



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

№8

от 11.01.2006 г

г. Симферополь

О выполнении приказа Минздрава

Украины от 13.06.2005 г. № 271

«Об утверждении протоколов

оказания медицинской помощи

по специальности «Гастроэнтерология».

Во исполнение приказа Минздрава Украины от 13.06.2005 г. № 271 «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Гастроэнтерология»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Начальникам УОЗ, главным врачам республиканских лечебно-профилактических учреждений, ЦРБ, ЦГБ, ЦРКБ, ТМУ, Судакского и Белогорского отделов здравоохранения:

1.1. Внедрить клинические протоколы оказания медицинской помощи больным гастроэнтерологического профиля (приложение № 1) с 01.02.2006 г.

1.2. Сообщать главному гастроэнтерологу Минздрава АР Крым

Кляритской И.Л. количество зарегистрированных взрослых больных, в том числе с первично установленным диагнозом и больных, находящихся на диспансерном учете, в абсолютных числах и на 100.000 населения по следующим нозологическим единицам (приложение №2).

2. Контроль за выполнением данного приказа возложить на главного терапевта Игнатониса Й.П.

Заместитель министра Г. Михайлова

Игнатонис Й.П.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на алкогольну хворобу печінки

Код МКХ-10:

K 70.0 Алкогольна жирова дистрофія печінки K 70.1 Гострий та хронічний алкогольні гепатити K 70.2 Алкогольний фіброз печінки K 70.3 Алкогольний цироз печінки

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні, гастроентерологічні або хірургічні (у разі ускладнень) відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

При субкомпенсованому або декомпенсованому цирозі печінки, гострому та хронічному алкогольному гепатиті - стаціонарне обстеження та лікування у гастроентерологічних, терапевтичних або хірургічних (при ускладненнях) відділеннях. Медикаментозна лікування при компенсованому цирозі, хронічному гепатиті та стеатозі печінки проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.

3. Ознаки та критерії діагностики алкогольної хвороби печінки (АХП)

- Систематичне вживання алкогольних напоїв

- Ознаки алкогольної хвороби: висока толерантність алкоголю, психологічна та фізична залежність від алкогольних напоїв, алкогольна енцефалопатія, наявність алкогольних психозів в анамнезі

Соціальна деградація: часті зміни місця роботи із пониженням професії, втрата роботи, сім'ї тощо

Порушення нервово-психологічного стану: підвищена збудливість, неадекватна поведінка, тремор рук, порушення сну

Наявність жовтяниці, поширених підшкірних вен, пальмарної еритеми, судинних зірочок, одутловатість обличчя, збільшення білявушних залоз, витончення

волосся, сірий або ціанотичний відтінок шкіри, гінекомастія, збільшення розмірів живота

Наявність діагностичних критеріїв окремих форм АХП (стеатоз, гепатит, цироз, фіброз)

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Лабораторна діагностика при АХП:

- білірубін та його фракцій в сироватці крові, АсАт, АлАт, ГГТ, ЛФ - одноразово

- загальний білок та білкові фракції - одноразово

- сечовина та креатинін крові - одноразово

- глюкоза крові - одноразово

- клінічний аналіз крові та сечі - одноразово

- коагулограма - одноразово

- вміст холестерину крові та ліпопротеїдів крові - одноразово

- визначення НВsAg - одноразово

- визначення групи крові та резус-фактору - одноразово

Інструментальні та інші методи діагностики АХП:

- Ультразвукове дослідження печінки - одноразово

Лікування:

Алкогольна жирова дистрофія печінки

- Відмова від вживання алкоголю, дієта, повноцінна по вмісту білку, з підвищеним вмістом вітамінів, ліпотропних факторів

Гепатопротектори (рослинні, препарати есенціальних фосфоліпідів, метіонину, ліпоєвої або урсодезоксихолевої кислоти) протягом 3-6 місяців

Алкогольний фіброз печінки
Хворих з алкогольним фіброзом лікують в амбулаторних умовах. Основою лікування є відмова від алкоголю та повноцінне харчування. Додатково можна призначити вітамінні середники та метаболіти.

Алкогольний гепатит

- Відмова від вживання алкоголю, дієта, повноцінна по вмісту білку, з

підвищеним вмістом вітамінів, ліпотропних факторів

- Кортикостероїди всередину 4-6 тижнів з поступовим зниженням дози до повної відміни

- Гепатопротектори 1-2 місяці

При холестатичній формі алкогольного гепатиту:

- Урсодезоксихолева кислота протягом 1-6 міс.

При печінковій недостатності:

- Зменшення вживання білку до 10-30 г/добу

- Інфузійна терапія

- Гепатопротектори

- Препарати амінокислот

- Пробиотики

При розвитку прекоми або коми:

- Пробиотики

- Антибіотики

При набряко-асцитичному синдромі:

- Білкові препарати

- Сечогінні

Алкогольний цироз печінки

Лікування аналогічне лікуванню алкогольного гепатиту. Додатково призначають:

- Антисекреторні препарати для профілактики симптоматичної виразки

- Антибіотики при розвитку прекоми або коми

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

- Пункційна біопсія печінки - одноразово

Лікування:

- Парацетез та осмотичні диуретики при рефрактерному асциті

- Хірургічні методи лікування (перитонеовенозний шунт, транс'югулярний

черезпечінковий шунт, трансплантація печінки)

- При розвитку кровотечі із варикозно-розширених вен стравоходу:

- В перші 1-2 дні голод

- Очисні клізми

- Гемостатична терапія

- Препарати соматостатину

- ІПП парентерально

- Пробиотики
- Антибіотики
- Зменшення дози сечогінних
- Балонна тампонада (зондом Блекмора) - при неефективності консервативної терапії

Після припинення кровотечі із варикозних вен стравоходу та шлунка для зниження портального тиску та профілактики повторних кровотеч - прийом (3-адреноблокаторів: пропранололу або нітратів, а також препаратів соматостатину, вазопресину. Після першої кровотечі із варикозних вен стравоходу та шлунка слід вирішити питання про хірургічне лікування: накладання лігатур на венозні вузли, склеротерапію, трансплантацію печінки.

6. Середня тривалість лікування:

Середня тривалість стаціонарного лікування - 3-4 тижні (в залежності від клінічної форми АХП).

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Критеріями ефективності лікування є нормалізація загального стану хворого, біохімічних показників функціонального стану печінки, перевід хворого в компенсований стан, відсутність ускладнень.

8. Реабілітація

Тривала дієта №5, відмова від алкоголю, прийому гепатотоксичних ліків. Обмеження фізичних навантажень.

9. Диспансерне спостереження

Усі хворі на алкогольні цирози печінки підлягають активному диспансерному нагляду з періодичним обстеженням 1 раз у 6-12 місяців (УЗД печінки, біохімічні проби печінки).

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ)

Код МКХ-10:

К 21 Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба К 21.0 Шлунково-стравохідний рефлюкс з езофагітом К 21.9 Шлунково-стравохідний рефлюкс без езофагіту К 22.1 Пептична виразка стравоходу

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні, гастроентерологічні та

хірургічні (при хірургічних ускладненнях) відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватись та обстежуватись амбулаторно. Невелика частина хворих з ускладненнями ГЕРХ (пептичні виразки, стриктури, кровотеча), наявністю тяжкої соматичної супутньої патології, при необхідності ендоскопічного лікування ГЕРХ потребує лікування в умовах гастроентерологічного або хірургічного стаціонару (2-4 тижні).

3. Критерії діагностики захворювання

Клінічні ознаки:

Характерними типовими симптомами ГЕРХ є печія та відрижка кислим (регургітація).

Важливо! Пацієнти, в яких симптоми заявляються з частотою 2 рази на тиждень протягом 4-8 тижнів та більше, повинні розглядатись як ті, що мають ГЕРХ.

Відсутність типових симптомів не виключає діагноз ГЕРХ. Критерії діагностики:

- Тест з інгібітором протонної помпи (ІПП)

Попередній діагноз ГЕРХ може бути поставлений пацієнту на основі типових симптомів, після чого повинно бути призначено емпіричне лікування одним із ІПП у повній дозі. Ефективність двотижневого курсу лікування ІПП є непрямим підтвердженням діагнозу ГЕРХ. При застосуванні нових сучасних ІПП (езомепразол, рабепразол, пантопразол), ефективність тесту можна оцінювати на 5-7 день.

- Ендоскопічне підтвердження

езофагіту

- Позитивні результати 24-годинного стравохідного рН-моніторингу (при неерозивній ГЕРХ)

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

- ЕКГ - одноразово
- Тест з ІПП - одноразово

Лікування:

Лікування ГЕРХ поділяється на 2 фази:

- Перша фаза - початкове (ініціальне) лікування ГЕРХ у стадії загострення, що

ставить за мету загаснення ерозивного езофагіту, повне купування клінічних проявів.

- Друга фаза - тривале лікування, що має за своє основне завдання підтримання ремісії.

Мінімальна тривалість ініціального лікування при неерозивній ГЕРХ - 4 тижні з подальшим переходом на дозу, яка підтримує ремісію, ще, як мінімум, протягом 4 тижнів. При ерозивній ГЕРХ тривалість ініціального лікування повинна становити від 4 до 12 тижнів, залежно від ступеня езофагіту з наступним тривалим призначенням однієї зі схем тривалої терапії. Загальноприйнятою стратегією лікування ГЕРХ є стратегія лікування антисекреторними препаратами Step-down: початкове призначення подвійних або стандартних доз ІПП протягом 4-8 тижнів (залежно від важкості ГЕРХ або НЕРХ) з подальшим переходом на тривале лікування за різними схемами. Альтернативними методами лікування є ендоскопічні та хірургічні методи лікування. Тривале лікування ГЕРХ може проводитись у 3-х варіантах:

1. Тривалий щоденний прийом ІПП у протирецидивних дозах;

2. Терапія «за вимогою»: прийом ІПП у повній дозі коротким 3-5-денним курсом при поновленні симптоматики;

3. Терапія «вихідного дня»:

прийом ІПП у протирецидивній дозі два дні на тиждень

(наприклад, субота та неділя).

4. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

- Ендоскопія показана:

1. При неефективності емпіричного лікування

2. При наявності тривожних симптомів

3. Хворим старшим за 40 років

4. При тривалому анамнезі хвороби (5 років та більше)

5. У випадку спірного діагнозу або при наявності атипичних симптомів

6. У комплексі передопераційної підготовки.

- Хромоендоскопія з метиленовим синім:

Показана пацієнтам з анамнезом захворювання 5 років та більше для виявлення ділянок кишкової метаплазії (стравоходу Барретта), з подальшою біопсією цих ділянок.

- Біопсія:

1. Показана, якщо при верхній ендоскопії виникла підозра на кишкову метаплазію, незалежно від тривалості анамнезу хвороби

2. Повинна виконуватись у пацієнтів з виразковим ураженням стравоходу та/або його стенозом, а також у випадку підозри на нерезфлюксну етіологію езофагіту

3. Не показана пацієнтам з ерозивним езофагітом при відсутності показань, що перераховані у пунктах 1 та 2.

- 24-годинний внутрішньостравохідний рН-моніторинг:

Основний метод підтвердження ГЕРХ, що дає змогу довести зв'язок симптомів (як типових, так і атипичних) із шлунково-стравохідним рефлюксом.

- Рентгенологічне обстеження стравоходу (при підозрі на діафрагмальну кілу)

- рН-моніторинг за допомогою радіотелеметричної системи „ВГЗУО» має ряд

переваг перед традиційним зондовим методом

- Тест на *Helicobacter pylori* (Нр) - одноразово

Виявлення та ерадикація Нр-інфекції показані у випадку необхідності тривалої терапії за допомогою ІПП.

- Загальний аналіз крові та біохімічні дослідження - одноразово

При неефективності лікування протягом 2-х тижнів необхідно проводити ЕГДС та рН-моніторинг. При підтвердженні діагнозу доза ІПП збільшується - призначається прийом їх стандартної дози два рази на добу з інтервалом в 12 годин, інколи додатково призначаються прокінетики. У випадках нічного «прориву» кислотності, підтвердженого даними рН-моніторингу, показано додаткове до подвійної дози ІПП застосування Н2-гістаміноблокаторів у стандартній дозі. При наявності жовчного рефлюксу показано застосування урсодезоксихолевої кислоти або цитопротекторів.

Ендоскопічне та хірургічне лікування ГЕРХ та стравоходу Барретта Хірургічне або ендоскопічне лікування ГЕРХ може бути рекомендовано пацієнту у наступних випадках:

- Необхідність тривалої медикаментозної терапії

- Недостатній ефект медикаментозного лікування

- Діафрагмальна кіла, великий об'єм рефлюксату

- Ускладнена ГЕРХ (кровотеча, стриктури, СБ, рак стравоходу)

- Повторні аспираційні пневмонії

- Особисте бажання пацієнта

6. Середня тривалість початкового лікування - 1-3 міс. (залежно від форми ГЕРХ та важкості езофагіту)

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Основні критерії ефективності лікування - загоєння ерозив-

них уражень стравоходу, зникнення печії, поліпшення якості життя. Частота рецидивування протягом першого року після вдалого завершення лікування становить 39-65% для ерозивної ГЕРХ та 78-91% для неерозивної ГЕРХ, що обумовлює необхідність тривалої підтримуючої терапії.

7. Реабілітація

- Загальні рекомендації по дієті при ГЕРХ:

- Після прийому їжі уникати нахилів уперед та не лягати

- Уникати надмірних прийомів їжі, не їсти за 2 - 3 години до сну

- Уникати прийому продуктів, що знижують тонус НСС та подразнюють СО стравоходу (жирна їжа, кислі соки, алкоголь, кава, шоколад та ін.)

Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації

- Спати з піднятим головним кінцем ліжка не менше, ніж на 15 см

- Не носити тісну одягу та тугі паски

- Уникати підняття ваги понад 8-10 кг, перенапруження черевного пресу та роботи, пов'язаної з нахилами тулуба уперед

- Боротьба з надмірною вагою

- Кинути палити

- Уникати прийому провокуючих рефлюкс ліків

8. Диспансерне спостереження

Диспансерному нагляду підлягають хворі з тривалою печією (більше 10 років), ерозивними формами ГЕРХ, стравоходом Барретта. У випадках стравоходу Барретта тактика лікування визначається ступенем дисплазії епітелію. При дисплазії низького ступеня слід призначати ІПП в подвійній дозі не менше, ніж на 3 міс. з подальшим зниженням їх дози до стандартної. Ендоскопічний контроль з повторними біопсіями слід проводити кожен рік. Для пацієнтів з виявленою дисплазією високого ступеня повинно

бути виконано ще одне ендоскопічне дослідження з множинною біопсією (особливо зі змінених ділянок СО, виявлених при хромоендоскопії) для пошуку інвазивного раку. Якщо в результаті цих досліджень виявлена поширена дисплазія високого ступеня, рекомендується ендоскопічне лікування (ендоскопічна резекція СО) або навіть хірургічне втручання - езофагоектомія.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на диспепсію

Код МКХ-10:

КЗО Диспепсія

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів, в рефрактерних випадках - психосоматичні відділення.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватись та обстежуватись амбулаторно. У деякої частини хворих при неефективному первинному лікуванні можливе короточасне (1 тиждень) стаціонарне дообстеження у гастроентерологічних або загальнотерапевтичних відділеннях. Невелика частина хворих з функціональною диспепсією (ФД) при відсутності достатнього ефекту від амбулаторного лікування може потребувати госпіталізації у психосоматичний стаціонар протягом 2 тижнів.

3. Критерії діагностики захворювання

Критерії діагностики необстеженої диспепсії

Визначаються даними додаткових інструментальних досліджень, характерних для того чи іншого органічного (пептична виразка, ГЕРХ, біліарна патологія, панкреатити, пухлини шлунку або підшлункової залози, прийом НПЗП) або функціонального (функціональна диспепсія).

Важливе значення має своєчасне виявлення «тривожних сим-

птомів» або «симптомів червоних прапорів» - дисфагії, блювоти (особливо з домішками крові), мелени, лихоманки, немотивованої втрати маси тіла, анемії, лейкоцитозу, підвищеного ШОЕ), що, як правило, свідчить про серйозну органічну патологію. У таких випадках всебічне обстеження обов'язкове. Якщо після проведення всебічного ретельного обстеження органічних причин диспепсії встановити не вдається, ставиться діагноз ФД. Таким чином, ФД — діагноз виключення.

Критерії діагностики функціональної диспепсії (Римські критерії II)

Наявність за останні 12 місяців, протягом не менш 12 тижнів (не обов'язково послідовних), таких симптомів:

1. Персистивні або рецидивні класичні симптоми диспепсії (біль або дискомфорт у центральній ділянці верхньої частини живота), а також

2. Відсутність доказів наявності органічного захворювання (в першу чергу після проведення ендоскопії), що дає змогу пояснити наявні симптоми; а також

3. Відсутність симптомів, які свідчать про зв'язок диспепсичних симптомів з порушенням функції кишківника (зменшення або виникнення симптомів після дефекації чи їх зв'язок зі змінами частоти та форми стулу, тобто виключення синдрому подразненої кишки).

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

· Загальний аналіз крові та біохімічні дослідження - одноразово

· Аналіз калу на приховану кров - одноразово

· ЕГДС з біопсією (строго обов'язкова у країнах з високою поширеністю раку

шлунку, після 45 років, при наявності тривожних симптомів) - одноразово

Встановлення інфікування Н.

pylogi - 13С-сечовинний дихальний тест, швидкий уреазний тест, серологія - одноразово

· УЗД органів черевної порожнини (для виключення біліарної та

панкреатичної патології) - одноразово

Лікування:

Терапія першої лінії:

4.1. Виразкоподібний варіант:

· Монотерапія кислотознижувальними препаратами:

· Алюмінієво-магнієві антациди (протягом 2-4 тижнів)

або

· Н₂-гістаміноблокатори (протягом 2-4 тижнів)

або

· Інгібітори протонної помпи (ППІ) протягом 2-4 тижнів

або

· Ерадикація Нр-інфекції в Нр-позитивних випадках („потрійна»

терапія відповідно до рекомендацій Маастрихтського консенсусу 2-

2000 протягом 7 днів):

NB! Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведений контроль за ерадикацією Н. pylogi за допомогою дихального тесту з ¹³С-сечовиною або визначення фекального антигену Нр.

· За відсутності ерадикації Нр - друга лінія лікування Нр-інфекції

відповідно до рекомендацій Маастрихтського консенсусу 2-2000

протягом 7-10 днів

4.2. Дисмоторний варіант ФД:

· Монотерапія прокінетиками протягом 2-4 тижнів

4.3. Неспецифічний варіант

· Монотерапія кислотознижувальними препаратами

або

· Монотерапія прокінетиками (див. вище)

або

· Ерадикація Нр-інфекції („потрійна» терапія протягом 7 днів - див. вище)

5. Перелік і обсяг медичних

послуг додаткового асортименту
Діагностика:

- Іригоскопія (колоноскопія) - одноразово
- Інтрагастральна та внутріштравохідна рН-метрія (моніторингування для

виключення ГЕРХ та НЕРХ)

- одноразово

- УЗД щитоподібної залози, органів малого тазу - одноразово
- Дослідження гастродуоденальної моторики:

- Ультразвукове визначення швидкості випорожнення шлунку
- ІЗС-октаноевий дихальний тест

· Відеоендоскопічна капсула
Лікування:

Терапія другої лінії (резервна) при неефективності вищезазначених методів (можливо у психосоматичному відділенні):

- Антидепресанти
- Цитопротектори
- Антагоністи 5НТЗ-рецепторів
- Спазмолітики
- Вітрогінні засоби
- Протизапальні рослинні засоби
- Різні види психотерапії під наглядом психотерапевта

6. Середня тривалість лікування - 2-4 тижні (залежить від варіанту перебігу, супутніх функціональних розладів нервової системи)

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Основні критерії ефективності лікування - виліковування хворого, зменшення або зникнення симптомів диспепсії, ерадикація інфекції *H. pylori* (контролюється за допомогою ІЗС-сечовинного дихального тесту), поліпшення якості життя. Приблизно у 30% хворих настає спонтанне виліковування. У більшості хворих, на жаль, вірогідність рецидиву симптомів після успішного курсового лікування досить велика. Незважаючи на відсутність органічної патології, у таких

пацієнтів суттєво страждає якість життя, що нерідко потребує тривалої або постійної терапії або терапії «за вимогою» в амбулаторних умовах.

8. Реабілітація

Індивідуальний дієтичний режим (з виключенням або обмеженням індивідуально неприйнятних продуктів), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується куріння та алкоголь. Санаторно-курортне лікування (курорти Закарпаття, Миргород).

9. Диспансерне спостереження

Диспансеризації не підлягають.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ)

МКХ-10:

K 80 Жовчнокам'яна хвороба

K 80.0 Камені жовчного міхура з гострим холециститом.

K 80.1 Камені жовчного міхура з іншим холециститом

K 80.2 Камені жовчного міхура без холециститу (холецистолітіаз)

K 80.3 Камені жовчної протоки (холедохолітіаз) з холангітом

K 80.4 Камені жовчної протоки з холециститом (холедохо- та холецистолітіаз)

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні, гастроентерологічні та хірургічні відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватися медична допомога.

Обов'язковій госпіталізації в хірургічні відділення в ургентному порядку підлягають хворі з ускладненими формами ЖКХ, у плановому порядку - хворі для проведення планової холецистектомії. Стаціонарне обстеження та лікування у хірургічних або гастроентерологічних відділеннях

можливе при загостреннях ЖКХ. Тривале медикаментозне лікування препаратами жовчних кислот проводиться в амбулаторних умовах.

3. Критерії діагностики захворювання

- Приступи жовчної коліки
- Наявність конкременту/конкрементів у жовчному міхурі або жовчних протоках при УЗД (або КТ, ЕРХПГ)

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові - одноразово;
- Цукор крові - одноразово;
- Загальний білірубін та його фракції - одноразово;
- АЛТ, АСТ, ЛФ, ГГТП - одноразово;

- Холестерин крові, ліпидограма крові - одноразово;
- Загальний аналіз сечі, копрограмма - одноразово;

- Група крові, резус-фактор - одноразово;

Інструментальна діагностика:

- УЗД черевної порожнини - основний та найбільш-ефективний метод діагностики

ЖКХ у клінічній практиці (виявляють наявність каменів в жовчному міхурі, потовщення стінок жовчного міхура, деформацію жовчного міхура, «відключений»

жовчний міхур, розширення жовчних протоків) - одноразово;

- Рентгенологічне дослідження черевної порожнини (для виявлення

рентгенконтрастних каменів)

- одноразово;

- ЕГДС - одноразово;
- ЕКГ - одноразово;

Лікування:

1. Хірургічне лікування: лапароскопічна холецистектомія („золотий» стандарт) або відкрита холецистектомія. Консультація хірурга обов'язкова у всіх випадках. При жовчнокам'яній хворобі рекомендовано оперативне

втручання або в плановому порядку (тоді ймовірність післяопераційних ускладнень зменшується) або за життєвими показаннями.

або

2. Пероральний медикаментозний літоліз препаратами жовчних кислот (при наявності холестеринових рентгенпрозорих конкрементів загальним розміром не більше 15 мм при збереженій скорочувальній функції жовчного міхура - доступний не більше ніж у 20% хворих):

- Урсодезоксіхіолева кислота протягом 6-18-24 міс. (ймовірність рецидиву після розчинення каменів - 50%) Показання до оперативного втручання: Абсолютні показання до холецистектомії:

- Гострий холецистит та інші хірургічні ускладнення

- Часті рецидивуючі жовчні коліки

- Нефункціонуючий жовчний міхур

- Холедохолітиаз

- Панкреатит

- Підозра на рак жовчного міхура

Відносні показання до операції:

- Хронічний калькульозний холецистит з симптомами

- Протипоказання до медикаментозного літолізу

Протипоказання для консервативного лікування ЖКХ:

- Ускладнена ЖКХ, в тому числі гострий та хронічний холецистит

- Відключений жовчний міхур

- Часті жовчні коліки

- Вагітність

- Виражене ожиріння

- Супутні захворювання (виразкова хвороба, хронічний панкреатит, цукровий

діабет, запальні захворювання кишечника - хвороба Крона та НВК)

- Хронічна діарея

- Рак жовчного міхура

- Пігментні або кальцино-

вані конкременти

- Будь-які конкременти розміром більше 15 мм

- Множинні конкременти, що займають більше 50% просвіту жовчного міхура

- Неспроможність тривало (6-24 міс.) приймати медикаменти

3. Постійне дотримання дієти, симптоматичне лікування легких приступів жовчної коліки (спазмолітики всередину, в/м та в/в, селективні антагоністи Ca)

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

- Аналіз калу на еластазу-1;

- Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (при підозрі на холедохолітиаз) - одноразово;

- КТ органів черевної порожнини (більш точно виявляє щільність конкрементів) - одноразово;

- Пероральна або в/в холецистографія (чутливість 30-60%) - у теперішній час

застосовується рідко;

- Колоноскопія.

Лікування:

1. Екстракорпоральна літотрипсія крупних конкрементів з понаступним медикаментозним літолізом препаратами жовчних кислот.

6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість хірургічного лікування - 4-10 днів (в залежності від типу операції). Середня тривалість медикаментозного літолізу - 12-18 міс.

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Розчинення конкрементів (при медикаментозному літолізі) та позбавлення від симптомів ЖКХ (після холецистектомії), відсутність ускладнень ЖКХ.

8. Реабілітація

Після оперативного втручання - індивідуальний дієтичний режим (часте дрібне харчування з виключенням або обмеженням

індивідуально несприйнятних продуктів, жирної, смаженої їжі - дієта №5), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується алкоголь. Санаторно-курортне лікування після операції при стійкій ремісії (Моршин, Трускавець, Свалява, Кавказькі Мінеральні Води, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Куяльник).

9. Диспансерне спостереження

Хворі з ЖКХ підлягають диспансерному нагляду 1 раз на рік. Після вдалого медикаментозного літолізу - ультразвуковий моніторинг рецидиву жовчних каменів 1 раз на 6 міс, при появі рецидиву - повторне лікування.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на неспецифічний виразковий коліт

(НВК)

Код МКХ-10:

K51 Виразковий коліт

51.0 Виразковий ентероколіт

51.1 Виразковий ілеоколіт

51.2 Виразковий проктит

51.3 Виразковий ректосигмоїдіт

51.4 Псевдополіпоз кишки

51.5 Слизовий проктоколіт

51.8 Інші форми

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні, гастроентерологічні або проктологічні відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих з загостреннями НВК лікується стаціонарно. Тривалість стаціонарного лікування (3-6-8 тижнів) залежить від ступеня важкості та наявності ускладнень, в основному показано при важких та середньоважких формах в стадії загострення, обов'язково - при гострому перебігу. Легкі форми НВК (проктит, проктосигмоїдит) можуть лікуватись амбулаторно.

Тривале протирецидивне лікування проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.

3. Ознаки та критерії діагностики захворювання

- Характерні симптоми:
- Діарея з домішками крові та слизу
- Біль у животі
- Тенезми
- Субфебрильна температура тіла
- Негативні результати повторних бактеріологічних посівів калу
- Ендоскопічне та морфологічне підтвердження дифузного запалення

слизової з геморагіями та/або виразковими ділянками

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

Лабораторні та інструментальні дослідження

Загальний аналіз крові (визначення ШОЕ, числа еритроцитів та гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів) - неодноразово при тяжкому перебігу

- Загальний білок та білкові фракції - неодноразово при тяжкому перебігу

- Цукор крові — двічі
- Печінкові та ниркові проби - неодноразово при тяжкому перебігу

- С-реактивний протеїн (кількісне визначення) - неодноразово при тяжкому перебігу

- Група крові та резус-фактор - одноразово

- Копрограма - двічі
- Повторні посіви калу на патогенну мікрофлору та яйця глист (для виключення інфекційної або паразитарної природи)

- Загальний аналіз сечі - одноразово

- Ендоскопічне обстеження з морфологічним дослідженням біоптатів -

«золотий стандарт» діагностики - проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу. При підозрі на токсичну дилатацію

кишки проводити не можна.

- Морфологічне дослідження біоптатів: виявляє запальну інфільтрацію переважно слизової оболонки, іноді - підслизової основи, набряк слизової оболонки та крововиливи у її строму, криштабсцеси, поверхневі виразки, зникнення бокалоподібних клітин
- ЕКГ - одноразово
- Рентгеноскопія органів грудної клітини - одноразово
- УЗД органів черевної порожнини - одноразово

Лікування:

При загостренні

- 5-аміносаліцилати та/або
- Топічні стероїди протягом 2 міс. та/або
- Системні стероїди - протягом 2 міс.

Симптоматичне лікування полягає у застосуванні антидіарейних засобів (не можна застосовувати при важкому перебігу та загрозі токсичної дилатації кишки), дієти з підвищеним вмістом білка, застосуванні препаратів крові (при кровотечі, анемії), електролітних розчинів (при тяжкому перебігу), заліза, повного парентерального харчування (при важкому перебігу).

В ремісії

- 5-аміносаліцилати (тривалість підтримуючого лікування не обмежена).

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

- Рентгенологічне дослідження: іригоскопія не повинна проводитись на висоті

проявів НВК, за виключенням тих випадків, коли діагноз залишається

неясним. Після купування гострих симптомів іригоскопія проводиться в

основному для визначення розповсюдженості процесу.

Лікування:

- Імуносупресори
 - Антибактеріальні препарати
 - Антицитокінові препарати
- Згідно більшості консенсусів,

прийнятих у різних регіонах земної кулі, «золотим стандартом» лікування НВК є медикаментозна терапія. Хірургічне втручання залишається лише резервом для лікування ускладнених форм, рефрактерних до консервативної терапії. Показаннями до оперативного лікування (потреба в хірургічному лікуванні виникає приблизно у 20% випадків) є:

Абсолютні показання:

- Перфорація
- Непрохідність кишківника
- Токсична дилатація кишки
- Абсцес
- Кровотеча
- Тяжка дисплазія або раковинна товсті кишки

Відносні показання:

- Нефективність консервативної терапії (інтенсивна терапія: в/в введення стероїдів та імуносупресорів) при блискавичному перебігу у дуже важких

випадках протягом 5-7 днів

- Свищі
- Легка дисплазія епітелію

6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість курсового стаціонарного лікування - 3-6 тижнів.

7. Критерії ефективності лікування

Ліквідація (зменшення) симптомів захворювання та досягнення клінічної та ендоскопічної ремісії. Повного одужання без радикального хірургічного лікування (колектомія) не настає, хоча взагалі прогноз для хворих НВК при ефективності аміносаліцилатів та стероїдів благоприємний. Ефективність аміносаліцилатів оцінюють на 14-21-й день терапії, кортикостероїдів - на 7-21-й день, імуносупресорів - через 2-3 міс.

8. Реабілітація

Хворі з легкими формами є трудоздатними, але їм рекомендується додержуватись режиму праці та відпочинку, забороняється або значно обмежується алкоголь. Хворі з середньоважкими

формами обмежено трудоздатні, хворі з важкими формами та прооперовані хворі є інвалідами 2 групи.

9. Диспансерне спостереження

Підлягають постійному диспансерному нагляду 1 раз у 6 міс. Після досягнення клініко-ендоскопічної ремісії проводиться тривала протирецидивна терапія (роками) аміносаліцилатами або імуносупресорами. Вторинна профілактика направлена на запобігання провокуючих загострення факторів, найбільш значимими з яких є інтеркурентні інфекції верхніх дихальних шляхів та кишечника, прийом нестероїдних протизапальних засобів та стреси. Через 8 років при тотальному НВК та 10 років при лівобічному НВК навіть у стані ремісії проводяться повторні колоноскопії з біопсіями через 1-4 роки в залежності від наявності або відсутності дисплазії слизової оболонки кишки.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на неускладнену виразкову хворобу та інші пептичні виразки шлунку та/або 12-палої кишки

Код МКБ-10:

K25 Пептична виразка шлунку

K26 Пептична виразка 12-палої кишки

K27 Пептична виразка не уточненої локалізації

K28 Гастроєюнальна виразка

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих з неускладненими пептичними виразками повинна лікуватись та обстежуватись амбулаторно. Показаннями для госпіталізації (протягом 10-14 днів) є:

- Підозра на ускладнення виразкової хвороби (ВХ)

- Вперше виявлені пептичні виразки при відсутності можливості амбулаторного обстеження

- ВХ з різко вираженим болювим та диспепсичним синдромом, що погано піддається лікуванню в амбулаторних умовах

- ВХ при наявності супутньої патології

- Проведення антигелікобактерної терапії при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій

3. Ознаки та критерії діагностики захворювання

Критерії діагностики:

- Ендоскопічно підтверджений виразковий дефект у 12-палій кишці або шлунку (доброякісність шлункової виразки повинна бути підтверджена морфологічним дослідженням множинних біоптатів)

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

- Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) - «золотий стандарт» діагностики - проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу

(при дуоденальних виразках - одноразово для діагностики, при виразках шлунку - проводиться повторно для контролю за загоєнням виразки)

- Біопсія слизової оболонки (СО) для проведення:

- Швидкий уреазний тест (антральний відділ шлунку) - експрес-діагностика Нр-інфекції у ендоскопічному кабінеті

- Морфологічне дослідження СО (по 2 біоптати з антрального відділу та тіла шлунку) - для діагностики наявності інфекції Н. рурогі (Нр), атрофії, дисплазії або неоплазії, виключення рідких та атипичних причин виразок СО

- Тест на наявність інфекції Н. рурогі - строго обов'язково у кожного хворого з пептичною виразкою (¹³С-сечовинний дихальний тест, швидкий уреазний тест, серологія) - одноразово

- Загальний аналіз крові - од-

норазово

- Аналіз калу на скриту кров - одноразово

Лікування:

1. При виразковій хворобі (пептичних виразках, пов'язаних з Нр-інфекцією) основною стратегією лікування є проведення „потрійної» антигелікобактерної терапії протягом 7 днів у відповідності до Маастрихтського консенсусу 2-2000.

NB! Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведено контроль за ерадикацією Н. рурогі за допомогою дихального тесту з ¹³С-сечовиною або визначення фекального антигену Нр.

При відсутності ерадикації Нр - друга лінія лікування у відповідності до

Маастрихтського консенсусу 2-2000.

Примітка:

* після проведення потрійної терапії більшість практичних лікарів призначає «долікування» антисекреторним засобом (ППІ або Н2-гістаміноблокатором) у стандартній дозі протягом 2-х тижнів (при виразках 12-п.к.) або 3-6 тижнів (при виразках шлунку), хоча сам Маастрихтський консенсус цього спеціально не рекомендує

2. При Нр-негативних пептичних виразках основною стратегією лікування є призначення антисекреторних препаратів:

ППІ протягом 3-4 тижнів при дуоденальних виразках, 4-8 тижнів - при виразках шлунку або: Н2-гістаміноблокатори протягом 3-4 тижнів при дуоденальних виразках, 4-8 тижнів - при виразках шлунку (у теперішній час у вигляді монотерапії застосовуються рідко) або: Локальнодіючі препарати (у вигляді монотерапії застосовуються рідко, в основному, при виразках шлунку)

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

- Рентгенологічне дослідження шлунку - при наявності ЕГДС у

теперішній час практично повністю втратило своє значення при неускладненій ВХ та застосовується, в основному, при підозрі на наявність ускладнень, в першу чергу - при стенозі вихідного відділу шлунку

- Дослідження секреторної функції шлунку (інтрагастральна рН-метрія) - має значення для вибору оптимальної схеми лікування

- УЗД ОЧП
- Біохімічне дослідження крові
- Визначення групи крові, резус-фактору
- Коагулограма

6. Середня тривалість лікування - 14-28 днів (в залежності від локалізації виразки).

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Кардинальна кінцева мета лікування - виліковування хворого шляхом проведення етіологічного лікування та усунення основної причини (в першу чергу - Нр-інфекції), а також швидке купування симптомів захворювання, досягнення загоєння виразки, попередження розвитку рецидивів та ускладнень, добра переносимість та безпека лікування, зменшення термінів лікування, частих повторних (контрольних) ЕГДС (при дуоденальних виразках) та госпіталізації.

Вдала антигелікобактерна терапія Нр-позитивних виразок сприяє повному одужанню у 80-85% випадків, як правило, частота рецидивів виразки не перевищує 6%, частота ускладнень - 2-4%. Прогноз погіршується при невдалих спробах повторної ерадикації Нр, наявності ускладнень, особливо - при підозрі на малігнізацію. У випадку, якщо ерадикації Н. рулогі не наступило, незважаючи на її загоєння, то при відсутності подальшого лікування рецидив дуоденальної виразки протягом найближчих місяців, як правило, виникає у 50-70% хворих. Рецидиви пов'язані або з неповно

проведеною ерадикацією (частіше за всього), або з реінфекцією (у розвинутих країнах рідко), або з дією іншого етіологічного фактору (частіше за всього - застосування НПЗП), або має місце комбінована етіологія пептичної виразки.

NB! Хірургічному лікуванню підлягають тільки ускладнені пептичні виразки: перфорація; кровотеча, яка погано контролюється методами сучасного ендоскопічного гемостазу та парентеральним застосуванням антисекреторних препаратів (ППП, H2-гістаміноблокатори); стеноз; пенетрація; підозра на малігнізовану виразку шлунку.

8. Реабілітація

Індивідуальний дієтичний режим (з виключенням або обмеженням індивідуально неприйнятних продуктів), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Не слід застосовувати НПЗП, обмежується паління та алкоголь. Санаторно-курортне лікування (курорти Закарпаття).

9. Диспансерне спостереження

Диспансеризації підлягають хворі з виразками шлунку та атрофічним гастритом. Після загоєння доброякісних виразок шлунку доречно провести контрольні ЕГДС через 3 та 6 міс. При наявності атрофії слизової оболонки шлунку - повторні ЕГДС з біопсією для моніторингу можливої появи передракових змін 1 раз в 2-3 роки.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на синдром подразненої кишки (СПК)

Код МКХ-10: K58 Синдром подразненої кишки

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватися медична допомога.

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватись та обстежува-

тись амбулаторно. У деякої частини хворих при неефективності первинного лікування можливе короткочасне (1 тиждень) стаціонарне дообстеження для виключення органічної патології у гастроентерологічних або загальнотерапевтичних відділеннях. Невелика частина хворих з СПК при відсутності достатнього ефекту від амбулаторного лікування може потребувати госпіталізації у психосоматичний стаціонар протягом 2 тижнів.

3. Ознаки та критерії діагностики захворювання

СПК - діагноз виключення, він в першу чергу потребує виключення органічних захворювань.

Римські критерії II синдрому подразненої кишки

Протягом 12 та більше тижнів за останні 12 міс. абдомінальний дискомфорт або біль у поєднанні з двома з трьох нижченаведених симптомів:

- Полегшення після дефекації та/або
- Початок поєднується зі змінами частоти стула та/або
- Початок поєднується зі змінами консистенції стула

Нижченаведені симптоми підтверджують наявність СПК, якщо займають більше чверті доби:

- Зміна частоти стула (більше 3-х разів на день або менше 3-х разів на тиждень)
- Зміна форми стула (комковатий/твердий або неоформлений рідкий)
- Порушення акту дефекації (затруднення, неутримання або почуття неповної дефекації)
- Виділення слизу з калом
- Почуття здуття та розпирання у животі

Діагноз СПК ставиться при наявності болі та трьох з останньої групи симптомів. СПК може супроводжуватись також іншими симптомами.

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

· Загальні клінічні та біохімічні аналізи - одноразово

Не менше, ніж 3-х-кратне дослідження калу на приховану кров, яйця глист, паразити, лейкоцити, вільний жир

· Посіви калу на патогенну мікрофлору (для виключення інфекційної природи) - одноразово

· Колоноскопія - одноразово

· УЗД ОЧП - одноразово

Лікування:

Терапія першої лінії

· Загальні заходи:

· Пояснення пацієнту можливих причин та механізмів розвитку кишкових розладів о Ведення пацієнтом індивідуального щоденника

· Рекомендації по харчуванню з урахуванням домінуючого варіанту СПК:

· При переважанні діареї:

Обмеження грубих харчових волокон; виключення сорбітолу, фруктози, кофе, алкоголю, газованих напоїв; продуктів, підсилюючих газоутворення (молока, капусти, бобових)

· При переважанні закрепів:

· Дієта з високим вмістом рослинної клітковини, висівок

· Медикаментозна терапія:

· При переважанні абдомі-

нальної болі:

· Спазмолітики

· Холінолітики

· Селективні антагоністи Са

· При переважанні діареї:

Антидіарейні засоби

· При переважанні закрепів:

· Проносні засоби

· Прокінетики

· Пробиотики

· 5НН₄-агоністи

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту
Діагностика:

ЕГДС з біопсією з низхідного відділу 12-палої кишки (при підозрі на целиакію, хворобу Уілла, надмірний бактеріальний зріст) - одноразово

· Рентгенологічне дослідження товстої (іригоскопія) та/або тонкої кишки (пасаж барія по

тонкій кишці) - одноразово

· Відеокапсульна ендоскопія тонкої кишки - одноразово

· УЗД щитоподібної залози, органів малого тазу - одноразово

· Дослідження гормонів щитоподібної залози (для виключення гіпо- або гіпертиреозу)

- одноразово

· Тест з навантаженням лактозою (при підозрі на лактазну недостатність) - одноразово

· Аналіз калу на еластазу 1 (для виключення зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози) - одноразово

· Імуноферментне визначення антигліадинових та антитрансглютаміназних антитіл

(при підозрі на целиакію) - одноразово

Терапія другої лінії:

· Трициклічні антидепресанти (низькі дози) або інгібітори зворотного захвату серотоніну

· Різні види психотерапії

6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість курсового лікування - 2-4-8 тижнів.

7. Критерії ефективності лікування - зменшення або зникнення симптомів, поліпшення якості життя.

8. Реабілітація: індивідуальний дієтичний режим (часте дробне харчування з виключенням або обмеженням індивідуально неприйнятних продуктів, жирної, смаженої їжі), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Санаторно-курортне лікування (курорти Закарпаття, Карлові Вари).

9. Диспансерне спостереження не передбачене.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на функціональні порушення біліарного тракту (біліарні дисфункції)

Код МКХ -10:

82.8. Дискінезії жовчного міхура та міхурної протоки 83.4. Спазм сфінктера Одді

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів, в рефрактерних випадках - психосоматичні відділення.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватись та обстежуватись амбулаторно. У деякої частини хворих при неефективному первинному лікуванні можливе короткочасне (1 тиждень) стаціонарне дообстеження у гастроентерологічних або загальнотерапевтичних відділеннях.

3. Критерії діагностики захворювання
Діагностичні критерії дисфункції жовчного міхура (ЖМ)

1. Повторні епізоди помірної або важкої болі в епігастрії або правому підребер'ї тривалістю 20 хвилин та більше протягом, щонайменше, 3 міс. протягом року, у поєднанні з одним та наступних ознак:

· Нудота, блювота

· Іррадіація болі у спину або праву лопатку

· Поява болі після прийому їжі

· Поява болі у нічний час

2. Порушення функції ЖМ (при УЗД скорочення ЖМ після жовчогінного сніданку менше, ніж на 40%; при дуоденальному зондуванні - послаблення міхурного рефлексу

- кількість міхурної жовчі підвищена - до 100-150 мл при нормі 30-70 мл, жовч виділяється повільно, маленькими порціями)

3. Відсутність структурних порушень, що пояснюють наявні симптоми

Діагностичні критерії дисфункції сфінктера Одді (ДССЛ)

Виділяють 3 типи біліарної та 1 тип панкреатичної дисфункції. Біліарна дисфункція сфінктера Одді 1 типу (ймовірність 65-95%)

Напад болу біліарного типу в поєднанні з 3 наступними ознаками:

· Підвищення АСТ і/або ЛФ в 2 і більше разів при дворазових

дослідженнях

- Затримка відтоку жовчі більше 45 хвилин

- Розширення загальної жовчної протоки більше 12 мм

Біліарна дисфункція сфінктера Одді 2 типу (ймовірність (50-63%))

Напад болю біліарного типу в поєднанні з 1 або 2 наступними ознаками:

- Підвищення АСТ і/або ЛФ в 2 і більше разів при дворазових дослідженнях.

- Затримка відтоку жовчі більше 45 хвилин

- Розширення загальної жовчної протоки більше 12 мм.

Біліарна дисфункція сфінктера Одді 3 типу (ймовірність 12-28%)

Тільки напад болю біліарного типу. Панкреатичний тип ДСО

Подібно біліарній дисфункції першого типу, панкреатичний тип ДСО може бути представлений класичною картиною панкреатиту з гострими болями в епігастральній області та лівому підбер'ї, опоясуючого характеру, з ірадіацією під ліву лопатку; супроводжуватися підвищенням ліпази та амілази сироватки крові. При мінімальних проявах - подібно 3 типу біліарній ДСО - болі носять схожий характер, але не має підйому панкреатичних ферментів, у багатьох пацієнтів дані прояви можуть трактуватися як синдром функціонального абдомінального болю.

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

Скринінгові методи діагностики:

Загальний білірубін та його фракції - одноразово;

АЛТ, АСТ, ЛФ; ГГТП - одноразово;

- Амілаза сечі одноразово;

УЗД (О) - при необхідності - повторно;

ЕФГДС з оглядом фатерова сосочка;

Уточнюючі методи:

УЗД з оцінкою стану ЖМ (з жовчогінним сніданком - 20 г сорбіту у 100 мл води, характерно збільшення діаметру холедоху після прийому жирної їжі) - одноразово (О);

- Багатомоментне дуоденальне зондування (О) - одноразово

Лікування:

З метою нормалізації моторно-евакуаторної функції жовчовивідних шляхів та усунення спазму сфінктера Одді:

- Міотропні спазмолітики протягом 1-2 міс;

- Селективні антагоністи Са протягом 1-2 міс;

При наявності ознак гіпотонії жовчного міхура, «замазки» в ЖМ рекомендовано:

- Жовчогінні засоби протягом 2-3 тижнів;

- Прокінетики протягом 3-4 тижнів;

- Сліпий дуоденальний тюбаж (з сорбітом та ін. жовчогінними речовинами) - 1 раз у 2-3 дні №3-5

Для купування гострих приступів болі внаслідок ДСО:

- Міотропні спазмолітики в/м до зменшення вираженого болю;

- Холінолітики в/м, в/в

- Швидкодійні нітрати

- Антагоністи кальцію

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

- Амілаза або ліпаза крові - одноразово;

- Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) з

інтрахоледохеальною манометрією - одноразово;

- Проведення морфінно-простигмінового або морфінового тесту - одноразово;

- Холесцинтиграфія з ⁹⁹Tc - одноразово

Лікування:

- У пацієнтів з першим типом ДСО доцільне проведення ендоскопічного лікування - сфінктеротомії або сфінктеропластики.

6. Середня тривалість ліку-

вання

Середня тривалість амбулаторного лікування - 4 тижні.

7. Критерії ефективності лікування

Основні критерії ефективності лікування - зменшення або зникнення симптомів біліарної диспепсії, поліпшення якості життя.

8. Реабілітація

Слід дотримуватися тривалого режиму харчування з обмеженням жирної, смаженої їжі, рекомендувати часте дробне харчування (стіл №5), виключення алкоголю, газованої води. Хворі є працездатними, але їм рекомендується додержуватись режиму праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується паління та алкоголь. При повторній появі диспепсичної симптоматики рекомендується терапія „за вимогою» в амбулаторних умовах. Санаторно-курортне лікування при стійкій ремісії (Моршин, Трускавець, Свалява, Кавказькі Мінеральні Води, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Куяльник).

9. Диспансерне спостереження

Диспансерне спостереження не передбачається.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на хворобу Крона (ХК)

Код МКХ-10:

К50 Хвороба Крона (регіонарний ентерит)

К 50.0 Хвороба Крона тонкої кишки

К 50.1 Хвороба Крона товстої кишки

К 50.2 Інші форми хвороби Крона

К 50.9 Хвороба Крона тонкої та товстої кишки

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні, гастроентерологічні або проктологічні відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих з загостреннями ХК лікується стаціонарно. Тривалість стаціонарного лікування (3-6-8 тижнів) залежить від ступеня важкості та наявності ускладнень, в основному показано при важких та середньоважких формах в стадії загострення, обов'язково - при гострому перебігу. Легкі форми ХК можуть лікуватись амбулаторно. Тривале протирецидивне лікування проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.

3. Ознаки та критерії діагностики захворювання

- Характерні симптоми:
- Хронічна діарея (іноді нічна)
- Біль у животі
- Втрата маси тіла
- Лихоманка
- Наявність крові у калі
- Пальпуєме ущільнення кишки або утворення яке пальпується (найчастіше у правому нижньому квадранті живота)
- Періанальні тріщини, свищі та абсцеси черевної порожнини
- Негативні результати повторних бактеріологічних посівів калу

Ендоскопічне та морфологічне підтвердження (вогнищеве, асиметричне, трансмуральне гранульоматозне запальне ураження будь-якої частини кишкової трубки по типу «булижної мостової»; специфічне гранульоматозне запалення, яке часто є трансмуральним)

4. Перелік і обсяг медичних послуг на амбулаторно-поліклінічному етапі (О - обов'язково, Ф - факультативно)

Діагностика: Лабораторні та інструментальні дослідження

Загальний аналіз крові (визначення ШОЕ, числа еритроцитів та гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів) - неодноразово при важкому перебігу

- Загальний білок та білкові фракції - неодноразово при важкому перебігу
- Цукор крові - двічі

· Печінкові та ниркові проби - неодноразово при важкому перебігу

· С-реактивний протеїн (кількісне визначення) - неодноразово при важкому перебігу

· Група крові та резус-фактор - одноразово

· Копрограма - двічі

· Повторні посіви калу на патогенну мікрофлору та яйця глист (для виключення інфекційної або паразитарної природи)

· Загальний аналіз сечі - одноразово

· Ендоскопічне обстеження з морфологічним дослідженням біоптатів -

«золотий стандарт» діагностики - проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу. При підозрі на токсичну дилатацію кишки проводити не можна.

· Морфологічне дослідження біоптатів: виявляє запальну інфільтрацію переважно слизової оболонки, іноді - підслизової основи, набряк слизової оболонки та крововиливи у її строму, крипт-абсцеси, поверхневі виразки, зникнення бокалоподібних клітин

· Рентгенологічне дослідження: іригоскопія проводиться в основному для визначення розповсюдженості процесу та наявності ускладнень (фістул, кишкової непрохідності та ін.)

· ЕКГ - одноразово

· Рентгеноскопія органів грудної клітини - одноразово

· УЗД органів черевної порожнини - одноразово

Лікування:

При загостренні

· 5-аміносалицилати та/або

· Топічні стероїди протягом 2 міс. та/або

· Системні стероїди - протягом 2 міс.

· Антибіотики

Симптоматичне лікування полягає у застосуванні антидіарейних засобів (не можна застосовувати при важкому перебігу та загрозі токсичної дилатації кишки), дієти з підвищеним вмістом

білка, застосуванні препаратів крові (при кровотечі, анемії), електролітичних розчинів (при важкому перебігу), заліза, повного парентерального харчування (при важкому перебігу, стенозуванні).

В ремісії:

5-аміносалицилати (тривалість підтримуючого лікування не обмежена), холестирамин, антидарейні засоби, безлактозна дієта, багата на харчові волокна, поповнення втрати цинку, вітамінів, заліза, відмова від паління

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

· КТ або МРТ показані для виключення кишечних конгломератів та міжкишкових абсцесів, а також при періанальних ураженнях - одноразово (Ф).

Лікування:

· Імуносупресори

· Антицитокинові препарати (найбільш ефективні при свіжчих формах)

· Показання до оперативного лікування:

о Постійне або фіксоване звуження кишки або її непрохідність

о Кровотеча

о Утворення свищів у сечовий міхур, піхву або шкіру

о Незагоюючі анальні тріщини або абсцеси

о Внутрішньочеревні абсцеси, токсична дилатація або перфорація кишки

о Рефрактерні форми

6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість курсового стаціонарного лікування - 3-6 тижнів.

7. Критерії ефективності лікування

Ліквідація (зменшення) симптомів захворювання та досягнення клінічної та ендоскопічної ремісії. Повного одужання не наступає.

8. Реабілітація

Хворі є трудоздатними, але їм рекомендується додержуватись

режиму праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується паління та алкоголь.

9. Диспансерне спостереження. Підлягають диспансерному нагляду. Після досягнення клініко-ендоскопічної ремісії проводиться тривала протирецидивна терапія аміносаліцилатами (месалазин), холестираміном, антидіарейними засобами, рекомендується безлактозна дієта, багата на харчові волокна, поповнення втрати цинку, вітамінів, заліза, відмова від паління. Вторинна профілактика направлена на запобігання провокуючих загострення факторів, найбільш значимими з яких є інτερкурентні інфекції верхніх дихальних шляхів та кишечника, прийом нестероїдних протизапальних засобів та стреси.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на хронічний гастрит

Код МКХ-10:

K29 Хронічний гастрит
K 29.3 Хронічний поверхневий гастрит
K 29.4 Хронічний атрофічний гастрит
K 29.6 Інші гастрити

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватися медична допомога.

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватися та обстежуватися амбулаторно. Невелика частина хворих (з автоімунним хронічним гастритом (ХГ) та супутньою анемією або неврологічними розладами) може потребувати госпіталізації у гастроентерологічний або терапевтичний стаціонар протягом 2-х тижнів. Госпіталізація також можлива на термін проведення антигелікобактерної терапії (протягом 1 тижня) при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій.

3. Критерії діагностики ХГ

Діагноз ХГ є морфологічним, тобто він має право на існування

тільки у тих випадках, коли проведена відповідна оцінка біоптатів патоморфологом та наявність ХГ підтверджена гістологічно. На основі проведення тільки рутинної верхньої ендоскопії без біопсії ставити діагноз ХГ не можна. У теперішній час, якщо у пацієнта є симптоми диспепсії, а при проведенні гастроскопії у шлунку не виявлено якихось ерозивно-виразкових змін та не проведена біопсія, ендоскопістам рекомендується ставити свій ендоскопічний діагноз «еритематозна гастропатія» (або описувати норму), а клініцистам - використовувати діагноз «функціональна диспепсія» (див. відповідний розділ).

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

Загальний аналіз крові та біохімічні дослідження - одноразово

ЕГДС з біопсією для морфологічного підтвердження ХГ та наявності інфекції

Н. рулогі (гістологія або швидкий уреазний тест) - одноразово

· Дослідження секреторної функції шлунку (інтрагастральна рН-метрія) - одноразово

· УЗД органів черевної порожнини (для виключення біліарної та панкреатичної патології) - одноразово

Лікування:

· Антигелікобактерна „потрійна“ терапія (в Нр-позитивних випадках) протягом

7 днів за схемами, які рекомендує Маастрихтський консенсус 2-2000

NB! Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведено контроль за ерадикацією Н. рулогі за допомогою дихального тесту з ¹³C-сечовиною або визначення фекального антигену Нр.

При відсутності ерадикації Нр — друга лінія лікування Нр-інфекції за схемами, які рекомендує Маастрихтський консенсус 2-

2000

· Симптоматичне лікування (в Нр-негативних випадках):

Індивідуальна дієта, що передбачає функціональне, механічне, термічне та хімічне щадіння шлунку, замісна терапія (натуральний шлунковий сік, розведена соляна кислота, ферментні препарати, що містять жовчні кислоти), обволікаючі та в'язучі рослинні засоби (настої трав приймати по 1/2 склянки 4-5 рази на день до їжі на протязі 2-4 тижнів).

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

· УЗД щитоподібної залози, органів малого тазу - одноразово

Серологічні тести - дослідження рівней сироваткового пепсиногену I та гастрину-17, антитіл до парієтальних клітин

Лікування:

При супутній мегалобластній анемії додатково призначаються ін'єкції вітаміну В₁₂ (дози залежать від ступеню важкості анемії). При рефлюкс-гастриті - прокінетики протягом 2-3-х тижнів. При еозинофільному ХГ доцільне додаткове призначення антигістамінних препаратів. При лімфоцитарному ХГ, пов'язаному з целиацією, суворе дотримання аглютенної дієти сприяє повному одужанню.

6. Середня тривалість лікування - 7-10 днів

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Основні критерії ефективності лікування - ерадикація Нр-інфекції (контролюється за допомогою I3C-сечовинного дихального тесту) та виліковування хворого, зменшення або зникнення симптомів диспепсії, анемії та неврологічних проявів (при автоімунному ХГ), поліпшення якості життя.

Нр-інфікування за відсутністю відповідного лікування триває на протязі усього життя та випадки самовільного виліковуван-

ня від неї не описані. Приблизно у 80% хворих ерадикація Нр-інфекції сприяє повному одужанню від ХГ.

8. Реабілітація

Індивідуальний дієтичний режим (з виключенням або обмеженням індивідуально неприйнятних продуктів), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується паління та алкоголь. Санаторно-курортне лікування (курорти Закарпаття, Миргород).

9. Диспансерне спостереження

Диспансеризації підлягають хворі з атрофічним ХГ. При наявності атрофії СОШ диспансерний нагляд та повторні ЕГДС з біопсією для моніторингу можливої появи передракових змін раз в 2-3 роки.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит (ХП)

Код МКХ-10:

K86.0 Хронічний панкреатит алкогольної етіології

K86.1 Інші хронічні панкреатити (хронічний панкреатит не уточненої етіології, інфекційний, рецидивуючий) K86.2 Кіста підшлункової залози K86.3 Псевдокіста підшлункової залози

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів, хірургічні та реанімаційні відділення (при тяжких загостреннях та ускладненнях)

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Тривале підтримуюче медикаментозне лікування проводиться в амбулаторних умовах. Показаннями до госпіталізації (в середньому - 18-20 днів) є:

- ХП у стадії вираженого загострення

- Виражені клінічні прояви зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози (ЗСН ПЗ)

- Псевдотуморозний ХП (особливо при явищах холедохо-, дуоденостенозу) або підозрі на малігнізацію

- Обструктивний ХП (для проведення ендоскопічної або оперативної декомпресії)

- Лихоманка, бактеріальні ускладнення ХП

- Панкреатогенні гастродуоденальні виразки

- Виявлення при УЗД, КТ ділянок тканини ПЗ, підозрілих на панкреонекроз

- Тромбоз селезінкової/портальної вени

- Псевдокісти ПЗ, що збільшуються у розмірах, їх ускладнення (розрив, кровотеча, здавлення сусідніх органів, малігнізація)

- Свищі ПЗ

3. Ознаки та критерії діагностики захворювання

- В анамнезі хворих ХП — зловживання алкоголем, постійне вживання великої кількості жирного, смаженого, копченого, гострого, вказівки на біліарну патологію, пептичну виразку шлункової або дуоденальної локалізації, гіперпаратіреоз та ін.

- Характерний больовий синдром (ліве підребер'я, різь - ліва, права або обидві половини епігастрію; іррадіація в ліву половину грудної клітини, в ліву половину попереку по типу «лівого полуноясу» або по типу «повного поясу»; різь — в ліву руку, під ліву лопатку, за грудиною, в прекардіальну область; виникають або підсилюються після їжі — через 25-35 хвилин (іноді раніше); провокуються надмірною, жирною, смаженою, копченою, гострою їжею, свіжими овочами та фруктами, газованими напоями, солодким, свіже спеченим, шоколадом, какао, кофе, алкоголем; купуються холодом на ліве підребер'я, голодом, ферментними препаратами, анальгетиками, різь — спазмолітиками (у т. ч. нітратами), антисекреторними засобами.

- Диспепсичний синдром — тривала нудота, блювота, що не

приносить полегшення, метеоризм, відрижки та ін.

Клінічні прояви ЗСН ПЗ — мальдигестії — кашцеподібний стул 2-3 рази на добу, «великий панкреатичний стул» (надмірний, зловонний, сіруватого кольору з блискучою поверхнею — жирний), ліентерея (макроскопічно видні залишки неперетравленої їжі у калі), втрата маси тіла, прояви гіповітамінозів (особливо А, О, Е, К), здуття, урчання в животі.

- Клінічні прояви ендокринної недостатності ПЗ — у початкових стадіях ХП явища гіперінсулінізму — епізоди гіпоглікемії з характерними слабкістю, холодним потом, нервово-психічним збудженням, почуттям тремтіння у тілі та кінцівках; в більш пізніх стадіях ХП — прояви панкреатогенного цукрового діабету.

- Інструментальне підтвердження патологічних змін у ПЗ:

- Трансабдомінальне УЗД (до сонографічних симптомів ХП відносять збільшення розмірів ПЗ, кальцифікати у тканині, нечіткість та нерівність контурів, неоднорідність структури ПЗ, зміни її ехогенності, наявність псевдокіст, розширення вірсунгової та/або бокових проток. Чутливість УЗД у діагностиці ХП - 80-85%). В усіх випадках сонографічні зміни слід співставляти з клініко-лабораторними даними, так як результати УЗД недостатньо специфічні);

Комп'ютерна томографія (КТ) - виявляє збільшення ПЗ, нечіткість її контурів, інфільтрацію парапанкреатичної клітчатки, збільшення регіонарних лімфовузлів, ділянки фіброзу, псевдокісти, кальцифікати ПЗ, розширення вірсунгової протоки.

- ЕРХПГ виявляє порушення прохідності головної та додаткової проток. Вважається «золотим стандартом» діагностики. Класичним для ХП вважають симптом «ланцюгу озер» (ділянки звуження та розширення вірсунгової протоки). Можливі також

сегментарна або повна обструкція протокової системи ПЗ.

- Лабораторне підтвердження ЗСН ПЗ (за даними зондового дослідження функції ПЗ або за даними вмісту фекальної еластази-1)

- «Золотий стандарт» неінвазивної діагностики ХП та ЗСН ПЗ - визначення фекальної панкреатичної еластази-1 (чутливість при середньоважкій та важкій ЗСН ПЗ — 88-

95%). При її рівні 150-200 мкг/г ЗСН вважається легкою, при рівні - 100-150 мкг/г — середньої важкості, при рівні < 100 мкг/г — важкою. При показнику еластази-1 200 мкг/г екзокринну функцію ПЗ рахують незміненою (збереженою).

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту піагностика:

Лабораторна діагностика

- а-амілаза крові, сечі (технічно простий, але неспецифічний і чутливість не перевищує 30%) — одноразово

- білірубін, лужна фосфатаза (для встановлення зв'язку з біліарною патологією) — одноразово

- рівень цукру у крові - одноразово

- визначення вмісту еластази-1 у калі - одноразово

- копроскопія - одноразово

Інструментальна діагностика ХП

- Трансабдомінальне УЗД

- Комп'ютерна томографія (КТ)

Лікування:

Немедикаментозне лікування

- Пожиттєва відмова від алкоголю

- Дієта №5п з виключенням продуктів, що стимулюють панкреатичну секрецію; зменшення животних жирів (40-60 г на добу), часте дробне харчування (4-5 раз на добу). При ЗСН ПЗ — додатково зменшують свіжі овочі та фрукти, холодні блюда, збільшують вміст білку у раціоні. Збагачення їжі антиоксидантами

(вітаміни А, С, Е, селен, метіонин) сприяє зменшенню больового синдрому

Медикаментозне лікування

Етіотропне лікування можливе при вторинних ХП, що розвинулись внаслідок інших захворювань, наприклад, лікування пептичних виразок. Патогенетичне лікування:

- Поліпшення відтоку панкреатичного секрету:

- Корекція тонуусу сфінктера

Одді при його дисфункції — селективні антагоністи Са

- При дуоденостазі — прокінетики

Купування больового синдрому

- Ненаркотичні анальгетики:

Замісна терапія при ЗСН ПЗ — переважно при гіпоферментних панкреатитах:

- Препарат вибору - панкреатин у вигляді мінімікросфер перед їжею

NB! При важкій та помірній ЗСН ПЗ показана постійна (пожиттєва) замісна терапія, під час панкреатичної атаки і після купування загострення — курсове призначення; при порушенні дієти, епізодичному підсиленні болі, диспепсії — призначення «за вимогою».

Корекція вітамінної недостатності

- вітамін К + вітамін А + вітамін О всередину + вітамін Е

- Антидепресанти

При вираженому загостренні, тяжкому больовому синдромі — голод + лужна питна вода (не більше 2-3 діб), при необхідності - аспірація шлункового вмісту

- Регіонарна штучна гіпотермія області ПЗ — для зменшення больового синдрому (холод на ліві підребер'я)

- Наркотичні анальгетики:

- Ферментні препарати у вигляді мінімікросфер перед їжею

- Прокінетики

- Міотропні спазмолітики

- Антибактеріальна терапія

- Гальмування зовнішньої

секреції ПЗ (створення «функціонального покою» ПЗ) —

тільки при атаці гіперферментемічного панкреатиту:

- Антисекреторні препарати:
- Блокатори протонової помпи:

- М-холінолітики:

- Блокатори H2-гістамінових рецепторів

- Антациди

- Соматостатин

- Дезинтоксикаційна терапія (при гіперферментемічних панкреатитах):

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

ЕРХПГ - одноразово

Визначення рівню бікарбонатів, ферментів в дуоденальному вмісті:

- пряме (суфілін-кальцієвий тест) - одноразово

- непряме (тест Лунда) - одноразово

- ¹³С-дихальні тести (триглицеридний, амілазний та ін.) - одноразово
- Рівень інсуліну, С-пептиду, панкреатичного поліпептиду, глюкагону в крові - одноразово

- Рівень кальцію в крові (зв'язок з гіперпаратіреозом) - одноразово
- Ліпідний профіль (зв'язок з гіпертригліцеридемією) - одноразово

Трипсін (визначення радіоіммунним методом дорого коштує, тому застосування на практиці обмежене) - одноразово

Добове виділення жиру з калом - одноразово

Лікування

При неефективності консервативного лікування додатково можуть застосовуватись методи ендоскопічного та хірургічного лікування.

Показання до ендоскопічного лікування:

- Здавлення холедоуху збільшеною головкою ПЗ з розвитком холестазу (дістальний холедохостеноз)

- Папілостеноз, стріктури препапілярного відділу, множинні та одиночні камені вірсунгової

протоки (у поєднанні з попередньою літотрипсиєю або без неї)

- Зміни протокової системи 4-го (сегментарна обструкція головки ПЗ з рівномірною дилатацією проток у дистальному напрямі) та 5-го (повна обструкція протокової системи у головці ПЗ) типів

- Свищі ПЗ, що виходять з дистальних відділів головної панкреатичної протоки

- Кісти та псевдокісти ПЗ, розташовані парадуоденально або в ретрогастральному просторі та деформуючі стінку органу

Показання до оперативного лікування:

- Кальциноз ПЗ та камінці проток з вираженим больовим синдромом

- Обструктивний ХП — у випадку неможливості проведення ендоскопічної декомпресії

- Виникнення обтураційної жовтяниці та холангіту за рахунок здавлення холедоху

- Здавлення та порушення прохідності ДПК

- Сегментарна портальна гіпертензія за рахунок здавлення і тромбозу вен басейну ворітної вени

- Формування кісти більше 5 см у діаметрі або свища ПЗ, що не виліковується консервативними методами протягом 3 міс, особливо при тенденції до збільшення розмірів кісти при наростаючому больовому синдромі

- вторинний ХП, обумовлений ЖКХ, пенетруючою гастродуоденальною виразкою, дуоденостазом, абдомінальним ішемічним синдромом

Відсутність ефекту від консервативної терапії, стійкий больовий синдром, що не купується анальгетиками, значна втрата маси тіла

- Сильний больовий синдром та зхудення з частими рецидивами панкреатиту при

- відсутності ефекту від консервативного лікування

- Неможливість до операції

виключити наявність злоякісної пухлини

- Бактеріально-гнійні ускладнення при неефективності медикаментозного, малого оперативного лікування

- Парафатеральні дивертикули

6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість стаціонарного лікування - 2-4 тижні.

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Критеріями ефективності лікування є купування (пригнічення) активного запалення в тканині ПЗ, купування (зменшення) больового синдрому та інших клінічних проявів ХП, компенсація функціональної недостатності ПЗ, досягнення стійкої ремісії, запобігання розвитку або купування ускладнень

8. Реабілітація

Дієта №5п з виключенням продуктів, що стимулюють панкреатичну секрецію, зменшення животних жирів (40-60 г на добу), часте дробне харчування (4-5 раз на добу). При ЗСН ПЗ — додатково зменшують свіжі овочі та фрукти, холодні блюда, збільшують вміст білку у раціоні. Збагачення їжі антиоксидантами (вітаміни А, С, Е, селен, метіонін) сприяє зменшенню больового синдрому. При біліарному ХП — холецистектомія у випадку ЖКХ, лікування холециститу. При помірній та важкій ЗСН ПЗ — постійний прийом ферментів, доза залежить від важкості ЗСН. При легкій ЗСН ПЗ - прийом ферментів «за вимогою». При панкреатогенному цукровому діабеті — дієта та/або постійний прийом цукрознижуючих препаратів

Хворі у стані ремісії є працездатними, але їм рекомендується додержуватись режиму праці та відпочинку. Забороняється або значно обмежується паління, повністю забороняється алкоголь. Санаторно-курортне лікування — тільки при стійкій ремісії (баль-

неологічні курорти з гідрокарбонатними мінеральними водами малої та середньої мінералізації — Боржомі, Слов'янська, Поляна Купель, Поляна Квасова, Лужанська та ін.). Фізіотерапія — тільки при стійкій ремісії (УВЧ, індуктотермія, ультразвук на проекцію ПЗ; вуглекислі, радонові ванни).

9. Диспансерне спостереження

Диспансерний нагляд — огляди та УЗД не рідше одного разу в 6 міс.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на хронічний холецистит

Код МКХ -10:

K 81 Холецистит (без холелітіазу) K 81.1 Хронічний холецистит

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні та гастроентерологічні

відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватись та обстежуватись амбулаторно. У деякій частині хворих при неефективному первинному лікуванні можливе короткочасне (1 тиждень) стаціонарне дообстеження та лікування у гастроентерологічних або загальнотерапевтичних відділеннях.

3. Критерії діагностики захворювання Клінічні ознаки:

- Болі в правому підбер'ї, епігастральній області, які можуть тривати годинами

- та посилюватися після прийому жирної, жареної, гострої їжі, яєць, холодних

- газованих напоїв, вина, пива. Болі іррадіюють в праву лопатку, праву

- надключичну ділянку, праву поперекову ділянку, інколи в ділянку серця, викликаючи напади кардіалгії (холецистокардіальний синдром)

- Больові відчуття в проекції жовчного міхура при пальпації,

особливо при вдосі (позитивний симптом Ортнера, Кера, Мерфі)

- Гіркий присмак у роті зранку
- Нудота
- Відрижка
- Здуття живота
- Порушення стільця - чередування закріпів та послаблення стільця
- Підвищення температури тіла при важкому ступені перебігу захворювання та наявності ускладнень

Критерії діагностики:

- Виявлення при УЗД: потовщення стінки жовчного міхура більше 4 мм - основний діагностичний УЗ-критерій, застою та згущення жовчі - «сладжу», наявності каменів в жовчному міхурі, деформації жовчного міхура, «відключеного» жовчного міхура)
- Виявлення ознак запалення при мікроскопії та посіві жовчі (під час дуоденального зондування)

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика: Лабораторна діагностика:

- Клінічний аналіз крові;
- Біохімічні печінкові проби (загальний білірубін та його фракції; АЛТ, АСТ, ЛФ; ГГТП)
- Цукор крові;
- Загальний аналіз сечі;
- Кал на яйця глист;
- Мікроскопічне та бактеріологічне дослідження жовчі.

Інструментальна діагностика:

- УЗД черевної порожнини: (виявляють потовщення стінок жовчного міхура більше 4 мм - основний діагностичний УЗ-критерій, застій та згущення жовчі - «сладж», наявність каменів в жовчному міхурі, деформацію жовчного міхура, «відключений» жовчний міхур)
- УЗД з жовчогінним снідан-

ком (для виявлення супутньої дискінезії жовчного міхура)

- Дуоденальне зондування (проводиться тільки за відсутності ЖЖХ) з мікроскопією та посівом жовчі
- ЕГДС
- ЕКГ

Лікування:

При наявності клінічних та лабораторних ознак запалення, позитивних результатах посіву жовчі - антибактеріальна терапія. Вибір антибактеріального препарату визначається його здатністю концентруватися в жовчі. Антибактеріальна терапія призначається на 5-7-10 днів при середньому та важкому перебігу захворювання та при приєднанні холангіту.

Симптоматична терапія:

З метою нормалізації моторно-евакуаторної функції жовчовивідних шляхів та усунення спазму сфінктера Одді:

- Прокінетики протягом 2-3 тижнів або
- Селективні антагоністи Са протягом 3-4 тижнів або
- Міотропічні спазмолітики

При наявності ознак гіпотонії жовчного міхура, «замазки» в жовчі рекомендовано:

- Жовчогінні препарати
- Сліпий дуоденальний тюбаж - 1 раз у 2-3 дні №3-5

При наявності мікролітів у жовчі, ознак наявності гіпотонії жовчного міхура, «замазки» в жовчі рекомендовано:

- Препарати жовчних кислот протягом 1-3 місяців.

Рослинні гепатопротектори з жовчогінними властивостями призначаються I метою нормалізації жовчосинтезуючої функції гепатоцитів.

З метою лікування загострення хронічного холециститу рекомендовано призначати не більше 2-3 лікарських засобів з різним механізмом дії в залежності від ступеню важкості перебігу та ус-

кладнень захворювання.

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

- Колоноскопія
- Імуноферментне дослідження крові на лямбліоз
- Аналіз калу на еластазу I.

6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість амбулаторного лікування - 2 тижні.

7. Критерії ефективності лікування

Основні критерії ефективності лікування - зменшення або зникнення симптомів біліарної диспепсії, поліпшення якості життя.

8. Реабілітація

Слід дотримуватися тривалого режиму харчування з обмеженням жирної, смаженої їжі, рекомендувати часте дробне харчування (стіл №5), виключення алкоголю, газованої води. Літогенність жовчі знижується при сбалансованому вживанні білка (м'яса, риби, творога) та рослинного жиру.

Раціональний прийом білка та жиру підвищує холато-холестериновий коефіцієнт жовчі і зменшує її літогенність. Необхідно вживати достатню кількість овочів і фруктів, які являються основним джерелом харчових волокон. Хворі є трудоздатними, але їм рекомендується додержуватись режиму праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується паління та алкоголь.

При повторній появі диспепсичної симптоматики рекомендується терапія «за вимогою» в амбулаторних умовах.

Санаторно-курортне лікування при стійкій ремісії (Моршин, Трускавець, Свалява, Кавказькі Мінеральні Води, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Кувальник).

9. Диспансерне спостереження

УЗД гепатобіліарної зони 1 раз на рік.

**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
надання медичної
допомоги хворим на
хронічні гепатити**

МКХ-10:

В 18 - хронічний вірусний гепатит

В 18.0 - хронічний вірусний гепатит В с дельта-агентом

В 18.1 - хронічний вірусний гепатит В без дельта-агента

В 18.2 - хронічний вірусний гепатит С (ХВГ-С)

В 19 - не уточнений вірусний гепатит ^

К71

Токсична хвороба печінки:

Включає: ураження, обумовлені дією медикаментів:

- непередбачені (ідіосинкразійні, факультативні)

- передбачені (неідіосинкразійні, облигатні)

К71.0 Токсичне ураження печінки з холестазом

К71.1 Токсичне ураження печінки з печінковим некрозом

К71.2 Токсичне ураження печінки за типом гострого гепатиту

К71.3 Токсичне ураження печінки за типом хронічного персистуючого

гепатиту К71.4 Токсичне ураження печінки за типом хронічного лобулярного

гепатиту

К71.5 Токсичне ураження печінки за типом хронічного активного гепатиту

К71.6 Токсичне ураження печінки з картиною гепатиту, що не

класифікується в інших рубриках

К71.7 Токсичне ураження печінки з фіброзом та цирозом печінки

К71.8 Токсичне ураження печінки з картиною інших порушень печінки

К 73.2 - автоімунний гепатит

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні та гастроентерологічні

відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Стационарне обстеження та лікування у гастроентерологічних

відділеннях можливе при загостреннях хронічних гепатитів (ХГ). Тривале медикаментозне противірусне або підтримуюче протизапальне лікування проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.

3. Ознаки та критерії діагностики захворювання

Критерії діагностики ХГ:

? Біохімічне підтвердження ураження печінки (підвищення рівню печінкових

ферментів, білірубину, тимолової проби, диспротеїнемія, гіпергаммаглобулінемія)

· Гістологічне підтвердження запалення у біоптатах печінки (ступінчасті й іноді містоподібні некрози, лімфоїдно-гістіоцитарна інфільтрація долек та портальних трактів. До специфічних маркерів вірусних ХГ відносять «матово-стіклоподібні гепатоцити» з наявністю НВsAg та гепатоцити з «пісочними ядрами», у яких

вміщується НВсAg), а також

Критерії діагностики ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ гепатитів (ХВП):

· Серологічні маркери вірусів гепатитів В, С, D (НВsAg, НВe Ag, анти НВe, НВс

IgM, IgC), анти НВс IgC, IgM:

Критерії діагностики ХВГ-В інфекції Критерії стадії інтеграції ХВГ-В Наявність сироваткових маркерів:

- НВsAg
- Анти-НВсog IgC
- Анти-НВe

Критерії стадії реплікації ХВГ-В

Наявність сироваткових маркерів:

- НВeAg
- Анти-НВсog IgM

Критерії діагностики ХВГ-С інфекції

· Наявність в анамнезі вказівок на гостру фазу (факультативна ознака)

· Відсутність клінічних проявів (можлива гепатомегалія)

· Можливе підвищення активності АЛТ

- Поява клінічних ознак хро-

нічного гепатиту (в тому числі - позапечінкових)

· Виявлення анти-НCVсogе IgG за відсутністю або низькому титрі анти-НCVсogе IgM, можливо виявлення анти-НCV к NS4.

· Виявлення НCV-РНК

Критерії діагностики токсичних (медикаментозних гепатитів):
o Прийом потенційно шкідливих для печінки ліків, що застосовувались протягом

останніх 3 міс. o Виключення зловживання алкоголем, перенесеного гострого вірусного гепатиту

o Відсутність серологічних маркерів вірусних гепатитів

Критерії діагностики автоімунних гепатитів (АІГ)

відсутність в анамнезі гемотрансфузій, прийому гепатотоксичних речовин, контакту з гепатотропними отрутами, зловживання алкоголем;

· відсутність маркерів активної вірусної інфекції (ПЛР-РНК, ПЛР-ДНК);

· гіпергаммаглобулінемія (збільшення більше ніж у 1,5 рази); збільшення вмісту Ig G (більше ніж у 1,5-2 рази);

наявність антинуклеарні, антигладком'язеві, антимитохондріальні антитіл, мікросомальних антитіл (анти-ЛКМ-1, ЛКМ-3) до антигену мікросом печінки та нирок або до розчинного печінкового антигену (анти-5I_A)

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

Загальний аналіз крові, сечі, кала - одноразово o Загальний білок та білкові фракції - одноразово

Білірубін та його фракції - одноразово

Тимолова проба - одноразово

АСТ, АЛТ, ЛФ, ГГТ - одноразово

Сироваткові маркери вірусних гепатитів (імуноферментним методом)

одноразово

NB! При позитивному результату імуноферментного аналізу на серологічні

маркери вірусів гепатитів проводять більш чутливе та специфічне обстеження -

полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) - ПЛР-HBV DNA, ПЛР- HCV РНК

УЗД печінки, жовчного міхура, підшлункової залози та селезінки - одноразово

Лікування ХВГ:

Основою лікування хворих на ХВГ є етіотропна противірусна терапія. Критерії відбору хворих для інтерферонотерапії при ХВГ-В:

- Гепатит В в анамнезі
- Підвищення активності амінотрансфераз
- Наявність HBeAg (у випадку «дикого» штаму вірусу)
- Наявність HBV-ДНК у сироватці крові
- Відсутність коінфекції (HDV, ВІІ)
- Гістологічні ознаки активності.

Критерії відбору хворих для інтерферонотерапії при ХВГ-С:

- Позитивна реакція HCV-РНК у сироватці крові
- Наявність портального або ступенчатого фіброзу у поєднанні з ознаками запалення та некрозу
- Низький рівень заліза у печінці.

Протипоказання для інтерферонотерапії при ХВГ-С:

- Декомпенсований ЦП;
- Тяжкі соматичні захворювання;
- Тромбоцитопенія менше 100 000/мл;
- Лейкопенія менше 3000/мл;
- Автоімунні захворювання;
- Подовження застосування алкоголю або наркотиків;
- Наявність в анамнезі психічних (особливо тяжкої депресії) порушень

Як правило, тривалість комбінованого противірусного лікування складає 12

міс. при інфікуванні ХВГ-С з генотипом 1В та 6 міс. - при інфікуванні ХВГ-С з генотипом 2 або 3. Якщо через 12 тижнів після початку лікування вірусне навантаження

зменшується менше ніж у 100 разів, то досягнення стійкої вірусологічної відповіді

малоймовірно, але подовження терапії може бути доцільним для зменшення запалення

та прогресування фіброзу печінки. Лікування хворих ХВГ-С проводиться в

амбулаторних умовах.

Лікування токсичних (медикаментозних) гепатитів:

Основний принцип - негайна відміна ліків, що призвели до розвитку медикаментозного ураження печінки. При розвитку ознак прогресуючого ураження печінки - екстрене застосування специфічних антидотів (наприклад, N-ацетилцистеїн при отруєнні парацетамолом). Показано повноцінне дієтичне харчування з вилученням продуктів та страв, які є навантажуючими для печінки (смажене, жирне, копчене). Обмеження тваринного білку проводиться у випадку виникнення печінкової енцефалопатії.

Призначаються кортикостероїди, урсодезоксихолева кислота, дезінтоксикаційна терапія. Можливо застосування гепатопротекторів рослинного походження, препаратів есенціальних фосфоліпідів, але їх ефективність точно не доведена.

Лікування аутоімунних гепатитів:

Відсутність можливості проведення етіологічного лікування виводять на перший

план патогенетичну імуносупресивну терапію, основою якої до сьогоднішнього дня є

глюкокортикостероїди. У лікуванні хворих на АІГ можливі також використовувати

препарати урсодезоксихолевої кислоти (УДК). Хороші результати застосування УДК

стримані при лікуванні АІГ з

явищами холестазу. У випадках загрози розвитку

остеопорозу (похилий вік, тривалий прийом стероїдів) можливо застосування

препаратів кальцію по 1 г щоденно, вітаміну Д (1000 ОД) на день (1 місяць).

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

· Наявність антинуклеарних, антигладком'язевих, антимітохондріальних та ін.

аутоантитіл - одноразово

С-реактивний протеїн - одноразово

· LE-клітини - одноразово

· Креатинін, сечовина крові - одноразово

ЕГДС - одноразово

· ЕРХПГ - одноразово

· Пункційна біопсія печінки та морфологічне дослідження

· Сироватковий холестерин та ліпідний профіль - одноразово

· Вміст заліза, міді, калію, натрію - одноразово

· Феритин та церулоплазмін у крові - одноразово

· Мідь у сечі (24-годинна екскреція міді при підозрі на хворобу Коновалова-

Вільсона) - одноразово

· Коагулограма - одноразово

Лікування:

Хворі на АІГ є кандидатами для трансплантації печінки, особливо у випадках, коли консервативна терапія не дає результату або розвиваються ускладнення цирозу.

6. Середня тривалість лікування:

ХВГ - 6-12 міс. амбулаторно (в залежності від вірусу та його генотипу). Хронічних токсичних гепатитів - 1-2 міс. амбулаторно.

Хронічних аутоімунних гепатитів - 1-1,5 міс. стаціонарно, тривалі підтримуюче лікування стероїдами в амбулаторних умовах.

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Критерії ефективності лікування хворих на ХВГ-В:

Основні критерії ефективності - негативна ПЛР-НВУ РНК, нормалізація АЛТ, поліпшення самопочуття.

Критерії ефективності лікування хворих на ХВГ-С:

Виділяють відповідь на лікування хворих ХВГ-С після закінчення курсу лікування та віддалені результати або стійку відповідь, яка оцінюється через 6 місяців. Критеріями ефективності лікування є поліпшення самопочуття, нормалізація показників печінкових проб та зникнення сироваткових маркерів реплікації вірусу (негативна ПЛР-НСУ РНК).

Критеріями ефективності лікування хворих на токсичні та автоімунні гепатити є нормалізація загального стану хворого, біохімічних показників функціонального стану печінки.

8. Реабілітація

Індивідуальний дієтичний режим (часте дробне харчування з виключенням або обмеженням індивідуально неприйнятних продуктів, жирної, смаженої їжі), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою, виключення алкоголю та прийому гепатотоксичних ліків. Санаторно-курортне лікування (курорти Закарпаття, Карлові Вари).

9. Диспансерне спостереження

Усі хворі на ХВГ підлягають активному диспансерному нагляду з періодичним обстеженням 1 раз у 6 місяців з метою визначення доцільності призначення протівірусного лікування. УЗД печінки, біохімічні проби печінки 1 раз на рік. Хворі на АІГ підлягають постійному диспансерному нагляду з моніторингом загального аналізу крові, біохімічних проб печінки, УЗД.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ надання медичної допомоги хворим на цироз печінки

Код МКХ-10:

K74 Фібрози та цирози печінки

K70.3 Цироз печінки алко-гольний

K71.7 Цироз печінки з токсичним ураженням печінки

K74.3 Первинний біліарний цироз

K74.4 Вторинний біліарний цироз

K74.6 Інші або неуточнені цирози

K74.6 Портальна гіпертензія

K72.1 Хронічна печінкова недостатність

1. Сфера дії протоколу - загальнотерапевтичні, гастроентерологічні або хірургічні відділення усіх рівнів.

2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

В період активного процесу або виникнення ускладнень проводиться стаціонарне обстеження та лікування у гастроентерологічних, терапевтичних або хірургічних відділеннях. Тривале медикаментозне підтримуюче лікування проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.

3. Ознаки та критерії діагностики цирозів печінки (ЦП)

- Наявність гепатомегалії, спленомегалії
- Морфологічні ознаки цирозу (фіброзні зміни та вузлова регенерація)
- Інструментальне підтвердження портальної гіпертензії (виявлення варикозно-розширених вен при УЗД, ЕГДС, ректоскопії)

Інструментальне та лабораторне підтвердження гепатоліснального синдрому та гіперспленізму (виявлення гепатоспленомегалії при УЗД, анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії)

- Порушення функціональних проб печінки
- Синдром малої печінкової недостатності:

- порушення детоксикаційної функції печінки (телеангіктазії, пальмарна еритема, порушення метаболізму ліків, гормональні порушення: імпотенція, гінекомастія у чо-

ловіків, порушення менструального циклу у жінок)

порушення білковосинтетичної функції печінки (підвищена кровоточивість, легке утворення синців, трофічні розлади - втрата маси тіла, розвиток кахексії)

- Синдром великої печінкової недостатності (печінкова енцефалопатія, кома) в

термінальній стадії

- Асцит

4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Діагностика:

Лабораторна діагностика

Стандартні біохімічні методи дослідження функціонального стану печінки (АлАТ, АсАТ, ГГТ, ЛФ, білірубін загальний та прямий, холестерин, сечовина, загальний

білок та білкові фракції) - при необхідності - повторно

- Серологічні маркери вірусних гепатитів В, С, О, С - одноразово

- Глюкоза крові - одноразово

- Коагулограма, протромбінний індекс - одноразово

- Загальний аналіз крові (включаючи ретикулоцити та тромбоцити) - при необхідності

- повторно

- Калій, натрій у сироватці - одноразово

- Ліпідний профіль крові - одноразово

Визначення ферриту сироватки крові, IgA, IgG, IgM, наявності антиядерних, антимітохондриальних, антигладеньком»язевих антитіл, альфа-фетопротеїну крові (при

підозрі на гепатому) - одноразово

Інструментальні методи дослідження з УЗД печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, селезінки та судин портальної системи (доплерографія) - одноразово

Езофагогастродуоденоскопія з прицільним оглядом дистального стравоходу та кардіального відділу шлунку - одноразово Ліку-

вання: Цироз печінки компенсований (клас А за Чайльдом-Пью):

- Виключення алкоголю та гепатотоксичних факторів

- Збалансована дієта №5 або №5а (при диспепсичному синдромі)

Хворим з компенсованими та неактивними формами цирозу печінки медикаментозне лікування, як правило, не призначається.

- При вірусному цирозі В у HBV-DNA-позитивних хворих проводять противірусне лікування.

- При вірусному цирозі С у HCV-RNA-позитивних хворих противірусне лікування

також проводять з метою покращення вірусологічних та біохімічних показників, стабілізації процесу у печінці та попередження ускладнень.

- При алкогольних цирозах - повна відмова від алкоголю.

- При первинному біліарному цирозі:

- Препарати урсодезоксихолевої кислоти тривалий час, при наявності свербіжу -

препарати, що зв'язують жовчні кислоти у кишечнику, препарати кальцію, метаболіти

Субкомпенсований та декомпенсований цироз печінки (клас В, С за Чайльдом-Пью):

- Дієта з обмеженою кількістю білка (0,5 г/кг маси тіла) та солі

- Базисна терапія:

Гепатопротектори:

- рослинні гепатопротектори - терміном 1-2 місяці а препарати есенціальних фосфоліпідів протягом 1-2 місяців

- метаболітні гепатопротектори протягом 1-2 місяців

Ферментні препарати при супутньому хронічному панкреатиті та екзокринній панкреатичній недостатності.

При наявності набряково-асцитичного синдрому:

- Сечогінні у вигляді монотерапії або комбінованого призначення. Позитивний діурез не повинен перевищувати 500 мл за добу.

При рефрактерному асциті - парацинтез.

При бактеріальному асциті-перитоніті: Антибактеріальні препарати При наявності холестазу:

- Урсодезоксихолева кислота (протягом 1-2 місяців), препарати кальцію та

жиророзчинних вітамінів А, Е, Д, К

При портальній гіпертензії:

- Зниження портального тиску шляхом призначення 6-адреноблокаторів або

нітратів.

Лікування печінкової енцепалопатії:

- Різке обмеження білку в раціоні до 40 г на день або навіть виключення білків

тваринного походження

Інфузійна терапія

- З метою зменшення утворення аміаку в кишках - пробіотики; антибіотики

- З метою стимулювання знешкодження аміаку в печінці та м'язях:

- Препарати амінокислот

5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Діагностика:

- Сцинтиграфія печінки - одноразово

Пункційна біопсія та морфологічне дослідження — одноразово і протипоказання до біопсії печінки: наявність геморагічного синдрому та змін лабораторних показників, що характеризують стан коагуляції, активність процесу,

Біохімічне, бактеріологічне та цитологічне дослідження асцитичної рідини - одноразово Лікування

При кровотечах з варикозних вен стравоходу та шлунка:

- Гормональні препарати

- Гемостатична терапія, препарати крові

- Інгібітори протонної помпи або H2-гістаміноблокатори парентерально

- Балонна тампонада (зондовим балоном Блекмора)

- Ендоскопічне лікування

(наложення лігатур на венозні вузли, якщо кровотеча

триває — склеротерапія)

- Видалення крові з ШКТ за допомогою промивання шлунку через зонд льодяним

ізотонічним розчином хлориду натрію та очисних клізм

- Хірургічне лікування (при неефективності консервативних засобів)

- Еферентні методи лікування

- Трансплантація печінки

6. Середня тривалість лікування - 1 міс. стаціонарно, тривале підтримуюче

симптоматичне лікування в амбулаторних умовах.

7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Критеріями ефективності лікування є нормалізація загального стану хворого, біохімічних показників функціонального стану печінки, перевід хворого в компенсований стан, відсутність ускладнень.

8. Реабілітація

Тривала дієта №5, відмова від алкоголю, прийому гепатотоксичних ліків. Обмеження фізичних навантажень.

9. Диспансерне спостереження

Усі хворі на цироз печінки підлягають активному диспансерному нагляду з періодичним обстеженням 1 раз у 6-12 місяців (УЗД печінки, біохімічні проби печінки).

Умовні скорочення:

АХП - алкогольна хвороба печінки

АсАт - аланінамінотрансфераза

АсАт - аспартатамінотрансфераза

ГГТ - гама-глутамілтрансфераза

ГЕРХ - гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

ДСО - дисфункція сфінктеру Одді

ЕГДС - езофагогастроуде- носкопія	томографія	СОШ - слизова оболонка шлунку
ЕРХПГ - ендоскопічна рет- роградна холангіопанкреатогра- фія	НВК - неспецифічний вираз- ковий коліт	СОК слизова оболонка кишки
ЗСН ПЗ - зовнішньосекретор- на недостатність підшлункової за- лози	НЕРХ - неерозивна рефлюкс- на хвороба	УЗД - ультразвукове дослід- ження
КТ - комп'ютерна томографія	НПЗП - нестероїдні протиза- пальні засоби	ХВГ - хронічний вірусний ге- патит
ЛФ - лужна фосфатаза	НСС - нижній стравохідний сфінктер	ХК - хвороба Крона
МРТ - магнітно-резонансна	ПЗ - підшлункова залоза	ЦП - цироз печінки
	СО - слизова оболонка	