

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги

Алкогольний гепатит

Вступ

Цей уніфікований клінічний протокол розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Алкогольна хвороба печінки», що базується на доказах і в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам з алкогольним гепатитом. Положення уніфікованого клінічного протоколу спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із АГ та охоплюють усі етапи. Заходи з профілактики, ранньої (своєчасної) діагностики та лікування даного захворювання дають змогу суттєво поліпшити якість надання медичних послуг та зменшити витрати на медичну допомогу.

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: алкогольний гепатит

1.2. Шифр згідно з МКХ-10: K70.1

1.3. Потенційні користувачі: лікарі загальної практики — сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні, лікарі гастроентерологи.

1.4. Мета протоколу: організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам від 18 років з алкогольним гепатитом.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Алкогольний гепатит (АГ) входить до структури «Алкогольна хвороба печінки» (АХП) та включає широкий спектр нозологій від неускладненого стеатозу до цирозу печінки, що викликані систематичним вживанням алкогольних напоїв.

Зловживання алкоголем є важливою медико-соціальною проблемою в усьому світі, особливо у США, в країнах Європи, зокрема і в Україні. Згідно зі статистичними даними, 4,65% американців відповідають критеріям зловживання алкоголем, а 3,81% — критеріям алкогольної залежності. Серед населення США у 2003 році 44% усіх летальних випадків від захворювань печінки були пов'язані із зловживанням алкоголем. Рівень захворюваності та смертності від АХП у популяції залежить від показника споживання алкоголю на одну особу. Щоденне вживання алкоголю у дозі більше 60 г на добу призводить до формування стеатозу печінки, який у 5-15% випадків прогресує у фіброз та цироз печінки. У 10-35% пацієнтів госпіталізованих з приводу алкоголізму діагностують АГ, який характеризується широким спектром морфологічних змін у тканинах печінки та, відповідно, варіацією ступеня тяжкості від середнього до тяжкого, значно погіршуючи короткостроковий прогноз захворювання.

Достовірних даних щодо поширеності АГ в Україні немає.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Діагноз «Алкогольна хвороба печінки» (АХП) рекомендується для визначення гетерогенних порушень структури та функції печінки, що розвинулися внаслідок тривалого систематичного вживання алкоголю. Спектр нозологій об'єднаних під назвою «Алкогольна хвороба печінки» включає: алкогольний гепатит, стеатоз, фіброз та цироз печінки. Діагноз АХП, в тому числі і АГ, має ґрунтуватися на комбінації характерних ознак, а саме на оцінці скарг хворого, анамнестичних даних щодо зловживання алкоголем, клінічних та лабораторних проявів захворювання печінки. Враховуючи складність виявлення алкогольної причини захворювання та неспецифічність клінічної симптоматики та лабораторних проявів АГ, лікарям доцільно підтверджувати алкогольний генез ураження печінки шляхом проведення анкетування пацієнта та членів його сім'ї.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1 ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Первинна профілактика 1.1. Підтримка здорового способу життя, не зловживання алкоголем. 1.2. Повноцінне, збалансоване харчування. 1.3. Заняття спортом та дотримання раціонального режиму праці та відпочинку	Є докази щодо виникнення АГ внаслідок систематичного, тривалого вживання алкоголю. Стандартна порція, прийнята як «безпечний» еквівалент, становить 8 г етанолу. Пацієнтам хоча б з одним епізодом АГ рекомендована повна відмова від вживання алкоголю	Обов'язкові: Надання рекомендацій щодо уникання впливу факторів ризику розвитку АГ, що пов'язані зі способом життя та зловживанням алкоголем
2. Діагностика		
Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення алкогольного генезу ураження печінки, диференційної діагностики щодо гепатитів неалкогольної етіології, пухлин та метастазів у печінку. Обов'язковим є визначення функціонального стану печінки за показниками біохімічного аналізу крові	Доведено, що у діагностиці АГ має значення ретельно зібраний анамнез, який дає змогу встановити факт зловживання алкоголем. З діагностичною метою застосовуються скринінгові тести	Обов'язкові: 2.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити: 2.1.1. тривалість зловживання алкоголем; 2.1.2. результати діагностичних тестів SAGE, AUDIT; 2.1.3. симптоми та фактори, що свідчать про розвиток гепатиту іншої етіології (вірусної, токсичної, аутоімунної, медикаментозної). 2.2. Фізикальне обстеження: (див. розділ 4.2.). 2.3. Лабораторні методи обстеження: 2.3.1. загальний аналіз крові з формулою); 2.3.2. біохімічний аналіз крові (АЛТ, АСТ та їхнього співвідношення, ГГТП, ЛФ, білірубін та його фракції, ЛДГ, загальний білок, альбумін, гамма-глобуліни, креатинін). 2.4. Інструментальні методи обстеження: 2.4.1. УЗД печінки та органів черевної порожнини; 2.4.2 ЕКГ; 2.5. Консультації: 2.5.1. гастроентеролог. 2.6. При необхідності консультації: 2.6.1. інфекціоніст (при позитивних маркерах вірусних гепатитів); 2.6.2. невропатолог (при ознаках енцефалопатії, полінейропатії); 2.6.3. нарколог (для надання допомоги щодо відмови від алкоголю)
3. Лікування		
Лікування АГ та його ускладнень проводиться лікарем-гастроентерологом, водночас лікар загальної практики – сімейний лікар/ терапевт дільничний може призначати заходи з корекції способу життя, дотримання режиму харчування, праці та відпочинку, призначати симптоматичне лікування	Доведено, що повна відмова від прийому алкоголю є найбільш вагомою складовою успіху терапевтичного втручання при АГ, що дає змогу знизити темпи ураження печінки, поліпшити прогноз та мінімізувати ускладнення у пацієнтів. Обов'язковою умовою лікування пацієнтів з АГ є дотримання висококалорійної дієти з пропорцією білка 1,2-1,5 г/кг	Обов'язкові: 3.1. Призначити корекцію способу життя, зокрема режиму та калорійності харчування із дотриманням достатнього вмісту білків, вітамінів та мікроелементів. 3.2. Надати рекомендації щодо відмови від вживання алкоголю та скерувати на консультацію до нарколога. 3.3. Забезпечити медикаментозну корекцію супутніх захворювань

4. Подальше спостереження / диспансеризація		
Пацієнти з АГ потребують подальшого спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/ділничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану лікування та рекомендацій спеціалістів. При необхідності призначає симптоматичне лікування	Доведено, що АГ, особливо при тяжкому перебігу, є фактором ризику госпітальної летальності. Продовження вживання алкоголю призводить до розвитку алкогольного стеатогепатиту (АСГ), надалі до хронічного гепатиту (жирова дистрофія з некрозами гепатоцитів, мезенхімальною реакцією), а за умови подальшого прогресування – цирозу печінки (незворотний процес у печінці із системними проявами алкоголізму: енцефалопатією, кардіоміопатією тощо)	Обов'язкові: 4.1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану лікування та диспансеризації. 4.2. Проведення диспансеризації пацієнта 1 раз на 6 місяців з метою контролю за дотриманням абстиненції, фізикального та лабораторного обстеження для виявлення клінічних та лабораторних ознак прогресування АГ. 4.3. Скерування до гастроентеролога при погіршенні стану та виникненні ускладнень. 4.4. Надання рекомендацій щодо здорового способу життя, необхідності абстиненції, режиму харчування та фізичних навантажень. Бажані: Оцінка стосовно скерування на санаторно-курортне лікування, після нормалізації функціонального стану печінки за показниками біохімічного аналізу крові та відсутності протипоказань
3.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ		
Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Обов'язковою умовою попередження рецидиву або переходу АГ у хронічну форму є повна відмова від вживання алкоголю пацієнтів, у яких був хоча б один епізод АГ. Здоровий спосіб життя та повноцінне харчування є важливими доповненнями до абстиненції	Є беззаперечні докази стосовно прогресування хвороби при подальшому вживанні алкоголю навіть у незначних кількостях. Крім того, білково-калорійна незбалансованість раціону є фактором несприятливого прогнозу при АГ	Обов'язкові: 1.1. Призначити корекцію факторів ризику розвитку АГ, що пов'язані зі способом життя та зловживанням алкоголем. 1.2. Надавати рекомендації щодо здорового способу життя. 1.3. Рекомендувати пацієнтам із діагностованим АГ повну відмову від вживання алкоголю. 1.4. Надавати рекомендації щодо харчування пацієнтів із АГ (воно має бути повноцінним, підвищеної калорійності та збалансованим стосовно білків, вітамінів і мікроелементів)
2. Госпіталізація		
Госпіталізація здійснюється при: 2.1. алкогольному гепатиті помірної або високої активності; 2.2. неефективності амбулаторного лікування; 2.3. ускладненнях АГ (цироз печінки, портальна гіпертензія, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу)	Госпіталізація пацієнтів з АГ у стаціонар здійснюється при тяжкому протіканні АГ, що потребує призначення кортикостероїдів, гепатопротекторів та проведення адекватної дезінтоксикаційної терапії та парентерального харчування в умовах стаціонару	Обов'язкові: При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація: - направлення на госпіталізацію

3. Діагностика	Діагностичні заходи спрямовуються на: підтвердження алкогольного генезу ураження печінки, диференційної діагностики щодо гепатитів неалкогольної етіології (неалкогольний стеатогепатит, вірусний, токсичний, медикаментозний, аутоімунний гепатит), пухлин та метастазів печінки Для підтвердження діагнозу може бути проведена біопсія печінки, (враховуючи наявність типових гістологічних ознак алкогольного ураження печінки). Біопсія печінки виконується з урахуванням відсутності коагулопатії та передбачуваних факторів ризику розвитку ускладнень Обов'язкові: 3.1. Збір анамнезу, при цьому оцінити: 3.1.1. Тривалість зловживання алкоголем; 3.1.2. Результати скринінгових тестів CAGE, AUDIT; 3.1.3. Скарги (див. IV розділ); 3.1.4. Диференційна діагностика (див. IV розділ). 3.2. Фізикальне обстеження. (Див. підрозділ 4.2 розділу IV). 3.3. Лабораторні методи обстеження: (підрозділ 4.3.1) 3.3.1. Загальний аналіз крові; 3.3.2. Біохімічний аналіз крові (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЛФ, білірубін та його фракції, ЛДГ, загальний білок, альбумін, гаммаглобулін, креатинін); 3.3.3. Коагулограма (фібриноген, ротромбіновий індекс, час МНО). За необхідності: 3.3.4. Маркери вірусних гепатитів (HbsAg, анти-HCV); 3.3.5. Маркери аутоімунних гепатитів: антитілохондральні антитіла (AMA), антинуклеарні антитіла (ANA), антитіла до гладких м'язів (SMA), антитіла до мікросом печінки та нирок (LKM1, LKM2), антитіла до розчинного печінкового антигену (SLA); 3.3.6. Кров на ВІЛ; 3.3.7. Кров на α-фетопротеїн. 4. Інструментальні методи обстеження: 4.1. ЕКГ; 4.2. УЗД печінки, органів черевної порожнини. За необхідності 4.3. МРТ органів черевної порожнини; 4.4. Біопсія печінки; 4.5. ФГДС (виключення варикозно розширених вен стравоходу); 4.6. Ректороманоскопія (виключення розширення гемороїдальних вен). 5. Направити на консультацію, за необхідності, до: 5.1. інфекціоніста; 5.2. невропатолога; 5.3. проктолога; 5.4. онколога; 5.5. кардіолога. (розд. IV, підрозділ 4.5; 4.6)	4. Лікування При лікуванні пацієнтів з АГ необхідним є оптимальне поєднання медикаментозних та немедикаментозних засобів. Лікування АГ здійснюється амбулаторно та стаціонарно залежно від ступеня тяжкості алкогольного ураження печінки та стратифікації факторів ризику несприятливого прогнозу Лікарям, які лікують таких пацієнтів, важливо пам'ятати, що АХП не є ізольованим захворюванням. Можлива також наявність порушень функцій інших органів, зумовлених вживанням алкоголю, зокрема кардіоміопатія, слабкість скелетних м'язів, порушення функцій підшлункової залози, алкогольна нейропатія. При клінічному обстеженні необхідно звернути увагу на виявлення цих порушень для призначення відповідного лікування Обов'язкові: 4.1. Немедикаментозне лікування 4.1.1. Надання рекомендацій щодо дотримання режиму праці та відпочинку; 4.1.2. Рекомендувати повну відмову від вживання алкоголю; 4.1.3. Надання рекомендацій щодо дотримання необхідної калорійності харчового раціону з високим вмістом білку, збалансованості за складом вітамінів та мікроелементів; 4.1.4. Призначення інтенсивної дезінтоксикаційної терапії та парентерального харчування у випадку тяжкого протікання АГ. 3.2. Медикаментозне лікування: 3.2.1. Засоби для полегшення дотримання абстиненції; 3.2.2. Кортикостероїди; 3.2.3. Периферичні вазодилататори (пентоксифілін); 3.2.4. Антиоксиданти; 3.2.5. Тяжкий ступінь АГ потребує медикаментозного лікування під контролем індексів: ДМФ, MELD, GANS
-----------------------	---	---

5. Виписка з рекомендаціями після госпіталізації	Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв: - значне зменшення або ліквідація клінічних проявів АГ та/або деструктивних змін у печінці; - усунення ускладнень АГ; - нормалізація або поліпшення результатів лабораторних тестів	Обов'язкові: 5.1. Оформити Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о); 5.2. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю; 5.3. Надати інформацію щодо необхідності проведення періодичних обстежень відповідно до плану диспансеризації, повторного звернення при виникненні нових симптомів захворювання; 5.4. Надати рекомендації щодо обов'язкового лікування супутніх захворювань
6. Подальше спостереження	Пацієнти з АГ перебувають на диспансерному обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/ділничного терапевта з метою контролю за дотриманням абстиненції, режиму харчування, фізичного навантаження та надання медикаментозної корекції, яка не відрізняється від такої при гепатиті іншої етіології	Обов'язкові: Проводити диспансеризацію пацієнта 1 раз на 6 місяців, що включає: 6.1. збір анамнезу; 6.2. фізикальне обстеження; 6.3. лабораторне обстеження з метою виявлення клінічних та лабораторних ознак прогресування АГ (див.розділ IV); 6.4. при необхідності: - УЗД печінки; - направлення до гастроентеролога; 6.5. надання рекомендацій щодо здорового способу життя, необхідності абстиненції, режиму харчування та фізичних навантажень. Бажани: Направлення на санаторно-курортне лікування, при показах та відсутності протипоказів

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики (рис. 1)

4.1. Анамнез

У діагностиці АГ важливим є:

4.1.1. **встановлення факту тривалого зловживання алкоголем**, що не завжди просто зробити на основі зібраного анамнезу. Проводять скринінг пацієнтів щодо зловживання алкоголем за допомогою опитувальника CAGE (Мічиганський алкогольний скринінг-тест), а для ідентифікації порушень, зумовлених вживанням алкоголю – тест AUDIT.

4.1.2. **скарги:** (на початкових стадіях характерні для усіх гепатитів): немотивована слабкість швидка втомлюваність, зниження працездатності, погіршення апетиту, нудота, погана переносимість жирної їжі, гіркота у роті, відчуття дискомфорту, іноді болю у правому підбер'ї, пожовтіння шкіри та білків очей.

4.1.3. фактори ризику розвитку алкогольного гепатиту (АГ):

– вживання алкоголю в небезпечних дозах (більше 30 г етанолу щодня для чоловіків та більше 20 г – для жінок);
– регулярні порушення режиму харчування, сну та відпочинку, «сидячий» спосіб життя, недостатнє фізичне навантаження що поєднується зі зловживанням алкоголем регулярно та у великих кількостях.

4.2. Фізикальне обстеження

При клінічному обстеженні пацієнта слід звернути увагу на зовнішній вигляд:

4.2.1. колір шкіри та склер (може бути жовтушність білків очей та шкіри);

4.2.2. оглянути шкіру на предмет висипань (спостерігаються судинні зірочки на шкірі в ділянці плечового пояса, передньої поверхні грудної клітки та черевної стінки, свербіння шкіри);

4.2.3. червоні долоні та/або яскраво червоний, «лакований» язик;

4.2.4. стан відживлення пацієнта (виснаження, схуднення);

4.2.5. загрозливі симптоми, що свідчать про тяжку форму та пізню стадію захворювання:

– печінкова енцефалопатія (тремор пальців кистей, погіршення пам'яті, агресивність);

– різке схуднення, сухість шкіри та землистий її відтінок;

– асцит.

4.3. Лабораторне обстеження:

4.3.1. **Загальний аналіз крові** (при алкогольному ураженні печінки може спостерігатися макроцитоз еритроцитів, тромбоцитопенія).

4.3.2. **Біохімічний аналіз крові** (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЛФ, білірубін та його фракції, ЛДГ, загальний білок, альбумін, гаммаглобуліни, креатинін):

– при тяжкому протіканні АГ, вміст АСТ в сироватці крові підвищений до 2-6 показників норми;

– характерне співвідношення активності АСТ/АЛТ > 2, або АСТ/АЛТ > 3;

– зниження рівня ГГТП (< 100) або значення співвідношення вмісту загального білірубину/ГГТП > 1, що є прогностичним фактором летального результату впродовж 1 року у пацієнтів, які страждають алкогольним цирозом печінки.

4.3.3. Коагулограма (фібриноген; протромбіновий індекс, час МНО).

За необхідності:

4.3.4. маркери вірусних гепатитів (HbsAg, анти-HCV);

4.3.5. маркери аутоімунних гепатитів: антимітохондріальні антитіла (AMA), антинуклеарні антитіла (ANA), антитіла до гладких м'язів (SMA), антитіла до мікросом печінки та нирок (LKM1, LKM2), антитіла до розчинного печінкового антигену (SLA);

4.3.6. кров на ВІЛ;

4.3.7. кров на α -фетопротейн.

4.4. Інструментальні методи обстеження

Неінвазивні

4.4.1. УЗД печінки та органів черевної порожнини;

4.4.2. ЕКГ.

За необхідності:

4.4.3. МРТ органів черевної порожнини;

4.4.4. КТ органів черевної порожнини.

Інвазивні:

4.4.5. біопсія печінки – при відсутності протипоказань з урахуванням відсутності коагулопатії, у разі тяжкої клініки гепатиту та неуточненого діагнозу. Гістологічні ознаки алкоголь-індукованого ураження печінки залежать від стадії патологічного процесу: великокрапельна жирова дистрофія, глобулярні запалення, перипортальний фіброз, наявність тілець Меллорі, вакуолізація ядер лейкоцитів, проліферація жовчних протоків.

За гістологічними критеріями виокремлюють:

- жировий гепатоз або неускладнений стеатоз;
- алкогольний гепатит та хронічний гепатит з фіброзом;
- цироз печінки.

За необхідності:

4.4.6. ФГДС (виключення варикозних вен стравоходу);

4.4.7. Ректороманоскопія (виключення розширення гемороїдальних вен).

4.5. Алгоритм диференційної діагностики

Диференційна діагностика АГ проводиться з метою виключення інших причини гострого та хронічного ураження печінки, що можуть супроводжуватися подібними порушеннями її функціонального стану:

- вірусні гепатити С, В;
- аутоімунні гепатити;
- ураження печінки при системних захворюваннях сполучної тканини;
- медикаментозно-індуковані ураження печінки;
- застійна серцева недостатність;
- токсичні ураження печінки;
- ураження печінки при ВІЛ;
- ураження печінки при онкологічних захворюваннях з метастазуванням у тканини печінки;
- гепатоцелюлярна карцинома.

4.6. Консультації спеціалістів

4.6.1. інфекціоніст (при позитивних маркерах вірусних гепатитів);

4.6.2. невропатолог (при явищах енцефалопатії, полінейропатії);

4.6.3. кардіолог (підозра на застійну серцеву недостатність);

4.6.4. проктолог (при розширенні гемороїдальних вен);

4.6.5. онколог (підозра на злоякісне новоутворення).

Клінічний діагноз АГ ґрунтується на наявності типової клінічної картини, поєднанні тяжких порушень функціонального стану печінки із зловживанням алкоголем за умов виключення інших причин гострого та хронічного ураження печінки.

Для стратифікації пацієнтів можуть бути запропоновані й інші системи:



Рисунок 1. Терапевтичний алгоритм ведення пацієнтів з алкогольним гепатитом

- індекс MELD (модель діагностики термінальної стадії захворювання печінки) (табл. 1),
- шкала Глазго для оцінки прогнозу алкогольного гепатиту (GAHS) (табл. 1).

Можливе одночасне застосування декількох індексів для уточнення прогнозу. Так, порогові значення індексів ДМФ ≥ 32 та індексу MELD > 11 є еквівалентними з однаковою чутливістю і специфічністю і свідчать про несприятливий прогноз. Динамічне тестування та розрахунку зазначених індексів в період госпіталізації (індексів MELD і ДМФ) впродовж 1-го тижня, і визначення їхньої зміни з часом характеризує прогноз захворювання. Зміна значення індексу MELD на ≥ 2 бали в період 1-го тижня стаціонарного лікування є незалежним прогностичним фактором госпітальної смертності. Прогностичну здатність нещодавно запропонованої шкали GAHS з методом ДМФ можна зіставити.

У зв'язку з тим, що завдання раннього виявлення пацієнтів максимального ризику несприятливого результату потребує максимально високої чутливості оцінки, для визначення пацієнтів, які потребують лікування, представляється обґрунтованим застосування методу ДМФ (при пороговому індексі, рівному 32 і/або наявності енцефалопатії).

4.7. АЛГОРИТМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ

4.7.1. Немедикаментозне лікування

- повна відмова від вживання алкоголю (при необхідності, за допомогою медикаментозних засобів);
- харчування при алкоголь-індукованому ураженні печінки за своїм кількісним та якісним складом та енергетичною цінністю повинно відповідати фізіологічним потребам людини. Рекомендований частий прийом їжі невеликими порціями з поживним сніданком та легкою вечерею, калорійність раціону 35-40 ккал/кг маси тіла із вмістом білка 1,2-1,5 г/кг.

Усім пацієнтам, які страждають на алкогольний гепатит або АХП пізньої стадії, а також мають дефіцит вітамінів та мінералів, необхідне визначення ступеня порушення білково-калорійної недостатності. Пацієнтам із високим ступенем недостатності та тяжким протіканням АГ показана інтенсивна дезінтоксикаційна терапія з подальшим проведенням парентерального харчування.

4.7.2. Медикаментозне лікування

Пацієнти, які страждають на алкогольний гепатит легкого та середнього ступеня тяжкості, визначений як індекс ДМФ < 32 , без печінкової енцефалопатії, у

Урсофальк® урсодезоксихолиева кислота

референтный препарат урсодезоксихолевой кислоты в странах Евросоюза

1 Цитопротективный
2 Холеретический
3 Антихолестатический
4 Антифибротический
5 Антиалоптический
6 Гипохолестеринемический
7 Иммуномодулирующий
8 Антиоксидантный
9 Литолитический
10 Канцеропревентивный

Урсофальк®

- улучшает симптоматику
- замедляет прогрессирование
- защищает от осложнений
- увеличивает продолжительность жизни при холестатических заболеваниях печени

Важно! Урсофальк® (урсодезоксихолиевая кислота) — препарат, который применяется для лечения заболеваний печени. Он не является лекарством, а является средством для улучшения состояния печени. Урсофальк® (урсодезоксихолиевая кислота) — препарат, который применяется для лечения заболеваний печени. Он не является лекарством, а является средством для улучшения состояния печени.

Alpen Pharma Group

Представительство «АльпенФарма Групп»
04075, Киев, Пушпа Водка, ул. Лесная, 30-А
Тел. +38 (044) 401-81-03, +38 (044) 401-81-04
www.alpenpharma.ua

Таблиця 1. Прогностичні системи, які застосовуються у випадку алкогольного гепатиту

Назва	Початкова вибірка	Складові	Прогноз
1. Дискримінантна функція Меддрея (модифікована) (ДМФ) (1989) (158)	n = 66	ДМФ = 4,6 × (ПВ пацієнта – ПВ контроль) + загальний білірубін в сироватці крові (мг/дл)	Несприятливий прогноз при індексі ≥ 32
2. Індекс MELD (2001)** (160)	n = 1179	Індекс MELD = 3,8 × log _e (білірубін, мг/дл) + 11,2 × log _e (МНО) + 9,6 × log _e (креатинін, мг/дл) + 6,4	Несприятливий прогноз при індексі > 18
3. Шкала Глазго для оцінки прогнозу алкогольного гепатиту (GAHS) (2005) (161)	n = 241	Оцінка*:	Несприятливий прогноз при індексі > 8 (розрахунок за показниками, що отримані в 1 або 7 день госпіталізації)
		Вік	
		Лейкоцити	
		Сечовина, ммоль/л	
		Протромбіновий час, Білірубін, ммоль/л	

* Індекс Глазго розраховується шляхом складання балів за 5-ма перемінними: вік, вміст лейкоцитів, вміст сечовини в крові, протромбінового часу, розрахованого, як співвідношення пацієнт/контроль та вміст білірубіну. Розрахунок проводиться на підставі даних, отриманих у 1 або 7 день госпіталізації.

** Індекс MELD (модель діагностики термінальної стадії захворювання печінки) використовується для визначення ризику летального результату в 90-денний термін. Он-лайн калькулятор: www.mayoclinic.org/meld/mayomodel7.html.

випадку зниження рівня білірубіну або індексу ДМФ впродовж 1-го тижня після госпіталізації потребують ретельного моніторингу. Залежно від стану, такі пацієнти інколи потребують специфічних медикаментозних втручань, але вони не завжди ефективні, за винятком нутритивної підтримки та абстиненції.

Тяжкий ступінь АГ потребує медикаментозного лікування під контролем індексів: ДМФ, MELD, GAHS.

Призначення кортикостероїдів:

— при значеннях індексів ДМФ < 32, без печінкової енцефалопатії або MELD < 18 або GAHS < 8 проводять нутритивну підтримку та дотримуються абстиненції, кортикостероїди не призначають;

— при значеннях індексів ДМФ ≥ 32, за наявності печінкової енцефалопатії та без неї (при відсутності протипоказань) застосовують кортикостероїди: преднізолон 40 мг/добу впродовж 28-ми днів, з подальшим поступовим зниженням дози впродовж 2 тижнів до повної відміни.

Призначення інгібітора фосфодієстерази (пентоксифіліну):

при значеннях індексів ДМФ ≥ 32, наявності печінкової енцефалопатії та без неї, за наявності протипоказань до прийому кортикостероїдів, можна розглянути доцільність призначення пентоксифіліну по 400 мг перорально, 3-чі на день впродовж чотирьох тижнів.

Призначення мембраностабілізуючих препаратів (гепатопротекторів)

1. s-аденозилметіонін 400 мг (2 ампули 800 мг/добу) внутрішньовенно струминно 10-14 днів, потім перорально 800 мг/добу (2 таблетки) до 2-х місяців;

2. урсодезоксихолева кислота в капсулах 250-500 мг, підрахунок дози 13-15мг/кг, 3-6 місяців.

Призначення антиоксидантів:

3. Токоферолу ацетат (вітамін Е) 200 МО по 1-2 капсули на добу (200-400 МО/добу).

4.8. ВИПИСКА З ПОДАЛЬШИМИ РЕКОМЕНДАЦІЯМИ

Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв:

- значне зменшення або ліквідація клінічних проявів АГ та/або деструктивних змін у печінці;
- усунення ускладнень АГ;
- нормалізація або поліпшення результатів лабораторних тестів.

При виписуванні пацієнту надається:

— виписка з медичної карти стаціонарного хворого встановленої форми (форма № 027/о), із зазначенням діагнозу та містить інформацію щодо отриманого лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації стосовно подальшого лікування та спостереження;

— рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю;

— рекомендацій щодо проведення обов'язкового медикаментозного лікування супутніх захворювань відповідно до стандартів та протоколів, консультації кардіолога, хірурга (за показаннями).

4.9. ПОДАЛЬШЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Пацієнти, які успішно закінчили лікування алкогольного гепатиту, та у яких не розвинулися тяжкі ускладнення, повинні пам'ятати, що лише повна відмова від вживання алкоголю впродовж життя, повноцінне харчування, збалансоване за своїм кількісним та якісним складом, енергетичною цінністю, здоровий спосіб життя дає можливість уникнути нових загострень гепатиту, та запобігти тяжким ускладненням.

Пацієнти, у яких розвинулися ускладнення хвороби (хронічний алкогольний гепатит, портальна гіпертензія, цироз печінки) перебувають під наглядом у ліка-

ря загальної практики — сімейного лікаря/терапевта дільничного, який при необхідності, у разі погіршення стану скеровує на додаткові обстеження та консультацію до гастроентеролога.

Диспансерний огляд пацієнтів з АГ проводиться 2-чі на рік та включає:

4.9.1. **збір анамнезу**, при цьому оцінити загальний стан та вигляд пацієнта, провести детальне опитування щодо вживання алкогольних напоїв різної міцності;

4.9.2. **фізикальне обстеження**: колір шкірних покривів, слизових, об'єм живота, пальпаторно визначити розміри печінки;

4.9.3. **лабораторне обстеження** з метою виявлення клінічних та лабораторних ознак прогресування АГ:

- загальний аналіз крові;
- біохімічний аналіз крові (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЛФ, білірубін та його фракції, ЛДГ, загальний білок, альбумін, гамаглобулін, креатинін).

4.9.4. **за необхідності**:

- УЗД печінки;
- направлення до лікаря гастроентеролога.

4.9.5. надання рекомендацій щодо здорового способу життя, необхідності абстиненції, режиму харчування та фізичних навантажень.

Бажані:

Направлення на санаторно-курортне лікування, при наявності показань та за відсутності протипоказань.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі — ЛКПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП) та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України розміщений за електронною адресою

<http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікар загальної практики — сімейний лікар/лікар-терапевт дільничний; фельдшер, медична сестра загальної практики.

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: лабораторне та інше обладнання відповідно до Табеля оснащення.

5.1.3. Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення): Лікування алкогольного гепатиту проводиться лікарем гастроентерологом у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу.

5.2. Вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу

5.2.1. Кадрові ресурси

Лікарі: гастроентеролог, лікар з ультразвукової діагностики, лаборант. Для обстеження пацієнтів необхідна участь лікарів інших спеціальностей: хірург, інфекціоніст, дієтолог, онколог, кардіолог, медичні сестри.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: електрокардіограф багатоканальний, апарат ультразвукової діагностики, езофагогастродуоденоскоп, колоноскоп, лабораторне обладнання та інше, відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. **Кортикостероїди:** преднізолон;
2. **Периферичні вазодилататори:** пентоксифілін;
3. **Антиоксиданти:** токоферол.

Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України 06 листопада 2014 року № 826.

Публікується в скороченому варіанті. З оригіналом документа можна ознайомитися на сайті Міністерства охорони здоров'я України (www.moz.gov.ua)