциале (1 ампула содержит 1000 мг эссенциальных фосфолнпидов), 4 мл 5% раствора пиридоксина или пиридоксальфосфата, 5-10 мл хофнтола, 4 мл 5% раствора тиамина (или 100-200 мг кокарбоксила-зы), 5 мл 20% раствора пирацетама (ноотропила).

Курс лечения — 5 дней;

б) внутрниснно гемодсз 200 мл (или гемодез-Н, или глюконеодез). Три

влипання на курс;

в) витамин В^ (цианокобаламин, оксикобаламин) 1000 мкг внутримы­шечно ежедневно в течение 6 дней;

г) креон или панцитрат внутрь (капсулы) или другой полиферментный

препарат е сдой;

д) фолиецая кислота 5 мг **в сутки и аскорбиновая кислота 500 мг в сутки**

внутрь.

2-месячнын курс (проводится после окончания курса интенсивной тера­пии) включает:

эссепцналс (2 капсулы 3 раза вдень после еды) или хофитол (1 табл. 3 раза

в день)

креон или панцитрат (1 капсула 3 раза в день с едой) пнкамилон (2 таблетки 3 раза в день).

На фоне такой терапии проводится симптоматическое лечение, в том чис­ле по поноду возможных осложнений (портальная гипертензия, асцит, кро­вотечение, энцефалопатия и др.).

Продолжительность **стационарного лечения**

Алкогольная дистрофия печени — 5-10 дней. Алкогольный острый гепатит — 21-28 дней.

Алкогольный хронический гепатит с минимальной активностью - 8-10

дней.

Алкогольный хронический **гепатит с выраженной активностью** — 21-28 дней.

Алкогольный цирроз печени в зависимости от шкалы тяжести — от 28 до

56 дней.

Все больные независимо от диагноза подлежат диспансерному наблюде­нию в амбулаторцо-поликлинических условиях.

Требования к результатам **лечения**

Обеспечит!, ремиссию заболевания в условиях воздержания от приема ал­коголя. Ремиссия включает устранение активности гепатита с нормали­зацией лабораторных показателей.

**XII. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) Шифр К 80

2. Камни желчного пузыря с острым холециститом Шифр К 80.0

3. Камни желчного пузыря без холецистита (холецистолитиаз) Шифр К 80.2

4. Камни желчного протока (холедохолитиаз) с холангитом Шифр К 80.3 (не первичный склерозирующий)

5. Камни желчного протока с холециститом (любые варианты) Шифр К 80.4 (холедохо- и холецистолитиаз)

**Определение**

Желчнокаменная болезнь — это заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и (или) билирубина и ха­рактеризующееся образованием камней в желчном пузыре и (или) в желч­ных протоках. Различают холестериновые и пигментные камни.

В этом разделе сгруппированы болезни этиологически и патогенетически связанные с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями, в т. ч. с инфи-цированием билиарного тракта. Диагностика и лечение зависят от полноты обследования.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*Однократно*

*•* Холестерин крови

• Амилаза крови

• Сахар крови

• Копрограмма

• Группа крови

• Резус-фактор

• Бактериологическое исследование дуоденального содержимого

*Двукратно*

*•* Общий анализ крови

• Общий анализ мочи

• Общий билирубин и его фракции

• АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП

• Общий белок и белковые фракции

• С-реактивный белок

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Рентгенография брюшной полости

• Рентгеновское исследование грудной клетки

• УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки

• Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (по показа­ниям)

• Электрокардиография

*Дополнительные исследования* проводятся в зависимости от предполагаемого диагноза и осложнений.

***Обязательные консультации специалистов:* хирурга. Характеристика лечебных мероприятий**

**В зависимости от диагносцируемого заболевания. *Острый калькулезный холецистит.***

Варианты антибактериальной терапии (чаще используется один):

*Медикаментозное лечение:*

1. Ципрофлокеацин (индивидуальный режим), обычно внутрь по 500 мг 2 раза в сутки (в отдельных случаях разовая доза может составлять 750 мг, а кратность применения - 3-4 раза в сутки).

Продолжительность лечения - от 10 дней до 4-х недель. Таблетки следует проглатывать целиком, натощак, запивая небольшим количеством воды. По показаниям терапия может быть начата с в/венного введения 200 мг 2 раза в сутки (предпочтительнее капельно).

2. Докснцнклин, внутрь или в/венно (капельно) назначают в 1-ый день лечения 200 мг/сутки, в последующие дни — по 100-200 мг/сутки в зависи­мости от тяжести клинического течения заболевания. Кратность приема (или в/всннои инфузии) - 1-2 раза/сутки.

Продолжительность лечения — от 10 дней до 4-х недель.

3. Цсфалоспорины, например, фортум или кефзол, или клафоран в/м по 2,0 г каждые 12 ч, или по 1,0 г каждые 8 ч.

Курс лечения - в среднем 7 дней.

4. Септрнн внутрь по 960 мг 2 раза в сутки с интервалом 12 часов (или в/венно капельно) из расчета 20 мг/кг триметоприма и 100 мг/кг сульфа-метоксазола в сутки, кратность введения - 2 раза, продолжительность ле­чения - 2 недели. Раствор для проведения в/в инфузии следует готовить ех temporc на 5-10 мл (1-2 ампулы) септрина используется соответственно 125-250 мл растворителя (5-10% растворы глюкозы или 0, 9% раствор на­трия хлорида).

Сроки лечения антибактериальными средствами включают и послеопе­рационный период.

Выбор антибактериального препарата определяется многими факторами. Важно чс использовать препараты, обладающие гепатотоксическим дей­ствием. При гнойном процессе препаратом выбора является меронем (500 мг в/венно капслыю через каждые 8 часов).

Симптоматические средства, также как и антибактериальные средства, на­значаются в предоперационном периоде для полноценной подготовки к операции:

домперидон (мотилиум) или цизаприд (координакс) — 10 мг 3-4 раза в день, или

дебридат (тримебутин) - 100-200 мг 3-4 раза в день, или метеоспазмил по 1 капс. 3 раза в день.

Дозы, схемы и лекарственные средства с симптоматическим эффектом определяются многими факторами с учетом индивидуального подхода к их назначению.

При невозможности приема препарата внутрь препарат с симптоматичес­ким эффектом назначается парентерально. Например, папаверина гидро­хлорид или но-шпу 2 мл 2% раствора в/м 3-4 раза в сутки. Иногда при выраженном болевом синдроме используют в инъекциях баралгин (5мл).

При всех вышеперечисленных заболеваниях имеются показания к опера­тивному лечению (холецистэктомия, папиллосфинктеротомия и др.).

*Сроки стационарного лечения*

В предоперационном периоде — не более 7-ми, в послеоперационном - не более 10 дней, амбулаторное наблюдение в течение года.

*Требования к результатам лечения*

Обеспечить купирование симптомов болезни в послеоперационном перио­де - устранение нарушений холекинеза и активного воспаления в билиар-ном тракте (ремиссия). Отсутствие ремиссии рассматривается в других руб­риках (шифры К 91.5 и 83.4).

***Острый калысулезный холецистит с холедохолитиазом, обтурационной желтухой и холангитом***

*Медикаментозное лечение* проводится независимо от неотложных лечебных мероприятий в связи с диагносцируемым холедохолитиазом.

1. Антибактериальные средства

Цефотаксим (клафоран и др.) или цефтазидим (фортум и др.), или цефо-перазон (цефобид и др.), или цефпирамид (тамицин), или цефтриаксон (цефтриаксон Na и др.) по 1-2 г в/м или в/в 3 раза в сутки в течение 8-10 дней с переходом на прием внутрь цефуроксима (зиннат и др.) по 250 мг 2 раза в сутки до наступления полной ремиссии.

2. Дезинтоксикационные средства

Гемодез (в/в капельно по 250-400 мл ежедневно в течение 5 дней), альве-зин новый (в/в капельно по 1000-2000 мл ежедневно в течение 3 дней) и другие мероприятия по показаниям.

*Сроки стационарного лечения*

В предоперационном и послеоперационном периодах в пределах 3-4 недель, амбулаторное наблюдение при отсутствии осложнений в течение года.

*Требовании к результатам лечения*

Обеспечить ремиссию холангита. Отсутствие ремиссии рассматривается в других рубриках (шифры К 91.5 и К 83.4).

**XIII. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Холецистит (без холелитиаза) **Шифр К 81.**

2. Острый холецистит (эмфизематозный, гангренозный. Шифр К 81.0 гнойный, абсцесс, эмпиема, гангрена желчного пузыря)

3. Хронический холецистит Шифр К 81.1

**Определение**

Холецистит (X) — воспалительное заболевание, вызывающее поражение стенки желчного пузыря, образование в нем камней и моторно- тоничес­кие нарушения билиарной системы. Х часто классифицируется, если это возможно, с учетом этиологии (инфекция, паразитарные инвазии).

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*Однократно*

*•* Холестерин **крови**

• Амилааа крови

• Сахар кропи

• Группа крови **и Rh-фактор**

• Копрограмма

• Бактериологическое, **цитологическое и биохимическое исследование** ду­оденального **содержимого**

*Двукратно*

*•* Общин анализ крови

• Общий анализ мочи

• Б ил и руби и и его фракции

• АсАТ, АлАТ

• ЩФ, ПТП

• Общий белок и белковые фракции

• С-реактцвпый белок

*Обязательные инструментальные* ***исследования***

*Однократно*

УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы Дуоденальное зондирование (ЭХДЗ или другие варианты) Эзофагогастродуоденоскопия Рентгеновское исследование грудной клетки

***Дополнительные исследования***

Проводятся в зависимости от предполагаемого диагноза и осложнений. ***Обязательные консультации специалистов:*** хирурга. **Характеристика лечебных мероприятий**

В зависимости от диагносцирусмого заболевания.

***Острый бескаменный холецистит и обострение хронического бактериального холецистита***

(Шифры К 81.0 и К 81.1)

*Лекарственная терапия* (варианты антибактериального лечения с использованием одного **из них)**

1. Ципрофлоксацин внутрь по 500-750 мг 2 раза в день в течение 10 дней.

2. Доксициклин внутрь или в/в капелыю. В 1-й день назначают 200 **мг/сут,** в последующие дни по 100-200мг в сутки в зависимости от тяжести заболе­вания.

Продолжительность приема препарата до 2-х недель.

3. Эритромицин внутрь. Первая доза - 400-600 мг, затем 200-400 мг каждые 6 часов. Курс лечения в зависимости от тяжести инфекции 7-14 дней. Препарат принимают за 1 час до еды или через 2-3 часа после

еды.

4. Септрин (бактрим, бисептол, сульфатон) по 480-960 мг 2 раза **в сутки** с интервалом 12 часов. Курс лечения 10 дней.

5. Цефалоспорины для приема внутрь, например, цефуроксим **аксетил** (зиннат) по 250-500 мг 2 раза в сутки после еды. Курс **лечения 10-14** дней.'

*Симптоматическая лекарственная терапия* (используется по показаниям)

1. Цизаприд (координакс) или домперидон (мотилиум) 10 мг 3-4 **раза в** день или дебридат (тримебутин) 100-200 мг 3-4 раза в день, или **метеоспаз-**мил по 1 капс. 3 раза в день. Продолжительность курса — не **менее 2-х** недель.

2. Хофитол по 2-3 табл. 3 раза в день перед едой или аллохол по 2 табл. 3-4 раза в день после еды или другие препараты, усиливающие холерез и холе-кинез.

Продолжительность курса не менее 3-4 недель.

3. Дигестал или фестал, или креон, или панзинорм, или другой полифер­ментный препарат, принимаемый в течение 3-х недель перед едой по 1-2 дозы в течение 2-3 недель.

' Возможна коррекция терапии в зависимости от клинического эффекта **и результатов** исследования дуоденального содержимого.

4. Маалокс или фосфалюгель, или ремагель, или протаб, или другой ан-тацидный препарат, принимаемый по одной дозе спустя 1,5-2 часа после

еды.

**Сроки стационарного лечения**

7-10 дней, амбулаторного — не менее 2-х месяцев. Больные нуждаются в диспансерном наблюдении. **Требования к результатам лечения**

Ремиссия заболевания состоит в устранении симптомных проявлений за­болевания с восстановлением функции желчного пузыря и двенадцати­перстной кишки.

**XIV. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Фиброз и цирроз печени **Шифр К** 74

2. Первичный билнарный цирроз печени неуточненный Шифр К 74.5

3. Портальная гипсртснзия (с осложнениями) Шифр К 76.6

4. Хроническая печеночная недостаточность Шифр К 72

**Определение**

Цирроз печени (ЦП) характеризуется нарушением структуры органа из-за развития фиброза и паренхиматозных узлов. Цирроз печени чаще явля­ется исходом хронического гепатита.

Клиническая классификация учитывает этиологию, а также выраженность портальной гппертензии и печеночной недостаточности.

**Обследование *Обязательные лабораторные исследования***

*Однократно*

*•* Калии и натрий крови

• Группа крови

• Резус-фактор

• Сывороточное железо

• Анализ кала на скрытую кровь

• Вирусные маркеры (HBsAg, HBeAg, антитела к вирусу гепатита В, С, D)

*Двукратно*

*•* Билирубин общий и прямой

• Холестерин крови

• Мочевина крови

• Общин анализ крови

• Ретикулоциты

• Тромбоциты

• Общий белок и белковые фракции

• АсАТ, АлАТ

• ЩФ, ГГТП

• Общий анализ мочи

• Фибриноген

***Обязательные инструментальные исследования***

*•* УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы

• Эзофагогастродуоденоскопия ***Дополнительные исследования (по показаниям)***

*•* Гистологическое исследование биоптата

• Медь крови

• Церулоплазмин

• Антигладкомышечные, антимитохондриальные и антинуклеарные ан­титела (если исследования на вирусные маркеры отрицательные и име­ется подозрение на аутоиммунный и первичный билиарный цирроз)

• а-фетопротеин крови (при подозрении на гепатому)

• Парацетамол и другие токсические вещества в крови по показаниям

• Коагулограмма

• Иммуноглобулины крови

• Биохимическое, бактериологическое и цитологическое исследование асцитической жидкости

• Чрескожная или прицельная (лапароскопическая) биопсия печени

• Параабдоминоцентез

***Консультации специалистов*** по показаниям: окулиста, хирурга, гинеколога, уролога.

**Характеристика лечебных мероприятий *Цирроз печени компенсированный***

(класс А по Чайлд-Пью - 5-6 баллов: билирубин < 2 мг%, альбумин > 3,5 г%, протромбиновый индекс 60-80, отсутствуют печеночная энцефа-лопатия и асцит).

Базисная терапия и устранение симптомов диспепсии.

Панкреатин (креон, панцитрат, мезим и другие аналоги) 3-4 раза в день перед едой по одной дозе, курс — 2-3 нед.

***Цирроз печени субкомпенсированный***

(класс Б по Чайлд-Пью — 7-9 баллов: билирубин 2-3 мг%, альбумин 2,8-3,4 г%, протромбиновый индекс 40-59, печеночная энцефалопатия I-II ст., асцит небольшой транзиторный).

Диета с ограничением белка (0,5 г/кг м.т.) и поваренной соли (менее 2,0 г/сут.)

Спчроиолактои (всрошпирон) **внутрь 100 мг в день постоянно.** Фуроссмид 40-80 мг в нед. **постоянно и по показаниям.**

Лактулоза (нормазе) 60 мл (в среднем) в сутки постоянно и по показа­ниям.

Неомицип сульфат или ампициллин 0,5 г 4 раза вдень. Курс 5 дней каждые

2 месяца.

*Цирроз печени декомпенсированный*

(класс С по Чанлд-Пыо — более 9 баллов: билирубин > 3 мг%, альбумин 2,7 г% и менее, протромбиновый индекс 39 и менее, печеночная энцефа-лопатия III-1V ст., большой торпидный асцит)

*Десятидневный курс интенсивной* ***терапии***

Терапевтический парацентез с однократным выведением асцитической жидкости и одновременным внутривенным введением 10 г альбумина на 1,0 л удаленной асцитической жидкости и 150-200 мл полиглюкина.

Клизмы с сульфатом магния (15-20 г на 100 мл воды), если имеются запо­ры или данные о предшествующем пищеводно-желудочно-кишечном кро­вотечении.

Неомицип сульфат 1,0 г или **ампициллин 1,0 г 4 раза в сутки. Курс 5 дней.**

Внутрь или через назо-гастральный зонд лактулозу 60 мл в сутки. Курс 10

дней.

Внутривенное капельное **введение 500-1000** мл **в сутки гепастерила-А. Курс —** 5-7 инфузии.

*Курс пролонгированной постоянной* ***терапии***

Базисная терапия с устранением симптомов диспепсии (полиферментный препарат перед сдой постоянно), спиронолактон (верошпирон) внутрь 100 мг is день постоянно, фуросемид 40-80 мг в нед.; постоянно внутрь лактулозу (иормазе) 60 мл (в среднем) в сутки, постоянно неомицин суль­фат или ампициллин 0,5 г 4 раза в день. Курс 5 дней каждые 2 месяца.

Базисная терапия, включая диету, режим и лекарства, предписывается пожизненно, а интенсивная терапия - на период декомпенсации, и, в связи с осложнениями, — симптоматическое лечение.

*Особенности медикаментозного* ***лечения некоторых форм цирроза печени***

*Цирроз печени, разнившийся в исходе* ***аутоиммунного гепатита***

1) Прсднизолон 5-10 мг **в сутки — постоянная поддерживающая доза.**

2) Азатиоприн 25 мг в сутки при отсутствии противопоказаний - грануло-цитопепии и тромбоцитопении.

*Цирроз печени, развившийся и* ***прогрессирующий на фоне хронического активного***

*вирусного гепатита В или С.*

Альфа-интерферон (при репликации вируса и высокой активности гепа­тита).

*Первичный билиарный цирроз*

1) Урсодезоксихоловая кислота 750 мг в день постоянно

2) Холестирамин 4,0-12,0 г в сутки с учетом выраженности кожного зуда. *Цирроз печени при гемохроматозе (пигментный цирроз печени)*

1) Дефероксамин (десферал) 500-1000 мг в сутки в/мышечно наряду с кровопусканиями (500 мл еженедельно до гематокрита менее 0,5 и общей железосвязывающей способности сыворотки крови менее 50 ммоль/л)

2) Инсулин с учетом выраженности сахарного диабета. *Цирроз печени при болезни Вильсона-Коновалова*

Пеницилламин (купренил и др. аналоги). Средняя доза 1000 мг в сутки, постоянный прием (дозу подбирают индивидуально).

**Продолжительность стационарного лечения**

**— до 30 дней. Требования к результатам лечения**

1. Обеспечить стабильную компенсацию болезни

2. Предупредить развитие осложнений (кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта, печеночную энцефалопатию, перитонит).

**XV. Международная классификация болезней (МКБ-10)**

1. Синдромы оперированного желудка (демпинг и др.). Шифр К 91.1 т. е. последствия желудочной хирургии

**Определение**

Последствия желудочной хирургии включают функциональные и струк­турные нарушения после резекции желудка и различных вариантов вагото-мии и анастомозов, проявляющиеся астено-вегетативным, диспептичес-ким и нередко болевым синдромами.

**Обследование** *Обязательные либираторные* ***исследования***

*Однократно*

*•* Общин анализ **крови**

• Общий анализ мочи

• Гематокрит

• Рстнкулоциты

• Сывороточное железо

• Общин билирубин

• Сахар крови и сахарная кривая

• Общий белок и белковые фракции

• Холестерин, натрий, калий и кальций крови

• Копрограмма

• Диастаза мочи

• ЩФ

• Гистологическое исследование биоптата

• Кал иа дисбактериоз

***Обязательные инструментальные исследования***

*Однократно*

*•* Эчофагогастродуоденоскопия **с биопсией**

• Ректором, июскопия

• УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы

• Электрокардиография

*Обязательные консультации специалистов:* хирург, эндокринолог. Характеристика лечебных **мероприятий**

• при демпинг-синдроме — **рациональное питание и образ жизни.** *Комбинации лекарственных средств*

1.Дсбридат 100-200 мг 3 раза в день или метеоспазмил 1 капс. 3 раза вдень, или эглоиил (сульпирид) 50 мг 3 раза в день за 30 мин до еды.

2. Имодиум (лопсрамид) по 2-4 мг после диарейного стула, но не более

12 мг в сутки.

3. Крсон или панцитрат, или мезим по одной дозе в начале еды 4-5 раз в

день.

4. Маалокс или протаб, или фосфалюгель, или другой антацидный препа­рат, или сукральфат (вентер, сукрат гель) по одной дозе за 30 мин. до еды

4 раза и день.

5. Витамины В, (I мл). В,, (1 мл), никотиновая кислота (2мл), фолиевая кислота (10 мг), аскорбиновая кислота (500 мг), оксикобаламин (200 мкг)

ежедневно по одной дозе.

По показаниям проводится зондовое энтеральное или парентеральное питание.

*Постоянная поддерживающая терапия в амбулаторных условиях* (предписание для пациента)

1) Диетический режим.

2) Полиферментные препараты (креон или панцитрат, или мезим, или панкреатин).

3) Антацидные средства (маалокс, ремагель и др.) и цитопротекторы (вен-тер, су крат гель).

4) Профилактические поливитаминные курсы.

5) Курсы антибактериальной терапии для деконтаминации тонкой кишки дважды в год.

**Сроки стационарного лечения**

— 21-28 дней, а амбулаторного — пожизненно. **Требования к результатам лечения**

1. Клинико-эндоскопическая и лабораторная ремиссия с восстановлением до нормы всех параметров

2. Неполная ремиссия или улучшение, когда симптомы болезни купируют-ся неполностью.

Это относится к тяжелому демпинг-синдрому, при котором полной и стой­кой ремиссии добиться не удается, даже при проведении адекватного ле­чения.

*Приложение 1*

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

В таблице приведены нормальные значения широко используемых лабо­раторных показателей. Значения даны в единицах, применяемых в меди­цинских учреждениях России и во многих странах мира. Отдельные вели­чины могут варьировать в зависимости от метода определения и некоторых других (факторов. Использовались общепринятые значения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПОКАЗАТЕЛЬ | ЗНАЧЕНИЯ  в обычно используемых единицах | ЗНАЧЕНИЯ в единицах СИ |
| 1 | 2 | 3 |
| Альбумин | 3,6-5 г% | 36-50 г/л |
| Аммиак плазмы | 19-43 мкмоль/л | 19-43 мкмоль/л |
| Белок общий | 6,5-8,5г% | 65-85 г/л |
| Бнлирубин общин | 0,2-1,3мг% | 3,4-22,2 мкмоль/л |
| Билирубин прямой (копъюгированный) | 0-0,2 мг% | 0-3,4 мкмоль/л |
| Витамин В,; | 200-800 пг/мл | 1,48-590 пмоль/л |
| Гаптоглобин | 44-303 мг% | 0,44-3,03 мг/л |
| Глюкоза плазмы натощак | 65-110 мг% | 3,58-6,05 ммоль/л |
| Гликозиро ванный гемоглобин | 4,4-6,3 % общего Hb | 0,044-0,063 доля гемоглобина |
| Железо общее | 50-175мкг% | 9,0-31,3 мкмоль/л |
| Желсзосвязывающая способность | 250-450 мкг% | 44,8-80,6 мкмоль/л |
| Насыщение железом трансферрина | 20-50 % насыщения | 0,20-0,50 доля насыщения |
| Калий плазмы | 3,3-4,9 мэкв/л | 3,3-4,9 ммоль/л |
| Кальций общий свободный | 8,9-10,3 мг% 4,6-5,1 мг% | 2,23-2,57 ммоль/л 1,15-1,267 ммоль/л |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| Креатинин | 0,5-1,7 мг% | 44-150 мкмоль/л |
| Магний | 1,3-2,2 мэкв/л | 0,65-1,1 ммоль/л |
| Медь (общая) | 70-155 мг% | 11,0-24,3 мкмоль/л |
| Мочевая кислота | 3,0-8,0 мг% | 179-476 мкмоль/л |
| Натрий | 135-145 мэкв/л | 135-145 ммоль/л |
| Триглицериды натощак | <250 мг% | <2,83 ммоль/л |
| Ферритан мужчины женщины | 36-262 нг/мл 10-155нг/мл | 81-590 нмоль/л 23-349 нмоль/л |
| Фолиевая кислота в плазме | 1,7-12,6 нг/мл | 3,9-28,6 нмоль/л |
| Хлориды | 97-110 мэкв/л | 97-110 ммоль/л |
| Холестерин нормальный умеренно повышенный увеличен значительно | <200 мг% 200-239 мг% >240 мг% | <5,18 ммоль/л 5,18-6,19 ммоль/л >6,22 ммоль/л |
| Холестерин ЛПВП | 27-98 мг% | 0,70-254 моль/л |
| Церулоплазмин | 21-53 мг% | 1,3-3,3 ммоль/л |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ГОРМОНЫ СЫВОРОТКИ | ЗНАЧЕНИЯ в обычно используемых единицах | ЗНАЧЕНИЯ в единицах СИ |
| Гастрин натощак | 0-130 пг/мл | 0-130 нг/л |
| Инсулин натощак | 5-25 мкЕд/мл | 36-180 пмоль/л |
| Паратиреоидный гормон | 4-9 мклЭкв/мл |  |
| Тироксин, общий (Т,,) | 3-12мкг% | 39-155 нмоль/л |
| Тироксин свободный | 1,0-2,3 нг% | 13-30 нмоль/л |
| Трийодтиронин (Тд) | 80-200 нг% | 1,2-3,1 нмоль/л |
| Тиреотропный гормон | 0,45-6,2 мкМЕ/мл | 0,45-6,2 мМЕ/л |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФЕРМЕНТЫ СЫВОРОТКИ | ЗНАЧЕНИЯ  в обычно используемых единицах | ЗНАЧЕНИЯ в единицах СИ |
| Амилаза | 35-118МЕ/Л | 0,58-1,97 мккат/л |
| Аминотрансферазы АлАТ АсАТ | 7-53МЕ/Л 14-47 МЕ/л | 0,12-0,88 мккат/л 0,18-0,78 мккат/л |
| Гамма ГТП мужчины женщины | 20-76 МЕ/л 12-54 МЕ/л | 0,33-1,27 мккат/л 0,2-0,9 мккат/л |
| КФК мужчины женщины | 30-220МЕ/Л 20-170МЕ/Л | 0,5-3,67 мккат/л 0,33-2,83 мккат/л |
| ЛДГ | 90-280 МЕ/л | 150-4,67 мккат/л |
| Липаза | 2,3-20 МЕ/л | 0,30-33,3 мккат/л |
| Щелочная фосфотаза | 38-126 МЕ/л | 0,63-2,10 мккат/л |
|  |  |  |
| БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МОЧИ | ЗНАЧЕНИЯ  в обычно используемых единицах | ЗНАЧЕНИЯ в единицах СИ |
| Амилаза | 0,04-0,30 МЕ/мин | 0,67-5,00 нкат/мин |
| Белок | 0-150 мг/сут | 0-1,50 ммоль/сут |
| Кальций | 0-250 мг/сут | 0-6,25 ммоль/сут |
| Креатинии мужчины женщины | 1,0-2,0 г/сут 0,6-1,5г/сут | 8,8-17,7 ммоль/сут 5,3-19,3 ммоль/сут |
| Оксалаты | 10-40 мг/сут | 114-145мкмоль/сут |
| Порфирины Копропорфирин Уропорфирин | 0-72 мкг/сут 0-27 мкг/сут | 0-110 нмоль/сут 0-32 нмоль/еут |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| СИСТЕМА СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ | ЗНАЧЕНИЯ  в обычно используемых единицах | ЗНАЧЕНИЯ в единицах СИ |
| Время кровотечения | 2,5-9,5 мин | 150-570 е |
| Продукты деградации фибрина | <8 мг/мл | 0-1,50 ммоль/сут |
| Протромбиновос время | 11,3-18,5с | 11,3.18,5с |
| Фибриноген | 150-360 мг% | 1,5-3,6 г/л |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ | ЗНАЧЕНИЯ  в обычно используемых единицах | ЗНАЧЕНИЯ  в единицах СИ |
| Гематокрит мужчины женщины | 40,7-50,3% 36,1-44,3% | 0,407-0,503 0,361-0,443 |
| Гемоглобин мужчины женщины | 13,8-17,2 r% 12,1-15,1 г% | 8,56-10,7 ммоль/л 7,50-9,36 ммоль/л |
| Общее число лейкоцитов | 3,8-9,8х10^101 | 3,8-9,8х10'/л |
| Лимфоциты | 1,2-3,3х10^101 | 1,2-3,3х10' /л |
| Моноциты | 0,2-0,7х103 мкл | 0,2-0,7х10'/л |
| Гранулоциты | 1,8-6,6х10^101 | 1,8-6,6х10'/л |
| Ретикулоциты | 0,5-1,5% | 0,005-0,015 |
| соэ | 0-25 мм/ч |  |
| Тромбоциты | 190-405х10^101 | 190-405х10'/л |
| Эритроциты мужчины женщины | 4,5-5,7х10" мкл 3,9-5,0х10" мкл | 4,5-5,7xl012/л 3,9-5,0х1012 /л |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ | ЗНАЧЕНИЯ  в обычно используемых единицах | ЗНАЧЕНИЯ в единицах СИ |
| IgA | 91-518 мг% | 0,91-5,18 г/л |
| IgM | 61-355 мг% | 0,61-3,55 г/л |
| IgG | 805-1830 мг% | 8,05-18,3 г/л |
| Комплемент общий | 118-226 МЕ/мл |  |
| Сз | 77-156 мг% | 0,77-15,6 г/л |
| С4 | 15-39 мг% | 0,15-0,39 г/л |