

**Государственное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования «Челябинская государственная  
медицинская академия федерального агентства по здравоохранению и  
социальному развитию»**

**Кафедра хирургических болезней и урологии**

**В.Н. Бордуновский, О.В. Прибыткова и соавт**

# **Современная фармакотерапия в комплексном лечении хирургических больных**

**учебное пособие  
предназначено для системы  
послевузовского и дополнительного профессионального  
образования врачей по специальности 040126 «Хирургия»**

**Рекомендовано Учебно-методическим объединением по  
медицинскому и фармацевтическому образованию  
ВУЗов России в качестве учебного пособия для системы  
послевузовского и дополнительного образования врачей**

**Челябинск  
2010 г.**

## **Рецензенты:**

Ходаков В.В. Зав кафедрой общей хирургии Уральской государственной медицинской академии, г. Екатеринбург, д-р мед наук, профессор

Сулейманов С.Ш. ректор, зав. кафедрой клинической фармакологии и патофизиологии ГОУДПО «Института повышения квалификации специалистов здравоохранения МЗ Хабаровского края», д-р мед наук, профессор

## **Авторский коллектив:**

Сотрудники кафедры хирургических болезней и урологии ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава:

Заведующий кафедрой, профессор, д.м.н. – В.Н. Бордуновский

Профессоры, д.м.н. – В.Н. Гамза, Д.В. Гарбузенко, Л.Л. Плоткин;

Доценты, к.м.н., - С.С. Ануфриева, И.Я. Бондаревский, В.А. Бычковских, М.А. Дрожжилов;

Ассистенты, к.м.н. – В.В. Белов, Н.М. Грекова, А.Н. Карташев, А.В. Ковалев, Е.В. Копасов; А.Ю. Кукаркин; Ю.В. Лебедева; Д.М. Смирнов; А.В. Соколов.

Ассистент – Мурасов М.Ф.;

Клинический ординатор – Е.А. Малева.

Доцент кафедры Ип и П ЧелГУ, к.м.н. – В.П. Бордуновская

Главный внештатный клинический фармаколог г. Челябинска, к.м.н. – О.В. Прибыткова

Врач-хирург МУЗ ГКБ №3 - О.В. Латышева

**Краткая аннотация пособия.** В программе изучения хирургических болезней и урологии основное внимание обращается на составляющие нозологической формы, а именно этиологию, патогенез, клинику и диагностику хирургических заболеваний. При изучении раздела «Лечение» в основном уделяется внимание особенностям оперативного лечения.

В разделе «Медикаментозное лечение», как правило, указывается на группы препаратов, не останавливаясь на конкретных лекарственных формах, дозах, длительности терапии. Этот пробел в преподавании предмета в послевузовском образовании и предполагается восполнить, в какой-то мере, настоящим учебным пособием.

В нем даны конкретные рекомендации по лечению больных, находящихся в хирургических отделениях, но не требующих оперативного лечения. В соответствии с имеющимися стандартами и рекомендациями предлагаются современные лекарственные препараты по международному и торговому наименованию, режимы дозирования, длительность терапии, способы введения, что для практического врача будет хорошим подспорьем в его работе.

Пособие составлено на основании типовой учебной программы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей по специальности – 040126 «Хирургия», утвержденной МЗ РФ, Москва, 2002 г.

Учебное пособие утверждено на заседании ученого Совета ЧелГМА от 23.04.2010 г. (протокол № 9)

## Оглавление

Список сокращений.....	5
<b>I. Абдоминальная хирургия</b>	
1. Аппендицит.....	6
2. Аппендикулярный инфильтрат.....	7
3. Желчекаменная болезнь.....	9
4. Хронический калькулезный холецистит.....	9
5. Острый холецистит.....	11
6. Гнойный холангит.....	13
7. Острый вирусный гепатит.....	15
8. Хронический вирусный гепатит.....	17
9. Цирроз печени.....	18
10. Хронический панкреатит.....	21
11. Острый панкреатит.....	23
12. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь.....	26
13. Функциональная диспепсия.....	29
14. Хронический гастрит.....	31
15. Химический рефлюкс-гастрит.....	33
16. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.....	34
17. Болезни оперированного желудка.....	36
17.1. Синдром приводящей петли.....	37
17.2. Демпинг-синдром.....	39
17.3. Пептическая язва анастомоза.....	40
17.4. Анемия агастрическая.....	41
18. Перитонит.....	42
19. Сепсис.....	45
28. Синдром диабетической стопы.....	51
20. Кишечная непроходимость.....	55
20.1. Обтурационная кишечная непроходимость.....	57
20.2. Паралитическая кишечная непроходимость.....	58
Тестовый контроль.....	58
<b>II. Сосудистая и торакальная хирургия</b>	
21. Варикозное расширение вен нижних конечностей.....	61
22. Тромбоз вен нижних конечностей.....	63
23. Посттромбофлебитический синдром.....	65
24. Мастит.....	67
25. Дисгормональные дисплазии молочных желез (мастопатии).....	69
29. Острые инфекционные деструкции легких.....	71
30. Бронхоэктатическая болезнь.....	75
31. Острая эмпиема плевры.....	77
Тестовый контроль.....	78
<b>III. Проктология</b>	
26. Геморрой.....	82
26.1. Острый геморрой.....	84
27. Анальная трещина.....	85

Тестовый контроль.....	86
<b>IV. Урология</b>	
32. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы .....	89
33. Мочекаменная болезнь .....	90
34. Неотложные состояния в урологии.....	93
34. 1. Почечная колика.....	93
34. 2. Гематурия.....	94
34.3. Острая задержка мочеиспускания.....	94
35. Экскреторная анурия.....	95
36. Опухоли почки.....	96
37. Пиелонефрит.....	98
38. Рак мочевого пузыря.....	100
39. Рак предстательной железы.....	101
40. Травма мочевого пузыря.....	103
41. Травмы почки.....	105
Тестовый контроль.....	106
<b>V. Приложение</b>	
42. Нутритивная поддержка.....	108
43. Современные компоненты для нутритивной поддержки.....	110
44. Показатель АРАСНЕ II.....	112
45. Справочная таблица для уточнения тяжести органных и системных дисфункций по лабораторным данным.....	116
46. Итоговая оценка наличие и показатели органных и системных дисфункций.....	117
47. Справочник лекарственных средств.....	118
48. Используемая литература.....	121

## Список сокращений

АЛТ – аланинаминотрансфераза  
АТ – анальная трещина  
АСТ – аспаргатаминотрансфераза  
ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь  
ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание  
ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы  
ЖКБ – желчнокаменная болезнь  
ИПП – ингибиторы протонной помпы  
КТ – компьютерная томография  
ЛДГ – лактатдегидрогеназа  
ЛПИ - лодыжечно-плечевой индекс  
МКБ – мочекаменная болезнь  
МНО – международное нормализованное отношение  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
МРТХПГ - магниторезонансная холангиопанкреатография  
MRSA – метициллин –резистентный стафилококк  
Нр - Helicobacter pylori (хеликобактер пилори)  
НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты  
ОАК – общий анализ крови  
ОАМ – общий анализ мочи  
ОВГ – острый вирусный гепатит  
ОГ – острый геморрой  
ОПН – острая почечная недостаточность  
ПТФС - посттромбофлебитический синдром  
СДС – синдром диабетической стопы  
СОЖ - слизистая оболочка желудка  
СОЭ – скорость оседания эритроцитов  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФБК – фиброзно-кистозная болезнь  
ФВД – функция внешнего дыхания  
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия  
ФД – функциональная диспепсия  
ФПП – функциональные пробы печени  
ХГ – хронический геморрой  
ХП – хронический панкреатит  
ЦВД – центральное венозное давление  
ЭРХПГ - эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография  
ЯБ – язвенная болезнь

# Абдоминальная хирургия

## Аппендицит

Шифр МКБ – 10

К 35 - острый аппендицит

К 35.0 - острый аппендицит с генерализованным перитонитом

К 35.1 - острый аппендицит с перитониальным абсцессом

К 35.9 - острый аппендицит не уточненный

Аппендицит - это воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

### Классификация:

1. Острый катаральный;
2. Острый флегмонозный;
3. Острый гангренозный;
4. Острый перфоративный аппендицит

### Клиника:

Боли в правой подвздошной области с наибольшей болезненностью в т. Мак – Бурнея. Тошнота и рвота 1-2 кратная. Интоксикация.

Симптомы общие: Щеткина-Блюмберга, Раздольского с определением зоны Раздольского.

Симптомы патогномичные: Кохера-Волковича, Кюммеля, Раздольского, Воскресенского (рубашечный), Образцова, Ситковского, Бартомье-Михельсона, «смещения» отростка, у беременных III триместра – Ситковского наоборот.

### Диагностика:

- ОАК;
- ОАМ;
- УЗИ;
- Лапароскопия.

### Осложнения:

Абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, перитонит, пилефлебит.

Послеоперационные осложнения: флегмона брюшной стенки, внутрибрюшное кровотечение.

### Лечение:

1. Только оперативное лечение, даже при не исключенном подозрении на аппендицит.

2. Медикаментозное лечение

**Антибиотикопрофилактика** (однократно) обязательно за 30 мин до разреза, ввести в/в один из указанных препаратов:

- амоксициллин/клавуланат 1,2г
- или ампициллин/сульбактам 1,5г
- или цефуроксим 1,5г
- или цефазолин 1,0г

**Антибактериальная терапия**

При **деструктивных** формах аппендицита после операции показано применение одного из перечисленных препаратов:

- амоксициллин/клавуланат 1,2г × 3 раза в сутки в/в
- амоксициллин/сульбактам 1,5г × 3-4 раза в сутки в/в, в/м
- ампициллин/сульбактам 1,5г × 4 раза в сутки в/в, в/м
- цефтриаксон 1-2г×1 раз в сутки в/в, в/м + метронидазол 0,5г×3 раза в сутки в/в
- цефотаксим 1г × 3 раза в/в, в/м + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в

При появлении перистальтики и улучшении состояния переходить на таблетированные формы (степ –терапия):

- амоксициллин/клавуланат 1г х 2раза в сутки во время еды
- или амоксициллин/сульбактам 1,5г х 2раза в сутки во время еды

Длительность терапии 3-5 -7 дней, в зависимости от тяжести состояния.

**Аппендикулярный инфильтрат**

Шифр МКБ – это осложнение острого аппендицита, отдельного шифра нет

Аппендикулярный инфильтрат – это воспалительный конгломерат, состоящий из деструктивно изменённого червеобразного отростка и соседних органов.

Клинико-лабораторные проявления аппендикулярного инфильтрата

Синдром	Клинические проявления
Абдоминальная боль	Локальная болезненность в правой подвздошной области без иррадиации с пальпаторным определением инфильтрата
Эндогенная интоксикация	Гипертермия, тахикардия, увеличение лейкоцитоза и СОЭ, нарастание палочкоядерного сдвига, лимфопения.

### Диагностика:

- Приступ острого аппендицита не более трёх суток.
- Лабораторные методы исследования.
- УЗИ брюшной полости для исключения абсцедирования инфильтрата.

### Лечение:

#### 1. Немедикаментозное:

- Постельный режим.
- Холод на область инфильтрата.
- Щадящая диета.

#### 2. Медикаментозное

2.1. Антибактериальная терапия: применение одного из перечисленных препаратов:

-амоксициллин/клавуланат 1,2г × 3 раза в сутки в/в

-амоксициллин/сульбактам 1,5г × 3-4 раза в сутки в/в, в/м

-ампициллин/сульбактам 1,5г × 4 раза в сутки в/в, в/м

-цефтриаксон 1-2г × 1 раз в сутки в/в, в/м + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в

-цефотаксим 1г × 3 раза в/в, в/м + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в

\*Возможно использование ампициллина 1,0 × 4 раза в сутки в/в, в/м (при условии низкой резистентности в конкретном ЛПУ) + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в

#### **При появлении перистальтики и улучшении состояния перейти на таблетированные формы (step –терапия):**

- амоксициллин/клавуланат 1г × 2раза в сутки во время еды
- или амоксициллин/сульбактам 1,5г × 2раза в сутки во время еды

-Длительность антибактериальной терапии 5 -7 дней, в зависимости от тяжести состояния

2.2.Инфузионная в/в терапия (солевые растворы, растворы, содержащие глюкозу) до 1,5 – 2 литров в сутки при условии отсутствия самостоятельного употребления жидкости (5-10 % р-р глюкозы в/в., 0,9 % р-р NaCl в/в., Р-р Рингера в/в.



## Желчнокаменная болезнь

Шифр МКБ- 10

К 80.0 - камни желчного пузыря с острым холециститом

К 80.1 - камни желчного пузыря с другим холециститом

К 80.3 - камни желчного протока с холангитом

К 80.4 - камни желчного протока с холециститом

К 80.5 - камни желчного протока без холангита или холецистита

К 80.8 – другие формы холелитиаза

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) — это заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и (или) билирубина и характеризующееся образованием камней в желчном пузыре и (или) в желчных протоках или в общем желчном протоке.

ЖКБ может сопровождаться клиникой хронического холецистита в фазе обострения, затухающего обострения (неполная ремиссия) и ремиссии, а также острого холецистита, механической желтухи, холангита.

## Хронический калькулёзный холецистит

Клиника:

Ведущие симптомы: периодические боли в правом подреберье и эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопаточную область; тошнота и рвота, отрыжка горечью. Симптомы чаще возникают после употребления жирной, жареной или острой пищи.

Обследование:

- ОАК, ОАМ
- биохимическое исследование крови

Инструментальные методы исследования:

- «Золотой стандарт» диагностики –УЗИ
- ЭРХПГ
- МРТ
- КТ

Лечение хронического калькулёзного холецистита

I. Общие рекомендации

- Санация очагов хронической инфекции
- Борьба с адинамией, ожирением.

II. Диетические рекомендации

Исключается:

- Переедание, приём пищи на ночь
- Жирная, острая, жареная пища, яйца, сладости, копчености, приправы

Рекомендуется:

- Дробное питание каждые 3-4 часа
- Прием жидкости не менее 1,5л в день
- Достаточное количество клетчатки с добавлением отрубей
- Отказ от приема эстрогенов и фибратов

### III. Медикаментозная терапия

1. Пероральная литолитическая терапия (только в случае наличия не длительно существующих холестериновых камней размером 1-1,7см и функционирующий желчный пузырь):

-урсодеоксихолевая кислота 10-15 мг/кг/сутки, не разжевывая, запивая молоком, чаем, соками – 1 раз перед сном

или

-хенодеоксихолевая кислота - 15мг/кг, не разжевывая– 1 раз перед сном  
или

***оба препарата в дозе 7-8 мг/кг однократно вечером***

Длительность терапии:

Контроль эффективности каждые 3-6 мес. Через 6 мес. при неэффективности лечения необходимо отменить.

При полном растворении камней продолжить прием урсодеоксихолевой кислоты еще 3 мес. в дозе 250 мг/кг

#### 2. Купирование болевого синдрома:

Спазмолитики (один из перечисленных препаратов):

- Дротаверин таб. по 40-80 мг 3 раза в сутки
- Мебеверин - по 1 капсуле (200 мг) × 2 раза в сутки за 20 минут до еды (утром и вечером)
- Пинаверия бромид 50мг (1таб) × 3 раза во время еды, запивая большим количеством воды
- Гиосцина бутилбромид 10-20мг (1-2 таб.) × 3 раза в сутки

#### 3. Антибактериальная терапия (при обострении)

Препараты выбора: (один из перечисленных препаратов)

- амоксциллин/клавуланат 1,2г × 3 раза в сутки в/в
- амоксциллин/сульбактам 1,5г × 3-4 раза в сутки в/в, в/м
- ампициллин/сульбактам 1,5г × 4 раза в сутки в/в, в/м
- цефтриаксон 1г × 1 раз в сутки в/в, в/м + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в
- цефотаксим 1г × 3 раза в сутки в/в, в/м + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в

-цефоперазон/сульбактам 2-4г × 2раза/сутки в/в, в/м

Альтернативные препараты:

-Ципрофлоксацин 750мг× 2 раза в сутки внутрь (400мг х 2 раза в сутки в/в) + метронидазол 0,5 × 3 раза в сутки внутрь, в/в  
или Гентамицин 5мг/кг × 1 раз в сутки, в/в, в/м + ампициллин 1,0 × 4 раза в сутки, в/в, в/м + метронидазол 0,5 × 3 раза в сутки в/в, внутрь

4. Оперативное лечение в плановом порядке.

### Острый холецистит

Шифр МКБ - 10

К 81.0 - острый холецистит

Острый холецистит – острое воспаление желчного пузыря бактериальной природы

Классификация:

1. клинико-морфологические формы:

- Острый катаральный холецистит
- Флегмонозный холецистит
- Гангренозный холецистит
- Прободной холецистит

2. Осложнения

- Панкреатит
- Гепатит
- Перитонит
- Механическая желтуха

Клиника:

Боль в эпигастрии или правом подреберье, чаще после приема жирной пищи или алкоголя, иррадирует под правую лопатку; тошнота, рвота с примесью желчи, лихорадка.

Симптомы: Щеткина-Блюмберга, Раздольского с определением зоны Раздольского (в области правого подреберья).

Патогномоничные: Ортнера-Грекова, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского.

Диагностика:

- Биохимический анализ крови
- ОАК;

- ОАМ;
- УЗИ;
- Лапароскопия.

### Лечение:

#### Немедикаментозное

##### I. Диетические рекомендации

-Стол № 5а

-В рацион обязательно включают молочные продукты (творог), овощи, фрукты, ягоды, соки

-Содержание легкоусвояемых углеводов не должно превышать физиологическую норму

-Обильное питьё

-Питание дробное, небольшими порциями. Блюда отварные и протёртые

#### Медикаментозное

1. Спазмолитики (один из перечисленных препаратов):

- Дротаверин по 40-80 мг (1-2 таб) x 3 раза в сутки
- Мебеверин - по 1 капсуле (200 мг) × 2 раза в сутки за 20 минут до еды (утром и вечером)
- Пинаверия бромид 50мг (1таб) × 3 раза во время еды, запивая большим количеством воды
- Гиосцина бутилбромид 10-20мг (1-2 таб.) × 3 раза в сутки
- Спазмалин 1-2 таблетки × 2-3 раза в сутки, не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости

2. Анальгетики

– Метамизол натрия – 1-2мл 50% (500 мг -1000мг) × 3 раза в сутки в/м или в/в. Максимальная разовая доза – 1 г, суточная – 2 г

- Кеторолак - 30 мг \* 2-3 раза в сутки

#### 3. Антибактериальная терапия.

Препараты выбора (применение одного из перечисленных препаратов):

-амоксициллин/клавуланат 1,2г × 3 раза в сутки в/в

-амоксициллин/сульбактам 1,5г × 3-4 раза в сутки в/в, в/м

-ампициллин/сульбактам 1,5г × 4 раза в сутки в/в, в/м

-цефтриаксон 1г × 1 раз в сутки в/в, в/м +метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в

-цефотаксим 1г × 3 раза в/в. в/м + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в

-цефоперазон/сульбактам 2-4г× 2раза/сутки в/в, в/м

#### Альтернативные препараты:

- Ципрофлоксацин 750мг × 2 раза в сутки внутрь (400мг x 2 раза в сутки в/в) + метронидазол 0,5 × 3 раза в сутки внутрь, в/в или

- Гентамицин 5мг/кг 1 раз в сутки, в/в, в/м + ампициллин 1,0 × 4 раза в сутки, в/в, в/м + метронидазол 0,5 × 3 раза в сутки в/в, внутрь
- Цефепим 1-2,0 × 2 раза в сутки в/в, в/м + метронидазол 0,5 × 3 раза в сутки в/в

#### 4. Инфузионная терапия:

В\в введение жидкостей (5-10 % р-р глюкозы в/в, 0,9 % р-р NaCl в/в, реамберин 400мл) не менее 2 л/сутки (объём определяют возрастом больного и состоянием сердечно-сосудистой системы)

#### 5. Оперативное лечение.

Показания:

- 1) неотложные («с колес»);
- 2) ранее (12-72 ч.);
- 3) отсроченное (через 14 дн.)

### Гнойный холангит

Шифр МКБ – 10

K83.0 – холангит

K 80.3 - камни желчного протока с холангитом

Холангит - ангиохолит, воспаление жёлчных протоков вследствие проникновения в них инфекции из жёлчного пузыря, кишечника, кровеносных сосудов (чаще) или по лимфатическим путям (реже)

В основе его развития лежит билиарная гипертензия, вызванная различными причинами (например, холедохолитиазом) и инфицирование желчи.

Клиника:

Озноб с лихорадкой, желтуха, боль в правом подреберье (триада Шарко).

Обследование:

- Общий анализ крови
- Биохимическое исследование крови
- УЗИ

Лечение:

Оперативное лечение – в экстренном порядке (декомпрессия билиарной системы).

В условиях билиарной гипертензии при холангите самостоятельное значение консервативной терапии относительно невелико и её целесообразно

рассматривать лишь как интенсивную кратковременную подготовку больного к проведению срочной декомпрессии желчных протоков.

#### Консервативное лечение:

1. Голод в течение 2—3 дней.
2. Локальная гипотермия – применение «пузыря» со льдом на область правого подреберья.
3. Промывание желудка при наличии тошноты и рвоты.
4. Обезболивание:

#### А) Ненаркотические анальгетики:

- Метамизол натрия – 1-2мл 50% (500 мг -1000мг) × 3 раза в сутки в/м, в/в. Максимальная разовая доза – 1 г, суточная – 2 г
- Кеторолак- 30 мг\* 2-3 раза в сутки

#### Б) Спазмолитики

- Дротаверин по 40-80 мг (внутри или в/м) × 3 раза в сутки, или
- Мебеверин - по 1 капсуле (200 мг) × 2 раза в сутки за 20 минут до еды (утром и вечером).или
- Пинаверия бромид 50мг(1таб) × 3 раза во время еды, запивая большим количеством воды или
- Гиосцина бутилбромид 10-20мг (1-2 таб.) × 3 раза в сутки

#### В) Комбинированные препараты (анальгетики+спазмолитики)

Спазмалин 5 мл 2-3 раза в сутки в/, в/м

#### С) Новокаиновая блокада круглой связки печени.

#### 5. Антибактериальная терапия.

##### Препараты выбора

применение одного из перечисленных препаратов:

- амоксициллин/клавуланат 1,2г × 3 раза в сутки в/в
- амоксициллин/сульбактам 1,5г × 3-4 раза в сутки в/в, в/м
- ампициллин/сульбактам 1,5г × 4 раза в сутки в/в, в/м
- цефтриаксон 1г × 1 раз в сутки в/в, в/м + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в
- цефотаксим 1г × 3 раза в/в. в/м + метронидазол 0,5г × 3 раза в сутки в/в
- цефоперазон/сульбактам 2-4г × 2раза/сутки в/в, в/м

##### Альтернативные препараты:

- Ципрофлоксацин 750мг × 2 раза в сутки внутрь (400мг х 2 раза в/в) + метронидазол 0,5 × 3 раза в сутки внутрь, в/в или
- Гентамицин 5мг/кг × 1 раз в сутки, в/в, в/м + ампициллин 1,0 × 4 раза в сутки, в/в, в/м + метронидазол 0,5 × 3 раза в сутки в/в, внутрь
- Цефепим 1-2,0× 2 раза в сутки в/в, в/м + метронидазол 0,5 × 3 раза в сутки в/в

6. Инфузионно-капельная терапия не менее 2 л/сутки (объём определяют возрастом больного и состоянием сердечно-сосудистой системы):

- 5-10 % р-р глюкозы в/в
- 0,9 % р-р NaCl в/в

Экспресс-диагностика гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита (М.И. Прудков, А.И. Кармацких)

Группы признаков	Баллы
Блокады желчного пузыря (пальпирующийся увеличенный и напряженный желчный пузырь, эктазия желчного пузыря)	1 балл
Раздражения брюшины (Менделя, Ортнера, Щеткина-Блюмберга, мышечный дефанс)	1 балл
Воспаления (лейкоцитоз)	1 балл

*1 балл начисляется за наличие одного или нескольких однородных признаков (одной группы).*

Оценка данных:

При наличии желчнокаменной болезни и признаков острого холецистита 2 и 3 балла соответствуют вероятности гнойно-деструктивного характера воспаления в желчном пузыре (флегмона, эмпиема, гангрена) в 90% - 95% случаев.

### Острый вирусный гепатит (ОВГ)

ОВГ может быть как самостоятельная нозологическая форма (гепатиты А, В, С, Д), так и синдромом при генерализованных вирусных инфекциях (герпетической, аденовирусной, и т.д.)

Шифр МКБ – 10

V15 Острый гепатит А

V15.0 Гепатит А с печеночной комой

V15.9 Гепатит А без печеночной комы

V16 Острый гепатит В

V16.0 Острый гепатит В с дельта - агентом (коинфекция) и печеночной комой

V16.1 Острый гепатит В с дельта - агентом (коинфекция) без печеночной комы

V16.2 Острый гепатит В без дельта - агента с печеночной комой

V16.9 Острый гепатит В без дельта - агента и без печеночной комы

V17 Другие острые вирусные гепатиты

V17.0 Острая дельта - (супер) - инфекция вирусоносителя гепатита В

- V17.1 Острый гепатит С
- V17.2 Острый гепатит Е
- V17.8 Другие уточненные острые вирусные гепатиты
- V15 Острый гепатит А
- V16 Острый гепатит В
- V17.1 Острый гепатит С
- V17.2 Острый гепатит Е
- V17.8 Другие уточненные острые вирусные гепатиты

**Острый вирусный гепатит** – острое заболевание печени вирусной этиологии, характеризующееся воспалительно-некротическими изменениями портальных трактов и внутريدольковой паренхимы.

#### Клиника:

Ведущие симптомы: недомогание, утомляемость, анорексия, тошнота, рвота; гриппоподобный синдром; артрит, крапивница, кожный зуд; болезненность в области эпигастрия; увеличение печени, в более половине случаев – желтуха.

#### Диагностика:

- Основной метод - серологический
- Биохимические методы (функциональные пробы печени)
- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Анализ кала
- УЗИ

#### Лечение острого вирусного гепатита

##### Немедикаментозная терапия

I. Полупостельный режим.

II. Диетические рекомендации:

Диета должна быть полноценная, калорийная (до 3000 калорий), щадящая.

##### **Исключается:**

- Жареные, копченые, маринованные блюда, пряные и экстрактивные компоненты и алкоголь.

##### **Рекомендуется:**

- Достаточное количество углеводов (преимущественно в виде каш, меда, варенья, сахара);
- Не ограничивать количество полноценных животных белков (не менее 100 г в сутки);
- Эмульгируемые жиры (30-40 г сливочного масла в день);
- Витамины в виде натуральных пищевых продуктов.
- Обильное питье



### Медикаментозная терапия

\*Больные с легкой формой вирусного гепатита А не нуждаются в медикаментозном лечении.

\*При среднетяжелой и тяжелой форме вирусного гепатита А и остром вирусном гепатите В, С к лечению добавляется инфузионная терапия:

- 5-10 % р-р глюкозы в/в.
- 0,9 % р-р NaCl в/в.
- Р-р Рингера в/в.
- Реамберин 400мл в/в кап, со скоростью 90 кап/мин (1-1.5 мл/мин)
- Энтеросорбенты

\*При холестазах - урсодиооксихолевая кислота 10-15 мг/кг/сут, не разжевывая, запивая молоком, чаем, соками – 1 раз перед сном

Гепатопротектор –ремаксол 400-мл в/в кап

\*При выраженном цитолитическом синдроме глюкокортикоиды

\*При остром вирусном гепатите С рекомендуется альфа - интерферон : 3-6 МЕ 3 раза в неделю или ежедневно 3-6 мес.

### Хронический вирусный гепатит

МКБ-10 18.0 Хронический вирусный гепатит В с дельта - агентом

V18.1 Хронический вирусный гепатит В без дельта – агента

V18.8 Другой хронический вирусный гепатит

V18.2 Хронический вирусный гепатит С

V18.9 Хронический вирусный гепатит неуточненный

Хронический гепатит – воспаление печени, продолжающееся более 6 месяцев без тенденции к улучшению.

#### Классификация:

- вирусный
- аутоиммунный
- лекарственный
- генетически обусловленный.

#### Клиника:

Специфические симптомы отсутствуют. У большинства пациентов вообще клинических признаков нет. У остальных - недомогание, утомляемость, мышечные и суставные боли, иногда кожный зуд.

#### Диагностика:

- Серологическая диагностика
- Общий анализ крови

- Биохимическое исследование крови
- УЗИ
- Биопсия печени

Лечение:

### 1. Немедикаментозное

- Отказ пациента от употребления алкоголя, наркотиков, исключение контакта с гепатотропными ядами, ограничение употребления лекарственных препаратов.

- Освобождение от тяжелой физической нагрузки
- Диета (см. острые гепатиты)
- 

### 2. Медикаментозное лечение хронического вирусного гепатита В

-интерфероны: альфа интерферон – дозы и режим введения зависят от активности процесса и типа вируса

-антивирусные препараты – ламивудин 100мг/сутки

### 3. Медикаментозное лечение хронического вирусного гепатита С

Комбинация альфа интерферона (короткого или пролонгированного действия-пегинтроны) и рибавирина. Дозы и режим введения зависят от активности процесса и типа вируса

### 4. Гепатопротектор –ремаксол 400-мл в/в кап

## Цирроз печени

Шифр МКБ – 10

K70.3 Алкогольный цирроз печени

K71.7 Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени

K74.3 Первичный билиарный цирроз

K74.4 Вторичный билиарный цирроз

K74.5 Билиарный цирроз неуточненный

K74.6 Другой и неуточненный цирроз печени

K72.1 Хроническая печеночная недостаточность

K76.6 Портальная гипертензия

Цирроз печени – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов.

Клиника:

Ведущие симптомы: недомогание, утомляемость, анорексия, похудание, боль в области правого подреберья, увеличение печени и

селезёнки, гиперспленизм, анемия, желтуха, варикозное расширение вен пищевода, желудочные кровотечения.

#### Обследование:

- Общий анализ крови
- Биохимическое исследование крови
- Серологическая диагностика
- УЗИ
- Допплеросонография сосудов портальной системы
- ФГС
- Лапароскопия
- Биопсия печени

#### Оценка тяжести цирроза печени по Child-Pugh

	1 балл	2 балла	3 балла
1. Альбумин	> 3,5 г/л	2,8 -3,5 г/л	< 2,8 г/л
2. Билирубин	< 20 мкм/л)	25 - 40 мкм/л	> 40 мкм/л
3. Протромбиновое время (свыше нормы)	> 4 сек	4 - 6 сек	> 6 сек
6. Асцит	Нет	Небольшой	Выраженный
4. Энцефалопатия	0	1-11	III - IV

Итоговая оценка тяжести цирроза печени

Child A 5-6 баллов

Child B 7-9 баллов

Child C 9-15 баллов

#### Лечение цирроза печени:

##### 1. Общие рекомендации:

- Щадящий режим, ограничение физических нагрузок. При декомпенсации – постельный режим.

- Отказ пациента от употребления алкоголя, наркотиков, исключение контакта с гепатотропными ядами, в том числе разумное ограничение употребления других лекарственных препаратов.

- Не показаны физиотерапевтические и тепловые процедуры на область печени, бальнеологические методы лечения.

- Сбалансированный приём белков, соли, жидкости, 4-5-разовое питание;

##### 2. Препараты, влияющие на функциональную активность гепатоцитов:

▪ Урсодезоксихолевая кислота (капсулы) - 10-15 мг/кг/сут, не разжевывая, с пищей или легкой закуской. Суточная доза делится на 2-3 приёма.

▪ Эссенциальные фосфолипиды - 2 капсулы 3 раза в день во время приёма пищи, не разжёвывая, запивая небольшим количеством воды.

3. Средства, нормализующие деятельность желудочно-кишечного тракта:

- Панкреатин - 10000 ЕД, во время еды по 1 капс, внутрь, во время или после еды, проглатывая целиком, запивая большим количеством жидкости
- Лактулоза 30мл × 3 раза в день.

4. Лечение асцита:

- Спиринолактон – внутрь, при коэффициенте  $Na^+/K^+ < 1$ , суточная доза - 100 мг, если коэффициент  $> 1$  - 200-400 мг/сут.
- Фуросемид - в/в: начальная доза - 40 мг, максимальная разовая доза - 2 г. Внутрь: утром, до еды, средняя разовая начальная доза - 20-80 мг.
- Гипотиазид (табл.) - суточная доза 25-100 мг, принимают однократно (утром) или в 2 приема (в первой половине дня).

- При напряжённом асците – лапароцентез.

5. Профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода:

- Неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы (пропранолол) – средняя суточная доза - 10-20 мг (таб), максимальная - 160 мг.

6. Лечение острых кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода:

- Установка зонда Блэкмора.

- Питуитрин – в/в 20 ЕД на 200 мл 5% раствора глюкозы в течение 15-20 минут, или
- Нитроглицерин - 1% спиртовой р-р в/в капельно из расчета 1 мл (10 мг) на 400 мл раствора Рингера со скоростью 10-15 капель в минуту, или
- Соматостатин - в/в, сначала медленно струйно в течение 3-5 мин в “ударной” дозе 250 мкг, затем переходят на непрерывную инфузию со скоростью 250 мкг/ч (что соответствует приблизительно введению 3,5 мкг/кг/ч).
- $\epsilon$ -Аминокапроновая кислота – в/в 5% р-р препарата на изотоническом р-ре NaCl капельно до 100 мл. При необходимости повторяют вливания с промежутками 4 ч, вводя по 1 г.
- Менадиона натрия бисульфат – в/м 3 мл 1 % р-ра в/м.

Инфузионная терапия:

5-10 % р-р глюкозы в/в.

- 0,9 % р-р NaCl в/в.
- Реамберин 400мл в/в кап, со скоростью 90 кап/мин (1-1.5 мл/мин)
- Гидроксиэтилкрахмалы в/в (по показаниям).
- Переливание свежемороженой плазмы, эритроцитарной массы (по показаниям).

7. Гепатопротекторы:

- Адеметионин 400-800мг/сут в/в (очень медленно), или внутрь 800-1660мг (1-2 таб.) 1 раз/сутки между едой, не жевать, запивать большим количеством воды

8. Оперативное лечение направлено на снижение портального давления (посегментная лазерная перфорация печени; сплено-ренальное шунтирование и т.д.)

### **Хронический панкреатит**

Шифр МКБ 10

К 86.0 Алкогольной этиологии

К 86.1 Другие хронические панкреатиты

*Хронический панкреатит (ХП)* - полиэтиологическое прогрессирующее заболевание поджелудочной железы, которое характеризуется проявлением во время обострения признаков острого воспалительного процесса, постепенным замещением паренхимы органа соединительной тканью и развитием недостаточности экзо- и эндокринной функции поджелудочной железы.

#### **Классификация хронического панкреатита (В.Т. Ивашкин и соавт. 1990):**

По морфологическим признакам:

- Интерстициально-отечный
- Паренхиматозный (рецидивирующий)
- Фиброзно-склеротический (индуративный)
- Кистозный.

По клиническим проявлениям:

- Болевой
- Гипосекреторный
- Астеноневротический (ипохондрический)
- Латентный
- Сочетанный.

Клиника:

- Боли с иррадиацией в спину (или опоясывающие);
- или стеаторея, панкреатогенная мальабсорбция (похудание, авитаминоз, анемия);
- или гиперинсулинизм – гипогликемия, сахарный диабет;
- или интоксикационный синдром, тромбогемморагический синдром.

Диагностика:

- Клинические проявления;
- Лабораторная диагностика (амилаза, эластаза – 1, липаза)
- УЗИ

- Эндоскопическая ультрасонография
- КТ
- РХПГ
- МРТ
- МРХПГ
- ФГДС.

#### Лечение:

##### I. Немедикаментозное

###### 1. Диетотерапия.

- Голод на 3 дня (жидкости до 1,5 литров в сутки)
- Строгая диета (2-3 дня), максимальное механическое и химическое щажение ПЖ

2. Нутритивная терапия – дополнительное оральное, энтеральное зондовое и парентеральное питание.

- В период ремиссии – белковая диета (120-140 г/сутки.), пониженное количество жиров. Общий калораж – 2500-2600 ккал/сутки.

##### II. Медикаментозное

###### 1. Ингибиторы протонного насоса

Выбрать один из:

- Рабепразол – 40 мг. × 1 раз в день
- Омепразол – 20 -40мг. × 2 раз в день
- Лансопразол – 30 мг. × 1-2 раз в день
- Пантопразол – 20-40 мг. × 1-2 раз в день
- Эзомепразол – 20-40 мг. × 1 раз в день

Возможно назначение Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина  
 фамотидин 20 мг 2 раза в сутки в/в

###### 2. Ненаркотические и наркотические анальгетики

- Парацетамол – табл. – 500 мг. × 2-4 раз в день
- Метамизол натрий- 50% - 2,0 3-4 раза в сутки
- Трамадол в\в, в\м, табл., капс. – внутрь до 800 мг в день
- Кеторолак - 30 мг \* 2-3 раза в день

###### 3. Спазмолитики

- Папаверина гидрохлорид – 2% р-р в/м или в/в 2-4 раз в день
- Мебеверин – капс. 200 мг. – 1 капс. × 2 раз в день
- Пинаверия бромид 50мг ×3 раза в сутки
- Дротаверин - табл. 40-80 мг ×2-3 раза в сутки

###### 4. Ферментные препараты

- Панкреатин 10000 ЕД, во время еды по 1 капс, внутрь, во время или после каждого приема пищи, проглатывая целиком, запивая большим количеством жидкости

- Сандостатин – амп. 100-300 мкг 3-4 раза в день подкожно в течение 5 дней
- 6. Инфузионная и детоксикационная терапия (реамберин 400мл 1 раз в день в/в кап, со скоростью 90 кап/мин, солевые и глюкозосодержащие растворы) не менее 1,5-2 л.
- 7. Симптоматическая терапия по показаниям:
  - Антациды: алюминия фосфат, гидроксид алюминия + гидроксид магния
  - Прокинетики: (метоклопрамид табл. 10мг × 4 раз в день; домперидон табл. 10 мг. × 4 раз в день, итоприда гидрохлорид 1 таб (50мг) x3 раза в день)
- 8. Оперативное лечение при формировании постнекротических кист

### Острый панкреатит

ШИФР МКБ-10

K85 Острый панкреатит

*Острый панкреатит (ОП)* - воспалительно-некротическое поражение поджелудочной железы, обусловленное ферментативным аутолизом, вызванными различными причинами.

#### Классификация (Волгоград, 2000 г.):

1. Отечный (интерстициальный) панкреатит
2. Стерильный панкреонекроз (жировой, геморрагический, смешанный)
3. Инфицированный панкреонекроз

#### Осложнения:

1. Парапанкреатический инфильтрат
2. Перитонит (ферментативный, бактериальный)
3. Панкреатогенный абсцесс
4. Флегмона забрюшинной клетчатки
5. Эрозивные кровотечения
6. Псевдокисты (стерильная, инфицированная)
7. Панкреатогенный шок
8. Септический шок
9. Полиорганная недостаточность
10. Механическая желтуха
11. Внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта

#### Клиника:

Острые «опоясывающие» боли; неукротимая рвота, не приносящая облегчение; интоксикация. При панкреонекрозе боли уменьшаются, тяжелое

общее состояние, повышение температуры тела, цианоз кожных покровов, тахикардия, олигоурия.

Симптомы: Мондора, Куллена, Кёрте, Гейнеке, Воскресенского, Мейо-Робсона.

#### Диагностика:

- Уровень амилазы, ЛДГ крови
- С-реактивный белок (маркер панкреонекроза - > 6 мг/л.)
- Повышение АЛТ и АСТ.
- Уровень прокальцитонина (маркер системного воспаления - > 2 нг/мл.)
- Рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции.
- УЗИ и КТ с в/в контрастированием
- Диагностическая лапароскопия
- Тонкоигольная аспирация под контролем КТ или УЗИ + микробиологическое исследование
- Мониторинг внутрибрюшинного давления

### Оценка тяжести острого панкреатита

#### Шкала Imrie

Критерии	Показатель
Возраст	> 55 лет
Лейкоцитоз	> $15 \times 10^9$ /л
Глюкоза крови	> 10 ммоль/л
Мочевина крови	> 16 ммоль/л
РаО <sub>2</sub>	< 60 мм рт. ст.
Кальций	< 2 ммоль/л
Лдг	> 600 Ш/л
АсАТ/АлАТ	> 100 Ш/л
Альбумин	32 г/л

#### Шкала Ranson

При поступлении	Через 48 часов после госпитализации
Возраст > 55 лет	Снижение гематокрита более чем на
Глюкоза крови > 11 ммоль/л	Содержание кальция менее 2 ммоль/л
Лейкоцитоз > $16 \times 10^9$ /л	Дефицит оснований более 4 мэкв/л
ЛДГ > 350 IU	Повышение концентрации азота мочевины более чем на 1.8 ммоль/л
АсАТ > 250 IU	Задержка жидкости > 6 л
	РаО <sub>2</sub> ниже 60 мм рт. ст.

Итоговая оценка шкал Ranson и Imrie

Наличие 3-х и более баллов характерно для тяжелого панкреатита

#### Лечение:

Отечный панкреатит/очаговый панкреонекроз средней тяжести.



## Немедикаментозное

### 1. Диетотерапия.

- Голод на 3-7 сутки (жидкости до 1,5 литров в сутки)
2. Нутритивная терапия – дополнительное оральное, энтеральное зондовое и парентеральное питание (см. приложение).
- В период ремиссии – белковая диета (120-140 г/сутки.), пониженное количество жиров. Общий калораж – 2500-2600 ккал/сутки.

## Медикаментозное

### 1. Профилактика стресс-язв

Ингибиторы протонного насоса

Выбрать один из:

- Рабепразол – 40 мг. × 1 раз в день
- Омепразол – 20 мг. × 2 раз в день.
- Лансопразол – 30 мг. × 1-2 раз в день.
- Пантопразол – 40 мг. × 1-2 раз в день.
- Эзомепразол – 20 мг. × 1 раз в день.

### 2. Адекватное обезболивание

-При панкреонекрозе предпочтительна продленная анальгезия (эпидуральная анестезия) ропивакаином

-Ненаркотические и наркотические анальгетики

- Парацетамол – 1г (100мл) × 2-4 раза в день в/в кап (максимальная суточная доза 4 г)
  - Метамизол натрий- 50% - 2,0 × 3-4 раза в сутки
  - Трамадол 0,1г в/в (макс доза в сутки 0,4г)
3. Спазмолитики
- Папаверина гидрохлорид – 2% р-р в/м или в/в 2-4 раз в день.
  - Мебеверин – капс. 200 мг. – 1 капс. × 2 раз в день.
  - Пинаверия бромид таб. 50мг × 3 раза в сутки
4. Ферментные препараты (не в острую фазу)
- Панкреатин 10000ЕД-40000ЕД, во время еды по 1 капс, внутрь, проглатывая целиком, запивая большим количеством жидкости 3-5 раз в сутки
5. Сандостатин– амп. 100-300 мкг 3-4 раза в день подкожно в течение 5 дней
6. Инфузионная и детоксикационная терапия – (гидроксиэтилкрахмалы, реамберин 400мл 1 раз в день в/в кап, со скоростью 90 кап/мин, солевые и глюкозосодержащие растворы) не менее 1,5-2 л.
7. Симптоматическая терапия по показаниям:
- Антациды: алюминия фосфат – внутрь по 1-2 пакетика 2-3 раз в сутки сразу после еды и на ночь или
  - гидроксид алюминия + гидроксид магния – внутрь по 1 дозе 4 раз в сутки. через 1-1,5 ч. сразу после еды и на ночь

- Прокинетики (метоклопрамид табл. 10мг × 4 раз в день; домперидон табл. 10 мг. × 4 раз в день, итоприда гидрохлорид 1таб (50мг) х3 раза в день)
8. Назогастральный зонд при рвоте/парезе кишечника.

9. Антибактериальная терапия (не позднее 72 часов с момента возникновения панкреонекроза:

*Препараты выбора: Карбапанемы:*

- Имипенем – 500 мг × 4 раз в сутки в/в кап или
- Меропенем – 500 -1000мг в/в × 3 раз в сутки в/в кап или
- Дорипенем – 0,5 г × 3 раза в/в кап

Альтернативные препараты (все препараты сочетать с введением метронидазола 0,5г х 3раза в/в кап, кроме моксифлоксацина):

-Фторхинолоны:

- Пефлоксацин 500 мг. × 2 раз/сутки. в/в, в/м
- Левофлоксацин 0,5г х 2 раза в/в
- Моксифлоксацин 0,4г 1 раз в/в

- Цефалоспорины 3 поколения:

- Цефоперазон + сульбактам- 2 г. × 4 раз/сутки в/в, в/м

-Цефалоспорины 4 поколения:

- Цефепим – 2 г × 2 раз/сутки в/в, в/м

*При MRSA – ванкомицин 0,5г х 4раза в/в кап или линезолид 0,6г х 2 раза в/в кап*

*Противогрибковая терапия*

*Флуконазол 100мг в/в кап 1 раз/сутки*

10. Оперативно-дренирующие операции, резекция ПЖ и т.д.

### Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Шифр МКБ – 10

К 21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом

К 21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное повторяющимся забросом в пищевод желудочного и /или дуоденального содержимого вследствие нарушения запирающего механизма нижнего пищеводного сфинктера (НПС), характеризующееся развитием воспалительных, эрозивно-язвенных изменений в дистальной части пищевода и/или функциональных нарушений.

Классификация ГЭРБ (Лос – Анджелес, 2002):

1. Эндоскопически негативная стадия ГЭРБ (отсутствие эзофагита)
2. Эндоскопически позитивная стадия ГЭРБ (по степени выраженности рефлюкс – эзофагита; K. Savary – Miller, 1994) :
  - 1 степень – выраженная гиперемия, отек, линейные эрозии, захватывающие менее 10 % поверхности слизистой оболочки дистальной части пищевода.
  - 2 степень – сливные эрозии, не распространяющиеся циркулярно, поражают 10-50 % поверхности дистальной части пищевода.
  - 3 степень – циркулярно расположенные сливающиеся эрозии и /или язвы поражают более 50 % поверхности дистальной части пищевода.
  - 4 степень – глубокие язвы и эрозии в дистальной части пищевода, структуры и фиброз стенок пищевода, цилиндрическая метаплазия эпителия слизистой оболочки пищевода («пищевод Баррета»).

#### Клиника:

Ведущие симптомы – изжога, отрыжка, срыгивание, болезненное и затрудненное прохождение пищи.

Внепищеводные симптомы: кашель, удушье, осиплость голоса, сухость в горле, кариес.

#### Дополнительные исследования:

- ФЭГДС + биопсия + гистология;
- эндоскопическая ультрасонография;
- рН – метрическое исследование пищевода;
- рентгенологическое исследование пищевода;
- эзофагоманометрия;
- билиметрия, сцинтиграфия, тест Вернштейна.

#### Лечение:

##### I. Немедикаментозная терапия

##### 1. Изменение образа жизни:

- спать с приподнятым на 15 см и более головным концом
- при ожирении – снижение веса
- не лежать после еды 1,5 часа
- исключить алкоголь, курение
- избегать работ в наклонном положении
- исключить (по возможности) лекарственные средства, снижающие моторику пищевода

##### 2. Диетические рекомендации:

##### Исключить:

- переедание, «перекусывание»
- жирную пищу, кофе, шоколад, цитрусовые, «острые» продукты, газированные напитки

Рекомендовать:

-гидрокарбонатные натриевые и сульфатные воды (Боржоми, Славянская, Смирновская) за час до еды или через час и более после еды.

## II. Медикаментозная терапия:

А). Ингибиторы протонной помпы (ИПП) –при неэрозивной рефлюксной болезни ИПП назначают в половинной дозе 1 раз в сутки 4-6 недель

Выбрать 1 препарат

- Рабепразол – 40 мг. ×1 раз в день
- Омепразол – 20 мг. ×2 раз в день.
- Лансопразол – 30 мг. × 1-2 раз в день.
- Пантопразол – 40 мг. × 1-2 раз в день.
- Эзомепразол – 20 мг. × 1 раз в день

-Поддерживающая терапия – прием половинных доз ИПП 1 раз в сутки или в режиме «по требованию» 2-3 раза в неделю до стойкого устранения симптомов

-При эрозивных формах ГЭРБ применяют те же ИПП и в тех же дозах, но длительностью до 8 недель.

-При недостаточно быстрой динамике заживления эрозий или при внепищеводных проявлениях ГЭРБ следует назначить удвоенную дозу и длительность терапии до 12 нед и более

- Поддерживающая терапия – прием половинных доз ИПП 1 раз в сутки в течение 26 недель, при осложненном течении (после кровотечения) – 52 нед.

Б). Прокинетики (при эрозивно-язвенной форме)

- домперидон – табл. 10 мг × 4 раза в день за 15-30 мин. до приема пищи (3-4 недели) или
  - метоклопрамид -10мг × 3 раза в день за 30 мин до еды и на ночь не более 2-х недель
  - итоприда гидрохлорид 1 таб (50мг) x3 раза в день)

В) Антацидные препараты

- алюминия фосфат – внутрь по 1-2 пакетика 2-3 раз/сутки сразу после еды и на ночь или
- гидроксид алюминия + гидроксид магния – внутрь по 1 дозе 4 раз/сутки через 1-1,5 ч. после еды и на ночь
- алгинаты 15мл x 4 раза в день после еды и на ночь

## При эрозивно-язвенной форме ГЭРБ.

Дополнительно

- висмута трикалия дицитрат внутрь – 120 мг x 3 раз в день за 30 мин. до еды и 1 капс на ночь в течение 1 мес.
- сукральфат – табл. – по 1,0 × 4 раз в день до еды, в течение 1 мес.

## Функциональная диспепсия (ФД)

Шифр МКБ – 10

К 30 диспепсия

Диспепсия – это боль или дискомфорт в верхней части живота по средней линии живота.

Классификация:

- 1) Язвенноподобный вариант
- 2) Дискинетический
- 3) Неспецифический

Клиника:

Чувство полноты после еды, быстрая насыщаемость, боль без ретростернального компонента, вздутие верхней части живота, тошнота, чрезмерная отрыжка.

Диагностика:

Исключить другую патологию и прием нестероидных противовоспалительных препаратов, которые могут вызвать гастропатию.

Лабораторная диагностика:

- Общий анализ крови, мочи, кала, кал на скрытую кровь.
- Биохимические исследования: ФПП, общий белок, глюкоза, железо, холестерин, амилаза.
- 

Инструментальные методы:

- ФГДС с биопсией, Нр.
- УЗИ печени желчных путей, поджелудочной железы.

По показаниям:

- Внутривентрикулярная рН-метрия.
- Rg– логическое исследование (дискинезия ВОЖКТ).
- Сцинтиграфия с пищей, меченой изотопом.
- Электрогастрография, гастродуоденальная манометрия.
- Баростат – тест (реакция на растяжение желудка).

Лечение:

Немедикаментозное:

1. Диета: соблюдение режима, исключить переизбыток курение, алкоголь, кофе, принимать пищу небольшими порциями;

## 2. Психотерапия.

### Медикаментозное:

1. При язвенноподобном варианте  
антисекреторные препараты (ИПП) выбрать 1 препарат:

1. рабепразол - 10-20 мг × 1 раз в сутки
2. омепразол – внутрь 20 мг × 2 раза в сутки
3. лансопразол – внутрь – 30 мг х 1 раза в сутки
4. эзомепразол – внутрь – 20 мг-40мг × 1 раз в сутки
5. пантопразол - 20-40 мг х 1 раз в суки

### антацидные препараты

- алюминия фосфат – внутрь по 1-2 пакетика × 2-3 раз в сутки сразу после еды и на ночь или
- гидроксид алюминия + гидроксид магния – внутрь по 1 дозе × 4 раз в сутки через 1-1,5 ч. сразу после еды и на ночь

## 2. При дискинетическом варианте

### Прокинетики

- домперидон – табл. 10 мг × 4 раза в день за 15-30 мин. до приема пищи (3-4 недели)
- или итоприда гидрохлорид 50мг × 3 раз в сутки до еды
- или метоклопрамид 10мг × 3 раза в день за 30 мин до еды и на ночь не более 2-х недель

## 3. При неспецифическом варианте

### Прокинетики

- домперидон – табл. 10 мг × 4 раза в день за 15-30 мин. до приема пищи (3-4 недели)
- или метоклопрамид 10мг × 3 раза в день за 30 мин до еды и на ночь не более 2-х недель
- или итоприда гидрохлорид 50мг × 3 раз в сутки до еды

ингибиторы протонной помпы (ИПП) выбрать 1 препарат:

1. рабепразол- 10-20 мг ×1 раз в сутки
2. омепразол – внутрь 20 мг × 2 раза в сутки
3. лансопразол – внутрь – 30 мг ×1 раза в сутки
4. эзомепразол – 20 мг-40мг × 1 раз
- 5.пантопразол -40 мг х 1 раз в сутки

### При наличии Нр – эрадикационная терапия 7-10 дней.

#### 1.Трехкомпонентная схема

Ингибиторы протоновой помпы (омепразол и т.д.) – 4-8 недель

- + Амоксициллин таб. 1,0 г × 2р/день до или после приема пищи
- + Кларитромицин по 0,5 г × 2 раз/день за час до еды

## 2. Четырехкомпонентная схема

Ингибиторы протонной помпы (омепразол и т.д.) в тех же дозах + Висмута трикалия дицитрат по 120 мг. × 4 раз в день (за 30 мин. до еды и на ночь) + Тетрациклин по 0,5 г. × 4 раз в день во время или сразу после еды + Метронидазол по 0,5 г. × 3 раз в день во время еды или сразу после еды.

## Хронический гастрит

Шифр МКБ – 10

- К29.0 Острый геморрагический гастрит
- К29.1 Другие острые гастриты
- К29.2 Алкогольный гастрит
- К29.3 Хронический поверхностный гастрит
- К29.4 Хронический атрофический гастрит
- К29.5 Хронический гастрит не уточненный
- К29.6 Другие гастриты
- К29.7 Гастрит не уточненный
- К29.8 Дуоденит
- К29.9 Гастродуоденит не уточненный

Хронический гастрит (ХГ) - хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, характеризующееся нарушением процессов регенерации клеток эпителия и воспалительными процессами в слизистой оболочке желудка расстройством секреции, моторики и эвакуации пищи.

Классификация:

Топографически разделяют

- антральный
- фундальный
- пангастрит
- 

Типы гастрита

- Гастрит типа А - аутоимунный гастрит
- Гастрит типа Б - НР - ассоциированный гастрит
- Гастрит типа С - реактивный, химический гастрит, рефлюкс-гастрит

Степень выраженности воспаления:

- Слабо выраженное (в пределах СОЖ);
- Умеренно выраженное (на уровне верхних и средних отделов желез);
- Сильно выраженное – до мышечной пластинки.

#### Клиника:

1) Местные проявления: тяжесть, жжение в эпигастрии, неприятный привкус во рту, изжога.

-У больных с не атрофическим Нр ассоциированным ХГ возможно развитие «язвенноподобного» симптомокомплекса.

-При атрофическом ХГ – тяжесть в эпигастрии после еды; возможно появление кишечной диспепсии: при повышении секреторной функции – запоры, при снижении – послабление стула.

2) Общие проявления: - астеноневротический синдром, слабость, утомляемость, жжение в языке, парестезии в конечностях.

#### Диагностика:

- Лабораторная диагностика
- ОАК, ОАМ, кал на скрытую кровь, общий белок и фракции.
- Инструментальная диагностика:
- ФГДС + биопсия (не менее 5 кусочков).
- Выявление Нр
  - А) гистологический метод (биопсия)
  - Б) уразный тест (тест)
  - В) бактериологический метод (посев биоптата)
- рН – метрия 2 часовая
  - рН < 1,5 – гиперацидность;
  - 1,6 < рН < 2,0 – нормацидность
  - 2,1 < рН < 6,0 – гипоацидность
  - рН > 6,0 – анацидность.

#### **Аутоиммунный хронический гастрит:**

Возникает вследствие выработки аутоантител к обкладочным клеткам желудка. Для данного варианта гастрита характерны первичные атрофические изменения, локализованные в дне и теле желудка, снижение желудочной секреции, повышение содержания гастрина в крови.

#### Медикаментозное лечение

- Заместительная терапия - желудочный сок по 1 ст.л. на ½ стакана воды во время еды;

Ферментные препараты (при недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы):

- Панкреатин -10000 ЕД, во время еды по 1 капс, внутрь, во время или после еды, проглатывая целиком, запивая большим количеством жидкости
- Прокинетики (при наличии диспепсии):
  - Домперидон – табл. 10 мг. за 15-30 мин. до еды 3 раз в день.



- Метоклопрамид – табл. 10 мг. за 15-30 мин. до еды 3 раз в день
- Итоприда гидрохлорид таб. 50мг × 3 раза в сутки
- Препараты с цитопротективным эффектом:
  - Висмута трикалия дицитрат – 120 мг. × 4 раз в день за 30 мин. до еды и перед сном.

### Химический рефлюкс – гастрит

Определяющую роль в патогенезе гастрита С играет дуоденогастральный рефлюкс с забросом желчных кислот, нарушающие СОЖ и повреждающие эпителий (рефлюкс-гастрит). Среди других причин этого варианту гастрита ведущее место занимают НПВС.

«Истинный» рефлюкс-гастрит развивается у больных, перенёсших операции на желудке.

Морфологически развивается гиперплазия исключительно поверхностного эпителия (этим отличается от хеликобактерного гастрита, при котором развивается гиперплазия еще и ямочного эпителия), отёк, и пролиферация гладкомышечных клеток в собственной пластинке на фоне весьма умеренного воспаления.

### Медикаментозное лечение антацидные препараты

- алюминия фосфат – внутрь по 1-2 пакетика × 2-3 раз в сутки сразу после еды и на ночь или
- гидроксид алюминия + гидроксид магния – внутрь по 1 дозе 4 раз в сутки через 1-1,5 ч. сразу после еды и на ночь

### Прокинетики:

- Домперидон – табл. 10 мг. за 15-30 мин. до еды 3 раз в день.
- Метоклопрамид – табл. 10 мг. за 15-30 мин. до еды 3 раз в день.
- Итоприда гидрохлорид 150мг × 1 раз в сутки

**При выявлении Нр** при хроническом не атрофическом и атрофическом гастрите – основное лечение эрадикация Нр.

Атрофический Нр – ассоциированный гастрит является абсолютным показанием для эрадикации, т.к. он является предраковым заболеванием.

I. Эрадикационная терапия при выявлении Нр.  
*Терапия первой линии (3 компонента) на 7-14 день.*

1. Выбрать 1 препарат

- Рабепразол 20 мг. × 2 раза в день.
- Лансопразол 30 мг. × 2 раза в день.
- Пантопразол 40 мг. × 2 раза в день.
- Омепразол 20 мг. × 2 раза в день.
- Эзомепразол 20 мг. × 2 раза в день

2. Кларитромицин 500 мг. × 2 раза в день

3. Амоксицилин 1000 мг. × 2 раза в день (или метронидазол 500 мг. × 3 раза в день)

*Терапия второй линии (4 компонента) на 7-14 дней.*

Те же ингибиторы протоновой помпы.

1. Выбрать 1 препарат

- Рабепразол 20 мг. × 2 раза в день
- Лансопразол 30 мг. × 2 раза в день
- Пантопразол 40 мг. × 2 раза в день
- Омепразол 20 мг. × 2 раза в день.
- Эзомепразол 20 мг. × 2 раза в день

2. Висмута трикалия дицитрат 120 мг. × 4 раза в день

3. Метронидазол 500 мг. × 3 раза в день.

4. Тетрациклин 500 мг. × 4 раза в день.

5. антацидные препараты

- алюминия фосфат – внутрь по 1-2 пакетика 2-3 раз/сутки сразу после еды и на ночь или
- гидроксид алюминия + гидроксид магния – внутрь по 1 дозе 4 раз/сутки. Через 1-1,5 ч. сразу после еды и на ночь

### **Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки**

МКБ 10

Шифр – К 25 – Язва желудка (язвенная болезнь желудка), включая пептическую язву и других отделов желудка.

К 26 – Язва двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки), включая пептическую язву всех отделов двенадцатиперстной кишки

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

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание с вовлечением в процесс желудка и двенадцатиперстной кишки и других

органов системы пищеварения, приводящих к осложнениям, угрожающим жизни больного. Патофизиология ЯБ включает агрессивное действие соляной кислоты, пепсина и снижение резистентности гастродуоденальной слизистой оболочки в результате: воспаления, метаплазии, дисплазии, атрофии, чаще обусловленных инфекцией НР (*Helicobacter pylori*).

#### Клинические проявления осложнений ЯБ:

Осложнения	Клинические проявления
Кровотечение	2. Рвота в виде кофейной гущи. 3. Мелена. 4. Симптом острой кровопотери.
Перфорация	«Кинжальная» боль в эпигастрии, симптомы пневмоперитонеума (с-м Жобера, Rg-логически – с-м «серпа» под правым куполом диафрагмы) и «доскообразного» живота.
Пенетрация	Боль отдает в спину. При пенетрации в малый сальник в правое, реже в левое подреберье.
Стеноз привратника и ДПК	По мере декомпенсации стеноза нарастание рвоты (съеденной накануне пищей), отрыжка тухлым, истощение. Появление шума плеска спустя 7-8 часов после приема пищи. Выделяют 4 степени стеноза.
Малигнизация	Изменение характера боли, переход гипер- в анацидность. Отсутствие аппетита. Гистологическое подтверждение.

#### Диагностика:

- ФГДС + биопсия (не менее 5 кусочков)
- Rg – логическое исследование (по дископлазию и симптомы ЯБ)
- рН – метрия
- УЗИ брюшной полости (исключить сопутствующую патологию)
- лабораторные исследования.

#### Лечение:

##### Немедикаментозное:

- Режим
- Диета
- Отказ от курения
- Физиолечение.
- 

##### Медикаментозное:

##### I. При выявлении Нр.

*Терапия первой линии (3 компонента) на 7-14 день.*

2. Выбрать 1 препарат

- Рабепразол 20 мг. × 2 раз в день.
- Лансопразол 30 мг. × 2 раз в день.
- Пантопразол 40 мг. × 2 раз в день.
- Омепразол 20 мг. × 2 раз в день
- Эзомепразол 20 мг. × 2 раз в день.

2. Кларитромицин 500 мг. × 2 раз в день.

3. Амоксицилин 1000 мг. × 2 раз в день (или метронидазол 500 мг. × 3 раз в день)

При неэффективности терапии первой линии назначается терапия второй линии (квартотерапия)

*Терапия второй линии (4 компонента) на 7-14 дней.*

Те же ингибиторы протонной помпы.

5. Выбрать 1 препарат

- Рабепразол 20 мг. × 2 раз в день
- Лансопразол 30 мг. × 2 раз в день.
- Пантопразол 40 мг. × 2 раз в день.
- Омепразол 20 мг. × 2 раз в день.
- Эзомепразол 20 мг. × 2 раз в день.

2. Висмута трикалия дицитрат 120 мг. × 4 раз в день

3. Метронидазол 500 мг. × 3 раз в день.

4. Тетрациклин 500 мг. × 4 раз в день.

– После окончания эрадикационной терапии отменить все назначенные препараты и продолжить лечение.

Фамотидином 40 мг в 20 часов:

– при дуоденальной локализации язвы 5 недель

– при желудочной локализации язвы 7 недель

-Антациды (только для купирования изжоги):

алюминия фосфат – внутрь по 1-2 пакетика 2-3 раз/сутки сразу

после еды и на ночь или гидроксид алюминия + гидроксид магния –

внутри по 1 дозе 4 раз/сутки через 1-1,5 ч. сразу после еды и на ночь

или фосфалюгель (в пак. 16 г.) – 1 пак. через 1-3 часа после еды (1-2

нед.).

II. При отсутствии H. pilory назначают базисную терапию только ингибиторами протонного насоса

Профилактика рецидивов:

Непрерывная терапия

- Блокаторы H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов - Фамотидин 20 мг ежедневно в 20<sup>00</sup>.

Показания:

- неэффективность эрадикационной терапии
- осложнения ЯБ

- наличие сопутствующей патологии, требующей приема НПВС
- сопутствующий рефлюкс-эзофагит
- больные старше 60 лет с ежегодными обострениями.

#### Профилактическая терапия «по требованию»

При появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, рекомендован прием фамотидина 2-3 дня в дозе 40 мг, а затем в дозе 20 мг × 1 раз/сутки в 20 час в течение 2 недель.

#### Оперативное лечение:

Показания: **абсолютные** (перфорация, малигнизация, стеноз привратника); **условно-абсолютное** (кровотечение, пенетрация) и **относительные** (неэффективность консервативного лечения ЯБЖ в течение 1 года, ЯБ 12 п.к. – 3 года).

### Болезни оперированного желудка

#### К31 Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Поздние осложнения после резекции желудка по поводу язвенной болезни получили название постгастрорезекционных синдромов или болезни оперированного желудка.

#### Классификация постгастрорезекционных синдромов:

(А.А.Шалимова и В.Ф.Саенко)

##### 1. Функциональные расстройства:

- демпинг-синдром
- гипогликемический синдром
- постгастрорезекционная астения
- синдром малого желудка, синдром приводящей петли (функционального происхождения)
- пищевая (нутритивная) аллергия
- гастроэзофагальный и еюно- или дуоденогастральный рефлюксы
- постаготомная диарея

##### 2. Органические поражения:

- рецидив язвы, в том числе пептической, и язвы на почве синдрома Золлингера-Эллисона,
- желудочно-кишечный свищ

- синдром приводящей петли (механического происхождения)
  - анастомозит
  - рубцовые деформации и сужения анастомоза
  - ошибки в технике операции
  - постгастрорезекционные сопутствующие заболевания (панкреатит, гепатит)
3. Смешанные расстройства, главным образом в сочетании с демпинг-синдромом.

### Синдром приводящей петли

МКБ – 10

K31 Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Синдром приводящей петли возникает после резекции желудка по Бильрот-2, вследствие нарушения эвакуации дуоденального содержимого и попадания части съеденной пищи не в отводящую, а в приводящую петлю тощей кишки.

#### Классификация:

- Функциональная, возникающая как следствие дискинезии 12-п.к., приводящей петли, сфинктера Одди, желчного пузыря.
- Механическая, обусловленная органическими препятствиями (дефект операционной техники, перегиб петли, спаечный процесс)

#### Клиника:

Тошнота, горечь во рту, нарастающее чувство тяжести в подложечной области, больше справа, отрыжка, особенно после приема молока и жирной пищи, затем возникает обильная рвота с примесью желчи или без нее, после которой наступает значительное облегчение. В тяжелых случаях рвота носит изнуряющий характер, нарушается переваривание и усвоение пищи, возникают водно-электролитные расстройства: гипохлоремия, гипокалиемия. В кале содержится значительное количество непереваренного жира и мышечных волокон, больные постепенно теряют в весе.

#### Диагностика:

- Рентгенологическое исследование.
- ОАМ, ОАК
- Электролиты
- Анализ кала

## Лечение:

### Немедикаментозное:

- После приема пищи лежать на правом боку
- Диета
- Общеукрепляющая терапия

### Медикаментозная терапия:

#### А). Спазмолитики:

- Дротаверин таб по 40-80 мг 3 раза в сутки, или 2 мл. × 3 раза в день
- Мебеверин - по 1 капсуле (200 мг) × 2 раза в сутки за 20 минут до еды (утром и вечером).
- Пинаверия бромид таб. 50мг × 3 раза во время еды, запивая большим количеством воды
- Гиосцина бутилбромид 10-20мг (1-2 таб.) ×3 раза в сутки

#### Б). Энзимотерапия:

- Панкреатин 10000ЕД по 1 капс. во время еды 3-5-раз/сутки

#### В). Инфузионная терапия:

- Р-ры на основе гидроксиэтилкрахмала в/в капельно; глюкозо-солевые растворы в\в в объеме более 1200 мл,
- реамберин 400 мл в\в кап со скоростью 90 кап/мин (1-1.5 мл/мин)

Для ликвидации воспалительного компонента и санации слепой кишки показаны эубиотики

Оперативное: реконструкция анастомоза (оптимально – перевод Б II в Б I)

## Демпинг – синдром

Шифр МКБ10

K31 - Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Демпинг – синдром возникают у больных, перенесших обширную резекцию желудка.

### Клиника:

Выраженное чувство голода, потливость, головокружение, иногда обморочное состояние; дрожание рук и ног, особенно пальцев кистей; двоение в глазах; покраснение кожи лица; сердцебиение; урчание в животе; позывы на дефекацию или учащенный стул; снижение содержания глюкозы в

крови; после окончания приступа сильная разбитость, вялость. Эти явления возникают во время еды или спустя 5-20 мин после нее. Продолжительность приступа от 10 мин до нескольких часов.

#### Диагностика:

- Анамнез ( оперативные вмешательства на желудке)
- Жалобы (см.выше)
- Дополнительные методы ( ФГДС, рентгенография желудка)
- Электролиты, ОАК, гликемическая кривая.

#### Лечение:

##### Немедикаментозное:

Диета с высоким содержанием белков, ограничением углеводов, особенно простых. Основные принципы лечебного питания при демпинг-синдроме:

- 1) частое, дробное питание небольшими порциями (5-7 раз в день); принимать пищу следует медленно;
- 2) ограничение сладостей (сахара, меда, варенья), очень горячих или очень холодных блюд, жидких сладких молочных каш и др.;
- 3) недопустимость приема жидкости вместе с остальными блюдами, т.е. следует употреблять через 20-30 мин после основного приема пищи.
- 4) по возможности ложиться на 15-30 мин после приема пищи, особенно после обеда.

##### Медикаментозное:

-H<sub>2</sub>- гистаминоблокаторы:

- фамотидин по 40 мг на ночь или по 20 мг 2 раза/сутки (утром и вечером) или

- Ингибиторы протонной помпы: Выбрать 1 препарат:

1. рабепразол - 10-20 мг 1 раз в сутки
2. омепразол – внутрь 20 мг × 2 раза в сутки
3. лансопразол – внутрь – 30 мг × 1 раза в сутки
4. эзомепразол – внутрь – 20 мг-40мг × 1 раз в сутки
5. пантопразол – 20-40мг x1 раз в сутки

- Инфузионная терапия:

- глюкозо-солевые растворы, реамберин 400мл в/в кап, со скоростью 90 кап/мин

-Заместительная терапия:

- энзимотерапия- панкреатин 10000 ЕД (по 1 капс), во время еды 3-5 раз в сутки

- Прокинетики (метоклопрамид, домперидон, итоприда гидрохлорид) по 10мг x 3 раза в день.

Оперативное: реконструкция анастомоза.



## Пептическая язва анастомоза

МКБ-

Шифра нет

После резекции желудка могут образовываться язвы в зоне анастомоза со стороны культи желудка, тощей кишки или в месте соустья

### Клиника:

Болевой синдром: боль успокаивается или совершенно проходит после приема пищи, поэтому больные вынуждены есть часто, для чего они иногда встают и ночью для приема пищи. Интенсивность болей при пептической язве, особенно при ее пенетрации, значительно больше, чем при язвенной болезни; в этом смысле боль при пептической язве можно сравнить только с болью при болевом панкреатите или прободной язве.

Локализация: боль локализована в подложечной области, слева от средней линии и несколько ближе к пупку, то есть соответствует проекции желудочно-кишечного анастомоза. При пенетрации язвы в поджелудочную железу или брыжейку кишки боль иррадирует в поясницу. Болевой синдром при пептической язве не носит сезонный характер, как при язвенной болезни.

При пальпации живота определяется болезненность в эпигастральной области больше слева: при наличии большого воспалительного инфильтрата или при пенетрации язвы в переднюю брюшную стенку иногда прощупывается плотное болезненное опухолевидное образование.

### Диагностика:

- Фиброгастроскопия,
- Рентгеноскопии желудка,
- Внутриведочная рН-метрия

### Осложнения:

Довольно часто пептическая язва анастомоза осложняется кровотечением и пенетрацией (в брыжейку тощей кишки, поперечную ободочную кишку, тело и хвост поджелудочной железы).

### Лечение:

#### Немедикаментозное:

Физиотерапевтические методы

#### Медикаментозное:

При наличии Нр – Эрадикационная терапия 7-10 дней:

#### 1. Трехкомпонентная схема

ИПП– 4-8 недель Выбрать 1 препарат:

1. рабепразол - 10-20 мг × 1 раз в сутки
2. омепразол – 20 мг × 2 раза в сутки
3. лансопразол – 30 мг × 1 раза в сутки
4. эзомепразол – 20 мг-40мг × 1 раз в сутки
5. пантопразол – 20-40мг x1 раз в сутки

+ Амоксициллин 1,0 г × 2р/день до или после приема пищи

+ Кларитромицин по 0,5 г × 2 раз/день за час до еды

## 2. Четырехкомпонентная схема

ИПП в тех же дозах + Висмута трикалия дицитрат по 120 мг. × 4 раз/день (за 30 мин. до еды и на ночь) + Тетрациклин по 0,5 г. × 4 раз/день во время или сразу после еды + Метронидазол по 0,5 г. × 3 раз/день во время еды или сразу после еды.

– Антациды (дополнительно при изжоге): алюминия фосфат – внутрь по 1-2 пакетика 2-3 раз/сутки сразу после еды и на ночь или гидроксид алюминия + гидроксид магния – внутрь по 1 дозе 4 раз/сутки через 1-1,5 ч. сразу после еды и на ночь

Оперативное лечение: резекция желудка.

## Анемия агастрическая

МКБ –

По МКБ не шифруется

Этиология:

Полное удаление желудка (гастрэктомия), реже — резекция его. К агастрическим (агастральным) анемиям следует отнести также анемию, возникающую в редких случаях в связи с выключением желудка из пищеварения после операции эзофагоэюноанастомоза (искусственного пищевода).

Симптомы:

Агастрическая железodefицитная анемия. Протекает с симптомами, свойственными ахилческой (ахлоргидридной) анемии. Агастрическая В12-дефицитная анемия протекает по типу пернициозной анемии Бирмера вплоть до развития миелоза фуникулярного.

Течение зависит от основного заболевания, по поводу которого была произведена операция на желудке (язвенная болезнь, рак желудка). В случае рецидива язвенной болезни, протекающей с кровотечениями, агастрическая анемия может осложниться анемией постгеморрагической. При раковой

болезни к гастрическому фактору присоединяется анемизирующее влияние злокачественной опухоли.

Лечение:

А) Препараты железа:

- железа гидроксид пальмитозный комплекс - (100 мг Fe<sup>3+</sup>) 1табл. 2-3 раза в день, или 10мл сиропа 3 раза в день во время или после еды или в\м 1амп. (2мл), ежедн. 10-15 дн.
- Цианокобаламин, амп., 100 мкг в/м × через 1-2дня
- Фолиевая кислота (при дефиците фолиевой кислоты), табл. 200мкг в сутки 20-30 дн. (в тяжелых случаях до 500мкг/сутки)

При развитии постгеморрагической анемии- гемотрансфузии эритроцитарной массы (строго по показаниям).

### Перитонит

Шифр МКБ – 10

К65 Перитонит

К65.0 Острый перитонит

К65.8 Другие виды перитонита

К65.9 Перитонит не уточненный

Перитонит (от греч. peritoneum - брюшина), воспаление брюшины. В большинстве случаев является осложнением других заболеваний, травм и операций на органах брюшной полости.

Классификация (РАСХИ, 2005 г.)	Комментарии и дополнения
<p>Этиологическая характеристика:</p> <p>Первичный</p> <p>Вторичный</p> <p>Третичный</p>	<p>Результат первичной транслокации микроорганизмов, спонтанный перитонит у детей, туберкулезный перитонит и т.п., характерны моно- или специфическая инфекции</p> <p>Воспаление брюшины как осложнение заболеваний, травм или операций на органах брюшной полости, характерна полимикробная эндогенная микрофлора</p> <p>Нозокомиальная трансформация первичного или вторичного перитонита в результате лечения, присоединения госпитальной инфекции, после устранения первичного очага, возникновения осложнений и т.п., характерно преобладание оппортунистической полирезистентной «госпитальной» микрофлоры</p>
<p><b>Распространенность:</b></p> <p>Местный (<i>отграниченный</i> неограниченный);</p> <p><i>Диффузный</i></p>	<p>До 2-х анатомических бластей</p> <p>Свыше 2-х анатомических областей, но не более 5 анатомических областей</p> <p>Более 5 анатомических областей</p>

<b>Характеристика экссудата:</b>	по форме воспаления <ul style="list-style-type: none"> <li>• серозный,</li> <li>• серозно-фибринозный,</li> <li>• фибринозно-гнойный</li> <li>• гнойный;</li> </ul> по характеру примеси <ul style="list-style-type: none"> <li>• желчный,</li> <li>• ферментативный (панкреатогенный)</li> <li>• геморрагический</li> </ul>
<b>Фазы течения:</b> Отсутствие сепсиса Сепсис Тяжелый сепсис Септический (инфекционно-токсический) шок	Соответствие классификации К.С. Симоняна По ряду параметров соответствует реактивной фазе По ряду параметров соответствует токсической стадии Соответствует терминальной стадии Не выделялась
<b>Осложнения:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• внутрибрюшные</li> <li>• раневая инфекция</li> <li>• инфекция верхних и нижних дыхательных путей (трахеобронхит, нозокомиальная пневмония),</li> <li>• ангиогенная инфекция</li> <li>• уроинфекция</li> </ul>	

### Ведущие симптомы:

Боль, лихорадка, тахикардия, симптом Щеткина – Блюмберга (при локализованных процессах), «кинжальная боль» (с-м Дъелафуа), доскообразный живот (с-м Краснобаева), уменьшение или исчезновение печеночной тупости (с-м Жобера) (при перфорации полого органа).

### Дополнительные методы исследования:

- УЗИ органов брюшной полости.
- Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости.
- Лапароцентез.
- Лапароскопия.

### 1. Антибактериальная терапия (назначается в первый час от момента поступления)

#### Местный, внебольничный перитонит:

##### \*Препараты выбора:

- Цефепим 1-2 г. × 3 раз в день в/в
- Цефотаксим 2 г. × 2 раз в день в/в
- Цефтриаксон 2 г. × 1 раз в день в/в

Все препараты в сочетании с метронидазолом 0,5 мг х 3 раза в сутки в/в.

##### \*Альтернативная терапия:

- Моксифлоксацин 400мг× 1 раз в сутки в/в
- Левофлоксацин 0,5г× 2 раз в сутки в/в
- Ципрофлоксацин 0,4-0,6 г × 2 раз в сутки

- Амоксициллин/клавуланата 1,2г × 3-4 раза в сутки в/в

### Распространенный перитонит, госпитальная инфекция

#### \*Препараты выбора:

- Имипенем– 0,5× 4 раза в сутки в/в медленно.
- Меропенем 0,5-1г× 3 раза в сутки в/в
- Дорипенем 0,5 × 3р в сутки в/в кап
- Эртапенем 1г -2г ×1 раз в сутки (при условии отсутствия синегнойной палочки)
- Цефоперазон/сульбактам 2-4 г × 2 раза в сутки в/в

#### \*Альтернативные препараты:

- Цефепим 1-2 г× 2 раза в сутки в/в, в/м
- Цефтазидим 1-2 г ×3 раза в сутки в/в, в/м
- Левофлоксацин 0,5г ×1-2 раз в сутки в/в
- Ципрофлоксацин 0,6 г ×2 раз в сутки
- + метронидазол 0,5 г 3 раза в сутки в/в

Ротация антибиотиков 48-72 часа при условии отсутствия динамики в состоянии больного.

Общая продолжительность антибактериальной терапии 7- 10 дней.

#### Критерий отмены антибиотиков:

- Температура < 38 ° С и > 36 ° С.
- ЧСС < 90/мин.
- ЧДД < 20/мин.
- Лейкоцитоз < 12 ×10<sup>9</sup>/л.
- Положительная динамика симптомов абдоминальной инфекции.
- Восстановление функции ЖКТ.

Инфузионная терапия: объем 1,5 л/м<sup>2</sup>.

Соотношение коллоиды: кристаллоиды 2:3 (40% коллоиды)

Гидроксиэтилкрахмалы (венофундин, волювен 50 мл/кг)

-Профилактика тромбоза глубоких вен (I A):- один из предложенных препаратов:

\*Гепарин 5 тыс. ЕД каждые 6 часов. п/к

\*Эноксапарин натрия 0,4 п/к 1 раз/сутки. п/к

\*Надропарин кальция 0,3 п/к 1 раз/сутки п/к

\*Далтепарин натрия 0,5 п/к 1 раз/суткип/к

4. Профилактика образования стресс-язв.

Ингибиторы протонной помпы: Выбрать 1 препарат:

1. рабепразол - . 10-20 мг 1 раз в сутки (в зонд)

2. омепразол – внутрь 20 мг × 2 раза в сутки

3. лансопразол – внутрь – 30 мг × 1 раза в сутки (в зонд)

4. эзомепразол – внутрь – 20 мг-40мг × 1 раз в сутки

5. пантопразол – 20-40мг х1 раз в сутки

5. Нутритивная поддержка.

- Парентеральное питание– 1000 л в сутки –не менее 2000ккал (в случае отсутствия перистальтики) (см. приложение)

Зондовое питание– до 2000 мл. в сутки (при наличии перистальтики)

6. Иммунозаместительная терапия (I A).

Внутривенный иммуноглобулин (пентоглобин) – 5 мг/кг в сутки 5-7 дней.

! Активированный протеин С (дротрекогин альфа, дигрис) – у больных септическим шоком. (I A) 24 мкг/кг в час в течение 96 часов.

## Сепсис

Сепсис – это синдром системной воспалительной реакции, вызванной инфекцией.

### Классификация:

*I. По локализации септического очага*

- По этиологии (пульмоногенный, абдоминальный, урогенный, инфекционный эндокардит и т.д.)

*II. По течению*

- Молниеносный (до 7 суток).
- Острый (до 3 мес.).
- Подострый (3-6 мес.).
- Хронический (более 6 мес.)

### Диагностика:

- Наличие очага инфекции.
- Температура тела  $> 38^{\circ}\text{C}$  или  $< 36^{\circ}\text{C}$ .
- ЧСС  $> 90/\text{мин}$ .
- ЧДД  $> 20/\text{мин}$ .
- Лейкоциты  $> 12 \cdot 10^9 / \text{мм}$ . или  $< 4 \cdot 10^9 / \text{мм}$ .
- Прокальцитонин  $\geq 2 \text{ нг/мл}$ .
- Посевы крови до начала антибактериальной терапии из вен руки с интервалом 30 мин.
- Посев из очага инфекции.

### Лечение:

1. Экстренная лапаротомия (санация очага инфекции)
2. Ранняя целенаправленная терапия:

- инфузионная терапия (гидроксиэтилкрахмалы: волювен, венофундин 50 мл/кг) за 6 часов

Критерии эффективности:

- ЦВД 8-12 мм. рт. ст.
- АД сред. > 65 мм.рт.ст.
- Диурез > 0,5 мл/кг/час.
- Гемоглобин 90-160 г/л. (при более низких цифрах показано переливание эритроцитарной массы).
- Сатурация > 70 %.

### 3. Вазопрессоры.

Показание: низкое перфузионное давление.

- Норэпинефрин 0,1 мкг/кг/мин.
- Допамин 5-15 мкг/кг/мин.

### 4. Инотропная поддержка.

Показание: сердечный индекс < 3,5 л/мин/м<sup>2</sup>, сатурация < 70 %.

- Добутамин 2,5 – 20 мкг/кг/мин.

### 5. Антибактериальная терапия (назначают в первый час с момента диагностики сепсиса).

А. Очаг инфекции не известен, но сепсис развивался во внебольничных условиях.

- Амоксициллин/клавулановая кислота - 1,2 г. 3-4 раз/сутки

Б. Очаг инфекции не известен, но сепсис развивался в стационаре.

APACHE II < 15, SOFA < 6:

- Цефоперазон/сульбактам 2-4г × 3-4 раз/сутки
- Цефепим – 2 г × 2 раз/сутки в/в + метронидазол – 0,5г× 3 раз/сутки в/в

APACHE > 15, SOFA > 6:

- Меропенем – 0,5 -1,0г ×3-4 раз/сутки в/в кап
- Имипенем - 0,5 г. × 4 раз/сутки в/в кап
- Дорипенем - 0,5 г. ×3-4 раз/сутки в/в кап
- Эртапенем – 1,0 х 1 раз/сутки в/в кап

Рекомендации по антибактериальной терапии сепсиса с установленным  
первичным очагом.

Локализация первичного очага	Характер инфекции	Средства 1-го ряда	Альтернативные средства
Брюшная полость	Внебольничная	Амоксицилин/клавуланат +/- аминогликозид (гентамицин, амикацин) Цефотаксим + метронидазол Цефтриаксон + метронидазол.	Ампициллин/сульбактам +/- аминогликозид (гентамицин, амикацин) Левифлоксацин + метронидазол Моксифлоксацин Офлоксацин + метронидазол Пефлоксацин + метронидазол Тикарциллин/клавуланат Эртапенем
Брюшная полость	Нозокомиальная APACHE < 15, без ПОН	Цефепим + метронидазол Цефоперазон/сульбактам	Имипенем Левифлоксацин + метронидазол Меропенем Цефтазидим + метронидазол Ципрофлоксацин + метронидазол
	Нозокомиальная APACHE > 15 и/или ПОН	Имипенем Меропенем	Цефепим + метронидазол Цефоперазон/сульбактам +/- амикацин Ципрофлоксацин + метронидазол +/- амикацин
Локализация первичного очага	Характер инфекции	Средства 1-го ряда	Альтернативные средства
Легкие	Нозокомиальная пневмония вне ОРТ	Цефотаксим Цефтриаксон	Имипенем Меропенем Офлоксацин Цефепим Эртапенем
	Нозокомиальная пневмония в	Цефепим, Цефтазидим + амикацин	Имипенем Меропенем Цефоперазон/сульбактам



	ОРИТ, АРАСНЕ < 15, без ПОН		ктам +/- амикацин Ципрофлоксацин +/- амикацин
	Нозокомиаль ная пневмония в ОРИТ, АРАСНЕ > 15 и/или ПОН	Имипенем Меропенем	Цефепим +/- амикацин
Кожа, мягкие ткани, кости	III уровень поражения (кожа, подкожная клетчатка, фасции, мышцы)	Амоксициллин/ клавуланат Левифлоксацин +/- клиндамицин или метронидазол	Имипенем Меропенем Цефепим + клиндамицин или метронидазол Цефотаксим/цефтриа ксон + клиндамицин или метронидазол Ципрофлоксацин/оф локсацин + клиндамицин или метронидазол Эртапенем
	С вовлечением костей	Имипенем Меропенем Цефепим + метронидазол или клиндамицин	Левифлоксацин + метронидазол Цефотаксим/цефтриа ксон + клиндамицин или метронидазол
Кожа, мягкие ткани, кости	С вовлечением костей		Цефоперазон/сульба ктам Ципрофлоксацин/оф локсацин + клиндамицин или метронидазол.
	Некротизиру ющие инфекции	Имипенем Меропенем	Цефепим + клиндамицин Цефотаксим/цефтриа ксон + клиндамицин
	Укусы	Амоксициллин/кла вуланат	Доксицилин
	На фоне трофических нарушений	Предложить однозначные рекомендации по лечению данной группы инфекций не представляется возможным, в связи с крайним разнообразием клинических	

		форм и этиологии. Для выбора режима антибактериальной терапии необходима консультация специалистов по антибактериальной терапии.	
Локализация первичного очага	Характер инфекции	Средства 1-го ряда	Альтернативные средства
Почки	Нозокомиальный	Левифлоксацин Офлоксацин Ципрофлоксацин	Имипенем Меропенем Цефепим
	Внебольничный	Офлоксацин Цефотаксим Цефтриаксон	Левифлоксацин Моксифлоксацин Ципрофлоксацин
После спленэктомии		Цефотаксим Цефтриаксон	Амоксициллин/клавуланат Имипенем Левифлоксацин Меропенем Цефепим
ЦНС	Внебольничные инфекции, в том числе открытые травмы черепа и позвоночника	Цефотаксим Цефтриаксон	Меропенем Хлорамфеникол
	Нозокомиальные инфекции	Меропенем Цефепим	Пефлоксацин Хлорамфеникол
Катетерассоциированный		Ванкомицин Линезолид	Оксациллин + гентамицин Цефазолин + гентамицин Рифампицин (ко-тримоксазол) Фузидиевая кислота + ципрофлоксацин (ко-тримоксазол)

6. Терапия грибкового сепсиса.

- Флуконазол, вориконазол - 1 сутки 6 мл/кг 2 раз в день; 2-8 сутки 4 мл/кг 2 раз в день

7. Кортикостероиды.

Показание: клиника септического шока.

Гидрокортизон– 300 мг/сутки на 3-4 введение 5-7 дней.

8. Активированный протеин С– 24 мгк/кг/час в течении 96 часов.

Противопоказание: ДВС синдром.

9. Респираторная поддержка.

- PJP 35 < см.вод.ст.
- P plato < 30 см. вод. ст.
- Fi O2 < 60 %
- Vt < 10 мл/кг.
- J:E = 1:1 (2:1)
- PEER > 10 см. вод. ст.
- Pgon - позиция

10. Нутритивная поддержка

Срок начала 24-36 часов.

Белок 1-2 г./кг. в сутки.

Глюкоза 30-70 % от потребности белка.

Липиды 15-20 % от потребности белка.

Если нет перистальтики параллельно растворы аминокислот, жиров.

Если есть перистальтика – зондовое питание

11. Внутривенный иммуноглобулин 3-5 мл/кг/сутки в течение 3-х дней подряд.

12. Профилактика тромбоза глубоких вен голени: низкомолекулярные гепарины

13. Профилактика стресс-язв.

Ингибиторы протонной помпы: Выбрать 1 препарат:

1. омепразол – внутрь 20 мг × 2 раза в сутки
2. пантопразол – 20-40мг x1 раз в сутки

14. Заместительная почечная терапия.

Показание: развитие ОПН.

Оперативное лечение: Выявление источника инфекции и оперативное лечение (санирование).

## **Синдром диабетической стопы**

**МКБ – X**

Сахарный диабет (СД) 1 типа

E-10.4 с неврологическими нарушениями

E-10.5 с нарушением периферического кровообращения

E-10.6 с артропатией

Сахарный диабет (СД) 2 типа

E-11.4 с неврологическими нарушениями

E-11.5 с нарушением периферического кровообращения

E-11.6 с артропатией

Синдром диабетической стопы - это комплекс анатомо-функциональных изменений стопы, связанный с диабетической нейропатией, микро- и/или макроангиопатией, на фоне которых развиваются тяжелые гнойно-некротические процессы.

#### Формы СДС:

1. Нейропатическая стопа.
2. Ишемическая стопа.
3. Смешанная форма (нейро-ишемическая).

#### Классификация Wagner:

- Степень 0 Кожные покровы интактны.  
Степень 1 Поверхностная язва  
Степень 2 Глубокая язва, проникающая в сухожилия, кость, сустав  
Степень 3 Остеомиелит или глубокий абсцесс  
Степень 4 Локализованная гангрена  
Степень 5 Распространенная гангрена, требующая большой ампутации.

#### Симптомы СДС:

##### *Симптомы нейропатической стопы:*

- Сухая кожа, участки гиперкератоза в местах избыточного давления.
- Кожная температура не изменена.
- Специфическая деформация стоп, пальцев (стопа Шарко), голеностопных суставов, двухсторонние отеки стоп и голеней.
- Пульсация на артериях стоп сохранена с обеих сторон.
- Безболезненные язвенные дефекты в точках избыточного давления.
- Субъективная симптоматика не выражена.

##### *Симптомы ишемической стопы:*

- Цвет кожи бледный или цианотичный.
- Кожа атрофичная, прохладная, имеются трещины, выпадение волос.
- Деформация стоп не носит специфического характера или отсутствует.
- Пульсация на артериях стоп отсутствует или снижена.
- Имеется систолический шум над магистральными артериями.
- Акральные некрозы и/или язвы резко болезненны.
- Имеется выраженная субъективная симптоматика – перемежающаяся хромота, боли в покое.

#### Методы исследования СДС

-Сосуды нижних конечностей: пальпация, аускультация артерий

-Неврологический статус: болевая, тактильная, температурная, глубокая чувствительность, рефлексы с коленных и ахилловых сухожилий

### Дополнительные методы исследования СДС

Лабораторные тесты:

- общие анализы крови и мочи
- гликемия натощак и суточный профиль
- глюкозурия
- HbA1c
- креатинин
- общий белок
- билирубин
- электролиты плазмы крови
- гемостазиограмма
- бак. посев крови и бак. посев из раны

Инструментальные методы: ЭКГ; рентгенография стопы в 2-х проекциях; УЗДГ артерий нижних конечностей, определение ЛПИ.

### I. Немедикаментозная терапия гнойной патологии при СДС

*Разгрузка конечности*: постельный режим, передвижение на кресле – каталке, использование костылей, применение разгрузочного полубашмака.

### II. Медикаментозная терапия гнойной патологии при СДС

#### 1. Компенсация гликемии:

- *Генно-инженерные инсулины человека*. Дозы и режим введения индивидуальны. Инсулины короткого действия: Актрапид НМ, Хумулин R, Инсуман рапид. Инсулины средней продолжительности: Протафан НМ, Хумулин Н, Инсуман базал.

*СД 1 типа*. Инсулинотерапия по интенсивной схеме. Дозы и режим введения индивидуальны. Цель терапии: гликемия натощак 5,1 – 6,5 ммоль/л; Гликемия через 2 ч после еды 7,6-9,0 ммоль/л; HbA1c 6,1-7,5%.

*СД 2 типа*. Временный перевод на инсулинотерапию. Дозы и режим введения индивидуальны. Цель терапии: гликемия натощак <6, 1 ммоль/л. Гликемия через 2 ч после еды <7,5 ммоль/л. HbA1c <6,5%.

#### 2 Антибактериальная терапия

Эмпирическая антибактериальная терапия до результатов бактериологического исследования:

*А). Ингибиторозащищенные пенициллины:*

- Амоксициллин/клавуланат по 1,2 – 2,4 г, в\в 3-4 р.
- Тикарциллин/клавуланат 3,1 г× 4-6 раз в\в кап.
- Ампициллин/сульбактам 1,5г х 4 раза в/в
- Амоксициллин/сульбактам 1,5 х3 раза в/в

*Б). Ингибиторозащищенные цефалоспорины:*

- Цефоперазон/сульбактам 2,0 г в/в ×2 раза в день

*В). Комбинированная антибактериальная терапия:*

- Клиндамицин 0,3-0,9г в\в ×3 раза в день + Ципрофлоксацин 0,4-0,6 г× 2 р. в/в кап.
- Клиндамицин 0,3-0,9г в\в ×3 р. В д. + цефотаксим 1-2 г. в/в или в/м ×2-3р.
- Ципрофлоксацин 0,4-0,6 г ×2 р. В д. в/в капельно + метронидазол 0,5г в/в кап. 3 раза в день

Этиотропная антибиотикотерапия – по результатам бактериологического исследования отделяемого из раны.

### 3. Патогенетическая терапия ишемической формы СДС

*А). Простаноиды*

- Алпростадил- 60 мкг +0,9% раствор NaCl 200 мл, в\в, капельно, в течение 2,5 часов, х 1 раз в сутки, до 4 недель. При критической ишемии стопы – по 40 мкг +0,9% раствор NaCl 200 мл, в/в, капельно, в течение 2,5 часов, х 2 раза в сутки,
- Алпростадил 100 мкг + 400 мл изотонического раствора NaCl в течение 2,5 часов, в/в, капельно 1 раз в день до 4 недель.

*Б). Пентоксифиллин.* Внутривенное 10 – 20 мл 5% раствора + 0,9% раствор NaCl 200 мл, в\в, капельно, в течение 1,5 часов, 14 суток. В таблетированном виде после курса инфузий применяют

- Пентоксифиллин 400 мг- 2-3 раза в сутки 2-4 мес. или
- Пентоксифиллин 600 мг 1-2 раза в сутки 2-4 месяца.

*В). Гепариноиды*

- Сулодексид 1амп 2 мл 600 ЛЕ +0,9% раствор NaCl 200 мл, в\в, капельно, в течение 1,5 часов 1 раз в день, или 2 мл в/м х 1 раз в день, 14 суток. При критической ишемии стопы – по 600 ЛЕ в/в капельно 2 раза в сутки 2-3 недели. Затем внутрь по 500 -1000 ЛЕ 2 месяца.

*Г). Деагреганты*

- Ацетилсалициловая кислота 125 мг 1 раз в сутки постоянно.
- При противопоказаниях (язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, непереносимость, и т.д.) используют другие антиагреганты:
- Клопидогрел - 0,075г 1 раз в день 2-6 месяцев.
- Тиклопидин – 250 мг 2 раза в день 2 – 6 месяцев и более.

- Дипиридамола – 0,025г -0,05 3 раза в день 2-3 месяца.
- Реополиглюкин - 10% раствор- 200мл в/в капельно ежедневно – до 14 дней.

*Д). Коррекция АД (индивидуальный подбор препаратов) и липидного спектра (по показаниям)*

*Фибраты:*

Фенофибрат, пролонгиров. форма –160мг (1таб) 1раз в сутки принимают одновременно с приемом пищи. Таблетку следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая стаканом воды

*Статины:*

- Симвастатин 10 мг 1 раз в сутки вечером, с постепенным повышением дозы. Прием постоянный.

#### Патогенетическая терапия нейропатической формы СДС:

*А). Препараты тиоктовой кислоты*

- - Тиоктовая, альфа-липоевая кислота, 600 мг (2 ампулы по 300 мг, 12 мл) + 0,9% раствор NaCl 200 мл, в\в, капельно, 1час, до 4 недель, внутрь 600 мг1 раз в день 1,5-2 месяца или 600 мг1 раз в день внутрь 4 – 8 недель.

*Б). Препараты витаминов группы «В»*

- Нейромультивит (В<sub>1</sub>-100мг, В<sub>6</sub> -100мг, В<sub>12</sub>- 200мкг) -1таблетка 2-3 раза в день 6 – 8 недель.
- Мильгамма N (В<sub>1</sub>-50мг, В<sub>6</sub> -50мг, В<sub>12</sub>- 500мкг)– 1 амп, в\м x 1 раз в сутки 5 -10 дней, или
- Мильгамма – драже (В<sub>1</sub>-100мг, В<sub>6</sub> -100мг), -1 драже x2 раза в сутки, 2 месяца.

Препараты, улучшающие тканевую утилизацию O<sub>2</sub> (все формы СДС)

- Солкосерил, актовегин 10 % или 20% раствор для инфузий 250 мл в/в, капельно ежедневно 10-15 инфузий
- Даларгин- 2 мг в/м 2 раза в сутки, курсовая доза 30-50 мг.

Антиоксидантная терапия (все формы СДС)

- Ретинол 33-50 тыс МЕ (1 капс 5,88% или 6,88% раствора) внутрь 1 раз в день не более 3 недель

Оперативное лечение:

1. Вскрытие флегмоны, этапные некрэктомии.
2. Малые ампутации
3. Высокие ампутации при неэффективности лечения

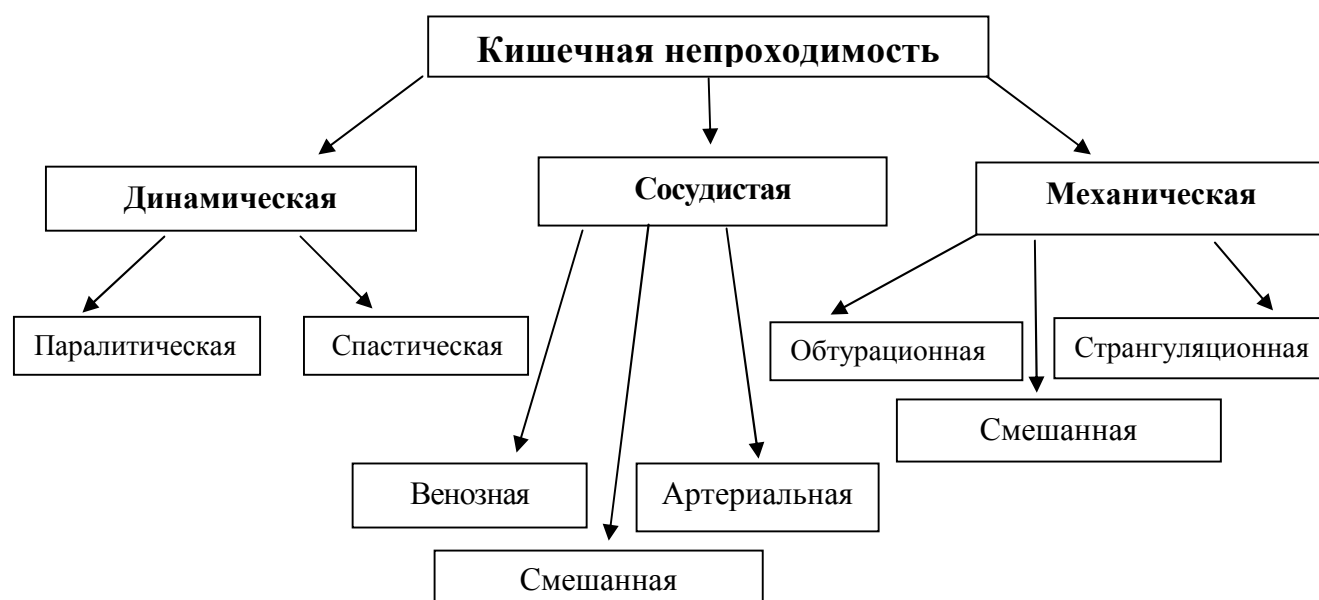
## Кишечная непроходимость

Шифр МКБ – 10

K56 Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи

Кишечная непроходимость – это патологическое состояние при котором полностью или частично приостанавливается последовательное продвижение содержимого кишечника.

Классификация:



Клинико-лабораторные проявления:

Синдром	Паралитическая	Обтурационная	Странгуляционная
Абдоминальная боль	Постепенно нарастающая, умеренная	Приступообразная с равными «светлыми» промежутками	Резкая, выраженная, с волнообразными усилениями
Задержка стула и газов	С начала заболевания	С начала заболевания (при толстокишечной)	В связи с быстротечностью заболевания не



		КН)	учитывается
Рвота	Множественная кишечным содержимым	Множественная кишечным содержимым	В первые часы - рефлекторная
Симптомокомплекс	<i>Симптомы:</i> Мондора, Склярова, Лотейссена, Спасокукоцкого, «гробовой тишины»	Шлангс, Склярова, Валя, Цеге- Мантейфеля, Обуховской больницы	Валя, Тевенера, Цеге- Мантейфеля, Обуховской больницы, позже Склярова
Rg логические симптомы	«Чаши Клойбера» по всему животу, «Органных труб» через 3-5 ч., «Керкринга»	«Чаши Клойбера» локализовано, «Органных труб», «Керкринга»	«Чаши Клойбера», Органных труб через 1-2ч.; «Керкринга»
Иригоскопия (при толстокишечной КН)	_____	Выявляет уровень и степень сужения	С-м «Клюва»; с-м «просветленного живота» (при завороте кишечника); симптом «Трезубца» при инвагинации
Эндогенная интоксикация	Гипертермия, тахикардия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, палочкоядерный сдвиг, лимфопения.		
Гиповолемия	Гемоконцентрация	ДВС симптом	
Нарушение обмена	Гипопротеинемия, гипонатриемия, гипокалиемия, гипокальциемия		

#### Диагностика:

- Ультразвуковые данные (увеличение диаметра кишечных петель более 3,5 см, отсутствие перистальтики или «маятникообразное» движение содержимого).

Обзорная рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера, симптом «органых труб», складки Керкринга). Пассаж бария (проба Напалкова) – при обтурационной кишечной непроходимости

- Лабораторные методы исследования (ОАК, Белковые фракции, К+, Na +, Ca +)

#### Лечение

##### Странгуляционная КН

Оперируют в срочном порядке после:

- Кратковременной инфузионной подготовки (ЦВД до 5-10 см.вод.ст.);
- Активной аспирации содержимого желудка и 12-перстной кишки через назогастральный зонд;
- Катетеризация мочевого пузыря для контроля за почасовым диурезом (N - 40 мл/час).

##### Обтурационная кишечная непроходимость

- Активная аспирация содержимого желудка и 12-перстной кишки через назогастральный зонд;
- Клизма – очистительная (до 1000 мл. теплой воды) - неоднократно.

– Инфузионная терапия:  
Начинать с в/в введения  
Р-р Натрия хлорида 0,9 % , Р-р Глюкозы 5-10 % - до нормализации АД и почасового диуреза.  
Затем добавить р-р Калия хлорида 7,5 % - 80-120 ммоль/сутки.

При неэффективности проводимых мероприятий – оперативное лечение.

#### Паралитическая кишечная непроходимость

1. Активная аспирация содержимого желудка и 12-перстной кишки через назогастральный зонд.
2. Инфузионная терапия в/в капельно:
  - Р-р Натрия хлорида 0,9 % , Р-р Глюкозы 5-10 % , раствор Калия хлорида 7,5 % на растворе 5% глюкозы 80-120 ммоль/сутки, Р-р Прозерина 0,05%-1мл
3. Через 0,5 часа п/к (повторить дважды) Прозерина 0,05% - 1 мл.
4. В/венно струйно
  - Р-р Натрия хлорида 10% - 60 - 80 мл
  - Р-р глюкозы 40% - 40 мл
  - Р-р Кальция хлорида 10% - 10 мл
  - Р-р Новокаина 0,5% - 10 мл
5. В завершении - микр клизмы с р-ом Натрия хлорида 10 % - 100 мл. неоднократно с интервалом 0,5 – 1 час.

#### Раздражающие клизмы по Огневу:

Р-р Натрия хлорида 10 % - 40 мл.

3% перекись водорода – 30 мл.

Глицерин – 30 мл. – неоднократно 0,5 -1 час.

При неэффективности 3.4.5. повторить через 4-6 часов.

При появлении признаков перитонита - оперативное лечение.

## Тестовый контроль

Пояснение: выбрать один правильный ответ.

1. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ АППЕНДИЦИТА НУЖНО НАЗНАЧИТЬ:
  - 1) но-шпа
  - 2) рабепразол
  - 3) трамадол
  - 4) дюспаталин
2. АМОКСИЦИЛЛИНА КЛАВУЛАНАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА НАЗНАЧИТЬ В ДОЗИРОВКЕ:
  - 1) 1,2г × 3 раза в сутки в/в
  - 2) 500мг х 2 раза в сутки
  - 3) 0,002г х 2 раза в сутки
  - 4) 4,0г х 4 раза в сутки
  - 5) 1,2г х 2 раза в сутки в/м
3. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НЕ ЖЕЛАТЕЛЬНО:
  - 1) дробное питание каждые 3-4 часа
  - 2) прием жидкости не менее 1,5 литров в сутки
  - 3) постельный режим
  - 4) отказ от приема эстрогенов и фибратов
  - 5) прием гепатопротекторных препаратов
4. ДИЕТА ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ:
  - 1) дробное питание каждые 3-4 часа
  - 2) голод 2-3 дня
  - 3) стол №5<sup>а</sup>
  - 4) исключены цитрусовые, ягоды, творог
  - 5) повышенное содержание кальция
5. НЕ ПОКАЗАНО В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:
  - 1) рабепразол
  - 2) метамизол натрий
  - 3) морфина гидрохлорид
  - 4) панкреатин
  - 5) октреотид
6. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С ВЫРАЖЕННЫМ ЦИТОЛИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:
  - 1) Аминокислоты
  - 2) Энтеросорбенты
  - 3) Урсофальк
  - 4) глюкокортикоиды
  - 5) альфа-интерферон

7. НОРМАЛИЗУЕТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ГЕПАТОЦИТОВ:
- 1) сбалансированное 4-5 разовое питание
  - 2) препараты урсодезоксихолевой кислоты
  - 3) дюфалак
  - 4) неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы
  - 5) панкреатин
8. САМОЕ ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА:
- 1) зонд Блэкмора
  - 2) питуитрин
  - 3) креон
  - 4) соматостатин
  - 5) пропранолол
9. ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:
- 1) ингибиторов протонной помпы
  - 2) блокаторов  $H_2$  гистаминовых рецепторов
  - 3) прокинетиков
  - 4) антибиотиков
  - 5) препаратов висмута
10. ПРИ АГАСТРАЛЬНОЙ АНЕМИИ НЕ НАЗНАЧАЮТ:
- 1) препараты железа
  - 2) Цианокобламин
  - 3) фолиевую кислоту
  - 4) трансфузии эритроцитарной массы
  - 5) омепразол
11. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА:
- 1) цефепим
  - 2) метронидазол
  - 3) амоксициллин/клавуланат
  - 4) Эртапенем
  - 5) лоперамид
12. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПОКАЗАН:
- 1) Эноксапарин
  - 2) Дорипенем
  - 3) фамотидин
  - 4) пентоглобин
  - 5) активированный протеин С

Ответы

- |        |        |         |
|--------|--------|---------|
| 1) – 3 | 5) – 3 | 9) – 3  |
| 2) – 1 | 6) – 4 | 10) – 5 |

3) - 3      7) - 2      11) - 1  
4) - 2      8) - 1      12) - 1

## Сосудистая и торакальная хирургия

### Варикозное расширение вен нижних конечностей

Шифр МКБ –Х

I 83. Варикозная болезнь

I83.0 Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой

I83.1 Варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением

I83.2 Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой и воспалением

I83.9 Варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы или воспаления

Варикозное расширение вен - это один из видов изменений вен, которое проявляется в их мешковидном расширении, а также в увеличении длины, образовании извилин и узлообразных клубков. Варикозное расширение вен поражает прежде всего вены нижних конечностей, прямой кишки, реже - вены семенного канатика и пищевода.

#### Клиническая классификация (В.С. Савельев, 1972)

##### 1. Стадия компенсации.

Умеренное варикозное расширение большой или малой подкожной вены при отсутствии клинических признаков клапанной недостаточности, появление венозных узлов по задне- медиальной поверхности голени, сосудистых звездочек;

##### 2. Стадия субкомпенсации.

Жалобы на непостоянные боли в области голени, преходящие отеки, возникающие при длительном стоянии и исчезающие в горизонтальном положении, ночные парестезии.

##### 3. Стадия декомпенсации А.

Постоянная пастозность голеней, боли, отеки, выраженные трофические расстройства кожи (индурация, пигментация, сухость кожных покровов, выпадение волос, утолщение ногтевых пластин, присоединение экземы, аллергических и инфекционных дерматитов).

##### 4. Стадия декомпенсации Б.

К вышеуказанным признакам присоединяются трофические язвы.

#### Международная классификация хронической венозной недостаточности по CEAP:

класс 0 - нет видимых симптомов болезни вен при осмотре и пальпации, но есть характерные жалобы

класс 1 - телеангиэктазии и ретикулярные вены

класс 2 - варикозно-расширенные вены

класс 3 - отек, боли, тяжесть и быстрая утомляемость в икроножных мышцах

класс 4 - трофические расстройства ( пигментация кожи, липодерма

тосклероз)

класс 5 - кожные изменения, указанные выше, + зажившая трофическая язва

класс 6 - кожные изменения, указанные выше, + открытая язва.

#### Методы обследования

- Функциональные пробы: Троянова – Тренделенбурга, Маршевая проба (Пертеса), Пратта, Берроу- Шейниса;
- Допплерография;
- Ультразвуковое ангиосканирование;
- Радиоизотопная флебосцинтиграфия;
- Рентгеноконтрастная флебография.

#### Принципы лечения:

##### I. Изменения образа жизни:

- при малоподвижном образе жизни 1-2 раза в час 10-12 подъемов на носочки;
- ЛФК (спортивная ходьба, плавание);
- Лечебный массаж;
- Циркулярный душ;
- Ношение комфортной обуви;
- Снижение массы тела;
- Уменьшение потребления поваренной соли и жидкости;
- Возвышенное положение н/конечностей на ночь.

##### II. Консервативное лечение:

- эластичная компрессия (эластическое бинтование, компрессионный трикотаж)

- нормализация режима труда и отдыха, устранение статичных нагрузок

##### А) флеботоники:

- Диосмин+гесперидин - табл. 100 мг× 2 раза в день;
- Эсцин по 16 капель (гранул) × 4 раза в день;
- Винограда красных листьев экстракт сухой 2 капсулы утром.

##### Б) препараты, укрепляющие сосудистую стенку:

- Троксерутин по 2 капсулы × 2 раза в день.

##### В) дезагреганты

- Ацетилсалициловая кислота 0,5 × ¼ таб. вечером.

##### Г) местные препараты (гели, мази):

- «Анавенол»;
- «Про - гливенол»;
- «Венорутон»;
- «Троксевазин»

### Оперативное лечение:

Операции по методике Троянова-Тренделенбурга, Нарата, Кокета, Линтона, Мжельского, Кросс-эктомия.

## **Тромбоз вен нижних конечностей**

МКБ -Х

Шифр I 80. Флебит и тромбоз флебит

Шифр I 80.0 Флебит и тромбоз флебит поверхностных вен

Шифр I 80.1 Флебит и тромбоз флебит бедренной вены

Шифр I 80.2 Флебит и тромбоз флебит других глубоких вен

Термином "варикотромбоз флебит" обозначают наиболее распространенную форму тромбоза флебита, при которой патологический процесс поражает варикозно- расширенные поверхностные вены нижних конечностей. В подавляющем числе случаев он является осложнением варикозной болезни, реже возникает при посттромбоз флебитической болезни. Термином флеботромбоз обозначают тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Факторы, приводящие к образованию тромба: гиперкоагуляция, замедление тока крови, повреждение эндотелия (Триада Вирхова).

### Классификация:

#### Локализация.

- Сосудистый бассейн: верхняя или нижняя полая вена.
- Венозная система: поверхностная, глубокая, перфорантная.
- Вены, поражённые тромботическим процессом (проксимальный и дистальный уровни поражения; моно- или мультиполярный).

#### Направление распространения.

- Проксимальное (восходящее).
- Дистальное (нисходящее).

#### Характер тромбоза.

- Окклюзивный.
- Неокклюзивный: пристеночный, флотирующий (эмболоопасный).

#### Степень гемодинамических расстройств.

- Лёгкая.
- Средней тяжести.
- Тяжёлая.

#### Осложнения.

- ТЭЛА.
- Венозная гангрена.
- Посттромбоз флебитическая болезнь (хроническая венозная



недостаточность).

#### Ведущие симптомы:

В клинической картине варикотромбофлебита тянущие боли по ходу тромбированных вен, в проекции пораженной вены видна полоса гиперемии, пальпируется плотный болезненный шнуровидный тяж, отек конечности бывает только местным (в зоне воспаления). Если у больного определяется диффузный отек конечности, значит, у него тромбоз глубоких вен. О нем же свидетельствуют симптомы ТЭЛА, источником которой становится исключительно тромбоз глубоких венозных магистралей

Тромбоз глубоких вен голени проявляется жалобами на боли в конечности при ходьбе, при осмотре выявляются гиперемия, отек или пастозность голеней, болезненность при пальпации икроножных мышц и по ходу глубоких вен, положительные пробы Мозеса, Хоманса, Ловенберга.

#### Методы диагностики:

- УЗДГ;
- Радионуклидная сцинтиграфия с меченым фибриногеном;
- Рентгенконтрастная флебография.

Показания к операции: тромбэктомия показана при свежих тромбах (до 72 ч) в бедренно-подвздошном сегменте и выше.

#### Лечение:

##### Консервативное:

- Постельный режим при высоком риске ТЭЛА;
- Эластичное бинтование;
- Ранняя активизация только при отсутствии угрозы ТЭЛА;

##### Медикаментозное:

##### А) Антикоагулянты:

##### Прямые

- Гепарин натрий 5000 ед п/к × 4 раза в день под контролем свертываемости крови

##### Непрямые (после лечения гепарином)

- варфарин (стартовая доза 5мг в таб. 1 раз в сутки (желательно в одно и тоже время) начинают после достижения состояния гипокоагуляции, под контролем уровня МНО

##### Б) спазмолитики

- Дротаверин 2 мл в/м × 3 раза в день;

##### В) флеботоники:

- Диосмин+гесперидин 100 мг по 1 таб. × 2 раза в день или
- Эсцин по 16 капель (гранул) ×4 раза в день или
- Винограда красных листьев экстракт сухой 2 капсулы утром.

Г) препараты, укрепляющие сосудистую стенку:

- Троксерутин по 2 капсулы ×2 раза в день.

Д) дезагреганты

- Ацетилсалициловая кислота 0,5 ×¼ таб. вечером.

Е) Местные препараты (гели, мази):

- «Анавенол»
- «Трибенозид»
- «Венорутон»
- «Троксевазин»

Ж) Препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологию крови:

- реополиглюкин 200 мл в/в капельно;
- пентоксифиллин 10,0 на 200 мл. физ. р-ра в/в капельно

Оперативное лечение:

-тромбэктомия

-тромбэктомия зондом Фотарти

-Кава - фильтр при глубоких тромбозах

### Посттромбофлебитический синдром

Шифр МКБ –Х

I 87.0. Посттромбофлебитический синдром

Посттромбофлебитический синдром представляет собой симптомокомплекс, развивающийся у больных, перенесших острый тромбоз глубоких вен, и являющийся следствием циркуляторных расстройств в конечности из-за несостоятельности клапанного аппарата глубоких вен в участках реканализации, отсутствия проходимости глубоких вен в не реканализованных сегментах и клапанной недостаточности подкожных и перфорантных вен в связи с перегрузкой венозным кровотоком как основных путей коллатерального оттока.

Клиника:

Клиническая картина характеризуется симптомами хронической венозной недостаточности (утомляемость, отеки, тяжесть в ногах вплоть до невозможности в течение какого-либо более или менее продолжительного времени находиться в вертикальном положении) и быстро возникающими и тяжело протекающими трофическими расстройствами.

Формы ПТФС:

1. Варикозная
2. Отечно-язвенная
3. Смешанная.

Лечение:

## I. Изменения образа жизни:

- при малоподвижном образе жизни 1-2 раза в час 10-12 подъемов на носочки;
- ЛФК (спортивная ходьба, плавание);
- Лечебный массаж;
- Циркулярный душ;
- Ношение комфортной обуви;
- Снижение массы тела;
- Уменьшение потребления поваренной соли и жидкости;
- Возвышенное положение н/конечностей на ночь.

### Консервативное лечение:

- эластичная компрессия (эластическое бинтование, компрессионный трикотаж)

- нормализация режима труда и отдыха, устранение статичных нагрузок

#### А) флеботоники:

- Диосмин+гесперидин 100 мг по 1 таб. × 2 раза в день или
- Эсцин по 16 капель (гранул) × 4 раза в день или
- Винограда красных листьев экстракт сухой 2 капсулы утром

#### Б) препараты, укрепляющие сосудистую стенку:

- троксерутин по 2 капсулы × 2 раза в день.

#### В) дезагреганты

- Ацетилсалициловая кислота 0,5 × ¼ таб. Вечером.

#### Г) местные препараты (гели, мази):

- «Анавенол»;
- «венорутон»;
- «троксевазин».

#### Ж) Препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологию крови:

- пентоксифиллин 10,0 на 200 мл. физ. р-ра в/в капельно

### Оперативное лечение:

-операция Кокета

-Кросс эктомия.

## Мастит

Шифр МКБ – 10

N61 Воспалительные болезни молочной железы

Мастит – воспаление тканей молочной железы.

### Классификация:

#### 1. в зависимости от генеза

- лактационный

- нелактационный
2. в зависимости от течения воспалительного процесса
    - острый
    - хронический
  3. по характеру воспалительного процесса
    - серозный
    - инфильтративный
    - абсцедирующий
    - инфильтративно-абсцедирующий
    - флегмонозный
    - гангренозный
  4. в зависимости от стороны поражения
    - левосторонний
    - правосторонний
    - двусторонний
  5. в зависимости от локализации гнойника в железе
    - субареолярный
    - подкожный
    - интрамаммарный
    - ретромаммарный
  6. по распространенности процесса
    - ограниченный (1 квадрант железы)
    - диффузный (2-3 квадранта железы)
    - тотальный (4 квадранта железы)

### Клиника

Ведущие симптомы- внезапное повышение температуры до 38 – 39,5 ° С, боль в молочной железе, наличие инфильтрата в молочной железе с гиперемией кожи над ним, резкая болезненность при пальпации инфильтрата, при абсцедировании появляется флюктуация.

### Обследование

- пальпация молочных желез;
- ультрасонография;
- маммография;
- тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием пунктата;
- бак. посев с определением чувствительности к антибиотикам.

Лечение:

## I. Немедикаментозное лечение:

- предупреждение застоя молока при лактации;
- адекватный подбор бюстгальтера;
- физиотерапия – УВЧ, ультразвук на зону инфильтрата.

## II. Медикаментозное лечение:

### 1) антибактериальная терапия

#### препараты выбора

- цефазолин – 1-2г × 2 -3раза в сутки в/м 7 дней в/в, в/м;
- оксациллин 1-2 г× 4 раза в сутки в/в, в/м
- амоксициллин/клавуланат 1,2 г× 3 раза в сутки в/в

#### альтернативные препараты:

- клиндамицин 0,3г× 4 раза в сутки в/м
- линкомицин 1.2г× 2 раза в сутки в/м

В ситуации, когда возбудителем является MRSA, назначается

- линезолид в/в 0,6г × 2 раза в день или
- ванкомицин – 1,0 × 2 раза в сутки в/в.

### 2) местное лечение:

- в фазе инфильтрации – повязки с 0,05 % раствором хлоргексидина (либо с 25 % р-ром димексида) на зону инфильтрата;
- после вскрытия и дренирования абсцесса – в фазе гидратации- повязки с 10% раствором хлорида натрия, химотрипсином;
- в фазе дегидратации – повязки с 0,05 % раствором хлоргексидина (либо с 25% р-ром димексида);

Оперативное лечение: Вскрытие и дренирование гнойника

## Дисгормональные дисплазии молочных желез (мастопатии)

Шифр МКБ – 10

N 60 – Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез

Мастопатия – фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного

компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы (ВОЗ, 1984).

Клиническая классификация дисгормональных дисплазий:  
(Методические рекомендации МЗ РСФСР (1985г.)

I. Диффузная мастопатия:

1. С преобладанием железистого компонента (аденоз);
2. С преобладанием фиброзного компонента (фиброаденоматоз);
3. С преобладанием кистозного компонента;
4. Смешанная форма (фиброзно-кистозная мастопатия).
5. Склерозирующий аденоз

II. Узловая мастопатия.

III. Доброкачественные опухоли и опухолевидные процессы:

1. Аденома;
2. Фиброаденома;
3. Внутипротоковая папиллома;
4. Солитарная киста.

IV. Особые формы:

- 1) Листовидная (филлоидная) опухоль.

Ведущие симптомы:

Боль в молочных железах, патологические выделения из сосков, наличие уплотнений в молочных железах.

Обследование

- пальпация молочных желез;
- ультразвунография;
- маммография;
- тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием пунктата;
- биопсия тканей молочной железы с гистологическим исследованием препарата;
- доплеросонография;
- исследование крови на гормоны щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, АТкТПО), гормоны яичников (прогестерон, эстрадиол, ФСГ), желателен онкомаркёр - СА15-3.

Лечение:

I. Немедикаментозное лечение:

- нормализация половой и репродуктивной функции;
- коррекция диеты, направленной на устранение метаболического синдрома;
- адекватный подбор бюстгалтера

Лечение больных с *узловой формой мастопатии* следует начинать с секторальной резекции молочной железы с обязательным срочным гистологическим исследованием

## II. Медикаментозное лечение:

### 1. Негормональная терапия:

#### а) Витамины – продолжительность приема 3-6 мес.:

- Ретинол – 3300 МЕ/сут через 10-15 мин после еды.
- Токоферола ацетат 100 мг/сут внутрь или в/м
- Пиридоксин – вит В6 0,005 г ×2 р/сут. 30 дней, курс повторяют через 2 мес.
- Аскорбиновая кислота 0,05 г/сут.
- Йодид калия 100 мг/сут 6 мес.

#### б) Гепатопротекторы :

- эссенциальные фосфолипиды- 300 мг х 3 раза в сутки, после еды
- р-р ремаксоло- 400 мл в/в
- Лив-52 – 2-3 таб х 3-4 раза в сутки после еды

#### в) Седативные препараты:

- настойка валерианы – 20 кап. на ночь
- ново-пассит- по 1 таб на ночь 3-6 мес

#### г) Фитотерапевтические средства:

- Мастодинон Н – по 30 кап х 2 раза в сутки 3-6 мес
- Агнукастон – по 20-30 кап утром 3-6 мес

## 2. Гормональная терапия

### а) Гестагены:

- Прогестерон – 10 мг/сутки в/м 1 раз в день с 16 по 25 день менструального цикла 3 мес.
- Прогестерон (дюфастон, утрожестан) – капсул. - 100 мг × 2 р. в день с 16 по 25 день менструального цикла 3 мес.
- Прогестерон гель

б) Комбинированные эстроген-гестагенные препараты:

- Этинилэстрадиол +Дезогестрел/левоноргестрел – табл. – по 1 т. с 1-5 дня менструального цикла 21 день, затем перерыв 7 дней и прием таблеток из новой упаковки по той же схеме – 3-4 мес.

в) Антиэстрогенные препараты:

- Торемифен – табл. 20 мг/сут. 3- 6 мес.

г) Блокаторы гипофизарных гормонов:

- Даназол – капс. 100 мг/сут. 3-6 мес.;
- Бромокриптин – табл. 2,5 мг/ сут. во время еды вечером 4-6 мес. под контролем пролактина крови;
- Каберголин (достинекс) - табл. – 0,5 мг 1 раз/нед. 8 – 12 нед.

**Острые инфекционные деструкции легких**

Шифр МКБ- 10

J85 Абсцесс легкого и средостения

J85.0 Гангрена и некроз легкого

J85.1 Абсцесс легкого с пневмонией

Исключено: с пневмонией, вызванной уточненным возбудителем (J10-J16)

J85.2 Абсцесс легкого без пневмонии

J85.3 Абсцесс средостения

Острый абсцесс и гангрена легких представляют собой патологический процесс, характеризующийся некрозом и последующим гнойным или гнилостным распадом легочной ткани в результате воздействия различных патогенных факторов.

Абсцесс - ограниченная полость, формирующаяся в результате гнойного расплавления легочной паренхимы.

Гангрена легкого - значительно более тяжелое патологическое состояние, отличающееся обширным некрозом и ихорозным распадом пораженной ткани легкого, не склонным к четкому ограничению и быстрому гнойному расплавлению.

Гангренозный абсцесс - промежуточная форма: некроз и гнойно-ихорозный распад имеют менее распространенный характер, в процессе ограничения формируется полость, содержащая медленно расплавляющиеся и отторгающиеся секвестры.



### Классификация:

#### 1. Клинико-морфологические формы:

- Острый абсцесс: без секвестрации; с секвестрацией.
- Очаговая гнойно-некротическая деструкция легкого.
- Гангрена

#### 2. Распространенность процесса:

- Односторонние поражения
- Двусторонние поражения

#### 1. Осложнения

- плевриты
- пневмоторакс
- пиопневмоторакс
- флегмона грудной стенки
- перикардиты
- кровохарканье
- кровотечение
- аспирация
- пневмония
- сепсис
- ДВС-синдром

#### 4. Тяжесть течения

- Легкая
- Средняя
- Тяжелая
- Крайне тяжелая

### Клиника:

У всех больных отмечается кашель с мокротой. На стороне поражения возникает болевой синдром, связанный с дыханием, кашлем. Имеется одышка, лихорадка сопровождающаяся ознобом, интоксикационным синдромом. Наблюдается астенизация, потеря массы тела, гиподинамия, ухудшение аппетита.

### Диагностика:

- ОАК, ОАМ
- Рентгенография грудной клетки, КТ легких
- Исследование мокроты
- Бронхоскопия

Основными составляющими консервативного лечения являются:

- изоляция больного в отдельную палату, оборудованную системой подачи увлажненного кислорода;

- диета - должна быть механически и химически щадящей, высококалорийной, обогащенной белками, витаминами и микроэлементами
- повышение проходимости дыхательных путей;
- антибактериальная терапия;
- инфузионная терапия и повышение сопротивляемости организма;
- перфузионные методы детоксикации организма.

Повышение проходимости дыхательных путей:

#### I. Немедикаментозное:

- позиционный дренаж бронхов;
- дыхательная гимнастика;

#### II. Медикаментозное:

- бронходилататоры (при явлении бронхообструкции):

##### 1. $\beta_2$ агонисты:

- Сальбутамол по 1 вдоху 2-3 раза/сутки;

##### 2. ингибиторы фосфодиэстеразы:

- эуфиллин в/в 10 мл 2,4 % раствора 1-2 раза/сутки;

- муколитики при сопутствующем бронхите и вязкой мокроте:

- амброксол per os (таблетки, капсулы) по 30 мг 2-3 раза/сутки; в виде ингаляций через небулайзер по 30 мг 2-3 раза/сутки;
- ацетилцистеин per os по 600 мг 1 раз в сутки; в/в по 300 мг 1 раз/сутки; в виде ингаляций по 300 мг 1 раз/сутки.

#### Санационные бронхоскопии:

во время бронхоскопии необходимо тщательно удалить гнойную мокроту, сгустки фибрина, промыть пораженные бронхи теплым ( $37^{\circ}\text{C}$ ) раствором фурацилина 1:5000 (можно использовать 0,1 % раствор фурагин растворимый, 1 % раствор диоксидина с физиологическим раствором в разведении 1:1).

#### Антибактериальная терапия:

При выборе режима антибактериальной терапии абсцедирующей пневмонии необходимо учитывать возможную роль аэробных и анаэробных бактерий.

##### Препараты выбора:

- амоксициллин/клавуланат: в/в 1,2 г  $\times$  3 раза в сутки, при снижении температуры необходимо перейти на табл. 1,0  $\times$  2 раза в сутки;
- Цефоперазон/сульбактам 1-2 г  $\times$  2-3 раза в сутки в/в

##### Альтернативная терапия:

- Имипенем 0,5 г  $\times$  4 раза в сутки в/в
- Меропенем 0,5-1,0 г  $\times$  3 раза в сутки в/в
- Эртапенем 1 г  $\times$  1 раз в сутки в/в
- Клиндамицин 0,3-0,9 г  $\times$  3-4 раза в сутки в/в

- Линкомицин 0,6-1,2 г × 2 раза в сутки в/м + гентамицин 3-5мг/кг 1 раз в сутки в/в
- Моксифлоксацин 400мг 1 раз в/в, затем внутрь по 400мг 1 раз в сутки

#### Инфузионная терапия:

Целью инфузионной терапии является обеспечение энергетического баланса, парентерального питания, коррекция волевических и реологических нарушений, дезинтоксикация организма

- Для коррекции водно-электролитных нарушений - 5-10 % р-р глюкозы в/в 0,9 % р-р NaCl в/в
- Для коррекции гиповолемии – гидроксипроксиэтилкрахмалы
- Дезинтоксикация: раствор реамберин 400 мл - 1р/сутки
- Парентеральное питание (см. приложение)

Для ликвидации реологических нарушений, улучшения микроциркуляции в зоне воспаления показаны антикоагулянты:

- Эноксапарин натрия п/к по 40 мг х 1 раз/сутки или
- нефракционированный гепарин по 5000 ЕД 3 раза/сутки п/к

Противопоказанием для назначения гепарина и антиагрегантов является кровохарканье и угроза легочного кровотечения.

#### Иммунокорригирующая терапия:

- При доказанной стафилококковой этиологии заболевания:
  - антистафилококковая гипериммунная плазма по 150-200 мл 2-3 раза в неделю;
  - стафилококковый гамма-глобулин в/м по 9 мл в течении 3 дней

При угрозе развития гангрены легкого показано введение профилактической дозы противогангренозной сыворотки, при развившейся гангрене - вводится лечебная доза сыворотки.

- Для профилактики и лечения дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности применяют оксигенотерапию увлажненным кислородом

-Симптоматическая терапия.

### **Бронхоэктатическая болезнь**

Шифр МКБ- 10

### **Бронхоэктатическая болезнь**

Бронхоэктатическая болезнь - стойкое, необратимое расширение ветвей бронхиального дерева, обусловленное деструкцией стенок бронхов и /или нарушением нервно-мышечного тонуса вследствие воспаления, склероза, дистрофии, гипоплазии их структурных элементов.

#### Классификация:

1. По происхождению: врожденные (первичные) и приобретенные (вторичные) бронхоэктазы.
2. По морфологическим особенностям: цилиндрические, мешотчатые и смешанные бронхоэктазии, а по наличию или отсутствию ателектаза - ателектатические и без ателектаза.
3. По распространенности: односторонние или двухсторонние бронхоэктазии с указанием локализации: сегмент, доля; комбинированные поражения - две доли, доля и сегмент (сегменты) другой доли; поражение всего легкого.
4. По стадиям заболевания: I стадия (начальная), II стадия (выраженных клинических проявлений), III стадия (осложнений: легочное сердце, амилоидоз, пневмоцирроз и др.).
5. По течению заболевания: период обострения и период ремиссии.

#### Клиника:

Ведущий клинический синдром - кашель с отделением мокроты. Кровохарканье. В период обострения появляется боль, повышение температуры, одышка. Слабость, утомляемость, снижение физических возможностей.

#### Диагностика:

- бронхография
- компьютерная томография легких
- ОАК
- Исследование мокроты

#### Консервативное лечение:

Немедикаментозное лечение

- режим, исключающий воздействие неблагоприятных факторов: переохлаждения, курения табака, злоупотребления алкоголем, профессиональных вредностей (повышенная влажность, запыленность и т.д.).
- диета (высокобелковая), должна быть механически и химически щадящей, богатой витаминами.
- лечение сопутствующих заболеваний верхних дыхательных путей, в первую очередь синуситов и заболеваний полости рта.
- санация трахео-бронхиального дерева:
  - позиционный дренаж бронхов;
  - дыхательная гимнастика, ЛФК;

### Медикаментозное

#### А) муколитики:

- амброксол внутрь (таблетки, капсулы) по 30 мг 2-3 раза/сутки после еды с небольшим количеством воды; в виде ингаляций через небулайзер по 30 мг 2-3 раза/сутки;
- ацетилцистеин внутрь 600мг 1 раз/сутки после еды; в/м, в/в по 300 мг (1 амп) 1 раз/сутки; в виде ингаляций по 300 мг 1 раз/сутки

#### Б) β<sub>2</sub> агонисты (при наличии бронхообструкции):

- сальбутамол по 1 вдоху 2-3 раза/сутки.

В) санационные бронхоскопии: для санации используют теплый (37°C) раствор фурацилина в разведении 1:1000 или 1 % -20 мл раствор диоксидина (в разведении 1:1 с физиологическим раствором). На курс от 3 до 5 санационных бронхоскопий.

Г) антибиотики до операции применяют с целью профилактики гнойных осложнений, а в операционном периоде - с целью предупреждения реактивации гнойного бронхита, обязательно определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам

## АНТИБИОТИКИ

### Препараты выбора:

- амоксициллин/клавуланат: в/в 1,2 г× 3 раза в сутки, при снижении температуры необходимо перейти на табл. 1,0 ×2 раза в сутки;
- Цефоперазон/сульбактам 1-2 г× 2-3 раза в сутки в/в

### Альтернативная терапия:

- Имипенем 0,5 г× 4 раза в сутки в/в
- Меропенем 0,5-1,0 г× 3 раза в сутки в/в
- Эртапенем 1г× 1 раз в сутки в/в
- Клиндамицин 0,3-0,9г ×3-4 раза в сутки в/в
- Линкомицин 0,6-1,2 г × 2 раза в сутки в/м + гентамицин 3-5мг/кг 1 раз в сутки в/в

- Моксифлоксацин 400мг 1 раз в/в, затем внутрь по 400мг 1 раз в сутки

Критериями эффективности проводимого консервативного лечения и готовности к операции являются:

- исчезновение или резкое уменьшение количества мокроты - не более 15-20 мл за сутки;
- исчезновение неприятного запаха мокроты;
- уменьшение количества хрипов в легких;
- повышение показателей ФВД;
- нормализация лабораторных показателей крови;
- улучшение иммунного статуса;
- купирование или значительное уменьшение признаков гнойного эндобронхита, регистрируемое при бронхоскопии.

Консервативное лечение (после операции): принципиально не отличается от терапии до операции.

Реабилитация после оперативного лечения:

- санаторный этап (1 месяц);
- диспансерный учет у врача-пульмонолога;
- рациональное трудоустройство;
- профилактика обострений хронического бронхита.

### **Острая эмпиема плевры**

Шифр МКБ- 10

J94 Другие поражения плевры

Острая эмпиема плевры - ограниченное или диффузное воспаление висцеральной и париетальной плевры, протекающее с накоплением гноя в плевральной полости и сопровождающееся признаками гнойной интоксикации и нередко дыхательной недостаточностью.

Классификация:

- По содержимому плевральной полости: 1.эмпиема плевры; 2.пиопневмоторакс
- По характеру плеврального экссудата: 1.серозно-гнойный; 2.серозно-фибринозный; 3.фибринозный; 4.гнойный; 5.гнилостный; 6.с геморрагическим компонентом.

- По характеру возбудителей: 1.асептическая; 2.неспецифическая; 3.анаэробная; 4.специфическая; 5.смешанная.
- По распространенности: 1.тотальная; 2.распространенная; 3.ограниченная.
- По патогенетическому механизму: 1.первичная; 2.вторичная.

#### Клиника:

Тяжелая интоксикация, слабость, недомогание, повышенным потоотделением, бледность, тахикардия. Может быть сухой кашель. Постепенно развивается одышка, расширяются межреберные промежутки, отставание пораженной стороны при дыхании. На стороне поражения появляется боль, цианоз слизистых оболочек, понижение массы тела, пастозность лица, запавшие щеки, дыхание ртом.

#### Диагностика:

- клиническая картина, анамнез
- ОАК.  
Обширная зона притупления при перкуссии.
- полипозиционная рентгеноскопия;
- УЗИ плевральной полости;
- диагностическая плевральная пункция: клиничко-биохимическое исследование,
- исследование мокроты.

#### Лечение:

##### Немедикаментозное:

- Режим (стационарный);
- Диета (высокобелковая);

##### Медикаментозное:

##### А) антибиотики (основные схемы):

- Амоксициллин/клавуланата 1,2г × 3-4 раза в сутки в/в
- Цефепим 1-2 г. × 3 раз в день в/в
- Цефотаксим 2 г. × 2 раз в день в/в
- Цефтриаксон 2 г. × 1 раз в день в/в

Все препараты в сочетании с метронидазолом 0,5 мг х 3 раза в сутки в/в.

##### \*Альтернативная терапия:

- Моксифлоксацин 400мг× 1 раз в сутки в/в
- Левофлоксацин 0,5г× 2 раз в сутки в/в
- Ципрофлоксацин 0,4-0,6 г × 2 раз в сутки
  - Имипенем по 0,5× 4раза в сутки в/в кап

- Меропенем: в/в взрослым: по 0,5–1 г × 3 раза в сутки
- Дорипенем по 0,5 × 4 раза в сутки в/в кап
- Эртапенем 1г × 1 раз в сутки в/в
- Моксифлоксацин 400мг 1 раз в/в, внутрь

Б) Муколитики (при необходимости):

- амброксол внутрь (таблетки, капсулы) по 30 мг 2-3 раза/сутки; в виде ингаляций через небулайзер по 30 мг 2 -3 раза/сутки;
- ацетилцистеин внутрь по 600 мг 1 раза/сутки; в/м по 300 мг 1 раз/сутки; в виде ингаляций по 300 мг 1 раз/сутки

В) β<sub>2</sub> агонисты:

- сальбутамол по 1 вдоху 2-3 раза/сутки
- фенотерол по 1 вдоху 2-3 раза/сутки.

Г) санационные бронхоскопии (при наличии гнойно-деструктивного процесса в легких).

Д) Коррекция волевических нарушений, дезинтоксикационные растворы: гидроксипропиль крахмалы, глюкозо-солевые растворы в\в в объеме более 1500 -2000мл, реамберин 400 мл в\в

Е) Парентеральное питание (см. приложение)

Ж) Коррекция иммунитета:

- При доказанной стафилококковой этиологии эмпиемы

- гипериммунная антистафилококковая плазма: 200-250 мл/сутки через день, от 3 до 5 трансфузий на курс.

-При генерализации инфекции (сепсисе):

- иммуноглобулин человека 25-50 мл/сутки в/в 30-40 капель/минуту, курс 3-10 трансфузий каждые 24-48 часов.

И) Кислородотерапия:

- увлажненный кислород (маска или носоглоточные катетеры).
- пункции плевральной (эмпиемной) полости: выполняются ежедневно с аспирацией гноя, промыванием полости эмпиемы растворами антисептиков: фурациллина 1:5000 или 0,02 % хлоргексидина биглюконата до чистой промывной жидкости



## Тестовый контроль

1. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:
  - 1) увеличение статических нагрузок
  - 2) эластичная компрессия (эластичное бинтование)
  - 3) мелоксикам 15мг × 1 раз в день
  - 4) омепразол 20мг × 2 раза в день
  - 5) солкосерил 2 мл × 2 раза в день
2. ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРОМБОЗА ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ:
  - 1) ТЭЛА
  - 2) Лимфостаз
  - 3) острый тромбоз бедренной артерии
  - 4) гангрена дистальных отделов стопы
  - 5) острый тромбоз вен голени
3. ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ МАСТИТА В ФАЗЕ ИНФИЛЬТРАЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:
  - 1) тугое бинтование молочной железы
  - 2) иммобилизация соответствующей верхней конечности
  - 3) троксевазин (местно)
  - 4) повязки с 0,05% р-ром хлоргексидина на зону инфильтрации
  - 5) применение согревающего компресса
4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРОГЕСТЕРОН В СЛЕДУЮЩЕЙ ДОЗИРОВКЕ:
  - 1) 10 г/сутки в/м 1 раз в день
  - 2) 0,01 г/сутки в/м 1 раз в день
  - 3) 0,01 мг/сутки в/м 1 раз в день
  - 4) 1 мг/сутки в/м 1 раз в день
  - 5) 0,1 г/сутки в/м 1 раз в день
5. «ФАРЕСТОН» НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ДОЗИРОВКЕ:
  - 1) 2 мг/сутки
  - 2) 0,2 мг/сутки
  - 3) 20 мг/сутки
  - 4) 2 г/сутки
  - 5) 0,2 г/сутки
6. ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКИХ НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ:
  - 1) сальбутамол
  - 2) эуфиллин в/в
  - 3) финастерид
  - 4) амброксол внутрь
  - 5) ацетилцистеин внутрь

7. ПРИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ НАЗНАЧАЮТ:

- 1) мебеверин 1 капсула × 2 раза в сутки
- 2) альфузолин табл. 2,5-3,5 мг × 2 раза в сутки
- 3) аллопуринол табл. 100 мг в сутки
- 4) ацетилцистеин внутрь 600 мг 1 раз в сутки
- 5) ципролет 250 мг × 2 раза в сутки

8. ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЮТ:

- 1) амброксол внутрь (табл. капс.) 30мг
- 2) токоферол 200 мг внутрь 2 раза в день
- 3) тиктоцид 600 мг 1 раз в день внутрь
- 4) лансопразол 30 мг 2 раза в день внутрь
- 5) бромокриптин 2,5 мг в сутки

Ответы:

- |        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 1) – 2 | 4) – 3 | 7) – 4 |
| 2) – 1 | 5) – 3 | 8) – 1 |
| 3) – 4 | 6) – 3 |        |

## III. Проктология

### Геморрой

Шифр МКБ – 10

- I84 Геморрой
- I84.0 Внутренний тромбированный геморрой
- I84.1 Внутренний геморрой с другими осложнениями
- I84.2 Внутренний геморрой без осложнения
- I84.3 Наружный тромбированный геморрой
- I84.4 Наружный геморрой с другими осложнениями
- I84.5 Наружный геморрой без осложнения
- I84.6 Остаточные геморроидальные кожные метки
- I84.7 Тромбированный геморрой неуточненный
- I84.8 Геморрой с другими осложнениями неуточненный
- I84.9 Геморрой без осложнения неуточненный

Геморрой – патологическое увеличение геморроидальных узлов – образований, состоящих из кавернозной ткани и расположенных в подслизистом слое анального канала (внутренние узлы) и под перианальной кожей (наружные узлы)

Классификация геморроя:  
(ГНЦК, Москва, 2001)

#### I. По локализации

1. Внутренний геморрой
2. Наружный геморрой
3. Комбинированный геморрой

#### II. По клиническому проявлению

1. Бессимптомный геморрой
2. Геморрой у беременных.
3. Острый геморрой
4. Хронический геморрой
  - 1 стадия ректальные кровотечения без выпадения внутренних геморроидальных узлов
  - 2 стадия – узлы выпадают при дефекации, а затем, после дефекации самостоятельно, волевым сокращением сфинктера вправляются в анальный канал (с кровотечением или без него);
  - 3 стадия - узлы выпадают при дефекации, имеется необходимость их ручного вправления в анальный канал после дефекации(с кровотечением или без него);

4 стадия - постоянное выпадение внутренних узлов при дефекации или физической нагрузке и недержание их в анальном канале после ручного вправления (с кровотечением или без него).

#### 4. Острый геморрой:

- 1 степень – отсутствие воспалительной реакции,
- 2 степень – воспаление в пределах выпавших узлов,
- 3 степень- воспаление распространяется на промежность.

Диагностика хронического геморроя:

- Осмотр заднего прохода
- Пальпация промежности
- Пальцевое исследование прямой кишки
- Аноскопия проктоскопом
- Ректороманоскопия

Симптомы хронического геморроя:

Патогномоничные:

- Кровотечение после стула или во время него алыми напряженными каплями или струйкой
- Выпадение внутренних узлов из анального канала

Непатогномоничные:

- Ноющие боли в заднем проходе
- Зуд перианальной кожи

Лечение хронического геморроя:

Немедикаментозное:

1. Ограничение поднятия тяжестей.

2. Лечебная физкультура (плавание, бег, ходьба), упражнения, направленные на укрепление мышц тазового дна, гимнастику анального сфинктера 3-4 раз в день: по 10-15 сжатий и расслаблений анального жома.

3. Диета с исключением острой пищи, приправ и алкоголя

Медикаментозное

Схема 1.(при периодических кровотечениях).

- Диосмин+гесперидин 1 табл. × 2 раз в день, 60 дн.
- Релиф (но не Релиф-Адванс!)- мазь ректальная или свечи × 2-3 раз в день – 14 дн.
- Клизма масляная перед стулом (подсолнечное масло 50-70 мл +облепиховое масло 1 чайная ложка) 14 дн.

Курсы повторяются 2 раза в год.

Схема №2 (при периодическом отеке наружных узлов, ноющих болях в заднем проходе)

- Анавенол по 2 др. × 3 раз в день после еды, запивая небольшим количеством воды - 1 неделя, а затем 1 др. × 3 раз в день, курс 3 месяца.
- Пентоксифиллин - 400мг 1 таблетка × 1 раз в день в течение 4 недель
- Кальций добезилат 500 мг × 1 раз в день, во время еды 3 нед., затем по 250 мг 1 раз в день 2 нед.
- «Прокто-гливенол» свечи или мазь 2-3 раз в день до 14 дн.
- Мукофальк по 1 пакетика 2-3 раза в день

### Острый геморрой

Острый геморрой (ОГ) - острое возникновение конгломерата выпавших, ущемившихся, тромбированных и воспалившихся внутренних геморроидальных узлов

#### Симптомы ОГ:

- Выпадение внутренних узлов за пределы анального канала и их ущемление в анальном сфинктере
- Тромбоз выпавших внутренних и/или наружных узлов
- Воспаление выпавших внутренних и/или наружных узлов

#### Диагностика ОГ:

- Осмотр заднего прохода
- Пальпация промежности
- Пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия проктоскопом, ректороманоскопия производится после стихания острых явлений.

#### Лечение ОГ:

##### Немедикаментозное:

1. Ограничение поднятия тяжестей.
2. Диета с исключением острой пищи, приправ и алкоголя

##### Медикаментозное:

- 1. Диосмин+гесперидин 2 таблетки × 3 р. – 4 дня, 2таблетки × 2 р. – 3 дня, 1 таблетка × 2 раз в день – до 60 дн. (диосмин -600 - 1таблетка 3 раз в день - 7 дней, далее 1 таб./д. 60 дн.).
- Мелоксикам 7,5мг 1 раз в день– 10-14 дн.
- Эсцин 15 капель (1 таблетка) × 3 раз в день, до еды 2 – 3 нед.
- Местно – мазь гепариновая (гепароид, гепатромбин, тромблесс, лиотон 1000) - 4 раз в день. Мазь на узлах должна присутствовать постоянно с течение суток!
- Мукофальк по 1 пакетика 2-3 раза в день

## Схема №2

- Диосмин+гесперидин 2 таблетки × 3 р. – 4 дня, 2таблетки ×2 р. – 3 дня, 1 таблетка ×2 раз в день – до 60 дней (Флебодиа -600 - 1таблетка 3 раз в день - 7 дней, далее 1 таб./день -60 дней).
- Мелоксикам 75мг 1 раз в день или в виде ректальных свечей по 0,015 – по 1 свече (или половине свечи) 1 раз в день – 10-14 дн.
- Пентоксифиллин 400 мг 1т. ×2 раз в день, 10 дней, затем 1 таблетка утром – до 3 -4 недель
- Дротаверин 1 таблетка 3 раз в день -10 дней
- Местно – мазь гепариновая (гепароид, гепатромбин, тромблесс, лиотон 1000) – 4 раз в день. Мазь на узлах должна присутствовать постоянно!

При остром внутреннем геморрое – вместо мази – ректальные суппозитории – «Нигепан» - 3 раза в день

### Оперативное лечение:

1. Тромбэктомия из отдельных подкожных узлов при ОГ I ст. (редко)
2. Оперативное лечение по показаниям через 2-3 месяца в «холодном» периоде.

## Анальная трещина

Шифр МКБ- 10

- К60 Трещина и свищ области заднего прохода и прямой кишки
- К60.0 Острая трещина заднего прохода
- К60.1 Хроническая трещина заднего прохода
- К60.2 Трещина заднего прохода неуточненная

Анальная трещина (АТ) – спонтанно возникший линейный или эллипсоидный дефект (язва) слизистой оболочки анального канала.

### Классификация анальной трещины:

По локализации

1. Передняя
2. Задняя
3. Боковая

По числу дефектов слизистой

2. Единичная
3. Множественная

По течению

1. Острая (до 1 месяца)
2. Хроническая (более 1 месяца)

Симптомы:

Триада симптомов (по В. Д. Федорову): 1) боль в заднем проходе при дефекации и после нее; 2) кровотечение при дефекации в виде полоски алого цвета на кале; 3) Выраженный спазм сфинктера. Нередко имеется сочетание признаков хронической анальной трещины и хронического геморроя.

#### Диагностика АТ:

Анальная трещина выявляется при осмотре заднего прохода - метод раздвигания пальцами радиальных складок перианальной кожи. Инструментальные методы исследования (аноскопия, ректороманоскопия) применяются только с обезболиванием (мазь «Эмла», аэрозоль «Лидокаин»)

#### Лечение:

##### Немедикаментозное:

1. Диета с исключением острой пищи, приправ и алкоголя, прием большого количества грубой клетчатки (свекла, капуста, морковь, кабачки, тыква, чернослив хлеб из ржаной муки грубого помола)

##### Медикаментозное:

- Дротаверин 1 таб. × 3 раза в день -10 дн.
- Мелоксикам 7,5мг - по 1 таб. 1 раз в день – 10-14 дн. или в виде ректальных свечей по 0,015 - по 1 св. (или половине свечи) 1 раз в день.
- (Свечи «Симетрид» 1 св. × 1 раз в день -5-7 дн. Далее - свечи «Натальсид» по 1 св. 3 раза в день или мазь «Ауробин» - 2 раза в день.
- Лечебные микроклизмы по 200 мл. с раствором фурациллина 1:5000, или 0,3% раствор колларгола на ночь. Перед стулом, утром - лечебные микроклизмы с растительным маслом по 50 мл.
- Мукофальк по 1 пакетика 2-3 раза в день (для размягчения стула)

##### Малоинвазивное вмешательство:

Инфракрасная фотокоагуляция хронической анальной трещины

Показания: острая анальная трещина, хроническая анальная трещина без рубцов и выраженного спазма сфинктера, глубиной не достигающая волокон сфинктера после безуспешного консервативного лечения в течение 3-4 недель. Противопоказания: нет.

Оперативное лечение: хроническая анальная трещина глубиной до XI волокон с выраженным сфинктероспазмом – иссечение анальной трещины по Габриэлю с дозированной сфинктеротомией.

## Тестовый контроль

1. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) геморрой
- 2) хронический парапроктит (свищ прямой кишки)
- 3) воспалительные заболевания толстой кишки и запоры
- 4) недостаточность анального сфинктера
- 5) все ответы верны

2. В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕМОРОЯ ОСНОВНОЙ ТЕОРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ:

- 1) инфекционная
- 2) аутоиммунная
- 3) интоксикационная
- 4) гипертрофии кавернозных телец
- 5) нейрогенная

3. ВИД КРОВИ ПРИ ГЕМОРОИДАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ:

- 1) алая кровь, смешанная с калом
- 2) алая кровь, по каплям или струйкой в конце дефекации
- 3) темная кровь со сгустками
- 4) кал черного цвета
- 5) кровь вишневого цвета вне дефекации

4. ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ:

- 1) кровотечение во время дефекации
- 2) кровотечение вне акта дефекации
- 3) зуд
- 4) боль во время дефекации и выделение крови в виде полоски на кале
- 5) постоянные боли

5. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) ректороманоскопия
- 2) anosкопия с обезболиванием
- 3) anosкопия
- 4) фиброколоноскопия
- 5) УЗИ

6. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) геморроидэктомия
- 2) склеротерапия
- 3) инфракрасная коагуляция
- 4) лигирование латексными кольцами
- 5) Трансанальная резекция прямой кишки

7. ХАРАКТЕРНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) воспаление геморроидальных узлов
- 2) выпадение геморроидальных узлов
- 3) ущемление геморроидальных узлов



4) тромбоз геморроидальных узлов

5) образование конгломерата выпавших, ущемившихся, тромбированных и воспалившихся геморроидальных узлов.

8. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

1) иссечение анальной трещины с ушиванием раны

2) ушивание трещины

3) иссечение трещины без ушивания раны с дозированной сфинктеротомией

4) прижигание настойкой йода

5) всё перечисленное верно

9. К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКАМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ:

1) анальная трещина

2) диффузный семейный полипоз толстой кишки

3) геморрой

4) проктит

5) болезнь Крона

10. КЛИНИЧЕСКИ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ:

1) ректальным кровотечением

2) кишечной непроходимостью

3) тенезмами

4) истощением и анемией

5) все ответы верны

ОТВЕТЫ:

1) – 3

4) – 4

7) – 5

10) – 5

2) – 4

5) – 2

8) – 3

3) – 2

6) – 5

9) – 2

## IV. Урология

### Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Шифр МКБ – 10

N 40 Аденома предстательной железы

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – доброкачественная опухоль, развивающаяся из стромальных клеток в транзитной или переходной зоне простаты, характеризующаяся симптомами накопления и опорожнения.

Классификация:

- 1 Стадия заболевания у больных возникают расстройства мочеиспускания при полном опорожнении мочевого пузыря.
- 2 Стадия значительно нарушается функция мочевого пузыря и появляется остаточная моча.
- 3 Стадия - развивается полная декомпенсация функции мочевого пузыря и парадоксальная ишурия.

Клиника:

1. симптомы опорожнения

- ослабление струи
- затрудненное мочеиспускание
- ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
- поэтапное опорожнение мочевого пузыря

2. симптомы накопления

- дневная и ночная поллакиурия
- императивные позывы к мочеиспусканию
- недержание мочи

Осложнения:

Острая задержка мочи, вторичное камнеобразование в мочевом пузыре, макрогематурия, цистит, пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, дилатация верхних мочевых путей, развитие ХПН.

Диагностика:

- пальцевое ректальное исследование,
- УЗИ трансабдоминальное и трансректальное с определением объема остаточной мочи,
- ПСА,
- урофлоуметрия,
- экскреторная урография с нисходящей цистографией.

Лечение:

Немедикаментозное: - диета (исключить острую, копченую, соленую пищу, алкоголь), ЛФК.

Медикаментозное:

(применение препаратов от 6 мес до пожизненного приема). Выбрать один из перечисленных:

1) Ингибиторы 5-альфа-редуктазы

- Финастерид 5 мг 1 табл × 1 раз/сут
- Дутастерид 0,5 мг 1 табл × 1 раз/сут

2) Альфа-1-адреноблокаторы

Селективные

- Альфузозин табл. 5- 10 мг × 1 - 2 раза в сутки
- Доксазозин табл. 1 - 8 мг × 1 раз/сут
- Теразозин табл. 5 - 10 мг × 1 раз/сут
- Тамсулозин табл. 0.4 мг × 1 раз/сут

Оперативное лечение: 1) «золотой стандарт» - трансуретральная резекция простаты (ТУРП)

2) Чрезпузырная простатэктомия (аденомэктомия) с наложением эпицистостомы или с «глухим» швом.

### **Мочекаменная болезнь**

Шифр МКБ – 10

N 20.0 камень почки

N 20.1 камень мочеточника

N20.2 Камни почек с камнями мочеточника

N20.9 Мочевые камни неуточненные

N 22.0 Мочевые камни при шистосомозе

N 22.8 Камни мочевых путей при других заболеваниях, классифицированных в других рубриках

Мочекаменная болезнь (МКБ) – синдром, для которого характерно образование в почках и мочевыводящих путях конкрементов, формирующихся из составных частей мочи, обусловленный нарушением обмена веществ вследствие различных эндогенных и/или экзогенных причин, включая наследственные.

Классификация (по Лопаткину Н.А.):

#### **По составу камней**

- Оксалатно-кальциевые камни
- Уратные

- Струвчатые, связанные с бактериальным агентом
- Цистиновые

#### **По локализации (одно-, двухсторонняя)**

- Паренхима почки.
- Чашечно-лоханочная система.
- Мочеточник.
- Мочевой пузырь.
- Мочеиспускательный канал.

#### **По осложнению**

- Гидрокаликоз.
- Гидронефроз.
- Гидроуретер.
- Инфекция мочевых путей.
- Пионефроз.
- Уросепсис.

#### **По этиологии**

- Гиперпаратиреоз.
- Почечный канальцевый ацидоз.
- Саркоидоз, туберкулёз.
- Молочно-щелочной синдром.
- Первичная кишечная гипероксалурия.
- Подагра.
- Инфекция мочевых путей.
- Артериальная гипертензия.

#### Клиника:

Боль (ноющая в пояснице или почечная колика), гематурия, пиурия, отхождение конкрементов, почечная недостаточность, экскреторная анурия.

#### Диагностика:

- УЗИ,
- обзорная и экскреторная урография,
- изотопная ренография,
- хромоцистоскопия,
- ОАМ,
- б\химия крови (мочевина, креатинин, электролиты, кальций)

#### Лечение:

#### Немедикаментозное:

- Диета в соответствии с видом камня (ограничение растительной пищи при фосфатурии, молочных продуктов при оксалатурии, мясных – при уратурии)
- Повышенное потребление жидкости (более 2,5 литров)
- физиотерапия: вибротерапия, звуковая стимуляция мочевых путей

#### Медикаментозное:

##### 1. купирование болевого синдрома

- Дротаверин таб.- по 40-80 мг 3 раза в сутки, или
- Мебеверин - по 1 капсуле (200 мг) ×2 раза в сутки за 20 минут до еды (утром и вечером)

или

- Пинаверия бромид таб. 50мг × 3 раза во время еды, запивая большим количеством воды

или

- Гиосцина бутилбромид 10-20мг (1-2 таб.) × 3 раза в сутки

##### 2. Литолитическая терапия

- Цитратные смеси (уралит-у, магурлит, блемарен) под контролем рН (доза подбирается индивидуально) в течение 1 – 6 месяцев
- Аллопуринол в таблетках 100 мг/сут 3 месяца в осеннее-весенний период

- терпены:

- цистон 2 табл х 3 раза/сут,
- канефрон 2 табл х 3 раза/сут,
- цистенал (капли),
- фитолизин (паста) в течение 2 – 3 мес или до отхождения камня.

- «водный удар»

- в\в вводится 800 мл глюкозо-солевых растворов в сочетании с анальгетиками и спазмолитиками, по окончании 40 мг фуросемида.

#### Оперативное лечение:

##### 1. Дистанционная литотрипсия

##### 2. Малоинвазивные методы

- внутренняя оптическая уретролитотрипсия
- чрезкожная нефролитотрипсия или нефролитолапаксия.

##### 3. Открытые:

- уретеролитотомия
- пиелолитотомия
- нефротомия

## Неотложные состояния в урологии

### Почечная колика

Шифр МКБ 10

N 23 Колика почечная

Почечная колика – колика (приступ резких схваткообразных болей), обусловленная растяжением почечной капсулы при увеличении лоханки вследствие нарушения оттока мочи.

#### Клиника:

Внезапно возникшая боль в поясничной области или по ходу мочеточника, положительный симптом поколачивания на стороне поражения, тошнота и рвота. Макрогематурия — один из важных дифференциально-диагностических признаков почечной колики, обусловленная разрывом вен форникального сплетения, а также прохождением камня. Озноб, повышение температуры тела наблюдаются при присоединении инфекции.

#### Диагностика:

- УЗИ,
- обзорная и экскреторная урография,
- изотопная ренография,
- Ретроградная уретеропиелография
- хромоцистоскопия,
- ОАМ, ОАК
- б\химия крови (мочевина, креатинин, электролиты)

#### Лечение:

##### Немедикаментозное:

Сухое тепло на поясничную область

##### Медикаментозное:

спазмолитики и анальгетики:

- Дротаверина гидрохлорид 2 табл. × 3 раза/сут,
- Спазмалгин в/в или в/м - 2-5 мл раствора × 2-3 раза в день. Суточная доза должна не превышать 10 мл
- НПВП

Инфузионная терапия: Р-р Натрия хлорида 0,9 % , Р-р Глюкозы 10 % , (400мл) Реамберин 400мл

## Гематурия

Шифр МКБ – 10

N 02 Гематурия идиопатическая

Гематурия – примесь крови в моче.

Виды: макрогематурия, микрогематурия, инициальная, терминальная, тотальная.

Диагностика:

- ОАМ,
- трехстаканная проба,
- УЗИ почек и мочевого пузыря,
- цистоскопия,
- экскреторная урография с нисходящей цистографией,
- КТ и МРТ,
- почечная ангиография.

Лечение:

Немедикаментозное:

Диета (исключить острую, копченую, соленую пищу, алкоголь), фитотерапия (отвары крапивы)

Медикаментозное:

А) Гемостатическая терапия:

- этамзилат, амп. 2 мл. × 3 раза в\м 5 дней,
- менадиона натрия бисульфат амп. 1 мл. × 3 раза в\м 5 дней

Оперативное лечение:

- эпицистотомия при массивном кровотечении и гемотампонаде мочевого пузыря.

## Острая задержка мочеиспускания

Шифр МКБ –10

N 32.8 Застой в мочевом пузыре

R 33 Задержка мочи

Острая задержка мочеиспускания – скопление мочи в мочевом пузыре из-за невозможности самостоятельного мочеиспускания при наличии позывов.

Клиника:

Мучительные резкие и бесплодные позывы на мочеиспускание, сильнейшие распирающие боли внизу живота, вздутие живота, могут отмечаться симптомы раздражения брюшины. При осмотре в надлобковой области определяется выбухание. Пальпаторно обычно легко определяется

увеличенный мочевой пузырь. Пальпация болезненна и усиливает позывы на мочеиспускание.

Диагностика:

- пальпация и перкуссия мочевого пузыря,
- УЗИ мочевого пузыря.

Лечение:

Немедикаментозное:

- Катетеризация мочевого пузыря с установкой уретрального катетера на 1-7 суток (срок устанавливается индивидуально), пункция мочевого пузыря.

- Диета (исключить острую, копченую, соленую пищу, алкоголь)

Медикаментозное:

1. Антибактериальная терапия необходима после катетеризации мочевого пузыря у лиц с тяжелой сопутствующей патологией, в том числе с сахарным диабетом, нарушением кровообращения или если причиной острой задержки мочи являются воспалительные изменения предстательной железы:

- Ципрофлоксацин, табл. 500 мг × 2 р\сут
- Норфлоксацин, табл. 400 мг × 2 р\сут
- Амоксициллин/клавулановая кислота 1г х 2 раза в сутки во время еды

2. Противовоспалительная терапия:

НПВП

3. Альфа-1-адреноблокаторы

- Альфузозин табл. 5- 10 мг × 1 - 2 раза в сутки
- Доксазозин табл. 1 - 8 мг × 1 раз/сут
- Теразозин табл. 5 - 10 мг × 1 раз/сут
- Тамсулозин табл. 0.4 мг × 1 раз/сут

Оперативное лечение:

- эпицистостомия

- троакарная цистостомия.

### Экскреторная анурия

Шифр МКБ – 10

N 13.5 Закупорка мочеточника

Экскреторная анурия – отсутствие мочи в мочевом пузыре или выделение в объеме до 50 мл.

Этиология: окклюзия мочеточника единственной почки или единственно функционирующей, а также двухсторонне поражение камнями, сгустками крови или гноя, фрагментами распадающейся опухоли почки или мочеточника.

Диагностика:



- Б/химия крови (мочевина, креатинин, электролиты),
- УЗИ почек и мочевого пузыря,
- цистоскопия,
- обзорная и экскреторная урография с нисходящей цистографией,
- ретроградная уретеропиелография,
- КТ и МРТ,
- почечная ангиография

Лечение:

Медикаментозное:

- В\в инфузионная терапия со спазмолитиками: Р-р Натрия хлорида 0,9%, Р-р Глюкозы 5-10 % , Реамберин 400мл из расчета объем выделенной мочи + 400 мл
- Спазмалгин в/м - 2-5 мл раствора 2-3 раза в день. Суточная доза должна не превышать 10 мл.
- Дротаверина гидрохлорид 2 табл х 3 раза/сут

Оперативное лечение:

- катетеризация мочеточника,
- наложение операционной или пункционной нефростомы с последующим устранением причины анурии
- пиело- или уретеролитотомия

## Опухоли почки

Шифр МКБ - 10

С 64 Злокачественное новообразование почки

С 65 Злокачественное новообразование почечных лоханок

С 66 Злокачественное новообразование мочеточника

Классифицируют по системе TNM(диагноз по системе TNM ставит онколог).

Различают:

- опухоль паренхимы почки,
- опухоль почечной лоханки,
- метастатические опухоли почки

### **Симптомы опухоли паренхимы почки:**

- ренальные симптомы – гематурия, пальпируемое образование в подреберье, боль в поясничной области и (или) подреберье на стороне поражения («поздняя триада»)
- экстраренальные симптомы – повышение температуры, артериальная гипертензия, эритроцитоз, варикоцеле, амилоидоз почек, боли в костях, персистирующий кашель, центральная неврологическая симптоматика, усталость, недомогание, потеря массы тела, ночная потливость, тошнота, потеря аппетита, гиперкальциемия, резкое повышение СОЭ, анемия.

#### Диагностика:

- анализы крови и мочи,
- маркеры опухоли почки (РЭА, щелочная фосфатаза, ферритин, уровень кальция),
- УЗИ и УЗИ ЦДК,
- экскреторная урография,
- радиоизотопная нефросцинтиграфия,
- КТ или МРТ,
- ангиография

Метастазирование: гематогенный и лимфогенный путь – легкие, кости, печень, регионарные л/узлы

#### Лечение:

Медикаментозное (в послеоперационном периоде, при IV стадии заболевания)

##### А) Иммунотерапия:

- Интерферон альфа 2, амп. 3-5 млн ед в\м курсами по 10 дней с интервалом 3 недели до 10 курсов

##### Б) Таргетная терапия:

- Бевацизумаб, талидомид, табл.

Прогноз – сомнительный, контроль выживаемости 3, 5 и 10 лет

#### Оперативное лечение:

- радикальная нефрэктомия, расширенная нефрэктомия.
- резекция почки.
- удаление метостазов

### **Симптомы папиллярного рака лоханки:**

гематурия, боль в поясничной области на стороне поражения, редко пальпируемое образование (при возникновении гематогидронефроза), симптом Шивасю.

#### Диагностика:

- анализ мочи,
- экскреторная урография,
- ретроградная уретеропиелогграфия и уретеропиелоскопия,
- цитологическое исследование мочи

Метастазирование: нисходящий путь – мочевого пузыря

Лечение:

- Лучевая терапия
- Оперативное: нефруретерэктомия.
- Изучаемые методы (возможности ограничены):
  - Вакциноterapia
  - Генотерапия

Контрольные цистоскопии каждые 4 месяца в течение 3 лет

Прогноз – сомнительный

## Пиелонефрит

Шифр МКБ – 10

N 10 пиелонефрит острый

N 11 пиелонефрит хронический

N 11.1 пиелонефрит хронический обструктивный

*Пиелонефрит* – это неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, поражающий паренхиму и чашечно-лоханочную систему почки.

Классификация:

По течению

- Острый пиелонефрит (серозный, гнойный, некротический папиллит). В гнойном выделяют апостемы, карбункулы, абсцесс.
- Хронический пиелонефрит (фаза активного воспаления, фаза латентного воспаления, фаза ремиссии)

По месту возникновения

- Внебольничный
- Внутрибольничный

По наличию осложнений

- Неосложненный (первичный)
- Осложненный (вторичный)

Особые формы

- Пиелонефрит новорожденных и детского возраста
- Пиелонефрит пожилого и старческого возраста
- Гестационный пиелонефрит беременных
- Пиелонефрит у больных сахарным диабетом
- Пиелонефрит у больных с поражением спинного мозга
- Прочие формы

### Клиника:

Ведущие симптомы первичного пиелонефрита – боль в поясничной области, повышение температуры, озноб. Для вторичного характерна дополнительно почечная колика. При хроническом – тупая боль в поясничной области, периодически повышение температуры (субфебрильная), дизурия, общая слабость, артериальная гипертония с выраженным повышением диастолического давления. В терминальных стадиях – хроническая почечная недостаточность.

### Диагностика:

- анализ мочи,
- УЗИ,
- хромоцистоскопия,
- экскреторная урография на вдохе и выдохе,
- радиоизотопные исследования

### Лечение:

#### Немедикаментозное:

- Постельный режим
- Диета (исключить острую, копченую, соленую пищу, алкоголь)
- Фитотерапия (отвары трав, фиточай, ПОЛ-ПАЛА)
- Физиотерапия (низкоинтенсивное лазерное излучение, магнитотерапия)

#### Медикаментозное:

А) Антибактериальная терапия (один из перечисленных препаратов):

- амоксициллин/клавуланата 1,2г × 3 раза в сутки в/в или 1г х 2 раза в сутки
- амоксициллин/сульбактам 1,5г × 3-4 раза в сутки в/в, в/м
- цефтриаксон 1,0 × 1 раз/сут в/в в/м,
- цефотаксим 1,0 × 2 раза\сут в\в, в\м,
- ципрофлоксацин табл. 500 мг × 2 раза

Б) Противовоспалительная терапия:

- НПВП 3-5 дней

В) Инфузионная дезинтоксикационная терапия:

- глюкозо-солевые растворы в/в в объеме более 1200 мл
- реамберин 400 мл в/в кап

При вторичном пиелонефрите первоначально необходимо восстановить отток мочи из почки (катетеризация, стентирование мочеточника, пункционная нефростомия), затем проводить консервативную терапию

Оперативное лечение: при гнойном пиелонефрите в зависимости от объема повреждения:

- Декапсуляция почки
- Иссечение карбункулов
- Иссечение абсцесса
- Нефрэктомия

### **Рак мочевого пузыря**

Шифр МКБ – 10

C 67 Злокачественное новообразование пузыря

Классификации:

Гистологическая, международная по системе TNM. (диагноз по системе TNM ставит онколог)

Клиническая картина:

Наиболее часто больные предъявляют жалобы на макрогематурию (75% наблюдений), боль над лобком, расстройство мочеиспускания. Специфичный симптом данного заболевания — появление слизи в моче, которое отмечают у 25% пациентов.

Диагностика:

- анализ мочи на атипичные клетки,
- цистоскопия,
- УЗИ трансабдоминальное и трансректальное,
- КТ, МРТ,
- экскреторная урография,
- нисходящая и восходящая цистография,
- фотодинамическая диагностика,
- виртуальная цистоскопия,
- биопсия слизистой мочевого пузыря,
- аспирационная биопсия л/узлов, околопузырной клетчатки,
- генетические маркеры рака мочевого пузыря,
- опухолевые антигены.

Метастазирование: гематогенный и лимфогенный путь – легкие, кости, печень, регионарные л/узлы

Лечение поверхностного рака мочевого пузыря:

1. Медикаментозная:

- А) Химиотерапия
- Митомицин, амп. 20-50 мг 1 раз в неделю 8-10 недель

Лечение инвазивного рака мочевого пузыря:

А) Химиотерапия:

- Гемцитабин, амп. в\в капельно 1000 мг\м<sup>2</sup> в 1, 8, 15 дни + цисплатин в\в капельно 100 мг\м<sup>2</sup> во 2-й день
  - Доксорубин, амп. в\в капельно 40 мг\м<sup>2</sup> однократно + циклофосфамид в\в капельно 400 мг\м<sup>2</sup> однократно + цисплатин в\в капельно 70 мг\м<sup>2</sup> однократно
  - метотрексат 30 мг/м<sup>2</sup> 1,
  - винбластин 3 мг/м<sup>2</sup> 2
  - цисплатин 70 мг/м<sup>2</sup> 2 сутки
  - кальция фолиат 20 мг/м<sup>2</sup> 1–3 сутки.
- Лучевая терапия:
    - Дистанционная 50-60 Грей 30-40 сеансов в течение 6-7 недель
    - Брахитерапия

Контрольные цистоскопии каждые 3 месяца в первый год, затем 4 месяца - второй и третий годы

Оперативное лечение:

- ТУР резекция опухоли
- цистэктомия
- цистпростатэктомия
- резекция мочевого пузыря

### Рак предстательной железы

Шифр МКБ –10

С 61 Злокачественное новообразование предстательной железы

Классификация:

Международная по системе TNM(диагноз по системе TNM ставит онколог)

1. По распространенности
  - локализованный,
  - местнораспространенный
  - диссеминированный.

### Клиника:

Расстройства мочеиспускания, боли в промежности, нередко макрогематурия, гемоспермия, острая задержка мочи. При сдавлении интрамуральных отделов мочеточников – ноющая боль в пояснице, хроническая почечная недостаточность. Метастазы проявляются болями в костях и симптомами пояснично-крестцового радикулита, парестезиями, вялым нижним парапарезом, недержанием мочи и кала.

### Диагностика:

- Пальцевое ректальное исследование,
- ПСА (уровень прироста ПСА, уровни свободного и связанного ПСА),
- кислая фосфатаза, мочевины, креатинин, электролиты,
- ОАК,
- УЗИ (ТРУЗИ) мочевого пузыря и простаты с определением остаточной мочи, рентгенография таза и позвоночника,
- КТ и МРТ малого таза,
- эндоректальная МРТ,
- экскреторная урография с нисходящей цистографией,
- уретроцистоскопия,
- урофлоуметрия,
- остеосцинтиграфия,
- мультифокальная пункционная биопсия простаты.

Важным моментом в диагностике является массовое обследование мужчин среднего возраста.

### Лечение местно-распространенного и диссеминированного рака простаты:

#### I. гормональное

##### A) монотерапия

1. кастрация (хирургическая или медикаментозная)
2. монотерапия антиандрогенами:
  - бикалутамид, табл. внутрь 150мг/сут длительно или 50 мг/сут при МАБ,
  - флутамид, табл. внутрь 250 мг ×3 р/сут длительно
3. монотерапия эстрогенами:
  - фосфэстрол, табл. внутрь 100мг ×1р/сут 30-40 суток,
  - полиэстрадиола, амп. фосфат в\м 80-160 мг× 1 раз в 4 недели длительно
  - максимальная андрогенная блокада (МАБ) (сочетание кастрации с антиандрогенами)
  - интермиттирующая гормонотерапия

##### II. симптоматическое

- лучевое: дистанционное, брахитерапия

- паллиативное: ТУР простаты, отведение мочи путем цистостомии или нефростомии

#### Оперативное лечение:

- радикальная простатэктомия.
- паллиативные методы.

### **Травма мочевого пузыря**

Шифр МКБ -10

S 37.2 Травма мочевого пузыря

#### Классификация:

1. Локализация повреждения
  - Верхушка
  - Тело (передняя, задняя, боковая стенка)
  - Дно
  - Шейка
2. Вид повреждения
  - Закрытое
  - Открытое
3. По отношению к брюшной полости
  - внутрибрюшинные,
  - внебрюшинные,
  - смешанные.

Внебрюшинный разрыв сочетается с переломом костей таза, сопровождается урогематомой.

#### Клиника:

Невозможность самостоятельного мочеиспускания при наличии частых позывов с выделением небольшого количества окрашенной кровью мочи, боль над лоном. Позднее признаки мочевых затеков.

#### Диагностика:

- анамнез,
- УЗИ,
- ретроградная цистография (4 позиции),
- проба Зельдовича.

#### Лечение:

#### Медикаментозное:

А) Антибактериальная терапия:



- амоксициллин/клавуланата 1,2г × 3 раза в сутки в/в или в табл по 1г × 2 раза в сутки
- амоксициллин/сульбактам 1,5г × 3-4 раза в сутки в/в, в/м
- цефтриаксон 1,0 × 1 раз/сут в/в, в/м
- цефотаксим 1,0 × 2 раза\сут в\в или в\м,
- ципрофлоксацин табл. 500 мг × 2 раза,
- норфлоксацин табл. 400 мг × 2 раза по 10 дней

Б) Противовоспалительная терапия:

- НПВП 3-5 дней (диклофенак, кетопрофен, мелоксикам, целекоксиб, лорноксикам т.д.)
- В) Гемостатическая терапия:

Внутрибрюшинный разрыв возникает при заполненном мочевом пузыре. Механизм – гидравлический удар.

Клиника:

Невозможность самостоятельного мочеиспускания, признаки раздражения брюшины, наличие в брюшной полости большого количества жидкости (мочи), симптом «Ваньки-встаньки».

Диагностика:

- анамнез,
- УЗИ,
- ретроградная цистография с выполнением пробы Зельдовича.

Лечение:

Медикаментозное:

А) Антибактериальная терапия:

- цефтриаксон 1,0 × 1 раз/сут в/в, в/м,
- цефотаксим 1,0 × 2 раза\сут в\в или в\м,
- ципрофлоксацин табл. 500 мг × 2 раза,
- норфлоксацин табл. 400 мг × 2 раза по 10 дней

Б) Противовоспалительная терапия:

- НПВП (диклофенак, кетопрофен, мелоксикам, целекоксиб, лорноксикам т.д)

В) Гемостатическая терапия:

- этамзилат амп. 2 мл. × 3 раза в\м 5 дней

Оперативное лечение:

- ушивание разрыва
- эпицистомия

## Травмы почки

Шифр МКБ – 10

S 37.0 Травма почки

### Классификация:

Открытые и закрытые (интратрениальная и подкапсульная гематома, разрыв паренхимы с повреждением ЧЛС и без него, разможнение почки, отрыв почки от почечной ножки)

Механизм: прямое воздействие и гидродинамическое сотрясение

### Клиника:

Боль в поясничной области, гематурия тотальная, припухлость поясничной области, сколиоз, ограничение подвижности диафрагмы с пораженной стороны, признаки внутреннего кровотечения.

### Диагностика:

- анамнез,
- анализ мочи,
- УЗИ,
- экскреторная урография,
- ангиография,
- КТ с контрастированием или без

### Лечение:

#### Немедикаментозное:

- Строгий постельный режим
- Диета (исключить острую, копченую, соленую пищу, алкоголь)
- Фитотерапия (отвары крапивы)
- Холод на поясничную область

#### Медикаментозное:

##### А) Антибактериальная терапия:

- амоксициллин/клавуланата 1,2г × 3 раза в сутки в/в или в табл по 1г × 2 раза в сутки
- амоксициллин/сульбактам 1,5г × 3-4 раза в сутки в/в, в/м
- цефтриаксон 1,0 × 1 раз/сут в/в, в/м
- цефотаксим 1,0 × 2 раза\сут в\в или в\м,
- ципрофлоксацин табл. 500 мг × 2 раза,

##### Б) Противовоспалительная терапия:

- НПВП (диклофенак, кетопрофен, мелоксикам, целекоксиб, лорноксикам т.д)

##### В) Гемостатическая терапия:

- этамзилат амп. 2мл. × 3 раза в\м 5 дней
-

В зависимости от объема поражения:

- ушивание разрыва
- резекция почки
- нефрэктомия

## Тестовый контроль

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ 5-А-РЕДУКТАЗЫ ПРИ ДГПЖ ОЦЕНИВАЕТСЯ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ:

- 1) через 6 месяцев
- 2) через 4 месяца
- 2) через 3 месяца
- 3) через месяц
- 4) через 10 дней

2. К ГРУППЕ СЕЛЕКТИВНЫХ А1А-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ, ОТНОСИТСЯ:

- 1) доксазозин
- 2) теразозин
- 3) празозин
- 4) тамсулозин
- 5) финастерид

3. К ГРУППЕ ТЕРПЕНОВ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ В КАЧЕСТВЕ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) цистон
- 2) канефрон
- 3) цистенал
- 4) аллопуринол
- 5) фитолизин

4. ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПРОВОДИТСЯ ПРЕПАРАТОМ:

- 1) реаферон
- 2) авастатин
- 3) галидамид
- 4) анаферон
- 5) генферон

5. НАЗОВИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ:

- 1) аводарт
- 2) омник
- 3) но-шпа
- 4) везикар
- 5) фуросемид

6. В ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) бестим
- 2) цефтриаксон
- 3) цисплатин
- 4) реамберин
- 5) диклофенак

7. В лечении поверхностного рака мочевого пузыря используется:

- 1) гемцитабин
- 2) кальция фолиат
- 3) митомицин
- 4) доксорубицин
- 5) везикар

8. При травмах мочевого пузыря не применяются:

- 1) ципрофлоксацин
- 2) метотрексат
- 3) этамзилат
- 4) кетопрофен
- 5) цефтриаксон

9. При травмах почки применяется

- 1) этамзилат
- 2) гемцитабин
- 3) винбластин
- 4) цисплатин
- 5) диклофенак

10. Монотерапия антиандрогенами при раке предстательной проводится:

- 1) бикалутамидом
- 2) бестимом
- 3) фосфэстролом
- 4) гентамицином
- 5) реаферон

Ответы:

- |        |        |        |        |         |
|--------|--------|--------|--------|---------|
| 1) – 1 | 3) – 4 | 5) – 2 | 7) – 3 | 9) – 1  |
| 2) – 4 | 4) – 1 | 6) – 3 | 8) – 2 | 10) – 1 |

## У. Приложение

### Нутритивная поддержка

#### Показания к проведению нутритивной поддержки:

1. продленная ИВЛ более 24 часов
2. энцефалопатия менее 13 баллов по Глазко
3. нарушения глотания или жевания, не позволяющая полноценно питаться.
4. послеоперационное или патологическое (в т.ч. химический ожог) повреждение пищевода, желудка, поджелудочной железы и кишечника, не позволяющее питаться обычным способом.
5. гипопротеинемия менее 55 г/л или гипоальбуминемия менее 30 г/л при наличии синдрома критических состояний.
6. наличие ожоговой или инфицированной раны, площадь которой больше 15% поверхности тела.

#### Определение метаболической потребности:

Стартовая терапия: потребность в энергии- 35 ккал/кг или 2200-2500 ккал в сутки

Потребность в белке- 1,5 г/кг или 80-100 г в сутки

#### Расчет истинных потерь по экскреции азота с мочой:

Потребность в белке (г) = экскреция азота с мочой (г) + 4 г (внепочечные потери) + 2-4 г на анаболические процессы.

#### Расчет потребности в энергии по потерям белка:

Потребность в энергии (ккал/сутки) = потребность белка (г)/6,25 -130

#### Виды нутритивной поддержки

метод нутритивной поддержки	Назначаемые среды, дозировка
Энтеральное зондовое питание	<u>Стандартная энтеральная смесь:</u> 1-е сутки 500 мл 2-е сутки 1000 мл 3-е сутки 1500 мл 4-е сутки и далее 2000 мл Показания к назначению отдельных смесей <b>Типа Файбер:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Массивная а/б терапия</li><li>• Прогнозируемый послеоперационный парез кишечника</li><li>• Явления или риск дисбактериоза</li><li>• Подготовка к наложению толстокишечных анастомозов</li><li>• Подготовка (реабилитация) к проведению радио- и химиотерапии</li><li>• Длительное (более 7 дней) Энтеральное зондовое питание</li></ul> <b>Типа Диабет:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Сахарный диабет</li><li>• Непереносимость глюкозы</li><li>• Стрессовая гипергликемия</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ожоговая болезнь</li> <li>• SIRS с явлениями гиперметаболизма, гиперкатаболизма</li> </ul> <p><b>Типа Ренал:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ОПН и ХПН при проведении гемодиализа и перитонеального диализа</li> </ul>
Энтеральное пероральное питание	Диета №..., энтеральная смесь (1,5 ккал/мл) 100-150 мл 3-4 раза в день Назначаемые среды: см. выше
Смешанное энтерально-парентеральное питание	Энтеральная смесь 1500 мл и менее + Аминокислоты 10% 500,0 в/в Жировая эмульсия 20% 500,0 в\в Глюкоза 20% 500,0 в\в
Полное парентеральное питание	Аминокислоты 105 1000,0 в/в Жировая эмульсия 20% 500,0 в/в Глюкоза 20% 500,0 в/в Примечание: целесообразно только при невозможности энтерального (перорального, зондового) или смешанного вариантов питания

**Примечание:**

1. У пациентов с печеночной энцефалопатией применяются растворы аминокислот типа Гепа и инфузия раствора L- орнитина L- аспартата.
2. У больных с почечной недостаточностью применяются энтеральные смеси типа Ренал и растворы аминокислот типа Нефро.

**Противопоказания к проведению нутритивной поддержки:**

**Энтеральное питание:**

1. рефрактерный шоковый синдром
2. явления механической ОКН
3. мезентериальная ишемия
4. непереносимость сред для нутритивной поддержки
5. тяжелая некупируемая гипоксия
6. грубая некоррегированная гиповолемия

**Парентеральное питание:**

1. рефрактерный шоковый синдром
2. непереносимость компонентов (глюкоза, жиры, аминокислоты)
3. грубые расстройства водно-электролитного и кислотно-щелочного обменов
4. некоррегированная тяжелая гиповолемия

**Мониторинг при проведении нутритивной поддержки:**

Ежедневно- температура, пульс. АД, ЧД, сахар крови, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты, ПТИ, КЩС, калий, натрий, кальций, магний, креатинин, мочеви́на, АСТ, АЛТ, билирубин.

1 раз в 2-3 дня – альбумин, мочеви́на суточной мочи, осмоля́рность.

### Рекомендуемый протокол нутритивной поддержки в поливалентном хирургическом ОАР

Ранее начало энтерального и парентерального вариантов питания, т.е. в первые 24- 48 часов после операции или поступления в отделения анестезиологии реанимации, лежит в основе любого формуляра нутритивной поддержки в интенсивной медицине.

Раннему энтеральному питанию через назогастральный (назоинтестинальный) зонд придается особое значение, как методу выбора в критических состояниях.

Энтеральные смеси вводятся только капельно медленно со скоростью 25-150 мл/час в течение 12-16 часов в сутки.

У пациентов с послеоперационным парезом желудка и кишечника оптимальным является введение смесей в тонкую кишку (эндоскопическая катетеризация или через зонд, установленный интраоперационно).

Увеличивать объем энтерального введения следует постепенно со среднесуточным приростом 20-25% от общей потребности.

Раствор для парентерального питания вводят максимально медленно в циклическом (8-12 часов) или продленном (12-16 часов) режимах.

Донаторы энергетических (жиры, глюкоза) и пластических (аминокислоты) материалов вводят параллельно.

При введении растворов глюкозы (20% и выше) соблюдать особую осторожность во избежание серьезных метаболических осложнений (в т.ч. гипер- и гипогликемических).

## **Современные компоненты для нутритивной поддержки**

### **I Парентеральное питание**

#### **1 ДОНАТОРЫ ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА:**

1. стандартные растворы кристаллических аминокислот – Аминоплазмаль Е 10% (20 аминокислот), Аминоплазмаль Е 15% (18 аминокислот), Аминостерил КЕ 10% (14 аминокислот), Вамин 18 (18 аминокислот), Аминосол 800 (14 аминокислот).

2. специализированные по возрасту и патологии растворы – Аминоплазмаль-Гепа 10% (20 аминокислот), Аминостерил Гепа 5% и 8% (15 аминокислот), Аминостерил-Нефро (9 аминокислот), нефрамин (8 аминокислот), Аминовен Инфант (16 аминокислот), Ваминолакт 6% (19 аминокислот).

3. растворы с низкой концентрацией аминокислот- Аминоплазмаль Е 5% (20 аминокислот), Инфезол 4% (14 аминокислот), Аминосол КЕ 5% (14 аминокислот), Аминосол 600 (14 аминокислот).



## 2. ДОНАТОРЫ ЭНЕРГИИ:

1. жировые эмульсии- Липофундин МСТ/ЛСТ 10% и 20%, Липовенос 10% и 20% (ЛСТ-эмульсия), Интралипид 10% и 20% (ЛСТ-эмульсия).
2. растворы глюкозы- 20%, 25%, 30%.

## 3. СИСТЕМЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ «ВСЕ В ОДНОМ»

1. Нутрифлекс (Липид) 40/80, 48/150, 70/240
2. Кабивен центральный и периферический
3. Оликлиномель

## II Энтеральное питание

1. СТАНДАРТНЫЕ БЕЗЛАКТОЗНЫЕ ИЗО- И ГИПЕРКАЛОРИЧЕСКИЕ СМЕСИ: Нутрикомп (Стандарт-Энергия), Нутризон (Стандарт-Энергия), Изокал, Берламин, Эншур, Нутриэн (дети старше 3-х лет, взрослые)

## 2. ОРГАНОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ СМЕСИ:

1. для больных сахарным диабетом (Нутрикомп Диабет, Диазон, Глюоцерна).
2. при почечной недостаточности (Нутрикомп Ренал, Нутриэн Нефро)
3. при заболеваниях ЖКТ и (или) дисбактериозе (Нутрикомп Файбер, Нутризон Мультифайбер).
4. при дыхательной недостаточности (Пульмокаре, Нутриен Пульмо).
5. при печеночной недостаточности (Нутриен Гепа)

3. ПОЛУЭЛЕМЕНТНЫЕ СМЕСИ: Нутрилон Пепти ТСЦ, Альфаре, Пептамен

4. ЭНТЕРАЛЬНЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА: Нутрикомп Диабет, Нутридринк, Нутрикомп Ренал, Нутрикомп Файбер.

## Показатель АРАСНЕ II складывается из 3-х составляющих:-

1. **APS** (acute physiology score) - сумма баллов 12 параметров, указанных в таблице. Учитываются наибольшие отклонения от нормы. Исходный показатель определяется по данным, полученным в первые 24 часа от момента поступления пациента в палату интенсивной терапии.

2. Оценка возраста пациента (0-6 баллов)

3. Оценка сопутствующих заболеваний (2-5 баллов)

*Если предстоит экстренное вмешательство, то к конечной сумме прибавляют 5 баллов.*

### Оценка APS (acute physiology score)

Показатели	Баллы								
	+ 4	+ 3	+ 2	+ 1	0	+ 1	+ 2	+ 3	+ 4
Т°С	>41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<29,9
АД СРЕД. (ММРТ. СТ.)	> 160	130-159	110-129		70-109		50-69		<49
ПУЛЬС (В МИН)	>	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<39
ЧД (В МИН)	>50	35-49		25-34	12-24	10-1	6-9		<5
ГЕМАТОКРИТ (%)	>60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
ЛЕЙКОЦИТЫ (ТЫС/ММ <sup>3</sup> )	>40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
КРЕАТИНИН (МКМОЛЬ/Л)	> 300	170-299	130-169		50-129		<50		
НАТРИЙ (ММОЛЬ/Л)	>	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 110
КАЛИЙ (ММОЛЬ/Л)	>7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-,4	2,5-2,9		<2,5
РН АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ	>7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
НСО <sub>3</sub> (БИКАРБОНАТ) ММОЛЬ/Л <sup>##</sup>	>52	41-51,9		32-40,9	23-31,9		18-21,9	15-17,9	<15
РАО <sub>2</sub> ПРИ FIO <sub>2</sub> <50% (ММ РТ. СТ.)- ААР <sub>02</sub> ПРИ FIO <sub>2</sub> >50% (ММ РТ. СТ.)	> 500	350-499	200-349		> 70 < 200	61-70		55-60	<55
ШКАЛА ГЛАЗГО	<6	6-9	10-12		13-15				

### Оценка возраста пациента:

**<44 лет - 0 баллов**

**45-54 года - 2 балла**

**55 -64года - 3 балла**

**65 - 74 года - 5 баллов**

**> 75 лет - 6 баллов**

### **Оценка сопутствующих заболеваний**

1. Цирроз печени, подтвержденный биопсией

2. IV класс заболевания сердца по классификации NY Heart Association

3. Тяжелое кардиопульмональное заболевание (гипер-капния, необходимость O<sub>2</sub> на дому, легочная гипер-тензия)

4. Хронический гемодиализ

5. Иммунодефицит

Если у пациента выявляется вышеуказанная патология и предстоит плановая операция, то к показателю APS прибавляют **2 балла**, если предстоит экстренная операция - то **5 баллов**.

## Итоговая оценка показателя АРАСНЕ II:

Сумма баллов	Вероятность летального исхода
0-9 баллов	<5%
10-14 баллов	12%
15-19 баллов	25%
20 - 24 балла	30%
25 - 29 баллов	50%
30 - 34 балла	75%
35 баллов и больше	Свыше 80%

Оценка тяжести состояния пациента по шкале SAPS  
(Simplified Acute Physiology Score):

Балл	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Параметр									
Возраст					До 46	46-55	56-65	66-75	Более 75
ЧСС	Более 180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	Менее 40
АД сист.	Более 190		150-180		80-149		55-79		До 55
Т° тела	Более 41	39,0-40,9		38,5-38,9	36,0-38,4	34,0-35,9	32,0-33,9	30,0-31,9	До 30,0
Чдд	Более 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		Менее 6
ИВЛ или ПДКВ								Да	
Диурез (л/24)			Более 5	3,5-4,99	0,7-3,49		0,5-0,69	0,2-0,49	Менее 0,2
Мочевина крови	Более 55	36-54,9	29-35,9	7,5-28,9	3,5-7,4	Менее 3,5			
Лейкоцитоз	Более 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		Менее 1
Глюкоза крови	Более 44,5	27,8-44,4		14,0-27,7	3,9-13,9		2,8-3,8	1,6-2,7	Менее 1,6
Калий плазмы	Более 7	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		Менее 2,5
Натрий плазмы	Более 180	161-179	156-160	151-155	130-150		120-129	110-119	Менее 110
НСО <sub>3</sub> плазмы		Более 40		30-39,9	20-29,9	10-19,9		5-9,9	Менее 5
Шкала Глазго					13-15	10-12	7-9	4-6	3

## Оценка тяжести органных и системных дисфункций по клиническим данным (для хирургов)

Система оценки тяжести органных и системных дисфункций (с использованием шкалы полиорганных дисфункций «Екатеринбург - 2000») наиболее целесообразна *для мониторинга тяжести состояния пациента и оценки эффективности проводимого лечения* (М.И. Прудков, А.Л. Левит с соавт., 2000).

Вид системной дисфункции	Степень дисфункции		
	Декомпенсация, 100	Субкомпенсация, 10	Компенсация, 1 балл
Терморегуляция			
ОССН		10 баллов	
ОДН			1 балл
ОПН	100 баллов		
Метаболические			
О. печ. н			
Коагулопатии			
Интоксикация			
ЦНС			
ЖКТ			
Конечное значение	111 баллов		

*" Суммарный показатель органных и системных дисфункций, приведенный в данной таблице, для конкретного пациента в конкретный момент времени составляет **111** баллов. Если степень почечной недостаточности снизится до уровня субкомпенсации, то показатель органных и системных дисфункций уменьшится не на 1 балл, а больше чем в **5 раз** (21 балл). И это соотношение будет реально отражать клиническую ситуацию, поскольку исчезнет непосредственная угроза для жизни пациента.*

## Справочная таблица для уточнения тяжести органических и системных дисфункций по лабораторным данным

(Шкала полиорганной дисфункции «Екатеринбург - 2000» Патент РФ № 2185089)

Система	Параметр	Состояние системы						
		Норма	Компенсация		Субкомпенсация		Декомпенсация	
	Температура	36,0-37,9	34,5-35,9	38,0-38,9	30,0-33,9	39,0-40,0	<29,0	>41,0
Сердечно - сосудистая (ОССН)	Среднее АД, мм НГ	80-99	70-79	100-119	60-69	120-129	<59	>130
	ЧСС, уд. в мин.	70-109	55-69	110-139		140-179	<55	>180
	ЦВД, мм вод. ст.	80-120	60-80		0-60	120-140	Отрицательное	Более 140
	Гемоглобин, г/л	>100	80-100		60-80		<60	
	Доза вазопрессоров Допамин мкг/кг/мин		1-3		5-7		Больше 10	
Дыхательная (ОДН)	ЧДД, в мин.	12-24	10-11	25-34	6-9	34-49	<5	>50
	РаО <sub>2</sub> , мм НГ	80-96	79-65		64-50		<50	
	РаСО <sub>2</sub> , мм НГ	36-44	46-55		56-90		91-130	
	SpO <sub>2</sub> , %	94-97	93-90		89-80		<79	
	ИВЛ	-	Плановая послеоперационная		ДН без РДСВ		РДСВ	
Почки (ОПН)	Почасовой диурез, мл/ час, мл/кг/ч	>60 >1	30-60 0,5-1		<30 <0,5		Анурия	
	Креатинин плазмы, мг/л	0,006 -0,14	0,15-0,19		0,2-0,34		>0,35	
	Калий плазмы ммоль/л	3,5-5,4	5,5-5,9		6,0-6,9		>7,0	
	Диуретики	-	Единично		Неоднократное использование		Не эффективны, потребность в ГД	
Метаболизм	Калий плазмы ммоль/л	3,5-5,4	3,0-3,4		2,5-2,9		<2,5	
	Натрий плазмы, ммоль/л	130-149	120-129	150-154	110-119	155-159	<110	>160
	pH артер.	7,33-7,49	7,25-7,32	7,5-7,59	7,15-7,24	7,6-7,69	<7,15	>7,7
	BE	0+/- 4,5	-5-7	+ 5 +7	-7-10	+ 7 +10	<-10	> + 10
	Осмолярность, мосм/кг	280-290	275-280	290-300	270-275	300-310	<270	>310
	НСО <sub>2</sub> , мэкв/л	20-29,9	10-19,9	30-39,9	5-9,9	Более 40	Менее 5	
Печень (ОПечН )	Печеночная недостаточность	0	1		2		3	
	Билирубин, мкмоль/л	3,4-20	20,1-60		60,1-120		Более 120	
Коагулопатия	ПТИ, %	70-100	>50		30-50		<30	
	Фибринолиз, %	Нет	<40		40-100		>100	
	ПДФ(РФМК), мг%	Нет	Нет		До 10		Более 10	
	Фибриноген, г/л	1,5-4	<1,5 >4		Показатели не информативны			
	Время свертывания, сек	708-1280	<780 >1280					
	АВСК, сек	100-300	<100 >300					
Интоксикация	Лейкоциты, ·10 <sup>9</sup> /л	3,0-10	10,1-15		1-2,9	15,1-25	Менее 1	Более 25,1
	Средние молекулы							
	Лейкоцитарный индекс интоксикации	0,4-1,4	2-4		Больше 4			
ЦНС	Балл по шкале Глазго	15	13-14		9-12		<8	
ЖКТ (кишечная недостаточность)	Диарея	N стул	До 1л		До 2 л		Более 2 л	
	Сброс по зонду	До 1л	До 2 л		До 3л		Более 3 л	
	Парез кишечника, сут	1	2		3		>3 и нет эффекта от стимуляции	

### **Итоговая оценка наличия и показателя органных и системных дисфункций**

1. Показатель органных и системных дисфункций очень чувствителен даже к незначительным изменениям общего состояния пациента.

2. Оценка может производиться быстро, как по клиническим, так и по лабораторным данным, в любой момент или временной период (сутки, час).

3. Для оценки используются наиболее значимые отклонения от нормы.

4. Итоговое значение показателя системных дисфункций равно количеству компенсированных дисфункций + число субкомпенсированных дисфункций (умноженных на 10) + число декомпенсированных дисфункций (умноженных на 100).

5. Итоговый показатель менее 100 баллов в большинстве ситуаций свидетельствует об отсутствии необходимости лечения в условиях ОРИТ.

6. Рост показателя в процессе лечения - свидетельство неэффективности предпринимаемого лечения, прогрессирования заболевания или возникновения осложнений (необходимость уточненной диагностики или основание к изменению лечебной тактики - релапаротомия, санация «по требованию», переход на санации «по программе» и т.п.).

Итоговый показатель свыше 300 баллов - как правило, свидетельствует о неблагоприятном исходе заболевания

## СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Адеметионин	Гептрал
Алгинат	Гавискон, Гавискон Форте
Алпростадин	Вазопростан, Алпростан
Аллопуринол	Аллопуринол, Пуринол
Альфузозин	Дальфаз
Алюминия фосфат	Альфогель, Фосфалюгель
Амброксол	Амбробене, Амброгекса, Лазолван
Амоксициллин	Амоксициллин, Амосин, Флемоксин Соллютаб,
Амоксициллин/клавуланата	Аугментин, Амоксиклав, Флемоклав, Панклав, Арлет
Амоксициллин/сульбактам	Трифамокс ИБЛ
Ампициллин/сульбактам	Сультасин, Амписид
Активированный протеин С	Зигрис
Аскорбиновая кислота	Вит С
Ацетилцистеин	АЦЦ, Флуимуцил, Ацетилцистеин
Бромкриптин	Парлодел, Правидел
Бикалутамид	Билумид, Калумид, Касодекс
Бевацизумаб	Авастин
Венорутон	Рутозид, Рутин
Висмута трикалия дицитрат	Де-нол
Винограда красных листьев экстракт сухой	Антистакс
Вориконазол	Вифенд
Гемцитабин	Гемзар
Гентамицин	Гентамицин, Гентамицина сульфат
Гепарин натрий	Гепарин
Гидроксид алюминия + гидроксид магния	Алмагель, Маалокс, Рельцер
Гидроксиэтилкрамблы	Волювен, Стабизол, Рефортан
Гидрохлортиазид	Гидрохлортиазид, Дихлотиазид,
Гидроксид железа (III) с полимальтозой	Мальтофер, Феррум Лек
Гиосцина бутилбромид	Бускопан
Далтепарин натрия	Фрагмин
Даназол	Даназол
Диклофенак	Веро-Диклофенак, Вольтарен, Дикловит, Диклофенак, Ортофен, Диклофенак АКОС
Диосмин	Флебодиа
Диосмин+гесперидин	Детралекс



Дипиридамо́л	Курантил, Персантин
Дугастерид	Аводарт
Доксазозин	Артезин, Доксазозин, Доксазозин-Веро, Кардура
Доксорубицин	Адрибластин быстрорастворимый, Доксорубифер, Растоцин, Синдроксоцин
Домперидон	Домперидон, Домстал, Мотилак, Мотилиум
Дорипенем	Дорипрекс
Дротаверин	Но-шпа
Интерферон альфа	Реаферон, Роферон, Альфаферон, Гриппферон, Интерферон лейкоцитарный человеческий, Виферон
Итоприда гидрохлорид	Ганатон
Ипратропия бромид + Фенотерол	Беродуал
Каберголин	Достинекс
Кальций добезилат	Доксиум
Карбоксицистеин	Флюдитек, Мукодин, Мукосол
Кетопрофен	Быструмгель. Кетонал, Кетопрофен, Фастум,
Кеторолак	Кеторолак, Кетанов, Кеторол
Кларитромицин	Кларбакт, Кларомин, Клацид,
Клопидогрел	Плавикс, Зилт, Эгитромб, Плагрил
Лансопразол	Ланзап, Ланзоптол, Эпикур
Лактулоза	Дюфалак, Нормазе, Лактусан, Порталак
Левофлоксацин	Таваник, Лефлобакт
Лорноксикам	Ксефокам
Линезолид	Зивокс
Лоперамид	Имодиум
Мебеверин	Дюспаталин
Мелоксикам	Мелокан, Мовасин, Месипол, Мовалис,
Менадиона натрия бисульфат	Викасол
Меропенем	Меронем, меропенабол, меронем-спенсер
Метамизол натрий,	Анальгин
Метоклопрамид	Церукал, метоклопрамид
Метронидазол	Метронидазол, метрогил, трихопол
Моксифлоксацин	Авелокс
Надропарин кальция	Фраксипарин
Неостигмина метилсульфат	Прозерин
Норфлоксацин	Гираблок, Локсон-400, Нолицин, Норбактин, Норилет
Омепразол	Веро-Омепразол, Гастрозол, Зероцид, Золсер,

	Ломак, Лосек, Лосек МАПС, Омез, Ультоп, Хелицид
Панкреатин	Креон 10000, Креон 25000, Мезим форте, Микразим, Панзим форте, Панкреазим, Панкреатин, Пензитал
Пантопразол	Контролок, Зипантол, Санпраз, Нольпаза
Парацетамол	Перфалган
Папаверина гидрохлорид	Папаверин
Пентоксифиллин	Агапурин, Вазонит, Пентилин, Трентал, Флекситал
Пинаверия бромид	Дицетел
Пиридоксин	вит В6
Прогестерон	Утрожестан
Пропранолол	Анаприлин, Обзидан
Прутняка обыкновенного плодов экстракт	Агнукастон
Рабепразол	Париет
Ранитидин	Гистак, Зантак, Ранисан, Рантак, Улкодин, Ульран, Ранитидин - АККОС
Ретинол	Вит А
Ропивакаин	Наропин
Сальбутамол	Асталин, Вентолин, Саламол Эко, Сальбен, Сальгим
Семена подорожника	Мукофальк
Симвастатин	Вазилип, Зокор, Зорстат, Симвагексал, Симвакард, Симгал
Соматостатин	Октреотид, Сандостатин
Спиринолактон	Верошпирон, Альдактон
Сукральфат	Вентер
Сулодексид	Весел-дуэ
Сухой экстракт плодов прутняка обыкновенного	Агнукастон
Тамсулозин	Гиперпрост, Омник, Тамсулон-ФС, Фокусин
Теразозин	Корнам, Сетегис, Теразозин
Тиклопидин	Тиклопидин, Тикло, Тиклид, Тиклозан
Тикарциллин/клавуланата	Тиментин
Токоферола ацетат	Витимин Е, Эвитол, Токоферола ацетат
Торемифен	Фарестон
Трамадол	Трамадол, трамал
Троксерутин	Троксевазин, Троксерутин Ветпром, Троксерутин
Урсодеоксихолевая кислота	Урсофальк, Урсосан

Фамотидин	Гастросидин, Квамател, Ульфамид, Фамосан, Фамотидин -АКОС
Фенофибрат пролонгированная форма	Трайкор
Фенотерол	Беротек, Беротек Н, Паргусистен
Финастерид	Пенестер, Проскар, Простерид, Финаст
Флюконазол	Дифлюкан, флюкостат, микомакс, Микосист, Дифлазон
Флутамид	Андраксан, Фругил, Флуцином
Фурагин растворимый	Солафур, Фурамаг, Фурагина калиевая соль, Фурагин-Калий
Фосфэстрол	Фосфэстрол
Хенодеоксихолевая кислота	Хенофальк
Цефепим	Максипим, Максицеф, Цефепим
Целекоксиб	Целебрекс
Цефоперазон-сульбактам	Сульперацеф, Сульцеф
Цефотаксим	Цефабол Цефантрал, Цефосин, Цефотаксим
Цефтриаксон	Лендацин, Роцефин, Тороцеф, Цефаксон. Цефсон, Цефтриабол, Цефтриаксон-АКОС
Цефуроксим	Кетоцеф, Цефурабол, Цефурус
Цианокобламин	Вит В12
Ципрофлоксацин	Ципробай, Ципролет, Ципромед, Ципрофлоксацин - АКОС
Эзомепразол	Нексиум
Этинилэстрадиол+Дезогестрел	Марвелон, регулон, новинет, жанин
Эноксапарин натрия	Клексан
Эртапенем	Инванз
Эссенциальные фосфолипиды	Эссенциале, Эсливер Форте, Фосфоглив
Эсцин	Аэсцин, Венитан, Веноплант, Эскузан 20
Этамзилат	Дицинон, Этамзилат

#### Комбинированные препараты

Анавенол	Дигидроэргокристина мезилат 0,58мг (дигидроэргокристина 0,50 мг), эскулина тригидрат 1,62 мг (эскулина 1,5 мг), рутозида тригидрата 32,66 мг (рутозида 30 мг) в 1 драже.
----------	--

Лив- 52	Каперсы колючей экстракт, Кассий западной экстракт, Паслена черного экстракт, Тамарикса двудомного плодов экстракт, Терминалии экстракт, Тысячелистника травы экстракт, Цикория обыкновенного экстракт
Мастодинон	витекс священный, авраамово дерево 20г, стеблелист василистниковидный 10г, цикламен европейский 10г, чилибуха игнация 10г, ирис разноцветный 20г, лилия тигровая 10г
Ново-пассит	экстракт жидкий из корневищ с корнями валерианы лекарственной, травы мелиссы лекарственной, травы зверобоя продырявленного, листьев и цветков боярышника однопестичного или колючего, травы пассифлоры инкарнатной (страстоцвета), соплодий хмеля обыкновенного, цветков бузины черной, гвайфенезин
Про-гливенол	- в 100 г крема - трибенозида 5 г и лидокаина 2 г; в тубах по 30 г; - 1 ректальный суппозиторий содержит трибенозида 400 мг и лидокаина 40 мг;
Реамберин	янтарная кислота+ инозин+метионин+никотинамид+N-метилглюкамин
Ремаксол	янтарная кислота - 5,280 г; N-метилглюкамин (меглумина) - 8,725 г; рибоксин (инозина) - 2,0 г; метионин - 0,75 г; никотинамид - 0,25 г. Вспомогательные вещества: натрия хлорид - 6,0 г; калия хлорид - 0,30 г; магния хлорид (в пересчете на безводный) – 0,12 г; натрия гидроксид – 1,788 г; воды для инъекций до 1,0 л.
Спазмалин	метамизол натрия 500мг + питофенона гидрохлорид 5мг + фенпивериния бромид 0,1 мг
Цитофлавин	Инозин+никотинамид+рибофлавин мононуклеотид+ янтарная кислота
Эссливер форте	"Эссенциальные" фосфолипиды — 300 мг; тиамин мононитрат — 6 мг; рибофлавин — 6 мг; пиридоксина гидрохлорид — 6 мг; цианокобаламин — 6 мкг; никотинамид — 30 мг; токоферола ацетат — 6 мг.

### Используемая литература:

1. Абдоминальная хирургическая инфекция (практическое руководство) /под ред. В.С.Савельева, Б.Р.Гельфанда. Москва , 2006г
2. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: прак.рук./под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. – М.: Литера, 2006
3. Абдоминальная хирургия. В 2 т.: научное издание. Т.1/Р.А. Григорян. – М.: МИА, 2006.
4. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом./ Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, Москва, 2006г
5. Избранные лекции по гастроэнтерологии/ под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина, Москва, 2002г
6. Избранные разделы и комментарии/Римский III Консенсус: Витебск 2006г.
7. Интенсивная терапия. Национальное руководство Том 1,2/ под ред. Б.Р.Гельфанда, А.И.Салтанова Москва , 2009г
8. Клиническая фармакология. Национальное руководство/под ред. Ю.Б.Белоусова, В.Г.Кукеса, В.К.Лепехина, В.И.Петрова, Москва, 2009г
9. Клиническая фармакология и фармакотерапия/под ред. Ю.Б. Белоусова, В.С. Моисеева, В.К. Лепехина Москва, 2008 г.
- 10.Клиническая хирургия. Национальное руководство в 3х томах/под ред. акад. РАН и РАМН В.С.Савельева и сл.-кор РАМН А.И.Кириенко, Москва, 2009г
- 11.Клинические рекомендации. Онкология. 2006: пособие/под ред. В.И. Чисова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 720с. (Ассоциация онкологов России)
- 12.Колоректальная хирургия: рук./под ред. Робина К.С. Филиппа; пер. с

- англ. Под ред. Г.И. Воробьева. – М.: Гэотар – Медиа, 2009
13. Клинические рекомендации (стандарты ведения больных), выпуск № 2, 2008 г., г. Москва, стр. 310.
  14. Мастопатии и рак молочной железы: крат.рук./А.С. Зотов, Е.О. Белик.- 4-е издан. доп. – М.: МЕДпресс – информ, 2005
  15. Методические рекомендации «Деструктивный панкреатит. Доказательные методы диагностики и лечения»/ под ред. В.С.Савельева РАСХИ. Москва 2008г
  16. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость: монография/А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М.: Профиль, 2005
  17. Оптимизация хирургического метода (Эндоскопическая диагностика и лазеротерапия): производственно-практическое издание/С.В. Волков, А.С. Ермолов, Е.А. Лужников. – М.: Медпрактика –М , 2005.
  18. Основы клинической гастроэнтерологии./В.Г.Лычев, Москва, 2000г
  19. Острая непроходимость кишечника: рук. для врачей/В.Н. Чернов, Б.М. Белик.- М.: Медицина, 2008
  20. Панкреонекрозы /В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: МИА, 2008.
  21. Перитонит: прак. рук./Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006.
  22. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии/под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белюсова, С.Н.Козлова, Смоленск, 2008г
  23. Ранние послеоперационные осложнения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: монография/Д.М. Красильников, И.И. Хайрулин, А.З. Фаррахов. – Казань: Медицина, 2005.
  24. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Руководство для практикующих врачей/под ред. В.Т.Ивашкина, Москва, 2003г
  25. Рекомендации по ведению больных с инфекциями почек, мочевых путей

- и мужских половых органов./Под ред. К.Г.Набер. Смоленск. 2008г
- 26.Руководство по клиническому питанию./Под ред. В.М. Луфта, А.Л. Костюченко, И.Н. Лейдермана. СПб 2005 г.
- 27.Сепсис в начале XXI века (практическое руководство)/под ред. В.С.Савельева, Б.Р.Гельфанда. Москва , 2006г
- 28.Сепсис. Классификация, клинико-диагностическая концепция, лечение. (Практическое руководство)/под ред. В.С.Савельева, Б.Р.Гельфанда. Москва , 2010г
- 29.Современная антимикробная химиотерапия./Л.С.Страчунский, С.Н.Козлов. Москва. 2002г
- 30.Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. Выпуск 2/под ред. Р.С.Козлова, А.В.Дехнича, Смоленск, 2007г
- 31.Спаечная болезнь брюшины: руководство/И.А. Чекмазов. – М.: Медицина, 2008
- 32.Фармакология и лекарственная терапия/под ред. В.К.Левахина, Москва, 2009г
- 33.Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система) МЗ РФ 2010г
- 34.. Химические ожоги пищевода и желудка (Эндоскопическая диагностика и лазеротерапия): производственно-практическое издание/С.В. Волков, А.С. Ермолов, Е.А. Лужников. – М.: медпрактика – М, 2005.
- 35.. Хирургия печени, желчных путей, поджелудочной железы и портальной системы/Э.Итала. – 2006.
- 36.Хирургия острого живота: рук./ под ред. И.Г. Синиченко, А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007

**В подготовке материала использованы стандарты и протоколы,  
рекомендованные МЗ РФ:**

- Стандарт медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, дискинезией №248 от 22 ноября 2004 г.
- Стандарт медицинской помощи больным с желчекаменной болезнью №461 от 2 июля 2007г
- Стандарт медицинской помощи больным геморроем №253 от 10 апреля 2007г
- Стандарт медицинской помощи больным с острым панкреатитом №699 от 13 ноября 2007г
- Стандарт медицинской помощи больным с перитонитом №669 от 25 октября 2007г
- Стандарт медицинской помощи больным с гастроэзофагеальным рефлюксом №384 от 1 июня 2007г
- Стандарт медицинской помощи больным с язвой 12 перстной кишки №611 от 17 сентября 2007г
- Стандарт медицинской помощи больным с язвой желудка № 612 от 17 сентября 2007г
- Стандарт медицинской помощи больным хроническим активным гепатитом №123 от 28 февраля 2006г
- Стандарт медицинской помощи больным с хроническим гепатитом. В , С №260 от 23 ноября 2004г
- Стандарт медицинской помощи больным другим и не уточненным циррозом печени №122 от 28 февраля 2006г
- Стандарт медицинской помощи больным с хроническим активным гепатитом в сочетании с первичным склерозирующим холангитом №618 от 6 октября 2005г
- Стандарт медицинской помощи больным с варикозным расширением вен



нижних конечностей без язвы и воспаления №333 от 14 мая 2007г

-Стандарт медицинской помощи больным с другими хроническими панкреатитами №651 от 27 октября 2005г

-Протокол диагностики и лечения острой кишечной непроходимости. МЗ РФ от 26ноября 2007г

-Протокол диагностики и лечения ущемленной грыжи. МЗ РФ от26ноября 2007г

-Стандарт медицинской помощи больным синдромом диабетической стопы МЗ РФ №266 от 23 ноября 2004г